

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement
par

Célia LAUGERETTE

Le mardi 06 octobre 2020

État des lieux sur la connaissance et l'utilisation des outils de dépistage des troubles
du langage oral chez l'enfant de 2 à 5 ans et prise en charge par les médecins
généralistes de l'ancienne région
Midi-Pyrénées

Directrice de thèse : Docteur Isabelle FRAY

Jury

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT	Présidente
Madame le Professeur Motoko DELAHAYE	Assesseur
Madame le Docteur Leila LATROUS	Assesseur
Madame le Docteur Isabelle FRAY	Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019
Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire M. LAZORTES Yves
Doyen Honoraire M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire M. BARRET André
Professeur Honoraire M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire M. BONNEVILLE Paul
Professeur Honoraire M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire Associé M. BROS Bernard
Professeur Honoraire M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire M. CARTON Michel
Professeur Honoraire M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire M. CLANET Michel
Professeur Honoraire M. CONTE Jean
Professeur Honoraire M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire M. DUPRE M.
Professeur Honoraire M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire Associé M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire M. FABRE Jean
Professeur Honoraire M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire M. HOFF Jean
Professeur Honoraire M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire M. LARENG Louis
Professeur Honoraire M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire M. LAZORTES Yves
Professeur Honoraire M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire M. MANELFE Claude

Professeur Honoraire M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire M. MURAT
Professeur Honoraire Associé M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire M. REGIS Henri
Professeur Honoraire M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET Philippe
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M AMAR Jacques	Thérapeutique
M ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M BIRMES Philippe	Psychiatrie
M BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M BRASSAT David	Neurologie
M BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie
M CALVAS Patrick (C.E)	Génétiq
M CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct
M DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M GAME Xavier	Urologie
M GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M MALAUAUD Bernard	Urologie
M MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M MAZIERES Julien	Pneumologie
M MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M PARIENTE Jérémie	Neurologie
M PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M PAUL Carle	Dermatologie
M PAYOUX Pierre	Biophysique
M PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M SALLÉS Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. Médecine générale

M OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M LAROCHE Michel	Rhumatologie
M LEBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M LOPEZ Raphael	Anatomie
M MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M MAS Emmanuel	Pédiatrie
M OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M ABITTEBOUL Yves

M POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAÜBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Génatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAÛ Bruno
Mme PUECH Marielle

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Audeine	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et je vous en remercie. Merci de votre regard sur ce travail. Recevez le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Motoko DELAHAYE

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail, je suis très honorée de votre présence dans ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à cette thèse et à votre implication dans la formation des internes. Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Leila LATROUS

Je vous remercie de me faire l'honneur de siéger dans mon jury et de porter votre jugement sur ce travail. Votre expérience dans le domaine de la médecine générale et en particulier sur la santé de l'enfant et de l'adolescent donnera à cette thèse un éclairage précieux. Recevez l'expression des mes respectueuses considérations.

A Madame le Docteur Isabelle FRAY

Merci de m'avoir aidée à élaborer ce projet de thèse et de m'avoir guidée jusqu'à aujourd'hui. Merci également pour votre gentillesse, votre écoute, votre patience et votre grande disponibilité. C'était un réel plaisir de vous avoir comme directrice de thèse. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mes anciens maîtres de stage et médecins remplacés

Au Docteur Philippe SCHEKTMAN

Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale et partagé votre passion lors de mon stage praticien niveau 1 ; par la suite de m'avoir fait confiance pour vous remplacer et prendre soins de vos patients. Merci de m'ouvrir les yeux sur les côtés administratifs de la médecine générale, je sais où trouver de l'aide si besoin. Merci à Laurence pour ses petits plats le midi:)

Au Docteur Sylvie GROSDIDIER

Merci Sylvie de m'avoir accompagnée dans mon autonomisation en tant qu'interne SASPAS. Merci de me confier votre patientèle depuis 4 ans. C'est un plaisir de venir vous remplacer régulièrement et d'avoir l'impression d'avoir mes «propres» patients et d'assurer la continuité de leurs soins.

Aux Docteurs Chantal MARC, Robin VIGNES, Nicolas PASIAN

Merci de m'avoir accueillie dans vos cabinets lors de mon parcours d'interne, merci pour votre accompagnement et vos connaissances transmises.

Aux Docteurs Carole FOURCADE, Jean CANTEGRIL et Angélique GOUX

Merci de me faire confiance en tant que remplaçante pour prendre en charge vos patients c'est toujours un plaisir de venir travailler dans vos cabinets.

Au Docteur LIEGEOIS Patrick

Vous êtes le premier médecin à m'avoir fait découvrir la médecine générale en étant mon médecin traitant, vous êtes aussi le premier médecin que j'ai remplacée. Merci pour tous les soins apportés à ma famille et moi-même. Je sais votre pointe de déception à ne pas vous succéder en terre nivernaise, mes projets sont ailleurs mais je sais que j'aurais exercé une belle médecine avec une patientèle entière et adorable. Je vous souhaite une belle retraite bien méritée !

Un grand merci à toutes les secrétaires (Corinne, Françoise, Julie et Juliette) que j'ai rencontrées durant mes stages et mes remplacements pour leur travail efficace et leur bonne humeur !

Merci à toutes les équipes médicales et paramédicales du service de l'UGADE à Cahors et des urgences à Castres pour ces 6 mois très enrichissants passés en votre compagnie.

A ma famille

A mes parents, **Papa, Maman** merci pour votre soutien sans faille, vos valeurs, votre éducation et votre amour au quotidien c'est en partie grâce à vous que je suis devenue celle que je suis aujourd'hui. Merci de m'avoir toujours soutenue, d'avoir cru en moi et d'être toujours là pour moi. Je vous aime.

A **Papy et Mamie**, merci pour tout votre amour et tous les moments partagés avec vous. Je suis tellement heureuse de passer du temps avec vous même si c'est trop peu à mon goût.

Merci Papy de m'avoir appris à jouer à la belote et d'être devenue la grande compétitrice que je suis ;), merci pour ces balades sur la montagne beaujolaise à nourrir les poneys ou aller à la pêche, merci pour les bonbons cachés dans ta poche de chemise que tu nous distribuais souvent ! Merci Mamie pour tes erreurs à la belote qui me font gagner, pour tes histoires le soir et les « berce-mamie » sur ma joue, merci pour ton beurre aux pâtes.

Je suis triste que vous ne soyez pas présents aujourd'hui et je pense très fort à vous !

A ma sœur **Maïté**, sache que je serais toujours là pour toi. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites avec Paul. **Paul**, merci de prendre soin de ma sœur, c'est toujours un plaisir de partager des instants nivernais en ta compagnie.

A mon parrain **Bruno et Chantal**, merci pour votre soutien et tous les instants qu'on partage ensemble, très souvent autour d'un bon repas accompagné d'une bonne bouteille de Chiroubles. Je suis contente que vous soyez là pour partager ce moment qui est important pour moi.

Merci à mes cousines **Alexia et Bérénice** pour leur bonne humeur et joie de vivre quand on se retrouve. Je vous souhaite que du bonheur avec Clément et Antoine.

A **Thierry et Régine**, je suis ravie de vous voir un peu plus souvent avec vos escapades toulousaines. Je suis heureuse que vous soyez présents aujourd'hui.

A tous mes **cousins et cousines Laugerette et mes oncles et tantes**, merci pour tous les moments notamment les jours de l'An qu'on a passés ensemble durant notre enfance chez Pépé et Mémé. Avec la distance on se voit moins mais je pense souvent à vous.

A **Treicy**, je suis contente de te voir quand je rentre à la maison, tu es une « sœur de coeur » pour moi ! Des gros bisous à **Gwendoline et Djanat** sans oublier **Maxou** mon gros frère poilu !

A **Mémé**, je sais que tu veilles sur moi d'où tu es, merci de m'avoir transmis ta grande mémoire qui m'a servie tout le long de mes études.

Une grosse pensée pour Pépé et Mémé du Bourg avec qui j'ai partagé de bons moments en famille.

A mes amis

A **Julia**, merci d'être présente pour moi et pour cette belle amitié depuis l'externat ! Tu m'as fait l'honneur d'être ta témouine le jour de ton mariage et c'était pour moi une magnifique preuve d'amitié et de confiance et j'étais ravie d'avoir partagée ces instants de bonheur ! A nos soirées du groupe 7, au bo-bun du café Bui, à nos siestes à la BU, à nos classements des brunchs toulousains et des houmous industriels, à tes conseils podcasts et à nos sms quotidiens de la plus haute importance .. !

A **Josselin** et **Pierrick**, vous qui êtes présents depuis le début de cette aventure médecine et qui me supportez depuis 13 ans déjà !! A nos souvenirs clermontois, toulousains et bourguignons et à notre voyage au Cambodge et ses péripéties !!

Josselin merci d'être toujours là pour moi, à tes 1000 projets (je te soutiendrais toujours!), à la pelote basque ! Et vivement les pool-party dans ta nouvelle maison ;)

Pierrick, toujours là pour faire une petite blague bien placée ! A tes 1000 paires de lunettes perdues en soirée, au «RIZ» et à tes talents de hip-hop hors norme !

« Hé les gars, on y va ?! »

A **Dallal**, **Edwige** et **Maud**, *#lesplusbonnesbonnesdemescopines* ! Quelle chance de vous avoir rencontrées à la fin de cette première année de médecine, grâce à vous cet externat clermontois n'a été que meilleur. Nos WE retrouvailles sont toujours un plaisir et malgré la distance rien n'a changé entre nous. Dallal, merci pour tes histoires rocambolesques en plusieurs épisodes qui nous tiennent toujours en haleine et merci de choisir des destinations exotiques qui nous donnent envie de te rejoindre ; Edwige merci pour ta bonne humeur sans faille, j'ai hâte de rencontrer Mini Toi ; Maud merci pour ta passion des voyages et de partir avec moi rejoindre notre Dalloul, et merci à ta carte bleue visa première qui nous a permis de vivre ce vol privilégié en première classe, ce voyage à Mayotte restera à vie dans ma mémoire! *#jaimelespoissonsmaisjenmangepas*

Aux anciennes habitantes des Chalets, à **Audrey**, à **Chloé**, à **Émilie**, à **Marine**

Merci pour cette année passée en votre compagnie, malgré mon seuil de tolérance au rangement et à la propreté un peu plus bas que vous j'ai vécu de supers moments !

La Tite Audrey, merci d'avoir partagée tes clips avec moi le matin à la coloc et encore désolée pour ta chéloïde du mollet .. !!

Chloé, merci pour toutes nos soirées au Mucho (d'ailleurs ça fait longtemps!) et nos brunchs au château

Émilie, la mannequin de la coloc, merci pour le concert de Céline Dion et ce WE bordelais mémorable ainsi que le WE à Saint Jacut

Marine merci de m'avoir fait découvrir l'escalade mais malheureusement je n'ai pas ton talent, merci aussi pour ton accueil en terre auvergnate le temps d'un super WE, j'ai aussi été ravie d'être co-témouine avec toi !

A **Elo**, merci pour ta joie de vivre et ton enthousiasme sans faille ; **Paul**, merci déjà pour les bons moments vécus pendant l'externat, et toutes les soirées sur votre terrasse où nous découvrons tes milles passions (le chant, le spike-ball, le ukulélé et le sabrage de champagne option point de suture!)

A tous ceux rencontrés à Toulouse : **Etienne** et notre passion commune de la tarte aux fraises avec de la crème patissière ; **PE** le Dr Jekyll et Mister Hyde des soirées, d'ailleurs si ce soir tu pouvais te contenir personne n'a envie d'être croqué ou strangulé ;), **Sarah** et les 1000 parties de Seven Wonders jouées quand tu venais à la coloc, **Andreas** pour ta gentillesse et ta relecture précieuse de mon abstract ; **Thomas** notre organisateur d'après-midi jeux de société, **Tim** pour ta zenitude, **Jean-Lin** pour ton accent aveyronnais et tes looks trop stylés, **Clémence** pour ta gentillesse , **Carole** pour ta bonne humeur et ton partage de bonnes astuces écolos

A **mes GROS TOM** : **Anne-So**, **Emma**, **Hélène**, **Marie** et **Julie**, **Perrine** : déjà merci pour ces 6 mois passés aux urgences pédiatriques vous avez rendu ce stage meilleur ! A tous nos WE européens et nos repas improvisés ! VIVE L'HUIIIIIILE !

Aux **copains de l'externat** : **Louis**, **Rémi**, **Morgan** ! Merci les garçons pour ces belles années, l'externat restera comme des années marquées à jamais dans ma mémoire, à nos WEI et nos pena baiona, à Louis et nos covoiturages nivernais avec le CD du WEI à fond, je te recontacterai dans quelques années pour mes PTG, à Rémi le roi du shuffle, et à Morgan et le jump sur mon parquet !

Au groupe 7, le meilleur des groupes d'externes et à nos soirées internat clermontoises !

Aux **copains de Bourgogne** : JB et Coralie, Alex et Marie, Mymy et Renaud, Pierre et Lorène, Thomas et Magali ; je suis déçue d'avoir manqué notre WE estival mais ce n'est que partie remise, merci pour tous les bons moments qu'on partage quand on se retrouve !

A mes amies du lycée **Elo, Monelle et Justine**, malgré le temps et notre éloignement géographique je pense souvent à vous, je suis ravie de vous voir épanouies dans vos vies ! J'espère que l'on pourra se faire une session *FLOweR pOweR Hippie GanG* autour d'un café à Noël !!

A **Laure**, merci grâce à toi j'ai pu découvrir le Cambodge et la Réunion, à tes playlists musicales qui sont les meilleurs pour danser jusqu'au bout de la nuit!!

A **Claire**, merci pour ta bonne humeur et tes connaissances diabétologiques durant ce premier semestre cadurcien, ton soutien m'a été d'une grande aide à mes débuts de mini-docteur

A mes co-internes de Castres, **Léa, Elise et Naïra** merci les filles je ne pouvais avoir de meilleures cointernes que vous pour ces 6 mois d'urgence ; à **Lucie** ma petite bretonne pour ta bonne humeur

A **Elsa**, merci pour ta gentillesse et nos covoiturages durant ces 6 mois de stage que nous partageons

A la **Genex Family**, merci de m'avoir accueillie dans votre secte aveyronnaise ;))

A **Eric et Nathalie**, merci de votre accueil en terre ruthénoise c'est toujours un plaisir pour moi de venir partager un bon repas et des parties de cartes en votre compagnie

A **Kevin**, merci pour ton aide informatique dans la rédaction de cette thèse !

Merci de me soutenir et de me supporter au quotidien. J'ai hâte que nos projets se concrétisent et qu'on découvre cette nouvelle vie à deux très probablement aveyronnaise. Tu sais que l'engagement est une angoisse pour moi mais à tes côtés je me sens rassurée et apaisée.

Je suis contente. ♥

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES.....	5
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES.....	6
I. INTRODUCTION.....	7
A) Développement du langage et signes d'appel du développement pathologique.....	8
B) Classifications des troubles du langage oral.....	9
C) Étiologies des troubles du langage oral.....	9
1. Troubles du langage acquis.....	9
2. Troubles du langage développementaux.....	10
a. Troubles du langage développementaux secondaires.....	10
> La surdité.....	10
> La déficience intellectuelle ou retard mental	10
> Origine génétique.....	10
> Les troubles de la communication.....	10
> La carence psycho-affective.....	11
> Le bilinguisme.....	11
b. Troubles du langage développementaux spécifiques.....	11
> Les troubles de l'articulation.....	11
> Le retard simple de parole.....	11
> Le retard simple de langage.....	12
> Le bégaiement.....	12
> La dysphasie.....	12
D) Les outils de dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de 2 à 5 ans.....	13
1. Les IFDC : Les Inventaires Français du Développement Communicatif.....	13
2. Le DPL3 : Le Dépistage et la Prévention du Langage à 3 ans.....	13
3. EVAL MATER.....	14
4. ERTL4 : �preuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans.....	14
5. La BREV : La Batterie Rapide d'Evaluation des fonctions cognitives.....	15
6. L'EDA : l'Evaluation Des fonctions cognitives et des Apprentissages.....	16
7. La BMT-i : La Batterie Modulable de Tests informatisée.....	16
E) Objectifs de l'étude.....	17

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	18
A) Type d'étude.....	18
B) Population étudiée.....	18
C) Protocole.....	18
D) Analyse des données.....	19
III. RÉSULTATS	21
A) Description de l'échantillon.....	22
B) Analyse descriptive.....	23
1. Aides à la consultation pédiatrique.....	23
2. Formations sur les troubles du langage oral de l'enfant.....	23
3. Connaissance, possession et utilisation générale des outils de dépistage des troubles du langage oral.....	24
4. Acquisition des outils de dépistage.....	24
5. Utilisation des outils de dépistage des troubles du langage oral.....	25
6. Attitude des médecins généralistes lors de la constatation d'un trouble du langage oral....	25
7. Orientation de l'enfant présentant un trouble du langage oral.....	26
8. Diagnostic de pathologie devant un trouble du langage oral.....	26
9. Freins des médecins généralistes à l'utilisation d'outils de dépistage.....	26
C) Analyse comparative.....	27
1. Selon le statut de MSU.....	27
a. Formations.....	27
b. Outils de dépistage des troubles du langage oral.....	27
c. Prise en charge des troubles du langage oral.....	27
2. Selon le statut de MSU Santé de la femme et santé de l'enfant.....	28
a. Caractéristiques épidémiologiques et formations.....	28
b. Outils de dépistage des troubles du langage oral.....	28
c. Prise en charge des troubles du langage oral.....	28

IV. DISCUSSION	30
A) Forces et limites de l'étude.....	30
1. Forces de l'étude.....	30
2. Limites de l'étude.....	30
a. Caractéristiques de l'échantillon.....	30
b. Biais de sélection.....	30
c. Biais d'information.....	30
B) Discussion des résultats.....	31
1. Les outils de dépistage des troubles du langage oral.....	31
a. Connaissance et utilisation par les médecins généralistes.....	31
b. En pratique.....	32
> L'ERTL4.....	32
> Les IFDC et le DPL3.....	33
> Autres outils de dépistage des troubles du langage oral.....	34
> Aides à la consultation pédiatrique pour le dépistage des troubles du langage oral.....	34
* Le carnet de santé.....	35
* PEDIADOC.....	35
* Pas à Pas en Pédiatrie.....	35
2. Freins des médecins généralistes à l'utilisation d'outils de dépistage.....	36
a. Manque de formation et d'information.....	36
b. Manque de temps.....	37
c. Manque de rentabilité et coût des outils trop élevé.....	38
d. Rôle du médecin généraliste discuté.....	38
3. Prise en charge des troubles du langage oral.....	40
a. Orthophoniste.....	40
b. ORL.....	42
c. Pédiatre, neuropédiatre, pédopsychiatre et médecin possédant une formation spécifique sur le dépistage des troubles du langage oral.....	42
d. Médecin scolaire et médecin de PMI.....	43
4. Statut de MSU et dépistage des troubles du langage oral.....	45
C) Perspectives.....	46
V. CONCLUSION	47

VI. BIBLIOGRAPHIE.....	48
VII. ANNEXES.....	52
Annexe 1 : Développement normal du langage oral chez l'enfant.....	52
Annexe 2 : Les signes d'appel d'un trouble de l'évolution du langage.....	53
Annexe 3 : Classification des troubles du langage oral selon la CIM 10.....	54
Annexe 4 : Questionnaire IFDC à 24 mois.....	54
Annexe 5 : Le DPL3.....	55
Annexe 6 : EVAL MATER.....	55
Annexe 7 : Composition de l'ERTL4.....	56
Annexe 8 : Epreuves de dépistage des troubles du langage oral dans la BREV et l'EDA.....	57
Annexe 9 : Tableau récapitulatif des outils de repérage des troubles du langage oral de l'enfant..	58
Annexe 10 : Equations de recherche utilisées pour l'interrogation des bases de données.....	59
Annexe 11 : Questionnaire diffusé pour notre étude.....	60

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

% : Pourcentage

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

BMT-i : Batterie Modulaire de Tests informatisée

BREV : Batterie Rapide d'Évaluation des fonctions cognitives

DPC : Développement Professionnel Continu

DPL3 : Dépistage et Prévention du Langage à 3 ans

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

DU : Diplôme Universitaire

EDA : Évaluation Des fonctions cognitives et des Apprentissages

ERTL4 : Épreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans

HAS : Haute Autorité de Santé

IFDC : Inventaires Français du Développement Communicatif

FMC : Formation Médicale Continue

MG : Médecin Généraliste

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SFP : Société Française de Pédiatrie

SFSE : Santé de la femme et Santé de l'Enfant

TLO : Trouble du Langage Oral

TSLO : Trouble Spécifique du Langage Oral

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Liste des tableaux

Tableau 1 : Description de l'échantillon

Tableau 2 : Connaissance, possession et utilisation des outils de dépistage des troubles du langage oral

Tableau 3 : Attitude des médecins généralistes lors de la constatation d'un trouble du langage oral

Tableau 4 : Orientation de l'enfant présentant un trouble du langage oral

Tableau 5 : Liens statistiques sur les formations et l'utilisation d'outil de dépistage des TLO entre le statut de MSU et de non MSU ; et le statut de MSU SFSE de ceux qui ne le sont pas

Listes des figures

Figure 1 : Segmentation de l'inclusion

I. INTRODUCTION

Le langage est le principal outil de communication. Le langage oral permet d'exprimer la pensée et l'affect. Il comporte deux versants : un versant réceptif et un versant expressif. Le versant réceptif correspond à la compréhension du langage et le versant expressif à la production du langage.

Le développement du langage résulte d'une co-construction entre les compétences cognitives liées aux réseaux neuronaux, le développement psychique de l'enfant dans ses interactions familiales et les facteurs environnementaux socioculturels et pédagogiques. (1)

Il s'accroît dès le plus jeune âge et de façon exponentielle. Cependant, dans certaines situations, le développement du langage peut être retardé ou anormal entraînant des troubles du langage oral.

En termes de prévalence, l'enquête épidémiologique de Silva (2) en 1983 montre que 7% des enfants de trois et demi ont un déficit du développement du langage. Selon Marc Delahaie, les troubles des apprentissages du langage concernent 4 à 5 % des enfants d'une tranche d'âge et, parmi eux, 1 % sont atteints de troubles sévères. Plus concrètement, dans chaque classe, au moins un enfant serait atteint de troubles plus ou moins sévères. (3)

Ces troubles sont généralement banalisés et l'inquiétude parentale et/ou médicale peut être tardive, engendrant un retard dans la prise en charge. L'enfant présentant un trouble du langage oral est plus à risque de présenter un trouble du langage écrit ou de lecture et donc d'être en situation d'échec scolaire (4).

Le repérage et la prise en charge des troubles du langage sont donc devenus en 2001 une priorité de santé publique pour le gouvernement. Un plan d'action interministériel (5) a été élaboré et rendu public en mars 2001. Il est composé de 5 axes : mieux prévenir dès l'école maternelle, mieux identifier les enfants porteurs d'un trouble spécifique du langage oral et écrit, mieux prendre en charge, mieux informer, former, chercher et assurer le suivi du plan d'action. Cette priorité d'action dans le dépistage et la prise en charge des troubles du langage a été réaffirmée par la loi du 9 août 2004.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2005 des recommandations de bonnes pratiques nommées «Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires» (6). Elle

préconise un dépistage systématique des troubles du langage oral, même en l'absence de plainte, chez les enfants de 3 à 6 ans.

Un rapport concernant les recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage a été remis au ministère des santés et des solidarités en octobre 2005 (7). Ce rapport liste différents outils de repérage et de dépistage des troubles du langage oral.

Les médecins généralistes font partie des acteurs en première ligne pour repérer les troubles du langage oral en association avec les parents et le corps enseignant.

A) Développement du langage normal et signes d'appel du développement pathologique

Dès le plus jeune âge, le langage va commencer à se développer sur le versant réceptif. L'enfant va réagir à son prénom vers 6 mois et assimiler des mots simples vers 9-12 mois. Entre 1 an et 1 an et demi, il décode des phrases simples en contexte ; à partir de 18 mois et jusqu'à 24 mois l'enfant saisit des ordres simples en contexte, puis hors contexte à partir de 2 ans. A 3 ans, l'enfant comprend le langage du quotidien.

Concernant l'expression du langage, l'enfant va commencer à babiller (babillage monosyllabique) vers 6 mois. Le babillage se diversifiera et on notera une ébauche des premiers mots entre 9 et 12 mois, l'enfant utilise le «moi» et fait des phrases en associant deux à trois mots. A partir d'un an, l'enfant développe des gestes symboliques (main sur l'oreille pour imiter le téléphone) et prononce ses premiers mots, puis il commencera à utiliser des «mots-phrases» jusqu'à 2 ans. A 3 ans, l'enfant construit des phrases avec «sujet verbe et complément» et emploie le «je».

La Société Française de Pédiatrie (SFP) en association avec la Direction Générale de la Santé a édité en mars 2007 un guide pratique sur les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant (8) destiné aux professionnels de santé. Un tableau récapitulatif du développement normal du langage chez l'enfant est consigné en Annexe 1.

Cependant, chaque enfant est différent et le développement du langage ne se déroule pas à la même vitesse pour tous ; parfois la progression de l'expression orale est retardée ou perturbée entraînant des troubles de l'acquisition du langage oral.

Des signes d'appel d'un trouble du développement du langage en fonction de l'âge de l'enfant et de l'acquisition des compétences langagières ont été définis, ils sont répertoriés en Annexe 2.

B) Classifications des troubles du langage oral

Les deux classifications principales pour les troubles du langage sont le DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), publié par l'*American Psychiatric Association* en mai 2013, et la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) publiée par l'OMS.

Le DSM V inclut le trouble du langage dans les troubles de la communication. (9)

Dans la CIM 10, le trouble du langage dans son versant expressif et réceptif est répertorié dans la catégorie «Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage» [F80].

Cette catégorie est développée en Annexe 3.

C) Étiologies des troubles du langage oral

Les troubles de l'acquisition du langage oral sont définis comme une apparition retardée du langage oral ou par un développement ralenti et/ou perturbé.

Il est important de classer les troubles du langage. Dans un premier temps, il faudra établir si les troubles du langage sont acquis ou développementaux. (1,10,11)

1. Troubles du langage acquis

Les troubles du langage acquis, aphasies, sont plus rares que les développementaux. Leur origine est une pathologie neurologique, tels qu'un traumatisme crânien, un accident vasculaire cérébral, une tumeur, ou bien un processus inflammatoire ou infectieux. Une étude anglaise estime que l'aphasie représente 4 à 7 % des troubles du langage chez l'enfant. (12)

L'aphasie de Landau-Kleffner est une des étiologies des troubles du langage acquis. Elle correspond à une épilepsie acquise durant l'enfance, de diagnostic difficile. Elle concerne essentiellement la compréhension du langage et devra être évoquée chez un enfant présentant une régression des compétences langagières.

Si le trouble n'est pas acquis, on parle de troubles développementaux.

2. Troubles du langage développementaux

Les troubles du langage développementaux peuvent être secondaires à une pathologie ou primitifs aussi appelés spécifiques. Ils sont les plus fréquents. Le langage va s'établir de manière déficitaire.

a. Troubles du langage développementaux secondaires

> La surdité :

C'est la première étiologie à évoquer devant tout retard de langage chez l'enfant. En effet, l'intégrité des voies auditives est primordiale pour le développement langagier de l'enfant afin qu'il puisse reproduire les sons qu'il entend. Devant tout trouble du langage chez l'enfant, une exploration auditive avec réalisation d'un audiogramme à la recherche de surdité devrait être effectuée.

> La déficience intellectuelle ou retard mental :

C'est la cause la plus fréquente de trouble du langage oral chez l'enfant. La déficience intellectuelle se définit par une diminution significative des capacités intellectuelles et du comportement adaptatif (QI inférieur à 70 selon l'OMS). 2 à 3% de la population générale présenterait un retard mental de sévérité différente.

> Origine génétique :

Certaines pathologies associant un syndrome malformatif à une déficience intellectuelle peuvent entraîner des troubles du langage oral, notamment le syndrome de Di George ou syndrome vélo-cardio-facial. Il doit être évoqué devant une voix nasonnée associée à un trouble du langage oral. Les enfants atteints de trisomie, notamment de trisomie 21, peuvent aussi présenter un trouble du langage oral.

> Les troubles de la communication :

Les troubles de la communication englobent les troubles envahissant du développement, aujourd'hui appelés troubles du spectre autistique. Les critères diagnostiques du trouble du spectre autistique par le DSM-5 sont définis par un déficit persistant de la communication et des interactions sociales observé dans des contextes variés, associé au caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités. Selon une étude menée en 2014, plus de 75% des enfants autistes présenteront un trouble du langage oral. (13)

> La carence psycho-affective :

Pour un apprentissage correct du langage, l'enfant doit être exposé en permanence au langage. Malheureusement, certains enfants subissent parfois une négligence importante avec maltraitance entraînant une carence psycho-affective. Chez ces enfants, une étude canadienne a démontré que près d'un tiers souffrait d'un trouble du langage oral. (14)

> Le bilinguisme

b. Troubles du langage développementaux spécifiques

On parle de trouble spécifique du langage oral (TSLO) si aucune étiologie n'est attribuée au trouble du langage oral après exclusion des troubles du langage oral développementaux secondaires ou acquis. On en distingue plusieurs types. (15)

> Les troubles de l'articulation

Ils correspondent à un trouble moteur avec une difficulté pour l'enfant à combiner l'action des lèvres, des dents et de la langue, conduisant à l'impossibilité de produire un son, appelé phonème. Le son est déformé de façon permanente et systématique.

Les sons peuvent être supprimés par exemple : «apeau» au lieu de «chapeau» ; ou bien déformés, par exemple l'enfant prononcera le mot «joue» «zou».

On parle de zézaiement ou de schlintement.

Ce trouble est bénin s'il est isolé, il régresse en général avec des séances de rééducation orthophonique.

> Le retard simple de parole

La parole correspond à l'enchaînement des sons dans une phrase. Le retard simple de parole est défini par la persistance du «parler bébé» au-delà de l'âge de 4 ans avec des erreurs de langage qui sont normalement observées vers l'âge de 3 ans. Il peut s'agir de confusion de certains sons, de raccourcissement ou de déformations de mots. Dans ce cas, l'ensemble du développement du langage est retardé, l'enfant prononce ses premiers mots après deux ans et associe des mots pour construire des phrases après trois ans. Ce retard simple de parole peut être favorisé par un entourage régressif qui «parle bébé» à l'enfant. Il est généralement résolutif.

> Le retard simple de langage

Le langage, c'est la structure, la capacité à agencer les mots dans le bon ordre pour former une phrase. Le retard simple de langage concerne surtout l'expression du langage, la compréhension est conservée.

L'enfant aura un vocabulaire pauvre, les mots de liaison ne sont pas utilisés, la syntaxe est rudimentaire, l'enfant ne respecte pas l'ordre des mots, le style est télégraphique, et les verbes ne sont pas conjugués ou bien pas correctement. Cela aboutit à un véritable jargon de l'enfant compris essentiellement par les proches. L'évolution est généralement favorable.

> Le bégaiement

Il correspond à un trouble de la fluidité de la parole caractérisé par des répétitions ou des prolongations involontaires de syllabes ou de mots, accompagnées de blocages de la parole. Le bégaiement prédomine chez les garçons. Ce trouble débute entre l'âge de 3 à 7 ans et nécessite une rééducation pour le faire disparaître.

> La dysphasie

Elle est la forme la plus sévère des TSLO et représente 1% des troubles de l'expression orale. Elle affecte aussi bien l'expression que la compréhension orale.

Il s'agit d'enfants qui n'ont, à l'âge de 4 ans, qu'un langage très sommaire. L'expression orale spontanée est réduite, avec un vocabulaire rudimentaire, parfois difficilement compréhensible ; ce langage n'utilise pas de grammaire ou comporte d'importantes et nombreuses erreurs de syntaxe. L'enfant a des difficultés à nommer une image et à construire une phrase, même simple. Il existe habituellement des troubles de la compréhension verbale associés.

La dysphasie est un trouble du langage oral durable qui entraîne des difficultés vis-à-vis des apprentissages scolaires, en particulier l'apprentissage du langage écrit. La rééducation orthophonique doit être entreprise le plus tôt possible.

D) Les outils de dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de 2 à 5 ans

Les médecins généralistes font partie des acteurs en première ligne pour repérer les troubles du langage oral chez l'enfant. Ils ont à leur disposition des outils pour les aider au dépistage.

Un rapport (7) concernant les recommandations sur les ressources de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage a été remis au ministère des santés et des solidarités en octobre 2005. Ce rapport liste différents moyens de repérage et de dépistage des troubles du langage oral. Ces différentes techniques de dépistage sont aussi reprises dans le guide pratique «Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant» de la SFP. (8)

Plusieurs outils ont été mis en évidence, nous les décrirons par ordre d'âge de passation.

1. Les IFDC : Les Inventaires Français du Développement Communicatif

Les IFDC sont une adaptation française des *McArthur Communicative Development Inventories* (16) mis au point par Sophie Kern, chercheur au laboratoire Dynamique du langage du CNRS de Lyon et les pédiatres de l'Association française de pédiatrie ambulatoire et de la Société européenne de pédiatrie ambulatoire en 2003.

Ces questionnaires vont retracer le développement gestuel et langagier du nourrisson et du jeune enfant, afin de permettre une évaluation rapide des aspects quantitatifs du développement communicatif (nombre de gestes réalisés, de mots produits et/ou compris, longueur moyenne des énoncés) aux âges de douze, dix-huit et vingt-quatre mois.

L'IFDC est un questionnaire à destinée parentale mais il peut être utilisé en consultation de médecine générale et rempli avec les parents durant la consultation en quelques minutes.

Le questionnaire des 24 mois est consigné en Annexe 4.

L'examineur possède une fiche d'évaluation qui lui permettra de noter si le langage de l'enfant est satisfaisant ou non.

2. Le DPL3 : le Dépistage et la Prévention du Langage à 3 ans

Le DPL3 (17,18) est un outil de repérage des troubles du langage créé par une orthophoniste, Françoise COQUET en 1996. Il évalue les enfants de 3 ans à 3 ans et demi. Il est basé sur le principe de l'observation de l'enfant. Il peut être utilisé par le corps enseignant ou bien lors d'une consultation de médecine générale.

Le DPL3 est proposé sous forme d'un questionnaire de 10 items avec comme réponse attendue OUI ou NON. Quatre domaines sont étudiés : la socialisation/communication, la psychomotricité via le graphisme, la compréhension et l'expression du langage. Il est présenté en Annexe 5.

La durée de passation est de 5 à 10 minutes.

Un point sera attribué pour chaque réponse positive. En fonction du score obtenu, l'enfant nécessitera une prise en charge spécifique ou non.

3. EVAL MATER

EVAL MATER (19) est un outil de dépistage des troubles des apprentissages de l'enfant scolarisé en maternelle et âgé de 3 ans et demi à 4 ans et demi.

Il a été mis au point en 2005 par l'équipe du centre de référence des troubles des apprentissages du CHU de la Timone à Marseille en collaboration avec les médecins de PMI de la région PACA ainsi que l'Observatoire Régional de la Santé (ORS).

Cet outil se compose de plusieurs parties, résumées en Annexe 6. Il permet notamment une évaluation du langage et de la psychomotricité.

Le langage est étudié sur l'expression et la compréhension.

L'expression est évaluée par quatre exercices : la dénomination d'images, la description d'image, la répétition de différents mots existants et la répétition de logatomes.

Concernant la compréhension, trois exercices sont proposés : une désignation d'images, une épreuve de compréhension de consignes simples et complexes et enfin une de gnosie auditivoverbale (c'est à dire une désignation d'images dont les phonèmes sont proches).

La durée de passation complète d'EVAL MATER est de 45 minutes dont 10 minutes pour le bilan psychomoteur et 10 minutes pour le langage.

Il existe une grille de cotation différente en fonction de l'âge de l'enfant. En fonction des résultats, le langage sera considéré comme normal, à surveiller ou nécessitant un avis spécialisé.

4. ERTL4 : Épreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans

L'ERTL4 (20) a été conçue en 1991 par une équipe pluridisciplinaire composée d'orthophonistes (dont Brigitte Roy), de pédiatres, de médecins de la PMI, d'épidémiologistes et de membres de l'Éducation Nationale. Cet outil de repérage a été développé à la demande des médecins

généralistes qui souhaitent un outil fiable et rapide d'utilisation. La dernière version actualisée, version III, a été mise en place en 1998.

L'ERTL4 s'applique aux enfants âgés de 3 ans et 9 mois à 4 ans et 6 mois.

L'ERTL4 se compose de 5 épreuves, 3 obligatoires et 2 facultatives.

Les trois épreuves obligatoires sont *Les sept nains et Les sept indiens*, *Le petit chien*, *La toilette*.

Les deux épreuves facultatives sont *la voix chuchotée* et *les messages*.

Les épreuves sont décrites plus amplement en Annexe 7.

L'épreuve des *sept nains et des sept indiens* est basée sur la répétition de mots et de logatomes.

L'épreuve du *petit chien* se compose d'une planche avec 6 images d'un chien positionné différemment vis-à-vis de la niche. Le but est de demander à l'enfant où se situe le chien par rapport à la niche.

L'épreuve de *la toilette* montre une scène de vie quotidienne que l'enfant devra décrire.

Sa durée de passation est de 5 à 10 minutes.

Chaque épreuve possède une grille de cotation qui permettra de définir un niveau de langage. Il sera correct si le liseré est vert, à surveiller si le liseré est orange et nécessitera un avis spécialisé si le liseré est rouge.

5. La BREV : La Batterie Rapide d'Évaluation des fonctions cognitives

La BREV (21) est un outil d'évaluation des fonctions cognitives conçu en 2002 par Catherine BILLARD, neuropédiatre. La BREV est un outil de dépistage qui permet aussi de caractériser le profil du déficit éventuel. Elle est utilisable chez les enfants de 4 à 9 ans soit de la moyenne section de maternelle au CM1.

La BREV permet d'étudier quatre ensembles de fonctions cognitives : le langage oral, les fonctions non verbales et exécutives, l'attention et la mémoire, les apprentissages du langage écrit et du calcul.

L'exploration du langage oral est réalisée par six tests consignés en Annexe 8. Ces tests permettent d'apprécier la phonologie, l'évocation lexicale, la fluence verbale, la métaphonologie ainsi que l'expression et la compréhension syntaxique.

La durée de passation complète est de 45 à 60 minutes. Néanmoins, on peut évaluer une sous partie du test. La durée de l'évaluation du langage est de 10 à 15 minutes.

Il existe des feuilles de cotations différentes par tranche d'âge.

L'examineur reporte le nombre de points pour chaque item sur une ligne qui va de la couleur rouge à la couleur verte en passant par l'orange.

Contrairement aux autres outils où le score numérique va permettre de définir si l'enfant a un trouble ou non et permettre à l'examineur de décider de la prise en charge éventuelle. La BREV va définir un profil permettant de spécifier l'atteinte du langage c'est-à-dire l'atteinte de l'expression et/ou de la compréhension.

6. L'EDA : l'Evaluation Des fonctions cognitives et des Apprentissages

L'EDA (22) est une version enrichie de la BREV, créée en 2012, elle remplace cette dernière.

Le but d'EDA est le même que la BREV c'est-à-dire d'évaluer les fonctions verbales (le langage oral), les fonctions non verbales et les apprentissages. Elle s'adresse toujours aux enfants âgés de 4 à 11 ans inclus.

Les tests pour l'évaluation du langage sont similaires à ceux de la BREV.

L'EDA va permettre en fonction des résultats de déterminer si l'enfant nécessite une prise en charge spécialisée ou non.

7. La BMT-i : La Batterie Modulable de Tests informatisée

La BMT-i (23) est l'évolution de l'EDA, parue en janvier 2019. Elle a été développée afin de répondre au rapport de la HAS de janvier 2018 (24) visant à améliorer le parcours de soins des enfants avec un trouble spécifique du langage et des apprentissages. Elle s'adresse aux enfants scolarisés de la moyenne section de maternelle jusqu'à la 5ème.

Selon le rapport de la HAS, la BMT-i est destinée aux professionnels de santé qui s'intéressent aux troubles des apprentissages.

La BMT-i permet d'évaluer le langage écrit, la cognition mathématique, les fonctions verbales et non verbales ainsi que les fonctions attentionnelles et exécutives.

Les épreuves du langage oral explorent la phonologie, la compréhension lexicale, l'expression syntaxique, la métaphonologie, l'évocation lexicale et la compréhension syntaxique.

L'ensemble de ces moyens de repérage des troubles du langage oral sont résumés dans un tableau en Annexe 9.

E) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude est de décrire l'utilisation d'outils de dépistage du trouble du langage oral chez l'enfant de 2 à 5 ans par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

Les objectifs secondaires sont d'étudier la prise en charge des troubles du langage oral par ces médecins généralistes et d'observer s'il existe une différence de prise en charge entre les médecins généralistes maître de stage universitaire et ceux qui ne le sont pas.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A) Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale. Les données ont été recueillies par questionnaire entre le 28 mai 2020 et le 5 juillet 2020.

B) Population étudiée

La population cible était l'ensemble des médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées recevant les notifications de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS).

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Médecins spécialistes en médecine générale
- Installés dans l'ancienne région Midi-Pyrénées
- Exerçant en libéral
- Ayant fourni une adresse mail valide

Les critères d'exclusion étaient :

- Médecins non installés, les internes
- Exercice uniquement hospitalier
- Exerçant dans un autre département que ceux de l'ancienne région Midi-Pyrénées

C) Protocole

Nous avons choisi de procéder au recueil de données à l'aide d'un questionnaire pour cette analyse quantitative.

Pour élaborer le questionnaire et afin de décrire les différents outils de dépistage des troubles du langage oral qui sont utilisables en consultation de médecine générale, nous avons réalisé une revue narrative de la littérature (qui a fait l'objet du mémoire de DES de Médecine Générale). Les bases de données Pubmed, Web of Science, EM Premium et la Banque de Données en Santé Publique (BDSP) ont été interrogées à l'aide des équations de recherche identifiées dans l'Annexe 10. Des études provenant de la littérature grise et des références bibliographiques d'articles précédemment retenus ont également été incluses.

Cette revue narrative de la littérature nous a permis de sélectionner six outils de dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de 2 à 5 ans : IFDC, DPL3, EVAL MATER, ERTL4 ainsi que la BREV et ses évolutions : l'EDA puis la BMT-i.

Nous avons également décidé d'ajouter des outils non standardisés comme les livres et les jouets.

Toutes les références bibliographiques ont été organisées grâce au logiciel ZOTERO.

Le questionnaire a été élaboré grâce à l'outil Google Forms.

Il a été rédigé en trois parties et comprenait 23 questions. Il est consultable en Annexe 11.

- La première partie concernait les données socio-démographiques des médecins. Ils devaient préciser s'ils pratiquaient des consultations de suivi pédiatrique, s'ils s'aidaient d'outils pour ces consultations et s'ils avaient participé à des formations sur le dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant.

- La deuxième partie s'intéressait à leur connaissance et leur utilisation des outils de dépistage des TLO.

- La troisième partie abordait les prises en charge des médecins face à un TLO de l'enfant de 2 à 5 ans.

Nous avons participé à l'atelier questionnaire mis en place par le DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale) le 27 août 2019, ce qui a permis de modifier le questionnaire en tenant compte des remarques émises.

Ce questionnaire a été diffusé le 28 mai 2020 via l'URPS par courriel aux praticiens inscrits sur la liste de diffusion. Le courriel contenait un résumé descriptif présentant l'étude ainsi qu'un lien renvoyant au questionnaire Google Forms.

D) Analyse des données

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse descriptive des données par le calcul des effectifs et des pourcentages.

Dans un second temps, nous avons étudié les connaissances et les utilisations des différents outils de dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de 2 à 5 ans par les médecins généralistes, en fonction des caractéristiques des médecins (âge, genre, lieu d'exercice, maître de stage universitaire).

Afin de comparer les variables qualitatives entre les groupes de l'étude, un test du Chi2 a été réalisé, ou un test de Fisher lorsque ce dernier n'était pas applicable. Le degré de significativité retenu était de 5% soit $p \leq 0,05$.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel StataS 8.9.0 du Dr O. Mericq et du logiciel LibreOffice Calc.

III. RÉSULTATS

Nous avons obtenu 191 réponses sur les 2577 courriels diffusés, soit un taux de participation de 7,4%.

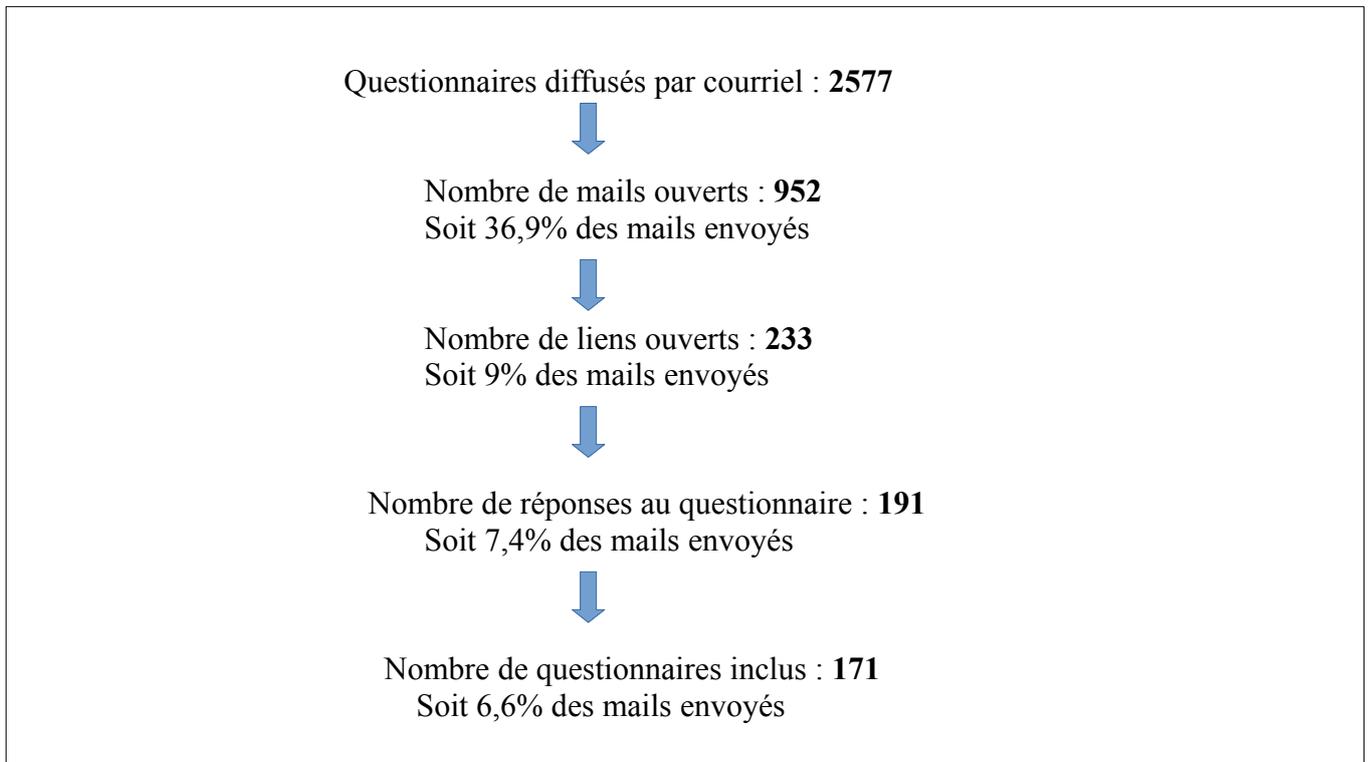


Figure 1 : Segmentation de l'inclusion

Vingt questionnaires n'ont pas pu être inclus dans notre étude car les réponses à certaines questions étaient incomplètes.

A) Description de l'échantillon

Tableau 1 : Description de l'échantillon

	%	Effectif (n=171)
Femmes	74,9%	128
<u>Département d'exercice :</u>		
- Ariège	5,8%	10
- Aveyron	7%	12
- Gers	5,3%	9
- Haute Garonne	58,5%	100
- Hautes Pyrénées	4,1%	7
- Lot	2,3%	4
- Tarn	10,5%	18
- Tarn et Garonne	6,4%	11
<u>Milieu d'exercice :</u>		
- Urbain	38,6%	66
- Semi rural	40,9%	70
- Rural	20,5%	35
Exercice en cabinet de groupe	91,2%	156
<u>Maître de stage universitaire :</u>		
- Praticien Niveau 1	41,5%	71
- Santé de la femme et de l'enfant	18,7%	32
- SASPAS	14%	24
- SASPAS	29,2%	50
Suivi pédiatrique	99%	189
<u>Utilisation d'aides à la consultation :</u>		
- Carnet de santé	97,1%	166
- PEDIADOC	66,7%	114
- Pas à pas en pédiatrie	18,1%	31
- Autres	10,5%	18
<u>Formation sur les troubles du langage oral chez l'enfant :</u>		
- Formation Initiale	52%	89
- Formation Continue :		
> DU	18,7%	32
> FMC	42,7%	73
> DPC	1,8%	3
> DPC	18,7%	32
> DPC	30,4%	52
> Autres	2,9%	5
-Formation initiale ET continue	9,9%	16

L'âge moyen des praticiens était de 42,5 ans avec un écart-type de 10,8 années ; ils étaient âgés de 28 à 71 ans.

La durée moyenne des consultations de suivi pédiatrique est de 27,3 minutes avec un écart-type de 9,1 minutes, elle s'échelonnait de zéro à 90 minutes.

B) Analyse descriptive

1. Aides à la consultation pédiatrique

L'ensemble des participants de l'étude ont déclaré se servir d'aides lors des consultations de suivi pédiatrique ; 97,1% (n=166) utilisaient le carnet de santé, 66,7% (n=114) PEDIADOC, 18,1% (n=31) Pas à pas en pédiatrie, et 10,5% (n=18) employaient d'autres moyens. Parmi les autres aides au suivi pédiatrique, les revues médicales, le Sensory Baby Test, des fiches personnelles créées après formation, Dermato clic, PEDIADOL, des supports de consultation acquis lors de formations, les logiciels MEDISTORY et ALMAPRO, et le moteur de recherche GOOGLE ont été cités.

2. Formations sur les troubles du langage oral de l'enfant

52% (n=89) des médecins interrogés ont eu une formation sur les troubles du langage oral de l'enfant, 18,7% (n=32) une formation initiale lors de leurs études médicales et 42,7% (n=73) ont participé à une formation continue.

Parmi les formations continues, 3 médecins (1,8%) sont titulaires d'un DU sur les troubles du langage oral de l'enfant, 18,7% (n=32) ont effectué une FMC, 30,4% (n=52) une DPC et 2,9% (n=5) un autre type de formation.

Concernant ces 5 médecins, un médecin est médecin expert pour le groupe de formation MG Form sur les troubles neurosensoriels de l'enfant de 0 à 6 ans, 2 médecins ont reçu des formations informelles au sein de leur cabinet où travaillent des orthophonistes, un médecin a eu une formation «institutionnelle» et le dernier médecin a bénéficié d'une formation dans le cadre de son activité salariée.

3. Connaissance, possession et utilisation générale des outils de dépistage des troubles du langage oral

Tableau 2 : Connaissance, possession et utilisation des outils de dépistage de TLO par les médecins généralistes

	Connaissance	Possession	Utilisation
Livres/Jouets	87,7% (n=150)	74,3% (n=127)	71,9% (n=123)
IFDC	3,5% (n=6)	0,6% (n=1)	0,6% (n=1)
DPL3	20,5% (n=35)	5,3% (n=9)	4,1% (n=7)
EVAL MATER	11,7% (n=20)	6,4% (n=11)	6,4% (n=11)
ERTL4	66,7% (n=114)	56,7% (n=97)	38,6% (n=66)
BREV	15,8% (n=27)	0%	0%
EDA	6,4% (n=11)	0,6% (n=1)	0%
BMT-i	2,9% (n=5)	0,6% (n=1)	0,6% (n=1)

La majorité des médecins connaissaient des outils non standardisés comme les livres et les jouets. L'ERTL4 était l'outil de dépistage le plus connu et le plus utilisé par les praticiens avec un taux d'utilisation de 38,6%.

12,3% (n=21) des médecins ont déclaré utiliser d'autres outils de dépistage des troubles du langage oral ; 9 personnes se servaient de la Sensory baby test, trois médecins d'imagerie, trois autres ont répondu se baser sur l'interrogatoire des parents et un médecin sur son observation clinique. Enfin d'autres praticiens utilisaient des fiches préparées par les orthophonistes, la mallette ADVL. Le test de Moatti, l'audition des expressions orales et le dépistage des troubles de l'audition ont été cités mais concernent le dépistage des troubles auditifs et non du langage. Deux personnes ont répondu se servir de l'ERTL6 mais ce test ne concernait pas la population de notre étude (enfants âgés de moins de 6 ans hors l'ERTL6 s'adresse aux enfants âgés de plus de 6 ans).

4. Acquisition des outils de dépistage

43,9% (n=75) des médecins généralistes se sont équipés depuis leur installation et 25,9% (n=21) depuis qu'ils sont maître de stage universitaire (soit 29,6% des MSU).

Cent cinquante-six médecins exerçaient en cabinet de groupe, parmi eux, 66 praticiens (soit 42,3%) ont déclaré partager avec leurs confrères au sein du cabinet médical.

5. Utilisation des outils de dépistage des troubles du langage oral

41,5% (n=71) déclaraient se servir d'un outil de dépistage systématiquement même en l'absence de plainte.

70,2% (n=120) des médecins généralistes interrogés utilisaient un instrument de dépistage lorsqu'ils constataient une anomalie du langage et 69% (n=118) lorsque la plainte venait des parents de l'enfant.

Lors de demande de bilan orthophonique, 35,3% (n=60) employaient un moyen de repérage si la demande venait des parents et 26,9% (n=46) si la demande émanait du milieu scolaire.

6. Attitude des médecins généralistes lors de la constatation d'un trouble du langage oral

Tableau 3 : Attitude des médecins généralistes lors de la constatation d'un trouble du langage oral

	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
Surveillance et réévaluation	83% (n=142)	40,9% (n=70)	11,7% (n=20)	8,2% (n=14)
Demande d'avis spécialisé	22,8% (n=39)	68,4% (n=117)	88,9% (n=152)	95,3% (n=163)
Utilisation d'un outil de dépistage	15,2% (n=26)	40,3% (n=69)	44,4% (n=76)	21,1% (n=36)
Pas de préoccupation	10,5% (n=18)	3,5% (n=6)	0% (n=0)	0,6% (n=1)

La prise en charge différait selon l'âge de découverte d'une anomalie de langage. A 2 ans, plus de 80% des médecins généralistes de notre étude ont déclaré effectuer une surveillance simple avec réévaluation à distance. Dès l'âge de 3 ans, la demande d'avis spécialisé était majoritaire et croissante avec l'âge.

7. Orientation de l'enfant présentant un trouble du langage oral

Tableau 4 : Orientation de l'enfant présentant un trouble du langage oral

	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
ORL	69,6% (n=119)	67,3% (n=115)	60,2% (n=103)	57,3% (n=98)
Neuropédiatre	8,8% (n=15)	15,2% (n=26)	19,9% (n=34)	29,2% (n=50)
Pédiatre	11,7% (n=20)	13,5% (n=23)	14,6% (n=25)	15,2% (n=26)
Orthophoniste	35,1% (n=60)	65,5% (n=112)	91,2% (n=156)	93% (n=159)
Médecin PMI	4,7% (n=8)	5,9% (n=10)	2,9% (n=5)	3,5% (n=6)
Médecin scolaire	0%	1,8% (n=3)	2,3% (n=4)	3,5% (n=6)
Pédopsychiatre	2,9% (n=5)	5,9% (n=10)	10,5% (n=18)	10,5% (n=18)
Médecin TLO	4,7% (n=8)	11,7% (n=20)	12,9% (n=22)	11,1% (n=19)

Les praticiens ayant répondu à notre étude adressaient majoritairement à l'ORL aux âges de 2 et 3 ans, et à l'orthophoniste à partir de 4 ans.

8. Diagnostic de pathologie devant un trouble du langage oral

44,7% (n=76) des médecins généralistes ont déjà diagnostiqué une pathologie devant un TLO de l'enfant.

9. Freins des médecins généralistes à l'utilisation d'outil de dépistage

La question était «Si vous n'avez pas et/ou n'utilisez pas d'outils de dépistage du trouble du langage oral, quelles peuvent être la ou les raisons». Quarante-huit médecins généralistes n'ont pas répondu à cette question considérant qu'ils avaient et/ou utilisaient un moyen de repérage des TLO.

Les raisons exprimées par les 123 répondants sur la non utilisation ou le peu d'utilisation des outils de dépistage des TLO étaient :

- le manque de temps à 50,4% (n=62)
- le manque de formation et d'information à 83,7% (n=103)
- le manque de rentabilité à 13,8% (n=17)
- le coût trop élevé des outils à 21,1% (n=26)

14,6% (n=18) des répondants considéraient que ce n'était pas leur rôle de médecin généraliste de dépister les troubles du langage oral.

D'autres raisons ont été évoquées comme le manque d'expérience en début de carrière, le manque de temps car les parents ne prenaient pas de rendez-vous dédiés, la suffisance des items du carnet de santé pour le dépistage de ces troubles, l'accès facilité à un orthophoniste dans certaines MSP, le rôle de la médecine scolaire. Un médecin exerçant une activité salariée a déclaré qu'avec ce type d'activité il ne pouvait pas acheter les outils qu'il souhaitait, enfin un autre a répondu qu'il n'avait jamais constaté d'anomalie du langage chez un enfant.

C) Analyse comparative

1. Selon le statut de MSU

Des liens statistiquement significatifs ont été mis en évidence concernant les MSU par rapport aux non MSU.

a. Formations

Les médecins MSU ont déclaré avoir reçu des formations continue (p= 0,05) et initiale (p=0,01) et avoir participé des FMC (p=0,001).

b. Outils de dépistage des troubles du langage oral

Les MSU connaissaient, possédaient et utilisaient plus EVAL MATER (p=0,01). Ils détenaient (p=0,01) et se servaient plus de l'ERTL4 (p=0,001) et employaient plus de tests non standardisés comme les livres et les jouets (p=0,02). Ils avaient acquis des outils depuis le début de leur exercice (p=0,01).

Ils utilisaient plus systématiquement un outil de dépistage même en l'absence de plainte (p=0,02) ou bien s'ils constataient un TLO (p=0,05) ; mais aussi lors de la demande de prescription de bilan orthophonique venant des parents ou du milieu scolaire (p=0,01).

c. Prise en charge des troubles du langage oral

Ils utilisaient des outils de dépistage à 3 et 4 ans (p=0,01) quand il constatait un TLO.

2. Selon le statut de MSU Santé de la femme et santé de l'enfant

Des liens statistiques significatifs spécifiques aux MSU santé de la femme et santé de l'enfant (SFSE) ont été retrouvés dans notre étude.

a. Caractéristiques épidémiologiques et formations

Les MSU SFSE étaient majoritairement des femmes ($p=0,02$), ayant reçu plus de formations sur les TLO ($p=0,001$) notamment des formations continues comme les FMC ($p=0,001$).

b. Outils de dépistage des troubles du langage oral

Ils connaissaient, possédaient et utilisaient plus d'outils comme le DPL3, L'ÉVAL MATER, l'ERTL4 et la BMT-i ainsi que les livres et les jouets (p variant de 0,001 à 0,05).

Ils avaient des outils de dépistage ($p=0,01$) et partageaient leurs outils au sein du cabinet ($p=0,01$).

c. Prise en charge des troubles du langage oral

Un outil de dépistage était plus utilisé aux âges de 3 et 4 ans et ils adressaient plus à des médecins ayant eu des formations sur les TLO aux âges de 4 et 5 ans.

Tableau 5 : Liens statistiques sur les formations et l'utilisation d'outil de dépistage des TLO entre le statut de MSU et de non MSU ; et le statut de MSU SFSE de ceux qui ne le sont pas

	Non MSU N = 100		MSU N = 71			MSU SFSE N = 24		
	%	n	%	n	p	%	n	p
Formations sur les TLO	47	47	59	42	0,2	83	20	0,001
Formation continue	33	33	56	40	0,01	75	18	0,001
Participation FMC	10	10	31	22	0,001	54	13	0,001
Utilisation livres et/ou jouets	65	65	82	58	0,02	100	24	0,001
Utilisation ERTL4	28	28	54	38	0,001	75	18	0,001
Acquisition d'outils de dépistage	35	35	56	40	0,01	92	22	0,001
Utilisation systématique d'un outil de dépistage	34	34	52	37	0,02	71	17	0,01
Utilisation d'un outil de dépistage à 2 ans	20	20	11	8	0,2	17	4	0,9
Utilisation d'un outil de dépistage à 3 ans	31	31	54	38	0,01	67	16	0,01
Utilisation d'un outil de dépistage à 4 ans	36	36	56	40	0,01	83	20	0,001
Utilisation d'un outil de dépistage à 5 ans	18	18	25	18	0,3	33	8	0,2

IV. DISCUSSION

A) Forces et limites de l'étude

1. Forces de l'étude

Notre travail présente un caractère original ; à notre connaissance aucune étude ne décrit l'utilisation de différents outils de dépistage du trouble du langage oral, notamment dans l'ancienne région Midi-Pyrénées.

Les différents outils de dépistage utilisés avaient été sélectionnés suite à une revue de la littérature, ils étaient donc tous validés scientifiquement.

L'envoi des questionnaires par voie électronique a permis de donner plus de liberté aux médecins répondants dans leur organisation et donc de limiter le sentiment de jugement.

Notre taux de réponse au questionnaire était de 7,4%. Les taux moyens de participation aux études distribuées via l'URPS avoisinent les 5 à 10%. Nous pouvons donc considérer qu'il s'agit d'un taux de réponse correct.

2. Limites de l'étude

a. Caractéristiques de l'échantillon

Notre population n'est pas représentative de la population médicale de l'ancienne région Midi-Pyrénées. En effet, dans notre échantillon, les femmes et les jeunes médecins sont sur-représentés.

b. Biais de sélection

Notre étude a été réalisée grâce à l'envoi de questionnaires par voie électronique. Les médecins interrogés reçoivent régulièrement des questionnaires dans le cadre de réalisation de thèses. La réponse à ces questionnaires est volontaire. Il y a donc un risque de non-réponse avec cette méthode. On peut imaginer que les personnes ayant répondu sont plus intéressées par notre sujet.

c. Biais d'information

C'est un biais commun aux études épidémiologiques dont les réponses sont obtenues par un questionnaire. Les réponses sont suggérées et le répondant est plus enclin à répondre positivement et peut manquer d'objectivité. Les réponses sont déclaratives et basées sur la bonne foi des répondants, il peut donc exister un biais de déclaration et de mémorisation.

B) Discussion des résultats

1. Les outils de dépistage des troubles du langage oral

a. Connaissance et utilisation par les médecins généralistes

Dans leurs travaux de thèse en 2010 et 2016, Camille Sauvadet (25) et Pauline Beltran Guillerm (26) mettent en évidence que respectivement 23,8% et 32,4% des praticiens connaissent un instrument de dépistage du langage oral. Dans son étude en 2019 (27) sur le repérage des anomalies du langage dans le Limousin, M. Rohaut démontre que seulement 8% des MG utilisent un test de dépistage des TLO.

Notre travail montre que 91,8% des praticiens connaissent un outil de dépistage ; les plus connus sont les livres et les jouets avec 87,7%. Cependant, les livres et les jouets ne sont pas des tests standardisés. Si l'on prend en compte uniquement les outils de dépistage validés, alors 70,2% connaissent au moins un de ces outils. A propos de l'utilisation, 71,3% emploient un moyen de dépistage mais seulement 42,7% un outil validé. Les taux de connaissance et d'utilisation des outils de dépistage sont élevés dans notre travail.

Cette différence peut s'expliquer par le fait que nous avons cité et proposé des outils de repérage des TLO aux praticiens de notre étude, leurs réponses ont été induites en ne faisant pas appel à leur mémoire spontanée ; et nous n'avons pas précisé la fréquence d'utilisation. Les MG ont pu répondre positivement aux questions sur l'utilisation d'outils même si la réalisation des tests pour le langage était rare.

Une étude de 2013 menée par Isabelle Cousinet-Adamowicz (28) montre que seulement 38% des médecins généralistes interrogés se servent systématiquement d'un outil de dépistage à 4 ans. Ces résultats sont concordants avec les nôtres où 41,5% des praticiens déclarent se servir d'un test de repérage des TLO systématiquement même en l'absence de plainte.

Ceci peut se justifier par la méconnaissance des recommandations de la HAS de 2005 et des tests standardisés existants. Les médecins généralistes se servent de leur sens clinique et la tendance est l'emploi d'un outil si une anomalie du langage est constatée par eux-mêmes ou bien par les parents des enfants.

A la question 19 de notre thèse, les MG étaient interrogés sur les conditions d'utilisation des outils de dépistage des TLO ; 70,2% emploient un moyen de repérage en cas de constatation d'une anomalie et 69% lorsque la plainte sur le langage émane des parents.

A la question 20, où les médecins sont interrogés sur leur attitude face à un trouble du langage oral en fonction de l'âge ; 15,2% déclarent se servir d'un outil à 2 ans, 40,6% à 3 ans, 44,4% à 4 ans et 21,1% à 5 ans.

Les résultats de ces deux questions sont discordants, les médecins déclarent utiliser des moyens de repérage des TLO à 70% lorsqu'ils constatent une anomalie du langage mais, lorsqu'ils sont interrogés sur leur attitude face à un trouble du langage chez l'enfant, moins de 45% emploient un test de dépistage. Ceci peut s'expliquer par le format de la question posée, en effet la question 19 est une question fermée «Utilisez-vous un outil de dépistage de trouble du langage oral lorsque vous constatez une anomalie ?» alors que la question 20 est une question ouverte avec plusieurs propositions concernant l'attitude des médecins face à un TLO de l'enfant.

On remarque que les outils sont plus utilisés aux âges de 3 et 4 ans ce qui est en accord avec nos résultats sur la connaissance et la possession de ces moyens de repérage, et avec les recommandations de la HAS qui conseillent l'utilisation d'un outil à l'âge de 4 ans.

Le dépistage des troubles du langage oral est devenu une priorité de santé publique, on peut supposer que les médecins d'aujourd'hui sont plus sensibilisés à ces troubles et ont connaissance de l'existence d'outils standardisés pour les repérer.

b. En pratique

> L'ERTL4

La majorité des données de la littérature sur le sujet du dépistage des troubles du langage oral concernent l'outil ERTL4.

Une thèse réalisée en 2019 par Marie Aballea (29) montre que 69% des médecins généralistes de la région Poitou-Charentes ont connaissance de l'ERTL4. Une autre thèse réalisée la même année dans la région Limousin par Margaux Rohaut (27) nous dévoile que l'ERTL4 est connu par 64% des MG. Concernant sa possession, Camille Dupont démontre dans son étude de 2019 (30) que 50 % des MG possèdent l'ERTL4.

Ces résultats sont en accord avec notre étude où l'ERTL4 est connu par 66,7 % des praticiens et possédé par 56,7 % d'entre eux.

En 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations de bonnes pratiques nommées «Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires» (6).

Elle préconise un dépistage systématique des troubles du langage oral même en l'absence de plainte chez les enfants de 3 à 6 ans.

A l'âge de 3 ans, l'évaluation peut se faire en posant des questions simples : «fait-il des phrases ?», «emploie-t-il des pronoms ?», «conjugue-t-il des verbes ?».

A l'âge de 4 ans, l'utilisation d'un outil de dépistage nommé ERTL4 est conseillée.

En 2010, une étude de faisabilité et de pratiques en médecine générale des dépistages recommandés par la HAS en 2005 chez l'enfant de 2 à 6 ans a été réalisée. Cette étude (31) démontre que 90% des médecins généralistes considèrent comme applicables de poser les trois questions à l'âge de 3 ans. Concernant la réalisation de l'ERTL4 seulement 6% pensent pouvoir l'utiliser au quotidien.

Dans sa thèse réalisée en 2019, M. Rohaut (27) montre que 8% des médecins généralistes du Limousin utilisent l'ERTL4.

Dans notre travail de recherche, 38,6% des praticiens déclarent utiliser l'ERTL4. Cependant la fréquence d'utilisation n'était pas spécifiée dans notre questionnaire et il est possible que les MG de notre étude ne l'emploient pas au quotidien.

On constate que l'ERTL4 est l'outil validé le plus connu, possédé et utilisé de notre travail et de la majorité des autres études. Ceci peut se justifier par le fait que l'ERTL4 est l'instrument le plus ancien (développé en 1991) et recommandé par la HAS.

> Les IFDC et le DPL3

Les IFDC sont des questionnaires du développement langagier destinés aux enfants de 12, 18 et 24 mois. Dans son étude menée en 2014 sur les IFDC (32), Juliette Petruka observe que 2% des praticiens ont connaissance de ce test de repérage. Dans notre travail, ils sont connus par 3,5% des médecins généralistes et utilisés par seulement un médecin.

Dans l'étude de Beltran Guillerm menée dans le Maine et Loire et dans la Sarthe en 2016 (26) , le DPL3 est l'outil le plus possédé par les médecins généralistes avec 62,5% suivi de l'ERTL4 avec 25% puis de la BREV à 12,5%.

Dans notre travail, le DPL3 est possédé par seulement 5,3% des praticiens.

Le DPL3 peut être plus détenu par certains médecins que l'ERTL4 car sa passation sous forme de questionnaire est plus simple que les différents tests de l'ERTL4 et plus rapide. On peut aussi faire l'hypothèse que le prix du DPL3 est plus attractif car moins onéreux que l'ERTL4 (23€ contre

125€). Dans notre étude, le coût des outils est un frein pour plus de 20% des praticiens. Tous ces critères peuvent donc inciter un médecin généraliste à posséder plutôt le DPL3 que l'ERTL4.

On constate que les médecins généralistes de notre étude emploient peu d'outils validés dans le dépistage des TLO avant l'âge de 4 ans. Moins de 5% utilisent les IFDC et le DPL3, et peu de médecins (15,2%) emploient un outil de dépistage avant 3 ans. Pourtant ces tests sont peu onéreux et leur utilisation est simple puisqu'il s'agit de questionnaire. Une des raisons de la non utilisation de test à l'âge de 2 et 3 ans est la méconnaissance de ces moyens de repérage.

Une revue de la littérature de 2008 (33) portant sur la pertinence du dépistage des troubles du langage oral avant 3 ans a démontré l'intérêt d'un dépistage précoce avec une amélioration significative des troubles si une rééducation est débutée avant 3 ans.

Des formations afin de permettre aux médecins de connaître et de savoir utiliser ces outils seraient intéressantes afin de dépister au plus tôt les anomalies de langage et de débiter une rééducation.

> Autres outils de dépistage des troubles du langage oral

Il n'y a pas d'études existantes sur l'utilisation par les médecins généralistes de l'ÉVAL MATER ou bien de la BREV et de ses dérivés. Dans notre étude, ÉVAL MATER est utilisé par 6,4 % des praticiens ce qui le classe en deuxième position des outils standardisés en termes d'utilisation. L'ÉVAL MATER est six fois moins utilisé que l'ERTL4 alors que les âges de passation sont semblables. Du fait de sa création plus récente, il peut être moins connu et donc moins utilisé que l'ERTL4.

La BREV et ses dérivés sont les moins connus et ne sont pas employés par les médecins, un seul praticien se sert de la BMT-i et aucun de la BREV ou de l'EDA. Ces tests ont une passation plus longue et sont plus complexes que les autres tests ce qui peut expliquer qu'ils soient moins utilisés.

Ces outils sont plus adaptés à des consultations spécifiques de dépistage des troubles du langage oral. Ils sont probablement employés par des médecins ayant des formations dans le dépistage des TLO lors de consultations dédiées.

> Aides à la consultation pédiatrique pour le dépistage des TLO

En plus des outils de dépistage des TLO, le médecin généraliste peut disposer d'autres aides lors de la consultation pédiatrique afin d'évaluer le langage d'un enfant.

- Le carnet de santé

Depuis mars 2018, un nouveau carnet de santé (34) a vu le jour afin de tenir compte des avancées scientifiques.

Notre étude montre que 97,1% des interrogés emploient le carnet de santé comme aide au suivi pédiatrique. Une personne a même déclaré que les items du carnet de santé sont suffisants pour le dépistage des TLO. Le carnet de santé permet le suivi de la croissance et du développement psychomoteur de l'enfant. On constate que le carnet de santé est majoritairement utilisé pour le suivi pédiatrique, ce qui est en accord avec une étude de Sauvadet (25) en 2010. Dès sa naissance, l'enfant bénéficie de 20 examens obligatoires au cours de son développement. A chacune de ces visites, des items s'intéressant au développement du langage sont répertoriés et peuvent donc aider les MG à détecter une anomalie.

- PEDIADOC

PEDIADOC (35) est un site internet dédié au suivi de l'enfant de 0 à 6 ans en médecine de premier recours et créé par le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse en partenariat avec des médecins généralistes, des pédiatres libéraux et hospitaliers.

Les deux tiers des praticiens (66,7%) répondants connaissent ce site et l'utilisent lors des consultations de suivi. Il n'existe pas d'étude sur l'utilisation de PEDIADOC par les MG mais ce site ayant été développé à Toulouse, nous supposons que les médecins interrogés dans notre étude ont une meilleure connaissance de son existence.

A chaque visite obligatoire, une partie sur le langage est détaillée dans le développement psychomoteur. Les attentes sur le langage sont un peu plus développées que les items du carnet de santé. A l'âge de 3 ans, l'utilisation d'un outil de dépistage : le DPL3 est suggéré. A 4 ans, le dépistage doit être systématique avec un outil comme l'ERTL4. Des signes d'alerte sur les troubles du langage sont listés pour les âges de 4 et 5 ans.

- Pas à Pas en Pédiatrie

Pas à pas en pédiatrie (PAP) a été créé par la Société Française de Pédiatrie et met en ligne des arbres décisionnels sur différents thèmes de pédiatrie.

Concernant le langage, 3 arbres décisionnels existent :

- Retard de langage entre 3 et 6 ans
- Absence de langage oral à 3-4 ans : rôle des médecins de premier et de second recours
- Le bégaiement

L'utilisation d'outils de dépistage est préconisée dans le retard de langage entre 3 et 6 ans et l'absence de langage oral à 3-4 ans.

Nos recherches n'ont pas trouvé de données de la littérature concernant l'utilisation de PAP. Moins de 20 % des médecins généralistes de notre étude utilisent de ce site comme aide à la consultation pédiatrique. Il se peut que PAP soit moins employé que PEDIADOC car il n'est pas dédié au suivi pédiatrique à proprement parler mais apporte une aide diagnostique lorsqu'un trouble est constaté. Peut-être que les MG consultent PAP uniquement en cas d'anomalie lors du suivi pédiatrique et pas de façon quotidienne.

Les items du carnet de santé permettent une approche globale de l'évaluation du langage, PEDIADOC peut être employé en complément du carnet de santé et PAP peut aider sur la conduite à tenir lors de la découverte d'un trouble du langage.

Toutes ces aides peuvent donc être un support aux médecins généralistes qui ne possèdent pas d'outils de dépistage du langage même si elles ne remplacent pas l'utilisation d'un test standardisé. L'informatisation des cabinets médicaux et l'utilisation d'internet permettent un accès simple à PEDIADOC et PAP. Les médecins généralistes peuvent les utiliser facilement lors de leurs consultations.

2. Freins des médecins généralistes à l'utilisation d'outils de dépistage

a. Manque de formation et d'information

Le principal frein évoqué par les médecins est un manque d'information et de formation (83,7%) sur les instruments de dépistage des TLO. Plusieurs études (27,30,31,36) mettent aussi en évidence ce frein de la méconnaissance des outils de dépistage.

Pourtant notre étude révèle que 52% des MG ont reçu une formation sur le sujet : 18,7% une formation initiale et 42,7% une formation continue.

On peut supposer que le sujet intéresse les médecins généralistes mais que les formations sont «globales» sur ce thème. Des formations précises sur la présentation d'un outil en particulier avec sa démonstration seraient appréciées par les praticiens.

Dans notre étude, 71,9% utilisent des outils de dépistage des TLO dont les tests non standardisés (livres et jouets). Le moyen de repérage le plus usité est l'ERTL4 avec 38,6%, le taux d'utilisation

des autres outils est inférieur à 5%. De plus, les praticiens qui possèdent des outils ne les emploient pas forcément. Le fait de ne pas connaître le fonctionnement de l'outil est un frein à leur utilisation. Une thèse menée en 2008 par J. Aubin (33) montre que 94% des médecins généralistes étaient prêts à être formé sur ce thème.

Une autre thèse menée en 2013 (28) a évalué l'impact de la formation à l'ERTL4 sur les pratiques des MG ; après formation, 61% se sont mis à utiliser l'ERTL4 et 79% se sont dit prêts à continuer à se servir de cet outil au long cours. L'impact d'une formation est donc positif sur le repérage des TLO de l'enfant.

Selon l'article 11 du Code de déontologie médicale, «*Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue*». La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (37) stipule que «*La formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique. Elle constitue une obligation pour tout médecin tenu pour exercer sa pratique de s'inscrire à l'ordre des médecins* ».

En juillet 2019, un arrêté ministériel (38) a défini les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu (DPC) pour les années 2020 à 2022. Sur les 238 orientations préconisées, deux concernent le développement de l'enfant : l'orientation n°29 : *Repérage, dépistage et diagnostic précoce des enfants présentant des troubles du neuro-développement (TND), dont les troubles du spectre de l'autisme (TSA)* destinée à tout médecin et l'orientation n°94 : *Suivi du développement de l'enfant, dépistage et prévention primaire* pour les médecins spécialistes en médecine générale.

Des organismes de DPC offrent aux médecins généralistes des sessions de formation sur le dépistage des troubles des apprentissages et du langage chez le jeune enfant. A Toulouse, le réseau OCCITADYS, coprésidé par le Dr Willig, neuropédiatre à la clinique Ambroise Paré, propose aux médecins généralistes, scolaires, de PMI et aux pédiatres des formations aux outils de dépistage dont la BMT-i.

b. Manque de temps

Le deuxième argument le plus évoqué est un manque de temps (50,4%) pour réaliser ces tests lors des consultations de médecine générale.

Ce frein a été retrouvé dans un grand nombre d'études (27,30,36,39) sur le sujet du dépistage des troubles du langage oral en médecine générale. La plupart des outils permettent un repérage des troubles du langage en 5 à 15 minutes en fonction des moyens utilisés. Ce temps de réalisation est applicable lors d'une consultation de médecine générale. Une étude effectuée en 2017 (40) a montré que l'ERTL4 et les IFDC étaient les deux outils utilisables en consultation non programmée de médecine générale pour le repérage des troubles du langage de l'enfant. Une des solutions pourrait être de reconvoquer l'enfant pour une consultation dédiée uniquement à la réalisation du test.

c. Manque de rentabilité et coût des outils trop élevé

D'autres causes de la non utilisation d'outils de dépistage sont le manque de rentabilité (13,8%) et le coût des outils (21,1%). Le coût des instruments de dépistage des TLO varie de 23€ pour le DPL3 à 395€ pour la BMT-i. L'ÉVAL MATER est à 110,90€ et l'ERTL4 à 125€, les IFDC sont disponibles en libre accès sur internet. 42,3% des médecins exerçant en cabinet de groupe partagent ces outils avec leurs confrères. Le prix des outils est relativement correct et on peut considérer que c'est investissement à long terme. Le partage de matériel au sein d'un même cabinet médical pourrait donc être une solution face à l'obstacle du coup des moyens de repérage.

Concernant la rentabilité, il n'existe pas de cotation spécifique de la réalisation du repérage des troubles du langage oral avec un outil. L'absence de cotation a été décrit dans une thèse (27) en 2019 comme un obstacle à l'utilisation de moyens standardisés par 28% des MG. Cependant, un arrêté ministériel publié au journal officiel le 23 août 2018 (41) concernant la rémunération sur objectifs de Santé Publique (ROSP) inclut un item déclaratif : « part des patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage des troubles du langage au moyen d'un test adapté (type ERTL4 ou autre) ». De plus, les médecins généralistes peuvent maintenant se déclarer en tant que médecin traitant de l'enfant. Cette déclaration entraîne une rémunération de 5€ par an par enfants déclarés.

d. Rôle du médecin généraliste discuté

Dans son rapport au ministère en 2006 (42), le Pr Sommelet indique que le médecin généraliste est le médecin traitant de 80% des enfants de 2 à 4 ans.

Une thèse menée en 2013 (43) par Marie Michel sur le suivi de l'enfant de 0 à 6 ans dans la région Midi-Pyrénées montre que 66% des parents choisissent le médecin généraliste pour le suivi de leur

enfant de 2 à 6 ans pour des raisons de proximité, de disponibilité et surtout la relation de confiance qu'ils ont avec leur MG. Le médecin généraliste est donc le médecin de premier recours dans le suivi de l'enfant et donc le dépistage notamment des TLO.

Dans notre étude, 14,6% des praticiens considèrent que ce n'est pas leur rôle de médecin généraliste de repérer les troubles du langage oral chez l'enfant. Deux personnes ont précisé que c'était le rôle de la médecine scolaire.

Depuis l'année dernière, une loi pour une École de la confiance (44) a été promulguée au Journal Officiel le 28 juillet 2019. Cette loi prévoit l'abaissement de l'âge de l'instruction obligatoire c'est à dire que depuis la rentrée 2019, tous les enfants âgés de 3 ans doivent être scolarisés. Cette loi prévoit également depuis la rentrée 2020 une visite médicale obligatoire pour tous les enfants âgés de 3 à 4 ans. Cette visite permettra notamment un dépistage des troubles de santé, qu'ils soient sensoriels, psycho-affectifs, statur pondéraux ou neuro-développementaux, en particulier du langage oral. Elle sera réalisée par les médecins de la protection maternelle et infantile ou à défaut par un professionnel de santé de l'éducation nationale.

Cependant dans son rapport le Pr Sommelet indique que la médecine de PMI couvre uniquement 10% de la population pédiatrique et que la réalisation des bilans de santé des 3-4 ans n'est réalisé que dans 50% des écoles maternelles. La médecine scolaire réalise le bilan de santé à 6 ans en principe dans plus de 80% des écoles ; or la réalisation des bilans scolaires n'est pas optimale par manque de médecins disponibles. Une des propositions faites pour limiter ce problème est de créer une articulation entre médecin de PMI, médecin scolaire et pédiatre libéral.

Dans notre étude, moins de 6% des praticiens ont recours au médecin de PMI et moins de 4% au médecin scolaire. Le médecin généraliste a donc totalement son rôle dans le dépistage des TLO car l'ensemble des enfants ne sera pas forcément dépisté en milieu scolaire par manque d'effectifs.

En 2017, la HAS a publié un guide sur «Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec des troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?» (24). Trois niveaux de prise en charge sont décrits et le premier niveau de recours aux soins est sous la responsabilité du médecin de l'enfant (médecin généraliste ou pédiatre), en lien avec le médecin de l'Éducation nationale ou de la PMI, et les orthophonistes. Le médecin généraliste a donc sa place dans le dépistage des TLO comme le souligne la HAS, il doit confirmer l'anomalie du langage oral par des outils de dépistage validés puis coordonner les différents acteurs de la prise en charge d'un enfant avec des difficultés de langage.

3. Prise en charge des troubles du langage oral

a. Orthophoniste

En 2001, l'ANAES a publié des recommandations sur l'indication de l'orthophonie en cas de troubles du langage oral chez les enfants de 3 à 6 ans (45) .

- Chez l'enfant de 3 à 4 ans le bilan orthophonique est indiqué en cas d'absence de langage intelligible pour les personnes non familières ; ou d'absence de structure grammaticale (3 mots dont un verbe associé à 3 ans) ou en cas de troubles de la compréhension.

- Chez l'enfant de 4 à 5 ans : même en cas de retard moins sévère que précédemment, le bilan orthophonique peut être indiqué pour faire une évaluation quantifiée des troubles de l'expression et des troubles de la compréhension. En cas de retard dans l'expression et en particulier l'aspect phonologique du langage uniquement, en l'absence évidente de retard ou de trouble dans la compréhension, une simple surveillance paraît justifiée avec un réexamen de l'enfant 6 mois plus tard.

- À 5 ans, le bilan orthophonique est justifié devant tout trouble du langage quel qu'il soit.

Le bilan orthophonique n'est pas recommandé à l'âge de 2 ans.

En 2017, dans son guide «Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec des troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?», la HAS préconise une rééducation orthophonique après 3 ans en cas de troubles spécifiques du langage oral et dès que possible en cas d'inintelligibilité et/ou d'agrammatisme ou de trouble de la compréhension. Une fiche sur les signes d'alerte et les actions à mettre en œuvre par les médecins de premier recours (24) donc les MG a été réalisée par la HAS. Cette fiche reprend l'indication d'un bilan orthophonique dès deux ans.

Ces recommandations de la HAS de 2017 ont donc évolué par rapport à celles de l'ANAES en 2001 et l'orthophonie est maintenant recommandée dès deux ans. Comme nous l'avons déjà vu dans le paragraphe sur les IFDC et le DPL3, la revue de la littérature de 2008 (33) de J. Aubin portant sur la pertinence du dépistage des troubles du langage oral avant 3 ans a démontré l'intérêt d'un dépistage précoce avec une amélioration significative des troubles si une rééducation est débutée avant 3 ans.

La pratique des médecins généralistes de notre étude en termes d'orientation vers l'orthophoniste en fonction de l'âge est plutôt en accord avec les recommandations de l'ANAES en 2001. En effet à l'âge de 5 ans, 93% des praticiens adressaient l'enfant à un orthophoniste contre 35,1% à l'âge de 2

ans. On remarque qu'à l'âge de 2 ans le recours à l'orthophoniste est minoritaire ce qui va à l'encontre des recommandations actualisées par la HAS en 2017.

Une étude de 2018 (46) démontre que plus de 80% des médecins généralistes ne connaissent pas les indications de l'orthophonie. Une meilleure connaissance de ces recommandations permettrait de diminuer les recours «inutiles» à l'orthophoniste dont les délais sont parfois très longs (plusieurs mois voire années) et donc de désengorger les cabinets d'orthophonie au profit des enfants dont une prise en charge est vraiment nécessaire.

Une thèse menée sur le dépistage des TLO par l'ERTL4 dans la région Limousin (27) confirme l'intérêt d'utilisation d'un outil. Une meilleure orientation vers une consultation d'orthophonie et une hiérarchisation de l'urgence de la prise en charge orthophonique pourraient être réalisées grâce à la passation de l'ERTL4 selon 40% des MG de cette étude.

Régulièrement en consultation de médecine générale, des parents nous demandent une ordonnance pour faire un bilan orthophonique car ils pensent que leur enfant a une anomalie du langage ; notre travail a démontré que 35,3% des médecins généralistes utilisent un outil de dépistage pour étayer la plainte ; et seulement 26,9% lorsque la demande d'orthophonie provient du milieu scolaire.

Généralement ces demandes se font en fin de consultation voire en l'absence de l'enfant. La consultation ne concernant pas ce trouble, le médecin manque de temps pour approfondir la plainte. Prévoir une consultation spécifique pour bilancer ce trouble à l'aide d'un outil de dépistage pourrait être une solution.

Un travail de thèse réalisé en 2017 en Aveyron (47) nous rapporte que la prescription de bilan orthophonique est faite par des médecins généralistes à 73,4% mais que seulement 29% ont pratiqué une consultation dédiée pour la prescription de ce bilan. Cette étude a aussi démontré que les MG sont les initiateurs de bilan orthophonique dans 4,5% des cas, derrière les enseignants à 61,5% et les parents à 36,5%. Ces résultats sont confortés par la thèse de C. Dupont (30) en 2019 où la plupart des médecins généralistes se considèrent comme de simples prescripteurs d'orthophonie à la demande des parents et/ou des enseignants.

Les praticiens de notre étude ont tendance à faire confiance au milieu scolaire pour repérer les troubles du langage et ne font pas systématiquement un deuxième repérage à l'aide d'un outil lorsque la plainte provient des enseignants.

b. ORL

L'ORL est le spécialiste convoité en premier lieu par plus des deux tiers des médecins généralistes lorsqu'ils sont face à une anomalie de langage chez l'enfant âgé de 2 et 3 ans. Le taux d'orientation est ensuite décroissant jusqu'à l'âge de 5 ans (57,3%) mais reste néanmoins majoritaire chez les praticiens de notre étude. Or la surdité est la première cause à rechercher devant un trouble du langage, chaque enfant ayant un TLO devrait donc avoir un bilan ORL avec réalisation d'un audiogramme. Peut-être que les médecins de notre étude ont pensé qu'un enfant de 5 ans avec un TLO avait déjà eu un bilan ORL.

En 2009, dans son rapport sur l'accompagnement des enfants atteints de surdité de 0 à 6 ans (48), la HAS reprend les données de la dernière enquête française Handicap-Incapacité-Dépendance 1998-1999 (49) qui montre que 14% des enfants ayant une surdité légère à moyenne présentent des troubles du langage ou de la parole, 21% des enfants ayant une surdité moyenne à sévère et 56% des enfants ayant une surdité profonde à totale.

La surdité retentit sur les apprentissages scolaires et l'accès à l'emploi : 41% des enfants sourds de 6 à 11 ans savent lire, écrire et compter sans difficulté, pour 81 % dans la population générale ; 10% des personnes sourdes accèdent à l'enseignement post-baccalauréat pour 29 % en population générale; 34% des personnes de 20 à 59 ans ayant une déficience profonde ou sévère ont un emploi pour 73% en population générale.

La surdité doit donc être recherchée devant toutes anomalies du langage quelque soit l'âge afin de diminuer les répercussions négatives pour les apprentissages de l'enfant.

c. Pédiatre, neuropédiatre, pédopsychiatre et médecin possédant une formation spécifique sur le dépistage des troubles du langage oral

La pédiatrie est une branche spécialisée de la médecine qui étudie le développement psycho-moteur et physiologique normal de l'enfant, ainsi que toutes les maladies infantiles, de la naissance à la période postpubertaire où il devient adulte. Dans son rapport (42) en 2006, le Pr Sommelet déclare que seulement 20% des enfants sont suivis par un pédiatre. Le médecin généraliste est donc l'acteur de premier recours pour le suivi du développement de l'enfant.

Dans notre étude, 10 à 15% des médecins généralistes adressent l'enfant aux pédiatres face à un TLO. Dans son travail de thèse sur le repérage des troubles du langage de l'enfant chez les médecins généralistes et les pédiatres en 2016, Pauline Beltran Guillerm démontre que plus de 90% des pédiatres sont à l'aise avec le développement du langage de l'enfant et ses signes d'appel contre moins de 40% des MG. 60% des pédiatres connaissent plus de trois tests de dépistage du langage et

plus de 90% au moins un test standardisé. L'ERTL4 est possédé par 100% des pédiatres de cette étude et la BREV a plus de 90%.

On constate donc que les pédiatres ont une meilleure connaissance des outils de repérage des TLO que les MG de notre étude. Les pédiatres sont probablement plus formés au dépistage des TLO et donc plus à l'aise. Ils peuvent donc être une alternative devant un TLO.

Les neuropédiatres et les pédopsychiatres sont des sur-spécialisations de la pédiatrie et de la psychiatrie qui sont compétentes face à un trouble du langage secondaire de l'enfant.

Près de la moitié des praticiens (44,7%) ont découvert une pathologie devant un trouble du langage oral. On peut supposer que les médecins qui orientent les enfants vers ces spécialistes suspectent des pathologies secondaires. Ces médecins restent néanmoins des médecins de second et de troisième recours selon la HAS (24), ils devraient être sollicités uniquement en cas de troubles du langage oral confirmés et non pour faire eux-mêmes le diagnostic initial.

Environ 10% des médecins de notre étude orientent l'enfant chez un médecin ayant une formation sur les TLO aux âges de 3, 4 et 5 ans. Ce médecin peut être un médecin généraliste ou un pédiatre spécialisé ou non ayant réalisé une formation complémentaire. Dans notre étude, 3 praticiens ont déclaré être titulaire d'un DU sur les TLO de l'enfant dont un était un médecin expert. Le recours à ces spécialistes qui peuvent être des médecins généralistes est une des solutions à envisager pour étayer un TLO car leur accès peut être plus facile que d'autres spécialistes où les délais d'attente sont élevés.

Dans l'ancienne région Midi-Pyrénées, il existe deux centres de références dans les troubles du langage et des apprentissages de l'enfant : l'un se trouve à l'Hôpital des Enfants à Toulouse et l'autre au CH de Tarbes. Ces deux centres se trouvant en milieu urbain, l'accessibilité peut être plus aisée pour les médecins exerçant en milieu urbain plutôt que rural.

d. Médecin scolaire et médecin de PMI

Comme nous l'avons vu précédemment, depuis la loi Ecole pour la confiance tous les enfants de 3 à 4 ans devront avoir un bilan complet à la recherche de TLO notamment. Dans notre étude le recours à ces médecins est très faible (moins de 6%). Cela peut être dû à la méconnaissance de ces spécialités, de plus le recours à la médecine scolaire n'est pas aisé contrairement à d'autres spécialités. En 2017, un rapport (50) de l'Académie Nationale de Médecine a fait un état des lieux sur la médecine scolaire. On constate que le nombre de médecins scolaires est en diminution

constante passant de 1400 en 2006 à 1000 en 2016. Leur répartition est très hétérogène, allant de 2000 à 46000 élèves pour un seul médecin scolaire. L'attractivité de cette spécialité est médiocre en raison de sa faible reconnaissance professionnelle et des mauvaises conditions matérielles. La carence en médecin scolaire menace la qualité et l'égalité du dépistage précoce et de la prévention. L'Académie de médecine a émis des recommandations pour pallier à cette pénurie comme d'instaurer un enseignement universitaire de la médecine scolaire sous la forme d'une formation spécialisée transversale, et de mettre en place un système de santé scolaire organisé basé sur les personnels de la santé scolaire et les enseignants formés à cet effet.

La médecine de PMI a un rôle de prévention ce qui est la première priorité retenue par la stratégie nationale de santé 2018-2022.

Les missions de la PMI sont variées, elles comportent des consultations médicales préventives, des visites à domicile de puéricultrices et de sages-femmes, des bilans de santé en école maternelle, des actions médico-sociales de soutien aux familles, des activités de planification et d'éducation familiales, des actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger, des activités d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite enfance, et enfin le traitement d'informations épidémiologiques et en santé publique relatives à la maternité et à la petite enfance.

Le rapport Peyron « POUR SAUVER LA PMI, AGISSONS MAINTENANT ! » (51) publié en mars 2019 fait un état des lieux de la médecine de PMI et propose 12 mesures pour « sauver » cette spécialité.

Une des mesures, face à la pénurie de médecins scolaires, est la réalisation d'un bilan de santé en moyenne section de maternelle obligatoire et systématique. A ce jour, ce bilan de santé est réalisé pour 70 % des enfants, l'objectif est de passer à une couverture moyenne de 95 % en 2022. Ce bilan permettra notamment de dépister les troubles du langage oral.

Cependant, le nombre de médecins de PMI est en diminution depuis 2010 ; en 2015, on recensait 2300 médecins de PMI avec une répartition hétérogène sur le territoire. En 2020, deux tiers des médecins de PMI ont l'âge de la retraite et sans un réinvestissement fort des pouvoirs publics, la PMI sera en voie d'extinction dans la moitié des départements d'ici 10 ans. Les raisons de la difficulté à recruter des jeunes médecins en PMI sont nombreuses : diminution du *numerus clausus*, défaut d'attractivité de certaines zones géographiques, méconnaissance du métier de médecin de PMI, salaire peu attractif. Ce rapport propose des solutions pour pallier au manque de médecin. Au niveau budgétaire, revaloriser le traitement des médecins de PMI, harmoniser les primes et augmenter le prix des vacations sont évoqués. Les autres mesures sont axées sur la formation ; créer

une formation spécifique transversale dédiée à la médecine de PMI, permettre aux internes de se former sur l'ensemble des activités de la PMI, augmenter le nombre de terrain de stage de la PMI et rapprocher la médecine de PMI de l'Université. Renforcer l'attractivité de cette spécialité est une des mesures de ce rapport.

4. Statut de MSU et dépistage des troubles du langage oral

Un état des lieux de la médecine générale universitaire au 1^{er} janvier 2015 (52) nous informe que le nombre de MSU est en augmentation ces dernières années. En 2015, 7067 médecins généralistes étaient MSU de troisième cycle dont 435 accueillait des internes dans le cadre de leur stage ambulatoire de pédiatrie et/ou gynécologie. Le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) à Toulouse propose de nombreux stages ambulatoires notamment pour la maquette Santé de la Femme – Santé de l'enfant ; pour le semestre d'été 2020, il existait 74 lieux de stage sur l'ancienne région Midi-Pyrénées répartis en sous bassin de population.

Une étude réalisée en 2009 dans la région parisienne par Etienne Dubois (53) nous démontre que les MSU ont une meilleure connaissance des recommandations récentes que les non MSU. Il fait la conclusion qu'être MSU serait la meilleure méthode de FMC en médecine générale.

Dans sa thèse (54) en 2014, Maud Bufala montre aussi que le fait d'être MSU et donc d'exercer en compagnie d'internes incitent plus les MG à se former et à se tenir à jour des dernières recommandations. Grâce à leurs connaissances, ils peuvent sensibiliser les internes, futurs médecins généralistes aux dépistages des TLO et à l'utilisation d'outils standardisés qu'ils possèdent.

Ces résultats sont en accord avec notre étude, on constate que les maîtres de stage universitaire, en particulier les MSU Santé de la Femme et Santé de l'Enfant, connaissent et emploient plus d'outils de dépistage que les médecins non MSU, et ont reçu plus de formations sur ce sujet.

On peut confirmer le rôle majeur des formations pour l'apprentissage du dépistage des TLO.

Ces études (53,55) démontrent que les maîtres de stage universitaire exercent plus en cabinet de groupe que ceux qui ne le sont pas. On peut donc penser que le fait d'exercer en groupe favorise le partage de l'équipement médical dont les outils de dépistage qui ne sont pas utilisés quotidiennement. Acheter des tests standardisés en commun permet de réduire les frais, qui est un des freins évoqués par les médecins généralistes de notre étude ; et peut être une solution pour équiper le cabinet en outils de dépistage des troubles du langage oral notamment.

C) Perspectives

Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans le dépistage des troubles du langage de l'enfant.

Notre étude démontre que la plupart des praticiens ne se sentent pas assez formés et ne sont pas à l'aise pour pratiquer ce dépistage. La méconnaissance des outils standardisés disponibles est le premier frein au faible taux de repérage. Une formation initiale lors des études médicales où l'on présenterait les principaux moyens de dépistage pourrait être une des premières solutions, ensuite les médecins qui le souhaitent pourraient bénéficier de formations continues plus poussées sur le sujet avec notamment la présentation détaillée du test validé et son fonctionnement.

Une meilleure articulation du médecin traitant avec les enseignants, la médecine scolaire et/ou la médecine de PMI serait judicieuse afin de former une alliance thérapeutique pour mieux prendre en charge l'enfant.

Le médecin généraliste a avant tout un rôle dans la prévention des troubles du langage oral. Une étude parue dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de janvier 2020 (56) et menée en Ille et Vilaine sur des enfants âgés de 3 ans et demi à 6 ans et demi a démontré que l'exposition aux écrans le matin avant l'école multipliait par trois le risque de développer un trouble du langage oral. Ce risque était multiplié par six si les enfants ne discutaient que rarement voire jamais du contenu de ce qu'ils regardaient. Cette montre aussi que l'absence de lecture quotidienne par l'entourage familial au cours des 24 premiers mois accroît le risque de troubles du langage. D'une façon générale, on peut également dire que deux facteurs prédominent pour prémunir les enfants contre les troubles du langage : la fréquence d'exposition au langage oral et la qualité du langage avec laquelle on s'adresse à eux. Il est donc important que le médecin généraliste sensibilise les parents à la nocivité des écrans avant trois ans afin de limiter le développement de difficultés de langage.

V. CONCLUSION

Le repérage des troubles du langage oral chez l'enfant est primordial. Il est important de ne pas banaliser une plainte portant sur le langage afin de les dépister et de les prendre en charge le plus précocement possible. Les enfants présentant des difficultés de langage oral sont plus à risque de développer des troubles du langage écrit et plus généralement des troubles des apprentissages occasionnant un retentissement socio-professionnel.

Le médecin traitant de l'enfant est majoritairement le médecin généraliste ; il est l'acteur de premier recours devant toutes anomalies du développement surtout face à la pénurie de pédiatres, de médecins de la PMI ou de médecins scolaires. Il est donc utile qu'il sache dépister les troubles du langage oral d'un enfant.

Ce travail nous a permis d'identifier les pratiques des médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées en terme de dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de 2 à 5 ans. Les médecins généralistes ont connaissance des outils de dépistage des troubles du langage oral en particulier les maîtres de stage universitaire et ces derniers utilisent plus de tests standardisés pour étayer une anomalie de langage. Cependant leur utilisation reste minoritaire et des formations plus spécifiques sur les outils de dépistage permettraient une utilisation par plus de médecins généralistes. La création d'une cotation pour l'utilisation d'un outil validé dans le dépistage des troubles du langage oral avec une rémunération spécifique pourrait inciter les médecins généralistes à les employer.

lu et approuvé
Toulouse le 14/09/2020
Professeur Marie Eve ROUGE BUGAT
1, avenue Louis Blériot
31500 TOULOUSE
N° ADELI : 31 1 11793 1
N° RPPS : 10100079234

Toulouse, le 17/09/2020
Vu permis d'impression
Le Doyen de l'École
de médecine de Toulouse
Elie SERRANO

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Y. Chaix. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification. EMC - Oto-rhino-laryngologie 2014;9(1):1-6 [Article 20-753-A-15]
2. Silva PA, McGee R, Williams SM. Developmental Language Delay from Three to Seven Years and Its Significance for Low Intelligence and Reading Difficulties at Age Seven. Dev Med Child Neurol. 1983;25(6):783-93.
3. Delahaie M. L'évolution du langage chez l'enfant De la difficulté au trouble. INPES; 2004.
4. Menyuk P, Chesnick M, Liebergott JW, Korngold B, D'Agostino R, Belanger A. Predicting reading problems in at-risk children. J Speech Hear Res. août 1991;34(4):893-903.
5. Ringard J-C, Veber F. Plan d'action pour les enfants atteints d'une trouble spécifique du langage. 2001 mars.
6. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux medecins généralistes, pediatres, médecins de PMI et médecins scolaires [Internet]. 2005 sept. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_451143/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-28-jours-a-6-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-medecins-de-pmi-et-medecins-scolaires
7. Vallee L, Dellatolas G. Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic à l'usage des professionnels de l'enfance pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage [Internet]. 2005 oct.
8. Société Française de Pédiatrie. Guide pratique "Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant [Internet]. 2007 [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/les-troubles-du-langage-et-des-apprentissages>
9. . American psychiatric association. DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington (D. C.)[etc.: American Psychiatric Publishing; 2013.
10. C. Billard. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification. EMC - Pédopsychiatrie 2007:1-5 [Article 37-201-D-10]. Pédopsychiatrie. 26 oct 2007;4(1):1-5.
11. Colas P, Ruiz S, Delteil F. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification P. Colas, S. Ruiz, F. Delteil. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification. EMC - Psychiatrie 2018;16(2):1-8 [Article 37-201-D-10].
12. Lees J.A. Children with acquired aphasia London: Whurr Publishers (1993).
13. ..Bishop D.V. Pragmatic language impairment: a correlate of SLI, a distinct subgroup, or part of the autistic continuum? Speech and Language impairments in children. Causes, characteristics, intervention and outcome Hove (UK): Psychology Press (2000). 99-113.
14. Sylvestre A., Mérette C. Language delay in severely neglected children: a cumulative or specific effect of risk factors? Child Abuse Negl 2010 ; 34 : 414-428.

15. Ministère des solidarités et de la santé. Les troubles du langage et des apprentissages. Site internet : Ministère des solidarités et de la santé. Paris ; 2018.
16. Bovet F, Langue J, Danjou G, Kern S. Les inventaires français du développement communicatif (IFDC) : un nouvel outil pour évaluer le développement communicatif du nourrisson. *Médecine Enfance*. juin 2005;327-32.
17. Coquet F, Maetz B. Le DPL3, Dépistage et Prévention Langage à 3 ans. *Rééduc Orthophonique*. 1997;35(190):153-62.
18. Coquet F, Gilles P-Y. Du dépistage au diagnostic : présentation du DPL3 et validité au regard de la BEPL. *Glossa*. 2004;20-34.
19. Mancini J, Pech-Georgel C, Brun F, George F, Livet MO, Camps R, et al. EVAL MATER : proposition d'une évaluation pédiatrique des compétences langagières et psychomotrices lors du 1^{er} bilan de santé en école maternelle. *Arch Pédiatrie*. 28 avr 2008;15(4):397-405.
20. Maeder C, Roy B. Detecting language disorders in 4-year-old French children. An application of the ERTL-4. *Child Care Health Dev*. mars 2000;26(2):129-36.
21. Billard C, Ducot B, Pinton F, Coste-Zeitoun D, Picard S, Warszawski J. BREV, une batterie d'évaluation des fonctions cognitives : validation dans les troubles des apprentissages. *Arch Pédiatrie*. janv 2006;13(1):23-31.
22. Un nouvel outil d'évaluation des fonctions cognitives et des apprentissages pour le pédiatre: l'EDA, de la théorie à la pratique TN Willig, C Billard, JP Blanc, J Langues, M Touzin - *Le Pédiatre*, 2013.
23. Billard C. Un outil clinique pour l'évaluation initiale des apprentissages et fonctions cognitives de l'enfant de 4 à 13 ans : la BMT-i BILLARD, C. (2019). Avant-propos - Un outil clinique pour l'évaluation initiale des apprentissages et fonctions cognitives de l'enfant de 4 à 13 ans : la BMT-i. A.N.A.E., 161, 00-000. (161).
24. Haute Autorité de Santé. Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages. 2018 janv.
25. Sauvadet C. Trouble du langage oral chez l'enfant : repérage, dépistage, prise en charge et place du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Faculté de Médecine de Nancy; 2010.
26. Guillerm P. Etat des lieux de la prise en charge des troubles du langage chez l'enfant en médecine de ville en Maine-et-Loire et en Sarthe [Thèse d'exercice]. [Angers]: Faculté de Médecine d'Angers; 2016.
27. Rohaut M. Dépistage des troubles du langage chez les enfants entre 3 ans 9 mois et 4 ans 6 mois par le test ERTL4 : Etude de faisabilité du test en médecine générale en Limousin [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine]: Université de Limoges; 2019.
28. Cousinet-Adamowicz I. Evaluation de l'impact d'une formation de médecins généralistes à l'utilisation de l'outil ERTL4 sur les pratiques de repérage des Troubles du Langage Oral.[Thèse d'exercice] VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES; 2013.

29. Aballea M. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant par les médecins généralistes de Poitou-Charentes : enquête de pratique. [Thèse d'exercice] Poitiers; 14 octobre 21019.
30. Dupont C. Le repérage des troubles du langage de l'enfant : enquête qualitative auprès de médecins généralistes investis dans le suivi pédiatrique [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Strasbourg]: Université de Strasbourg; 2019.
31. Guillemet J-M, Baron C, Bouquet E, Paré F, Tanguy M, Fanello S. Les dépistages recommandés chez l'enfant de deux à six ans. Étude de faisabilité et pratiques en médecine générale. J Pédiatrie Puériculture. 23 juin 2010;23(3):125-30.
32. Petruka J. L'évaluation du langage oral chez les enfants de deux ans par le médecin généraliste : pratiques actuelles et avis sur l'utilisation de l'Inventaire Français du Développement Communicatif version courte de 24 mois. [Thèse d'exercice]. [Faculté de médecine Henri WAREMBOURG]: Université du droit et de la santé - Lille 2; 2014.
33. Aubin J. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant : enquête auprès de médecins généralistes du Maine et Loire [Thèse d'exercice]. [Angers]: Faculté de Médecine d'Angers; 2008.
34. Ministère des Solidarités de la Santé. Le carnet de santé de l'enfant [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/carnet-de-sante>
35. PEDIADOC : la santé de l'enfant en soins de premier recours, pediadoc.fr.
36. Gyasi B. Quels sont les freins rapportés par les médecins généralistes du Lot-et-Garonne sur l'utilisation du test ERTL4 en consultation courante ? [Thèse d'exercice]. [Poitiers]: Université de Poitiers - Faculté de Médecine et de Pharmacie; 2018.
37. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Code de la santé publique, Art. L. 4133-1. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/MESX0100092L/jo/article_59
38. Arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022.
39. Robert-Leroux C. Comment améliorer le dépistage des troubles du langage chez l'enfant en médecine générale? [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Faculté de Médecine de Nantes; 2004.
40. Beucher F. Outils utilisables en consultation de médecine générale non programmée pour le repérage des troubles du langage chez l'enfant [Thèse d'exercice]. [Tours]: Faculté de Médecine de Tours; 2017.
41. La ministre des solidarités et de la santé, La ministre des armées. Arrêté du 16 août 2018 complétant l'annexe de l'arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 [Internet]. Publié JORF le 1er août 2019. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037324513&categorieLien=id>

42. Sommelet D, Ministère des Solidarités de la Santé et de la Famille. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Paris, France; 2006.
43. Michel M. Suivi régulier de l'enfant de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées : Généraliste, Pédiatre ou PMI ? [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine]: Toulouse III - Paul Sabatier; 2013.
44. LOI n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance. 2019-791 juill 26, 2019.
45. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. 2001 mai.
46. Marie Boissault. Connaissances des médecins généralistes sur la prescription de l'orthophonie. Médecine humaine et pathologie. 2018.
47. Aksu S. Prescription du bilan orthophonique dans les troubles spécifiques du langage des enfants de 3 à 10 ans en Aveyron. [Thèse d'exercice] [Toulouse]: Toulouse III - Paul Sabatier; 2017.
48. Haute Autorité de Santé. Surdité de l'enfant : accompagnement des familles et suivi de l'enfant de 0 à 6 ans, hors accompagnement scolaire. 2009 déc.
49. Sander M-S, Lelièvre F, Tallec A. Le handicap auditif en France : apports de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance, 1998-1999. Etudes Résultats. août 2007;(589).
50. La médecine scolaire en France Bull. Acad. Natle Méd., 2017, 201, nés 7-8-9, 957-972, séance du 24 octobre 2017.
51. Peyron M. POUR SAUVER LA PMI, AGISSONS MAINTENANT ! 2019 mars.
52. Taha A, Boulet P, Beis J-N.  tat des lieux de la médecine générale universitaire au 1er janvier 2015 : la construction interne de la FUMG. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 26(122):267-82.
53. Dubois E. Maître de stage : la meilleure méthode de formation continue en médecine générale ? [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine Paris Descartes]: Paris Descartes (PARIS 5); 2009.
54. Bufala M. Maîtrise de stage et développement professionnel continu: influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Nice]: Université de Nice-Sophia Antipolis; 2014.
55. Bouton, Céline, et al. « Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires », Santé Publique, vol. vol. 27, no. 1, 2015, pp. 59-67.
56. Collet M, Gagnière B, Rousseau C. L'exposition aux écrans chez les jeunes enfants est-elle à l'origine de l'apparition de troubles primaires du langage ? Une étude cas-témoins en Ile-et-Vilaine. Bull Epidémiologique Hebd. 14 janv 2020;(1).

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Développement normal du langage oral chez l'enfant

Langage oral

Âge	Compréhension	Expression
Vers 6 mois	Réagit à son prénom, au "non".	Commence à babiller [ba ba ba].
Entre 9 et 12 mois	Comprend des mots familiers en contexte, puis hors contexte : "attends", "fais attention", "prends"... Regarde un objet qu'on lui montre.	Salue, refuse, pointe du doigt. Utilise un babillage diversifié [ba da ba], proche des premiers mots.
Entre 12 et 18 mois	Comprend des petites phrases en contexte : "le doudou est tombé", "le biberon est chaud"...	Développe des gestes symboliques : main à l'oreille pour téléphone... Dit ses premiers mots en contexte.
Entre 18 et 24 mois	Comprend des ordres simples en contexte : "tiens ton biberon", "prends ton gâteau"...	Utilise des mots phrases : [balle] = "donne la balle" ou "c'est ma balle", selon le contexte et l'intonation. Apprends plusieurs mots par jour : période d'explosion lexicale. Puis ébauche des phrases en combinant un geste et un mot, ou deux mots : pointer + [balle] = "je veux la balle", [gade poupée] = "regarde ma poupée".
Entre 2 et 3 ans	Comprend des ordres simples hors contexte : "va chercher ton pyjama", "tu peux aller te coucher", "va jouer avec ton petit frère"...	Utilise "moi" pour parler de lui. Fait des petites phrases de deux ou trois mots (langage télégraphique) et les associe aux gestes.
À 3 ans	Comprend le langage du quotidien.	Diversifie son vocabulaire : verbes, adjectifs et mots outils ou fonctionnels (prépositions, pronoms, ...), mais parfois mal prononcés. Fait des phrases à trois éléments (sujet + verbe + complément). Commence à utiliser "je".
À 4 ans	Comprend des phrases longues et complexes et comprend un récit simple.	Précise son vocabulaire. Allonge et complexifie ses phrases. Articule tous les sons.
À 5 ans		A acquis les règles du langage. Construit des récits. Parle sans déformer les mots.
À 6 ans	Comprend un récit.	Est prêt pour apprendre à lire et à écrire.

Annexe 2 : Les signes d'appel d'un trouble de l'évolution du langage

À tout âge	Ne semble pas réagir au bruit. Présente des infections ORL récurrentes. A des difficultés pour comprendre ou répondre de façon appropriée.
	Ne comprend pas le langage du quotidien. Communique très peu malgré son désir de communiquer ou faute de désir de communiquer. Ne fait pas ou peu de progrès de langage malgré la socialisation.
	Interpelle par son comportement (s'isole, se replie sur soi ou s'oppose, agresse) ou par des plaintes somatiques répétées.
À 15 mois	Ne fait pas de tentative pour dire des mots. Ne pointe pas du doigt. N'a pas d'attention conjointe.
À 2 ans	Ne comprend pas le langage même simple. Ne dispose pas de 50 mots de vocabulaire. Ne dispose que d'un nombre restreint de consonnes.
À 2 ans 6 mois	N'est pas capable de réaliser une consigne verbale simple. N'associe pas deux mots pour faire une phrase. Est très peu compréhensible par l'entourage.
	Hésite beaucoup quand il parle.
À 3 ans	A des difficultés pour comprendre les phrases hors contexte. Ne fait pas de phrase à trois éléments (sujet + verbe + complément). A des difficultés pour trouver le bon mot pour exprimer ses idées. N'est compris que par son entourage.
À partir de 4 ans	Garde des difficultés pour comprendre le langage quand les phrases sont longues, complexes ou abstraites. Dispose d'un vocabulaire restreint et imprécis. Ne fait que des phrases courtes ou mal construites. A du mal à raconter des événements simples et récents. Simplifie des mots, ce qui le rend peu intelligible.
	Répète des sons plusieurs fois avant de parler. Se bloque en début de phrase.
À partir de 4 ans 6 mois	Prononce mal certains sons.
À partir de 5 ans	N'organise correctement ni sa parole, ni son langage sur le versant expression. A des difficultés pour comprendre.
	Ne s'intéresse pas à la forme sonore du langage : ne perçoit pas les rimes, le nombre de syllabes dans un mot (conscience phonologique).

Annexe 3 : Classification des troubles du langage oral selon la CIM 10

[F80.0] : Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation

[F80.1] : Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif

[F80.2] : Trouble de l'acquisition du langage, de type réceptif

[F80.3] : Aphasie acquise avec épilepsie [Landau-Kleffner]

[F80.8] : Autres troubles du développement de la parole et du langage

[F80.9] : Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision

Annexe 4 : Questionnaire IFDC à 24 mois

Cochez les cases correspondant aux mots que l'enfant produit actuellement de manière spontanée (hors imitation). Si sa prononciation est différente de celle des adultes, cochez tout de même le mot.

aie	<input type="checkbox"/>	cochon	<input type="checkbox"/>	monsieur	<input type="checkbox"/>
allô	<input type="checkbox"/>	coin-coin	<input type="checkbox"/>	moto	<input type="checkbox"/>
assiette	<input type="checkbox"/>	compote	<input type="checkbox"/>	musique	<input type="checkbox"/>
attention	<input type="checkbox"/>	couche/lange	<input type="checkbox"/>	nez	<input type="checkbox"/>
au revoir	<input type="checkbox"/>	coucou	<input type="checkbox"/>	nom de l'enfant	<input type="checkbox"/>
a/avoir peur	<input type="checkbox"/>	cuillère	<input type="checkbox"/>	oreille	<input type="checkbox"/>
ballon	<input type="checkbox"/>	dame	<input type="checkbox"/>	où	<input type="checkbox"/>
bateau	<input type="checkbox"/>	dehors	<input type="checkbox"/>	ouaf-ouaf	<input type="checkbox"/>
beau/belle	<input type="checkbox"/>	eau	<input type="checkbox"/>	pain	<input type="checkbox"/>
bébé	<input type="checkbox"/>	école/crèche	<input type="checkbox"/>	pantalon	<input type="checkbox"/>
bêe bée	<input type="checkbox"/>	écrits/écrire	<input type="checkbox"/>	papa	<input type="checkbox"/>
biberon/bibi	<input type="checkbox"/>	éléphant	<input type="checkbox"/>	pars/partir/parti	<input type="checkbox"/>
bois/boire	<input type="checkbox"/>	encore	<input type="checkbox"/>	pas	<input type="checkbox"/>
bon/bonne	<input type="checkbox"/>	fais/faire un bisou	<input type="checkbox"/>	pâtes	<input type="checkbox"/>
bonbons	<input type="checkbox"/>	ferme/fermer	<input type="checkbox"/>	pleure/pleurer	<input type="checkbox"/>
bonjour	<input type="checkbox"/>	fleur	<input type="checkbox"/>	pluie	<input type="checkbox"/>
bottes	<input type="checkbox"/>	froid/froide	<input type="checkbox"/>	poisson	<input type="checkbox"/>
bouche	<input type="checkbox"/>	fromage	<input type="checkbox"/>	pomme	<input type="checkbox"/>
bras	<input type="checkbox"/>	ici	<input type="checkbox"/>	porte	<input type="checkbox"/>
ça	<input type="checkbox"/>	là	<input type="checkbox"/>	pot	<input type="checkbox"/>
cache/cacher	<input type="checkbox"/>	lait	<input type="checkbox"/>	poubelle	<input type="checkbox"/>
cadeau	<input type="checkbox"/>	lapin	<input type="checkbox"/>	pyjama	<input type="checkbox"/>
caillou	<input type="checkbox"/>	lit	<input type="checkbox"/>	quoi	<input type="checkbox"/>
canard	<input type="checkbox"/>	livre	<input type="checkbox"/>	sale	<input type="checkbox"/>
casse/casser	<input type="checkbox"/>	lumière	<input type="checkbox"/>	s'il te plaît	<input type="checkbox"/>
chaise	<input type="checkbox"/>	lune	<input type="checkbox"/>	télé	<input type="checkbox"/>
chat	<input type="checkbox"/>	main	<input type="checkbox"/>	tombe/tomber	<input type="checkbox"/>
chaud/chaude	<input type="checkbox"/>	maison	<input type="checkbox"/>	verre	<input type="checkbox"/>
chaussure/soulier	<input type="checkbox"/>	maman	<input type="checkbox"/>	voiture/auto	<input type="checkbox"/>
cheval	<input type="checkbox"/>	mange/manger	<input type="checkbox"/>	vroum	<input type="checkbox"/>
cheveux	<input type="checkbox"/>	merci	<input type="checkbox"/>	yaourt/yogourt	<input type="checkbox"/>
chien/toutou	<input type="checkbox"/>	meuh	<input type="checkbox"/>	yeux	<input type="checkbox"/>
chocolat	<input type="checkbox"/>	miaou	<input type="checkbox"/>		
chut	<input type="checkbox"/>	moi	<input type="checkbox"/>		

– Est-ce que l'enfant a déjà commencé à combiner des mots comme par exemple «gâteau encore» ou «papa pat» ? pas encore quelquefois souvent

– Si vous avez répondu de façon positive à la question précédente, indiquez les trois phrases les plus longues que l'enfant produit de manière spontanée actuellement :

1.
2.
3.

Annexe 5 : Le DPL3

Les items du DPL3 sont les suivants :

- Q1 : L'enfant communique spontanément avec les adultes
- Q2 : L'enfant utilise spontanément le langage oral dans les activités
- Q3 : L'enfant fait ses premiers bonhommes têtards
- Q4 : L'enfant imite le cercle, le ferme
- Q5 : L'enfant comprend les ordres simples non accompagnés de gestes
- Q6 : L'enfant désigne sur demande
- Q7 : L'enfant exprime spontanément verbalement ses sentiments, ses désirs, difficultés
- Q8 : L'enfant nomme lorsqu'on lui demande
- Q9 : L'enfant construit des phrases de type Sujet+Verbe+Complément et utilise le «je», à l'occasion
- Q10 : L'enfant articule de façon satisfaisante pour que le message soit compris

Les items 3 et 4 étudient le graphisme, les items 1,2 et 7 la socialisation/communication, les items 6 et 8 l'expression et enfin les items 5,9 et 10 évaluent la compréhension.

Annexe 6 : EVAL MATER

EVAL MATER est composé de 5 parties qui sont :

- Partie « Mode de vie » où l'on s'intéresse à l'environnement familial et scolaire de l'enfant
- Partie « Examen Clinique » qui comprend un examen clinique complet général associé au dépistage des troubles de la vision et de l'audition, du surpoids ou de l'obésité ainsi qu'un bilan bucco-dentaire
- Partie « Bilan psychomoteur » qui permet d'apprécier le motricité globale, la motricité fine, la connaissance du corps et l'organisation perceptive
- Partie « Bilan du langage » qui étudie l'expression et la compréhension de l'enfant
- Partie « Comportement », simple appréciation de l'examineur

Concernant la partie « Bilan du langage », l'expression est évaluée par quatre exercices.

La dénomination d'images et la description d'image (scène de la vie courante) apprécient le versant linguistique. Pour la description d'image, on s'intéressera à l'utilisation de déterminants, de la conjugaison des verbes et de la structure des phrases ainsi qu'à la description globale de l'enfant.

Le versant phonétique sera étudié par la répétition de différents mots existants et d'autres qui n'ont pas de signification.

Concernant la compréhension, trois exercices sont proposés. Tout d'abord une désignation d'images, puis une épreuve de compréhension de consignes simples et complexes et enfin une de gnosie auditivoverbale (c'est à dire une désignation d'images dont les phonèmes sont proches).

Annexe 7 : Composition de l'ERTL4

ERTL4 se compose de 5 épreuves, 3 obligatoires et 2 facultatives.

Les trois épreuves obligatoires sont *Les sept nains* et *Les sept indiens*, *Le petit chien*, *La toilette*.

Les deux épreuves facultatives sont *la voix chuchotée* et *les messages*.

L'épreuve des *sept nains et des sept indiens* est basée sur la répétition. L'examineur va dans un premier temps nommer avec l'enfant le nom des sept nains et l'enfant devra les répéter. Le principe des sept indiens est le même, l'enfant va répéter le nom des indiens cependant il s'agit de mots sans signification (logatomes). Cette épreuve va permettre d'observer les capacités phonético-articulatoires de l'enfant, de repérer des troubles perceptifs, des anomalies dans la disposition à syllaber et de repérer une mémoire de travail insuffisante.

L'épreuve du *petit chien* se compose d'une planche avec 6 images d'un chien positionné différemment vis-à-vis de la niche. Le but est de demander à l'enfant où se situe le chien par rapport à la niche en lui montrant l'exemple avec la première image.

Cette épreuve permet de rechercher une pauvreté lexicale, un défaut de grammaticalisation, et des troubles de la structuration spatiale.

L'épreuve de *la toilette* montre une scène de vie quotidienne avec deux enfants dans une salle de bain en train de se brosser les dents et de se coiffer. L'examineur va demander à l'enfant ce qu'il voit sur l'image et de décrire cette scène.

Le but de cette épreuve est d'apprécier le langage de l'enfant afin de repérer s'il utilise correctement les mots outils pour construire ses phrases, si son discours est cohérent, s'il accède à la lecture de l'image et s'il a une bonne compréhension verbale.

Durant ces différentes épreuves, l'examineur devra se concentrer sur la voix de l'enfant (voix normale, éraillée, nasillée, trop forte ou chuchotée) et sur son débit afin de repérer d'autres troubles tels que le bégaiement ou un trouble organique de la voix.

En cas de doute, l'examineur pourra s'aider des deux épreuves facultatives.

L'épreuve de la voix chuchotée (l'examineur pose une question à voix basse à l'enfant) sert à confirmer des problèmes de compréhension ou d'audition chez l'enfant. Et l'épreuve des messages (l'enfant doit répéter deux phrases que l'examineur lui énonce) permet de repérer des troubles de la mémoire et/ou de l'attention ainsi qu'une insuffisance phonologique et/ou linguistique.

Annexe 8 : Epreuves de dépistage des troubles du langage oral dans la BREV et l'EDA

L'exploration du langage oral dans son versant expressif et réceptif est réalisée par différents tests :

- une répétition de logatomes pour apprécier l'articulation et la phonologie
- une dénomination de trois séries d'images pour observer l'évocation lexicale
- la répétition de deux phrases et d'une phrase induite à partir d'une image permet d'évaluer l'expression syntaxique
- la désignation sur images de douze phrases inspirées du *Token Test*, par exemple « Montre moi le petit rond noir » ou « Avec le rond noir, touche le petit carré bleu » pour la compréhension syntaxique
- la segmentation de mots en syllabes, la suppression de la première syllabe ou du premier phonème d'un mot permet d'apprécier la conscience phonologique et la métaphonologie
- l'évocation de noms d'animaux en vingt secondes pour la fluence (non faite via l'EDA)

Annexe 9 : Tableau récapitulatif des outils de repérage des troubles du langage oral de l'enfant

	Date de création	Âge de passation	Temps de passation	Types d'épreuves du langage	Prix
IFDC	2003	12,18, 24 mois	5 à 10 min	Questionnaire sur développement gestuel et langagier	Gratuit
DPL3	1996	3 ans	5 à 10 min	Questionnaire (10 items) sur socialisation, graphisme, communication, expression	23€
EVAL MATER	2005	3,5 à 4,5 ans	45 min si complet 5 à 10 min pour langage	Dénomination, désignation et description d'image, répétition de mots, compréhension	110,90€
ERTL4	1991	3 ans 9 mois à 4 ans et 6 mois	5 à 15 min	Dénomination, répétition de mot, désignation et description d'images	125€
BREV	2002	4 à 9 ans	45 à 60 min si complet 10 à 15 min pour langage	Répétition de mot, dénomination et désignation d'image, fluence verbale, expression syntaxique, métaphonologie	Plus commercialisé
EDA	2012	4 à 11 ans	45 à 60 min si complet 10 à 15 min pour langage	Phonologie, évocation et compréhension lexicale et syntaxique	Plus commercialisé
BMT-i	2018	4 à 11 ans	45 à 60 min si complet 10 à 15 min pour langage	Phonologie, évocation et compréhension lexicale et syntaxique, métaphonologie	395€

Annexe 10 : Equations de recherche utilisées pour l'interrogation des bases de données

Bases de données	Equation de recherche
Pubmed	<p>((("Mass Screening"[Mesh]) OR "Diagnosis"[Mesh])) AND "Child, Preschool"[Mesh] AND "Language Disorders"[Mesh]</p> <p>Filtres : human, english, french, date : 01/01/1990 à aujourd'hui</p>
EM Premium	<p>Outils de dépistage + trouble du langage + enfant* + médecin* général*</p> <p>Filtre : Publication : depuis 1990</p>
Web of science	<p>Language disorders AND Child,Preschool AND Screening</p> <p>Filtres : human, english, french, date : 01/01/1990 à aujourd'hui</p>
BSDP	<p>dépistage ET trouble du langage ET enfant</p> <p>Filtre : Publication : depuis 1990</p>

Annexe 11 : Questionnaire diffusé pour notre étude

Questionnaire de thèse sur les connaissances et l'utilisation d'outils de dépistage dans le trouble du langage oral chez l'enfant de 2 à 5 ans par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées

Introduction

Bonjour,

Je suis actuellement médecin généraliste remplaçant et j'ai besoin de votre aide pour ma thèse. Ma thèse portera sur la connaissance et l'utilisation d'outils de dépistage des troubles du langage oral chez les enfants de 2 à 5 ans par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

Ce questionnaire est anonyme.

Merci de bien vouloir accorder quelques minutes de votre temps afin de répondre à mon questionnaire.

Célia LAUGERETTE

PARTIE 1 : Epidémiologie

1. Quel âge avez-vous ?
2. Etes-vous : un homme ou une femme
3. Dans quel département exercez-vous : Ariège/Aveyron/Gers/Haute Garonne/Lot/Tarn/Tarn et Garonne/Hautes-Pyrénées
4. Dans quel milieu exercez-vous : rural, semi-rural, urbain
5. Exercez-vous dans un cabinet de groupe : OUI ou NON
6. Etes-vous maître de stage ? OUI ou NON
7. Si oui : êtes-vous maître de stage : praticien niveau 1, santé de la femme et de l'enfant , SASPAS
8. Faites-vous des consultations de suivi pédiatrique ?
9. Si oui, combien de temps en moyenne par consultation dédiez-vous au suivi pédiatrique (en minutes) ?
10. Quelle(s) aide(s) à la consultation pour le suivi pédiatrique utilisez-vous ?
carnet de santé/ PEDIADOC / Pas à pas en pédiatrie / Aucune / Autre (précisez)
11. Depuis le début des vos études de médecine, avez vous eu des formations sur le dépistage des troubles du langage oral de l'enfant de 2 à 5 ans ? OUI ou NON
12. Si OUI : Quel type de formation avez-vous eu ? Formation Initiale, Formation Continue
13. Si formation continue, avez vous fait : DU, FMC, DPC, autres

PARTIE 2 : Outils de dépistage

14. A propos des outils de dépistage du trouble du langage oral :

Merci de remplir impérativement le couple "je connais/je ne connais pas", si vous connaissez l'outil merci de préciser si vous le possédez et/ou l'utilisez ou non

	Je connais	Je ne connais pas	Je possède (au cabinet ou via internet)	Je ne possède pas	J'utilise	Je n'utilise pas
Livres/jouets						
IFDC						
DLP 3						
EVAL						
MATER						
ERTL4						
BREV						
EDA						
BMT-i						

15. Hormis les outils de dépistage listés ci-dessus, utilisez vous d'autres outils de dépistage des troubles du langage oral ? (Répondre par OUI ou par NON) Si oui, lesquels ?

16. Avez-vous acquis des outils de dépistage des troubles du langage oral depuis que vous exercez ? OUI ou NON

17. Avez-vous acquis des outils de dépistage des troubles du langage oral depuis que vous êtes maître de stage ? OUI ou NON

18. Partagez-vous le matériel de dépistage avec les autres médecins du cabinet ? OUI ou NON

19. Utilisez vous un outil de dépistage du trouble du langage oral :

	Oui	Non
Systématiquement, même en l'absence de plainte chez l'enfant ?		
Lorsque vous constatez une anomalie du langage ?		
lorsque des parents vous consultent pour une anomalie du langage chez leur enfant ?		
lorsque les parents vous demandent une ordonnance pour un bilan orthophonique car ils trouvent que leur enfant à un un trouble du langage oral ?		
lorsque les parents vous demandent une ordonnance pour un bilan orthophonique suite à une demande du milieu scolaire ?		

PARTIE 3 : Prise en charge des troubles du langage oral

20. Lorsque vous constatez un trouble du langage oral chez un enfant, quelle est votre attitude en fonction de l'âge (plusieurs réponses possibles)

	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
Vous faites une surveillance simple et réévaluer à 3 à 6 mois				
Vous l'adressez à un spécialiste ou à un autre professionnel de santé				
Vous utilisez un outil de dépistage pour évaluer ce trouble du langage				
Vous ne vous préoccupez pas du trouble du langage à cet âge là				

21. Devant un trouble du langage oral, si vous décidez d'adresser l'enfant à un autre professionnel de santé, vers qui orientez-vous l'enfant en fonction de son âge ? (plusieurs réponses possibles)

	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
ORL				
Neuropédiatre				
Pédiatre				
Orthophoniste				
Médecin de PMI				
Médecin scolaire				
Médecin possédant une formation dans les troubles du langage (MG ou pédiatre)				
Pédopsychiatre				

22. Avez-vous déjà diagnostiqué une pathologie (exemple : surdité, pathologie génétique, trouble du spectre autistique) suite à un trouble du langage oral chez un enfant ? OUI ou NON

23. Si vous n'avez pas et/ou n'utilisez pas d'outils de dépistage du trouble du langage oral, quelles peuvent être la ou les raisons :

- > Manque de temps pour effectuer du dépistage des troubles du langage oral
- > Manque de formation pour savoir utiliser des outils de dépistage des troubles du langage oral
- > Coût trop élevé des outils de dépistage
- > Manque de rentabilité d'effectuer du dépistage des troubles du langage oral
- > Vous considérez que ce n'est pas votre rôle d'effectuer du dépistage des troubles du langage oral à l'aide d'outils
- > Autres

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Auteur : Célia LAUGERETTE

2020 TOU3 1104

Directrice de thèse : Docteur Isabelle FRAY

Date de soutenance : 06 octobre 2020

Titre : État des lieux sur la connaissance et l'utilisation des outils de dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de 2 à 5 ans et prise en charge par les médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées

Introduction : Le langage, qui se développe dès le plus jeune âge, est le principal outil de communication. Son développement est parfois perturbé entraînant des troubles du langage oral. Environ 7% des enfants de 3 ans et demi ont un trouble du langage. S'il n'est pas dépisté ni traité, il peut engendrer des difficultés scolaires chez l'enfant puis un retentissement socioprofessionnel. L'objectif de notre travail est de décrire la connaissance et l'utilisation des médecins généralistes des outils de dépistage des troubles du langage oral et d'étudier leur prise en charge.

Méthode : Étude quantitative via un questionnaire diffusé par l'URPS par mail aux médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées

Résultats : Nous avons obtenu 171 réponses. Les outils non standardisés (livres et jouets) sont les plus connus et les plus utilisés par la majorité des médecins de notre étude. Le test validé le plus connu est l'ERTL4 par 66,7% des praticiens mais son utilisation n'est que de 38,6%. Les autres outils sont peu connus. La majorité des médecins demandent un avis spécialisé dès 3 ans devant la constatation d'une anomalie de langage. L'ORL est le spécialiste le plus convoité à 2 et 3 ans puis l'orthophoniste à 4 et 5 ans.

Conclusion : Cette étude nous a permis d'observer que les médecins généralistes n'utilisaient pas en majorité des outils de repérage validés pour le dépistage des troubles du langage oral. Des formations spécifiques sur l'utilisation des outils pourraient être une solution.

Mots clés : Médecine Générale, Outil de dépistage, Trouble du langage oral

Title : Assessment of GPs' Knowledge, Screening Tool Usage and Management of Pre-School Children with Language Disorder in the Former Midi-Pyrénées Region

Introduction : Language develops from an early age and is the human being's main communication tool. Its development is sometimes disturbed, leading to language disorder. It is estimated that 7% of children aged 3 and a half have language disorder. In the absence of a proper diagnosis and treatment, language disorder can cause the child to experience educational difficulties with long-lasting socio-professional consequences. The aim of our study is to describe General Practitioners' (GPs) knowledge of language disorder and their screening tool usage, to ultimately study the way they deal with the disorder.

Method : A retrospective quantitative study was conducted via a questionnaire sent by email through the URPS to the GPs of the former Midi-Pyrénées region.

Results : 171 replies were obtained. Non-standardized tools (e.g. books and toys) were the most widely known and the ones mainly used by GPs. The ERTL4 was the scientifically validated test the most frequently known by GPs (66,7%), while its usage was only limited to 38,6% of them. Other tools were not well known. Most of GPs ask for a specialised advice as early as age 3, when a language anomaly is observed. The otorhinolaryngologist is the specialist the most called upon at age 2 and 3, while the speech therapist is the most solicited at age 4 and 5.

Conclusion : This study shows that GPs, for the most part, do not use scientifically validated screening tools to diagnose language disorders. Specific training on the use of those tools could be a solution for better management of pre-school children with language disorders.

Key words : General Practice, Screening Tool, Language Disorder

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de médecine de Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE CEDEX 04 - France