

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Vanessa Grekas

née le 20 Décembre 1982, à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 25 Juin 2013

QUEL ROLE POUR LE MEDECIN GENERALISTE AUPRES DE L'ENFANT PRESENTANT
DES TROUBLES DU LANGAGE ? UNE ENQUETE DESCRIPTIVE DE PRATIQUE

Président : Monsieur le Professeur Rémy Senand

Directeur de thèse : Madame le Professeur Christèle Gras-LeGuen

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|---------|--|
| CIM-10 | Classification Internationale des Maladies |
| DSM-IV | Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux |
| TDHA | Troubles du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité |
| ERTLA4 | Épreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans |
| ATCD | Antécédents |
| ORL | Oto-Rhino-Laryngologue |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| BO | Bilan Orthophonique |
| QLC | Questionnaire Langage et Communication de Chevrie-Müller |
| DPL3 | Dépistage et Prévention du Langage à 3 ans |
| ERTL A6 | Épreuve pour le Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages à 6 ans |
| BSEDS | Bilan de Santé Évaluation du Développement pour la Scolarité |
| BREV | Batterie Rapide d'Évaluation des fonctions cognitives |
| EDA | Évaluation Des fonctions cognitives et Apprentissages de l'enfant |
| CM2 | Cours Moyen deuxième année |
| E.L.FE | Évaluation de la Lecture en Fluence |
| CE1 | Cours élémentaire première année |
| UPTA | Unité Pédiatrique des Troubles d'Apprentissage |

Table des matières

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUCTION..... | 4 |
| 2 GENERALITES..... | 6 |
| 2.1 Évolution du langage..... | 6 |
| 2.1.1 Évolution du langage oral..... | 6 |
| 2.1.2 Apprentissage du langage écrit..... | 8 |
| 2.2 Épidémiologie..... | 10 |
| 2.3 Étiologies..... | 10 |
| 2.3.1 Les troubles secondaires..... | 11 |
| 2.3.2 Les troubles spécifiques..... | 12 |
| 2.4 Pronostic et devenir..... | 13 |
| 2.4.1 Échec scolaire | 13 |
| 2.4.2 Illettrisme..... | 13 |
| 2.4.3 Troubles psychologiques..... | 13 |
| 3 METHODE..... | 15 |
| 3.1 Population étudiée..... | 15 |
| 3.2 Recrutement des médecins..... | 15 |
| 3.3 Type de questionnaire | 15 |
| 3.4 Prise de contact avec les médecins sélectionnés..... | 16 |
| 3.5 But de l'étude..... | 16 |
| 3.6 Présentation du questionnaire :..... | 17 |
| 4 RESULTATS..... | 21 |
| 4.1 Nombre de réponses :..... | 21 |
| 4.2 Profil des médecins ayant répondu..... | 22 |
| 4.3 Questions concernant le dépistage..... | 23 |
| 4.4 Questions concernant le diagnostic..... | 24 |
| 4.5 Question concernant le suivi | 27 |
| 4.6 Évaluation par le médecin de son rôle | 28 |
| 4.7 Difficultés rencontrées par les médecins..... | 29 |
| 5 DISCUSSION..... | 31 |
| 5.1 Les biais..... | 31 |
| 5.1.1 La population interrogée..... | 31 |

| | |
|--|----|
| 5.1.2 Le questionnaire..... | 32 |
| 5.2 Les résultats..... | 33 |
| 5.2.1 Description de la pratique des médecins..... | 33 |
| 5.2.2 Le rôle du médecin..... | 41 |
| 5.2.3 Les difficultés rencontrées..... | 41 |
| 6 CONCLUSION..... | 42 |
| 7 BIBLIOGRAPHIE..... | 43 |
| 8 ANNEXES..... | 47 |

1 INTRODUCTION

J'ai commencé à m'intéresser aux troubles du langage chez l'enfant durant mon internat. Plus précisément lors de mon stage en cabinet de médecine générale, où malgré plusieurs années d'études, tout y est nouveau. J'ai été interpellée par les demandes d'ordonnance pour bilan orthophonique qui étaient formulées bien souvent en toute fin de consultation. Je me suis demandée pourquoi une ordonnance du médecin était nécessaire ? Est-ce simplement un moyen de réguler les demandes et d'éviter des coûts inutiles engendrés en cas d'accès direct pour les patients au bilan orthophonique ? Ou est-ce que le médecin a un rôle à jouer, complémentaire de celui de l'orthophoniste ? J'ai alors décidé d'approfondir le sujet.

Je souhaitais initialement traiter dans ma thèse des troubles du langage écrit¹. Mais en parcourant la littérature, j'ai rapidement compris qu'il était impossible de parler de langage écrit sans parler de langage oral². Plusieurs études, dont celles de Menyuk (1) et Billard (2), ont montré que l'existence de troubles du langage oral était fortement prédictif de troubles du langage écrit. D'après C. Billard, face à une plainte de la famille portant sur les troubles des apprentissages, c'est l'âge de l'enfant qui conditionnera le versant exploré. A 3-5 ans on explore le langage oral, à 5-6 ans le langage oral et le graphisme, à 6-7 ans le langage écrit, et au delà de 7 ans le langage écrit, le calcul et l'écriture (3). Nous n'aborderons dans cette thèse que le langage oral et écrit.

A la fin du XX^{ème} siècle, les autorités ont été amenées à faire le constat que la France, en comparaison avec ses voisins européens, présentait un retard conséquent dans le domaine des troubles du langage. En 2000, M. Ringard est mandaté pour établir un rapport dont il ressort le manque d'outils à la disposition des professionnels de la petite enfance pour dépister, diagnostiquer et prendre en charge ces enfants. Suite à ce rapport, un plan d'action a été mis en place pour améliorer la prise en charge des enfants porteurs de troubles du langage. L'objectif de ce plan était de proposer des solutions devant contribuer à “une meilleure prévention des troubles du langage quelle qu'en soit l'origine, un meilleur repérage des troubles spécifiques, l'établissement d'un diagnostic plus rapide et plus sûr, une meilleure prise en charge des enfants concernés”(4).

1 Le langage écrit correspond à la lecture et à l'orthographe.

2 Le langage oral correspond au langage parlé.

Ce rapport a permis de faire des avancées considérables dans ce domaine. Il a permis de sensibiliser les différents professionnels impliqués, de faire un état des lieux des connaissances scientifiques, d'établir des recommandations, de mettre en place des adaptations scolaires...

Sur le versant médical, le rôle du médecin a été clairement établi. A chaque étape de la prise en charge il trouve sa place : dépistage, diagnostic, suivi, soutien psychologique, coordination entre professionnels.... Les troubles du langage ne sont pas uniquement du ressort de l'orthophoniste mais relèvent d'une évaluation pluridisciplinaire : médicale, orthophoniste et si besoin psychologique, psychomotricienne...

Qu'en est-il en pratique ? Le médecin généraliste a-t-il conscience du rôle qu'il a à jouer ? S'intéresse-t-il à ce sujet ? Quelles sont les difficultés auxquelles il est confronté ?

Le but de ce travail était de décrire la pratique des médecins généralistes lorsqu'ils étaient confrontés à un enfant présentant un trouble du langage. D'évaluer le rôle qu'ils estimaient avoir et de comprendre les difficultés qu'ils rencontraient.

2 GENERALITES

Avant d'aborder l'enquête, nous allons exposer quelques généralités pour comprendre les causes des troubles du langage et leur importance en terme de prévalence et de répercussions.

2.1 Évolution du langage

Acquérir un langage oral performant est une condition essentielle au développement de la communication et de la sociabilisation. C'est aussi une condition essentielle pour une bonne scolarisation d'un enfant. L'existence de troubles du langage oral est fortement prédictif de troubles du langage écrit ; il en résulte qu'un dépistage précoce, suivi d'une prise en charge adaptée des troubles du langage oral seront un atout pour le développement optimal du langage écrit (5,6).

2.1.1 Évolution du langage oral

L'évolution du langage oral se fait sur deux versants :

- la production de la parole (ou expression),
- la compréhension.

Ces deux versants vont se développer en parallèle de façon étonnamment rapide. Le tableau ci-dessous récapitule les différents stades de l'évolution selon l'âge de l'enfant.

| Age | 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 le 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. Apprend 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. |
| A 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”. |
| A 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. |
| A 5 ans | Comprend un récit. | A acquis les règles du langage. Construit des récits. Parle sans déformer les mots. |
| A 6 ans | | Est prêt pour apprendre à lire et à écrire. A appris à socialiser son langage : sait employer le bon ton, ajouter des formules de politesse, il sait dans quel ordre placer les mots et quels sont tous les mots nécessaires à la compréhension correcte et complète d'une phrase pour son interlocuteur. |

Tableau 1. D'après le guide pratique de pédiatrie : les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant, Société Française de Pédiatrie, Mars 2007 (7).

2.1.2 Apprentissage du langage écrit

Pour mieux comprendre l'apprentissage du langage écrit, il faut connaître les mécanismes de lecture du lecteur expert. Celui-ci identifie en moyenne 5 mots par seconde, quel que soit le contexte. Cette identification ne lui demande aucun effort attentionnel, la lecture est chez lui automatisée (8). Plusieurs études ont montré que l'identification des mots écrits est le résultat de l'activation de 3 types de code : (9–11) les codes orthographique, phonologique et sémantique. Le code orthographique d'un mot comporte les lettres qui le composent et leur combinaison ; le code phonologique, les phonèmes¹ et leur combinaison ; et le code sémantique comporte son (ou ses) sens.

Lorsque le lecteur expert est face à un mot connu : de façon très rapide et automatisée, il a accès aux 3 codes. En quelques fractions de seconde, il reconnaît le mot, sait comment il se prononce et quel sens il a. Cette voie est la voie directe ou d'adressage. Elle est très peu coûteuse en effort de concentration et elle permet donc au lecteur d'utiliser son énergie intellectuelle à comprendre le sens global d'un texte lu (10–12). Lorsque le lecteur expert est face à un mot inconnu (nouveau ou pseudo-mot), le processus est plus long : le signal visuel va être converti en unités graphémiques puis phonémiques. Cette voie est la voie indirecte ou d'assemblage.

Que se passe-t-il lors de l'apprentissage de la lecture ?

Voici les principales étapes d'acquisition de la lecture :

- Stade logographique : ce stade se déroule avant l'entrée à l'école élémentaire, il se caractérise par un mode d'identification des mots basé sur la reconnaissance d'un « patron visuel » dont l'enfant a appris par cœur la signification. L'enfant traite les mots comme des images. Il va constituer ainsi son lexique initial, d'une centaine de mots environ. Mais la stratégie logographique va rapidement avoir des limites : l'enfant va confondre les mots dont le patron visuel est proche (par exemple : bouton, bouchon, bouche, bonbon...) et il ne peut pas identifier seul des mots rencontrés pour la première fois. En parallèle, l'enfant apprend à segmenter la parole, il prend conscience des sous-unités des mots (syllabe, phonème, rime) et éveille ainsi ses capacités métaphonologiques² (ou conscience phonologique).

1 Phonème : unité linguistique, son ou bruit de la chaîne parlée résultant de la combinaison de plusieurs traits articulatoires.

2 Métaphonologie : manipulation sous différentes formes des phonèmes qui sont perçus et segmentés.

- Stade alphabétique : la stratégie alphabétique consiste à convertir les graphèmes³ en phonèmes. L'enfant apprend à associer une lettre et un son. Mais ce n'est pas simple puisqu'à un phonème peuvent correspondre plusieurs graphèmes (comme en français / f / s'écrit « f » ou « ph ») et vice versa, ce qui rend la langue obscure. Des études ont montré que dans un système alphabétique comme le nôtre, les compétences qui vont prédire le mieux le futur niveau de lecture sont les capacités d'analyse phonémique (13–16). D'autres études comparant l'apprentissage de la lecture entre des enfants de différents pays européens ont montré que plus la langue de l'enfant est obscure au niveau orthographique, plus l'apprentissage sera long (17–20). Cette stratégie correspond à la mise en place de la voie d'assemblage, elle permet de lire tous les mots réguliers connus ou inconnus. Ses principales limites sont que la lecture des mots irréguliers n'est pas possible et qu'elle est très coûteuse en concentration.
- Stade orthographique : il se met en place en dernier. Peu à peu, les mots courants sont mémorisés sous leur forme orthographique et de façon automatique le lecteur accède à leur code phonologique et à leur sens ; la voie d'adressage se met en place. La lecture devient alors plus rapide et permet la compréhension globale d'un texte lu (21).

En résumé, pour apprendre à lire, il faut donc coordonner :

- des compétences langagières (conscience phonologique, lexicale, syntaxe, sémantique),
- des compétences mnésiques,
- des compétences attentionnelles (visuelle, gestion de la mémoire de travail, stratégie du regard...).

La défaillance d'une de ces compétences entraînera un trouble du langage écrit.

3 Graphème : unité graphique minimale entrant dans la composition d'un système d'écriture. En français, à chaque graphème correspond un phonème.

2.2 Épidémiologie

Il est difficile de donner des chiffres précis de la prévalence des troubles du langage en France car il n'existe pas d'enquête épidémiologique sur de grandes cohortes. Des enquêtes de grande envergure ont été menées dans les pays anglophones et retrouvent des variations importantes de chiffres, le plus souvent entre 2 et 12 % de la population. Ces variations sont principalement liées à l'absence de consensus et de critères précis pour classer les troubles du langage.

Concernant le langage écrit, il n'est par ailleurs, pas possible d'extrapoler les chiffres anglophones à la population française car la prévalence des troubles du langage écrit est dépendante de facteurs tels que la transparence ou l'opacité d'une langue (22–24). En France, d'après le rapport Ringard, 5 % des enfants présenteraient une déficience de la parole et du langage, moins de 1% une déficience sévère (4). Des enquêtes ont été menées chez des adultes et constatent que 7 % des 18-29 ans éprouvent des difficultés graves ou importantes en lecture (25,26). A noter que les problèmes de lecture sont de 1,5 à 3 fois plus fréquents chez les garçons que chez les filles (27,28).

Les troubles du langage concerneraient donc une partie importante de la population.

2.3 Étiologies

Les troubles du langage peuvent être classés en deux grandes catégories :

- les troubles secondaires,
- les troubles spécifiques.

2.3.1 Les troubles secondaires

On regroupe dans cette catégorie les troubles qui résultent d'une pathologie qui va interférer avec les capacités langagières (3,12).

- Soit les troubles sont acquis : ils surviennent chez un enfant au langage antérieur normal et font suite à une lésion du parenchyme cérébral. Le développement du langage de l'enfant se fait donc de façon optimale jusqu'à la survenue d'un événement précis qui va altérer ses capacités langagières.

Les causes possibles sont nombreuses : traumatisme crânien, tumeur cérébrale, accident vasculaire cérébral, certaines formes d'épilepsie, des infections cérébrales...

- Soit les troubles sont survenus très précocement dans le développement de l'enfant (pré-, péri- ou post-natal) et interfèrent d'emblée avec les capacités langagières et compromettent le développement du langage. On retrouve là aussi de nombreuses causes :

- Les déficits sensoriels : toutes les pathologies responsables d'un dysfonctionnement des fonctions auditives ou visuelles (embryofoetopathie virale ou toxique, maladie génétique...).
- Les déficits intellectuels : le retard mental est la cause la plus fréquente des troubles secondaires du langage. Près de 3 % des enfants seraient porteur de retard mental modéré (quotient intellectuel entre 50 et 70).
- Les causes neurologiques anté et périnatales : prématurité, malformations cérébrales dont les anomalies cérébelleuses, cause clastique anténatale (responsable de schizencéphalie...), maladies génétiques (syndrome de Williams, syndrome de Willi-prader, maladie du x fragile), syndromes micro-délétionnels, maladies neuromusculaires (la maladie de Duchesne), la neurofibromatose de type 1...
- Les troubles du comportement et de la relation : des troubles sévères du comportement peuvent être responsables de troubles du langage comme dans les troubles envahissants du développement ou en cas de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.
- Les carences psychoaffectives profondes : l'évolution du langage résulte de l'interaction entre nos capacités propres et l'influence de notre environnement. Les situations de carence de stimulations sensorielles, affectives et sociales, comme dans la maltraitance, peuvent entraîner un retard de parole et de langage (portant plus sur l'expression que sur la compréhension).

2.3.2 Les troubles spécifiques

Il existe de nombreuses définitions et classifications des troubles spécifiques. Elles ne cessent de changer avec les avancées de la recherche. Les critères diagnostiques de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) et du DSM-IV (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux) figurent en annexe (29).

Les troubles spécifiques regroupent les troubles qui ne peuvent pas être expliqués par les causes précédemment évoquées, les examens complémentaires sont normaux et l'enfant n'a aucun antécédent particulier. Ce diagnostic nécessite une évaluation pluridisciplinaire afin d'éliminer les causes secondaires.

Les troubles spécifiques du langage oral et écrit font partis d'un ensemble plus vaste que sont les troubles spécifiques des apprentissages. Ils regroupent les troubles cognitifs s'extériorisant principalement à l'école : dyslexies¹, dysorthographies², dyscalculies³, dysgraphies⁴ et les troubles spécifiques du développement du langage oral. Bien souvent, ces troubles ne sont décelés qu'à partir de l'âge de 3-4 ans, âge du début de la scolarisation.

On retrouve aussi dans cette catégorie les retards simples de parole, de langage, et d'acquisition de la lecture. On parle de retard simple lorsque l'enfant présente un décalage avec l'âge « normal » d'acquisition du langage mais que ce retard sera comblé dans les deux ans, sans conséquence sur les compétences à terme.

1 Dyslexie : troubles de la lecture.

2 Dysorthographe : troubles de l'orthographe.

3 Dyscalculie : dysfonctionnement dans les domaines de la logique, de la construction des nombres et des opérations sur ces nombres, de difficultés de structuration du raisonnement et de l'utilisation des outils logiques et mathématiques.

4 Dysgraphie : trouble affectant le geste graphique et l'aspect formel de l'écriture.

2.4 Pronostic et devenir

2.4.1 Échec scolaire

Le suivi d'enfants présentant un retard de langage oral a mis en évidence un risque de difficultés ultérieures dans les apprentissages scolaires. Ce risque augmente selon la sévérité des troubles initiaux. En Europe, l'échec scolaire concernerait 16 à 24 % des enfants. Les causes de ces échecs peuvent être réparties en 3 catégories :

- les déficiences avérées (sensorielles, mentales ou motrices) : elles représentent 2 à 3 % de la population scolaire,
- les troubles spécifiques des apprentissages : ils représentent 4 à 6 % de la population scolaire,
- des difficultés d'origine culturelle, sociale, pédagogique ou psychologique : elles représentent 10 à 15 % de la population scolaire (4,30).

2.4.2 Illettrisme

L'illettrisme désigne l'état d'une personne qui a bénéficié d'apprentissages, mais qui n'a pas acquis, ou a perdu, la maîtrise de la lecture, de l'écriture et du calcul. L'illettrisme est donc à distinguer de l'analphabétisme qui résulte d'une absence d'apprentissage. D'après une étude menée en 2004 sur 733 000 jeunes, lors de la journée d'appel de préparation à la défense, 4,4 % d'entre eux sont illettrés, 9,5 % présentent un niveau de lecture médiocre susceptible d'être oublié lorsqu'ils auront quitté le système scolaire (25). La principale cause d'illettrisme est le niveau socioculturel mais il est reconnu que des troubles des apprentissages peuvent aussi en être la cause (20 % d'illettrés sont dyslexiques) (30).

2.4.3 Troubles psychologiques

De nombreuses études ont apporté des preuves significatives de la récurrence d'une association entre les difficultés d'apprentissages et les troubles comportementaux ou émotionnels. Ces troubles associés peuvent alors être secondaires à la situation d'échec scolaire et/ou aux conditions environnementales sociales, familiales ou psychoaffectives aggravant le trouble cognitif, ou bien s'inscrire dans une réelle comorbidité entre les deux affections (30). Les troubles du

comportement ou les troubles affectifs peuvent à la fois exprimer ou masquer les troubles des apprentissages (31).

Les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est la comorbidité la plus fréquente. Si l'enfant présente l'un des deux troubles, le risque qu'il présente aussi l'autre trouble est de 25 à 40 % (32,33). L'anxiété de performance, les difficultés de relations avec les pairs, les relations familiales conflictuelles, la faible estime de soi, l'humeur dépressive sont aussi fréquemment rencontrées dans cette population.

Le guide pratique de la société de pédiatrie soulève qu'en réalité toutes difficultés scolaires, quelles qu'en soient les causes, a un retentissement psychologique sur l'enfant, sa famille et ses interactions. L'échec est vécu comme une blessure narcissique. Il est source de souffrance, de déception, de mésestime de soi, de sentiment d'infériorité et de dévalorisation. L'enfant est souvent réprimandé et puni, selon son tempérament il peut réagir en s'isolant et en s'enfermant dans l'échec. Ces troubles, à leur tour, majorent les difficultés de l'enfant et un véritable cercle vicieux s'installe (31).

Ainsi les troubles du langage chez l'enfant sont un véritable problème de santé publique : leur prévalence est élevée et les conséquences néfastes sont nombreuses. L'enjeu d'une prise en charge adaptée est important.

3 METHODE

3.1 Population étudiée

Ce travail a porté sur des médecins généralistes, installés dans la ville de Nantes et exerçant la médecine générale comme activité principale.

3.2 Recrutement des médecins

Les médecins ont été choisis par tirage au sort.

La liste des médecins installés sur Nantes a été photocopiée à partir de l'annuaire des pages jaunes, version papier de l'année 2012. Cette liste a ensuite été découpée, médecin par médecin, puis tous les papiers ont été réunis dans un pot, mélangés et enfin tirés au sort. Le tirage au sort a été effectué entre les 22/10/2012 et 04/03/2013, par 4 tirages successifs :

- 13 médecins ont été sélectionnés le 22/10/2012,
- puis 50 le 26/11/2012,
- 50 le 11/12/2012 et
- 50 le 4/03/2013.

Au total, 163 médecins ont été sélectionnés, sur un total de 240 médecins installés sur Nantes.

L'échantillon était composé de 50 femmes et 113 hommes.

3.3 Type de questionnaire

Le questionnaire se remplissait en étant connecté à internet, via un lien envoyé par e-mail.

Le temps pour le remplir ne dépassait pas cinq minutes. Il était composé de 15 questions, toutes étaient obligatoires et un espace supplémentaire était disponible à la fin pour un commentaire libre si les médecins le souhaitaient.

3.4 Prise de contact avec les médecins sélectionnés

Les médecins ont été contactés par téléphone, sur une période s'étalant du 22/10/2012 au 18/03/2013. Le contact téléphonique permettait de présenter le travail et d'obtenir l'adresse e-mail des médecins qui acceptaient d'y répondre.

Plusieurs situations ont été rencontrées :

- je pouvais parler au médecin directement et lui présenter mon travail,
- je transmettais à la secrétaire du cabinet un message destiné au médecin. Soit je rappelais quelques jours plus tard pour avoir la réponse du médecin, soit le médecin me rappelait directement, soit la secrétaire me rappelait pour me transmettre sa réponse,
- la secrétaire me donnait l'adresse e-mail du médecin sans que le travail lui soit présenté au préalable ;
- la secrétaire refusait d'emblée au motif que le médecin ne possédait pas d'adresse e-mail, qu'il ne répondait jamais aux questionnaires de thèse, ou qu'il n'avait pas de temps disponible pour y répondre.

Mon travail était toujours présenté de la même façon que ce soit directement par oral auprès du médecin ou par message écrit : il s'agissait d'une enquête auprès des médecins généralistes, portant sur les troubles du langage de l'enfant, c'était un travail de thèse, le questionnaire se remplissait en ligne et qu'il était rapide à remplir, 5 minutes environ. Lorsque le médecin acceptait de transmettre son adresse e-mail, un lien pour accéder au questionnaire lui était ensuite envoyé accompagné d'un texte de remerciement. En cas d'absence de réponse au questionnaire, les médecins ont reçu un mail de relance 1 à 2 mois plus tard.

3.5 But de l'étude

Le questionnaire permettait de réaliser une enquête descriptive de la pratique des médecins généralistes concernant les troubles du langage de l'enfant. Il a été conçu en s'appuyant sur la littérature et avec l'aide du centre régional de référence des troubles du langage. Il est basé sur une autoévaluation des médecins. Il ne leur était pas demandé des valeurs précises mais plutôt leur ressenti sur leur pratique.

Le but était de faire un état des lieux de la pratique des médecins généralistes lorsqu'ils

s'occupaient d'enfants atteints de troubles du langage. Il était aussi de comprendre le rôle qu'ils estimaient avoir dans la prise en charge de ces enfants et à quelles difficultés ils étaient confrontés.

3.6 Présentation du questionnaire :

Titre : Quel rôle pour le médecin généraliste auprès de l'enfant présentant des troubles du langage oral ou écrit ? Une enquête descriptive de pratique.

But des questions 1 à 2 : apporter des précisions sur la population étudiée.

1- Comment est composée votre patientèle ?

- Plutôt pédiatrie
- Mixte
- Plutôt adulte et gériatrie

2- Combien de prescriptions de bilan orthophonique pour trouble du langage faites-vous en moyenne ?

- < 1 par mois
- 1 à 3 par mois
- > 3 par mois

But des questions 3 à 5 : décrire la pratique des médecins concernant le dépistage :

3- Lorsque vous rédigez une ordonnance pour un bilan orthophonique, qui est la personne qui a conseillé ce bilan auprès de l'orthophoniste ?

| | jamais | parfois | souvent | toujours |
|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Vous-même | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La famille seule | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'enseignant | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4- Lors de consultations avec des enfants demandez-vous aux parents et à l'enfant : « comment ça va à l'école ? » ?

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours

5- Lors de vos consultations de suivi pédiatrique comment dépistez-vous les troubles du langage oral et écrit ?

jamais parfois souvent toujours

A l'aide de repères clés entre l'âge de l'enfant et les acquisitions théoriques

A l'aide de tests de dépistage standardisés (exemple : ERTL4)

But des questions 6 à 9 : décrire la pratique des médecins concernant le diagnostic :

6- Lorsqu'on vous demande une ordonnance pour un bilan orthophonique et que la demande des parents se fait par téléphone, que faites-vous ? (question à choix multiples)

- vous faites l'ordonnance que les parents passeront chercher
- vous convoquez l'enfant en consultation
- Autre :

7- Lorsqu'on vous demande une ordonnance pour un bilan orthophonique et que la demande se fait au cours d'une consultation pour un autre motif, que faites-vous ? (question à choix multiples)

- vous faites l'ordonnance sans changement d'orientation de votre consultation
- vous adaptez votre interrogatoire
- vous adaptez votre examen clinique
- Autre :

8- Lorsqu'un enfant présente un trouble du langage, quelles informations estimez-vous importantes à rechercher ? (question à choix multiples)

- aucune
- des ATCD de prématurité et de troubles périnataux
- des ATCD neurologiques (traumatisme crânien, épilepsie, méningoencéphalite...)
- des ATCD psychiatriques
- des ATCD de troubles sensoriels
- des ATCD familiaux (dyslexie, neurologiques, de déficit auditif ou visuel)
- Autre :

9- Lorsqu'un enfant présente un trouble du langage, qu'estimez-vous important de rechercher à l'examen clinique ? (question à choix multiples)

- rien
- prise des mensurations complètes (taille, poids, périmètre crânien)
- examen neurologique simple
- évaluation du développement du langage oral et/ou écrit
- examen auditif
- examen visuel
- évaluation du comportement (recueil d'éléments en faveur d'une pathologie psychiatrique)
- Autre :

But des questions 10 et 11 : décrire la pratique des médecins dans le suivi :

10- Lorsqu'un enfant reste en difficultés scolaires malgré au moins un an de prise en charge orthophonique, que faites-vous ? (question à choix multiples)

- vous encouragez la poursuite de l'orthophonie
- vous demandez un bilan psychologique
- vous demandez un bilan ORL à la recherche de troubles auditifs
- vous demandez un bilan ophtalmologique à la recherche de troubles visuels
- vous orientez vers un pédiatre
- vous orientez vers le centre du langage
- Autre :

11- Lorsque ces enfants sont suivis par plusieurs professionnels de santé, avez-vous un rôle de coordinateur des soins et de synthèse auprès des familles ?

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours

But des questions 12 à 14 : évaluer le ressenti du médecin sur son rôle :

12- D'après vous, à quel niveau le médecin généraliste a-t-il un rôle auprès des enfants présentant des troubles du langage ?

| | jamais | parfois | souvent | toujours |
|------------|--------|---------|---------|----------|
| Aucun rôle | | | | |
| Dépistage | | | | |
| Diagnostic | | | | |
| Suivi | | | | |

13- Vous sentez-vous concerné par la prise en charge des enfants présentant des troubles du langage oral ou écrit ?

- pas concerné
- peu concerné
- assez concerné
- totalement concerné

14- Avez-vous déjà bénéficié de formation sur ce sujet ?

- Oui
- Non

But de la question 15 : Comprendre quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins :

15- Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confronté lors du suivi d'enfant présentant un trouble du langage ? (question à choix multiples)

- Aucune
- Je ne sais pas interpréter un compte rendu de bilan orthophonique
- Je manque de connaissances sur ce sujet
- Je ne sais pas dans quelles circonstances il faut réorienter l'enfant
- Je ne sais pas à qui adresser un enfant en difficulté malgré la prise en charge orthophonique
- Je ne connais pas le centre du langage et quelles aides il peut m'apporter
- Je ne sais pas comment contacter le centre du langage
- Autre :

Ce questionnaire a été réalisé avec l'aide du centre du langage.

Coordonnées du centre du langage :

Téléphone : 02 40 08 43 09

Site internet : CHU de Nantes

Email pour toute question : upta@chu-nantes.fr

Permanence téléphonique : le jeudi après-midi de 14 à 16h

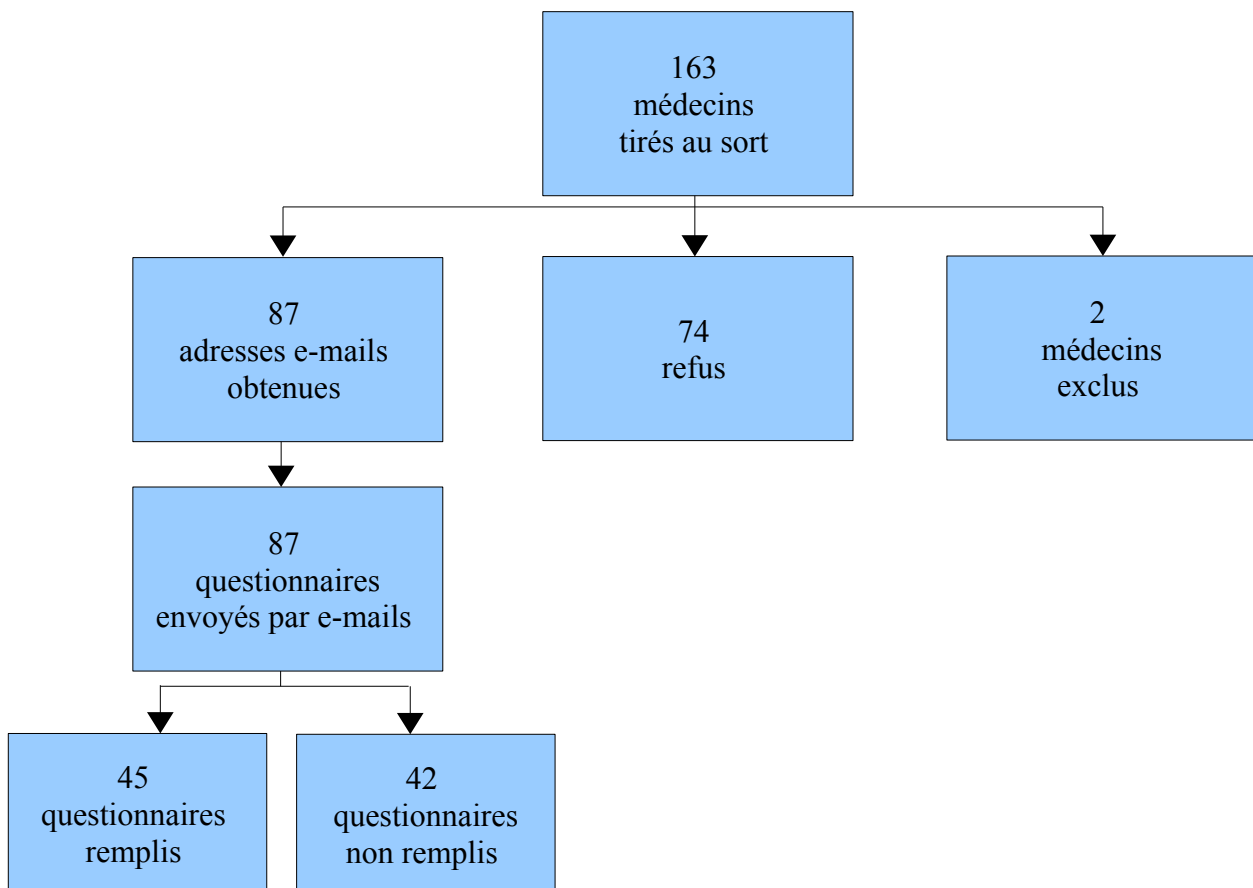
N'hésitez pas à faire des commentaires ou à poser des questions dans l'espace ci-dessous :

4 RESULTATS

4.1 Nombre de réponses :

Au total, 163 médecins ont été tirés au sort, la figure 1 récapitule les suites données au tirage au sort.

Figure 1. Suites données par les médecins tirés au sort.

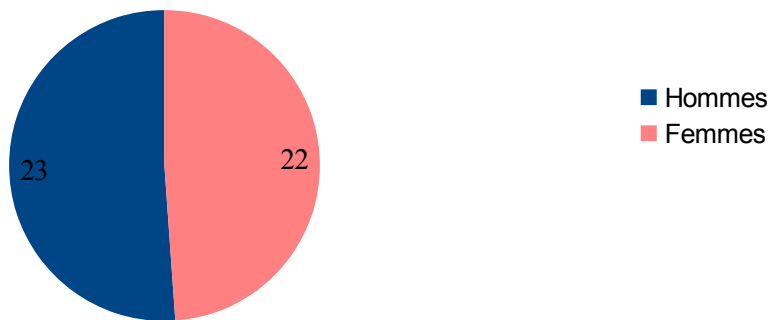


Deux médecins ont été exclus car ils n'exerçaient plus la médecine générale comme activité principale. Les raisons pour lesquelles certains questionnaires n'ont pas été remplis ne sont pas connues. Certains médecins avaient prévenu lors du contact par téléphone qu'ils acceptaient de donner leur adresse e-mail mais qu'ils n'étaient pas sûrs de trouver le temps pour y répondre.

4.2 Profil des médecins ayant répondu

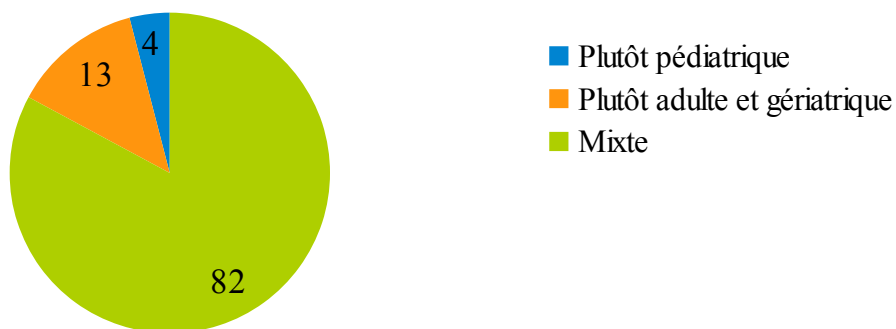
- Répartition homme/femme

Figure 2. Répartition des médecins selon leur sexe.



- Pratiquent-ils de la pédiatrie ?

Figure 3. Composition de la patientèle des médecins sélectionnés (pourcentages).



- Prescrivent-ils des bilans orthophoniques ?

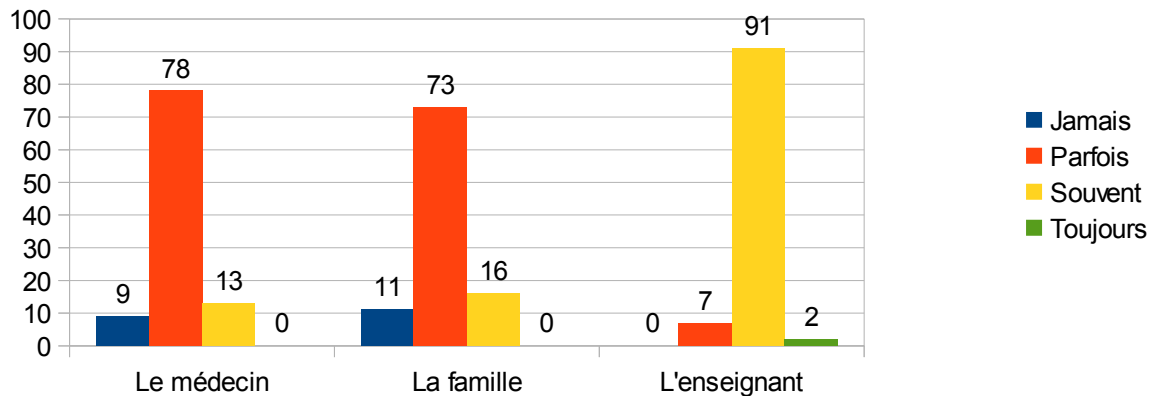
Figure 4. Nombre de bilans orthophoniques prescrits par mois.



4.3 Questions concernant le dépistage

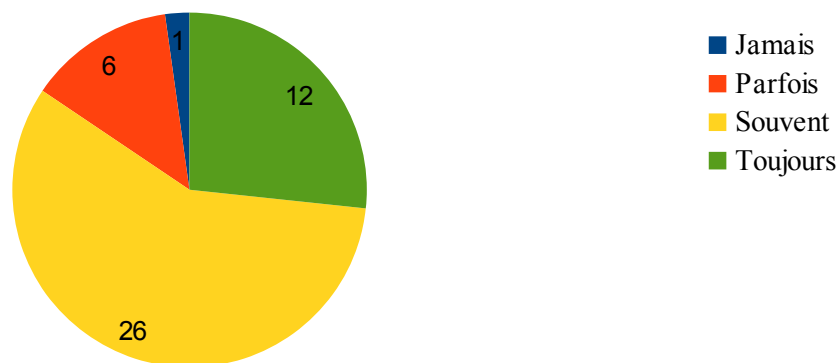
- Question 3 : Lorsque vous rédigez une ordonnance pour un bilan orthophonique, qui est la personne qui a conseillé ce bilan auprès de l'orthophoniste ?

Tableau 2. Fréquence des demandes de bilan orthophonique selon qui en est l'initiateur (pourcentage).



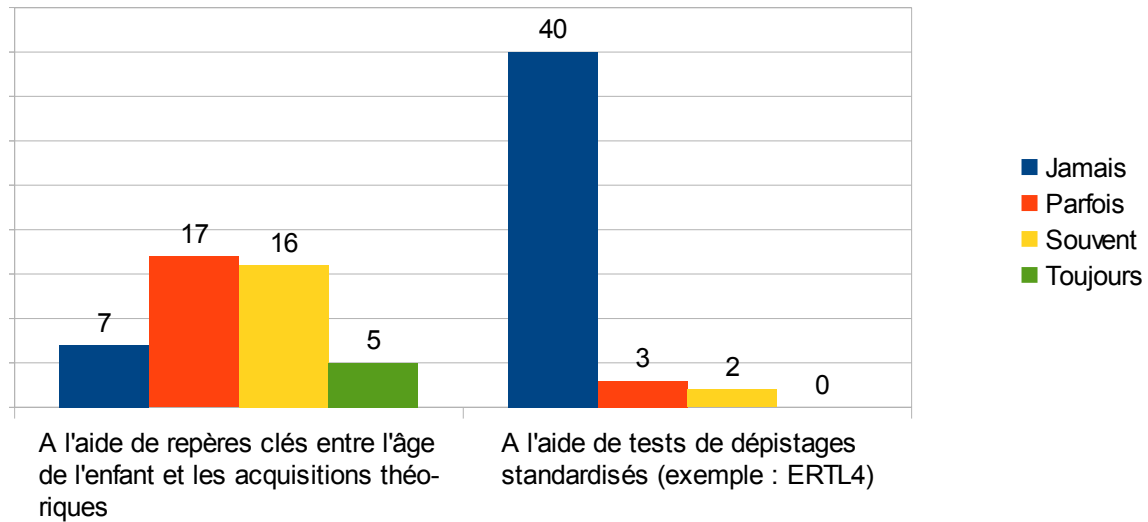
- Question 4 : Lors de consultations avec des enfants demandez-vous aux parents et à l'enfant : « Comment ça va à l'école ? » ?

Figure 5. Fréquence à laquelle la question "Comment ça va à l'école ?" est posée.



- Question 5 : Lors de vos consultations de suivi pédiatrique, comment dépistez-vous les troubles du langage oral et écrit ?

Tableau 3. Fréquence de recours à deux moyens de dépistage.

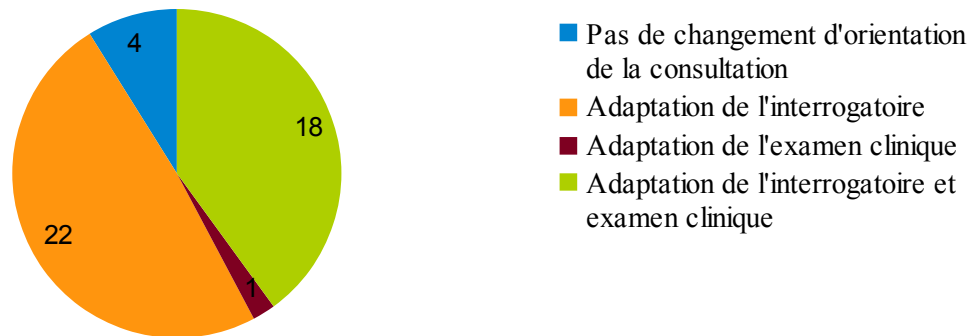


4.4 Questions concernant le diagnostic

- Question 6 : Lorsqu'on vous demande une ordonnance pour un bilan orthophonique et que la demande des parents se fait par téléphone, que faites-vous ?
 - 20 médecins ont uniquement fait l'ordonnance que les parents passent chercher ensuite,
 - 24 médecins ont fait l'ordonnance après une évaluation :
 - 20 ont convoqué l'enfant en consultation,
 - 2 ont fait un entretien téléphonique,
 - 1 a vérifié si une évaluation ORL avait déjà été faite,
 - 1 a demandé à la famille de revenir en consultation avec les résultats du bilan orthophonique.
 - 1 médecin a répondu : « souvent les parents prennent rendez-vous pour un autre membre de la famille ou pour une autre raison et me demandent l'ordonnance : l'orthophoniste n'est jamais dans l'urgence ».

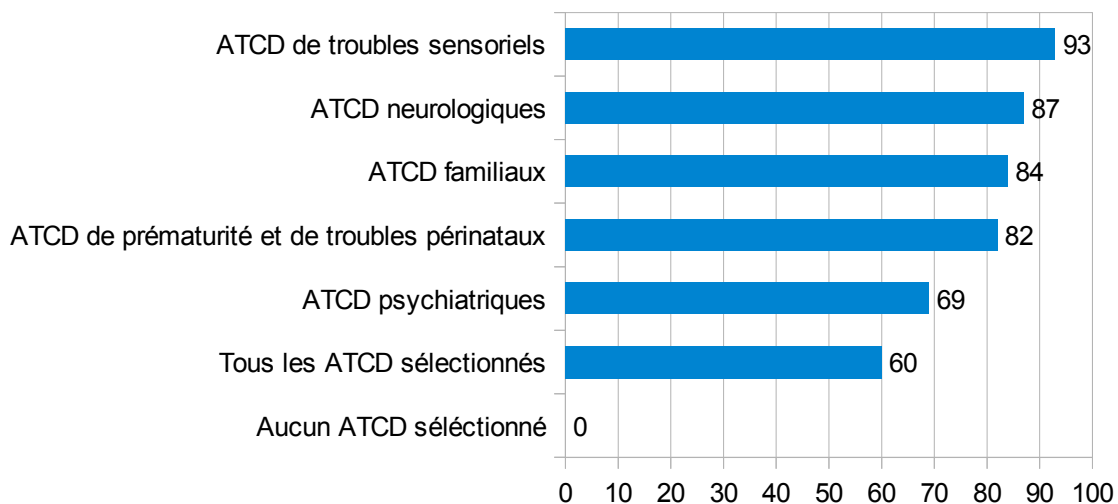
- Question 7 : Lorsqu'on vous demande une ordonnance pour un bilan orthophonique (BO) et que la demande se fait au cours d'une consultation pour un autre motif, que faites-vous ?

Figure 6. Action réalisée au cours de la consultation si une ordonnance pour un BO est demandée.



- Question 8 : Lorsqu'un enfant présente un trouble du langage, quelles informations estimez-vous importantes à rechercher ? (question à choix multiples)

Tableau 4. Antécédents (ATCD) recherchés par les médecins (pourcentage).

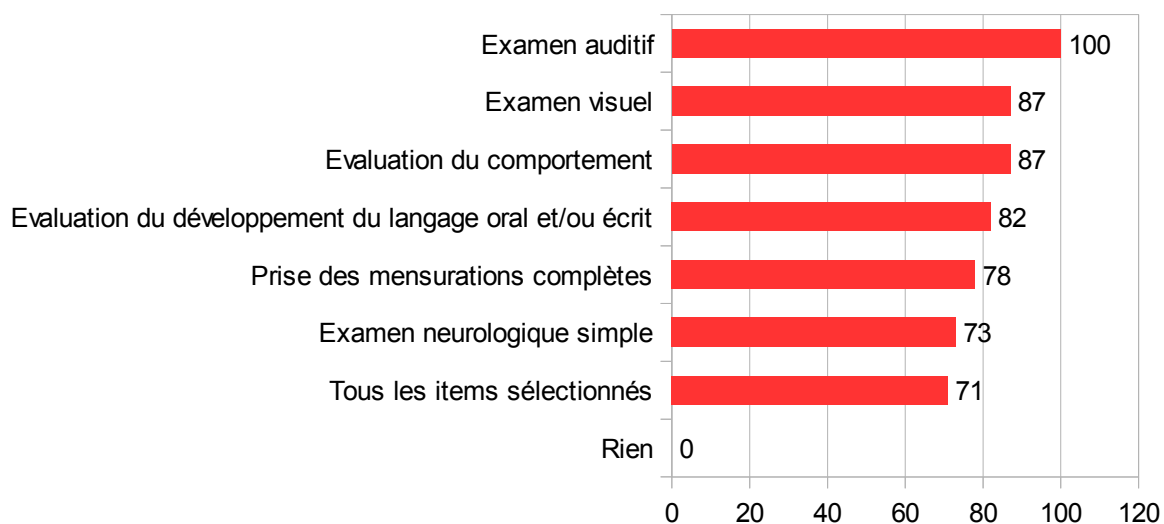


Les médecins ont sélectionné en moyenne 4,17 items sur 5.

- Un médecin a précisé qu'il recherchait également un contexte familial particulier, un choc émotionnel ou une perturbation du couple.
- Un autre médecin a précisé qu'il évaluait les relations familiales.

- Question 9 : Lorsqu'un enfant présente un trouble du langage, qu'estimez-vous important de rechercher à l'examen clinique ? (question à choix multiples).

Tableau 5. Eléments recherchés lors de l'examen clinique (pourcentage).



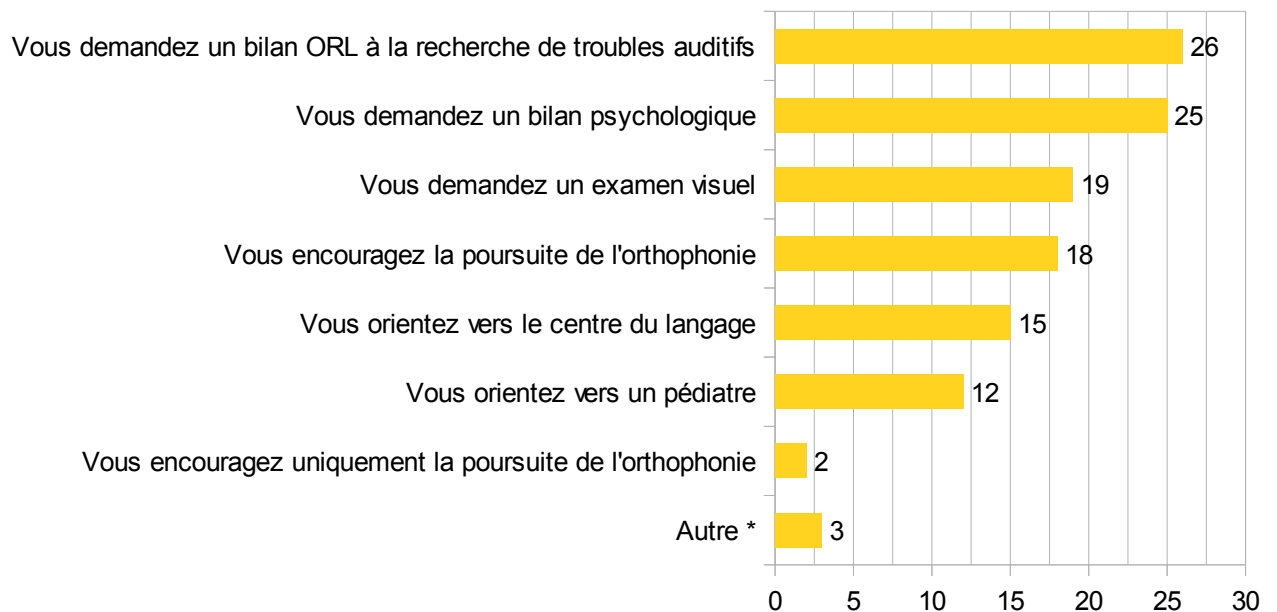
Les médecins ont sélectionné en moyenne 5,4 items sur 6.

L'examen auditif a été recherché par la totalité des médecins.

4.5 Question concernant le suivi

- Question 10 : Lorsqu'un enfant reste en difficultés scolaires malgré au moins un an de prise en charge orthophonique, que faites-vous ? (question à choix multiples).

Tableau 6. Conduite tenue en cas de difficultés scolaires malgré 1 an de prise en charge.



* Autre :

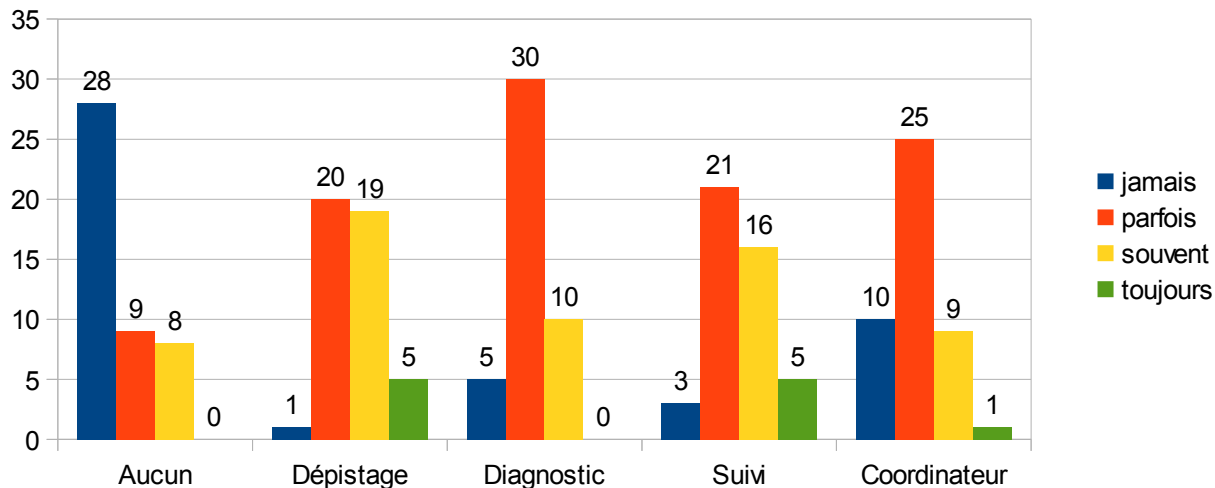
Des médecins ont apporté des précisions sur leur pratique dans la catégorie « autre » :

- précision 1 : « ça dépend du bilan orthophonique réalisé et d'éventuels troubles somatiques observés. Je n'attends pas un an avant de faire un bilan auditif ou visuel »,
- précision 2 : « ça dépend de la situation »
- précision 3 : « recours au médecin scolaire ».

4.6 Évaluation par le médecin de son rôle

- Selon les étapes de la prise en charge

Tableau 7. Importance du rôle du médecin selon les différentes étapes de la prise en charge



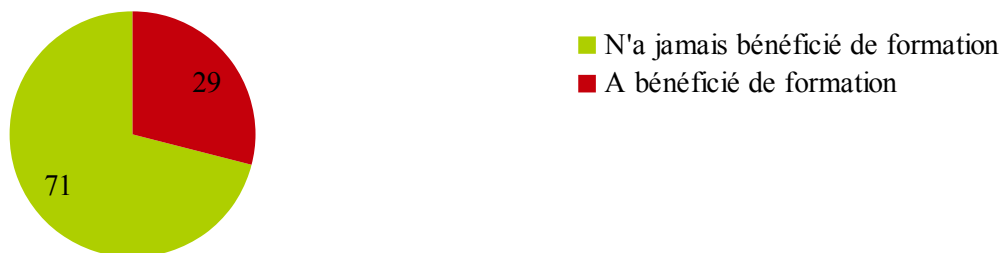
- Selon son niveau d'intérêt

Figure 7. Intérêt porté par les médecins sur les troubles du langage chez l'enfant (pourcentage).



- Les médecins ont-ils déjà bénéficié de formation sur ce sujet ?

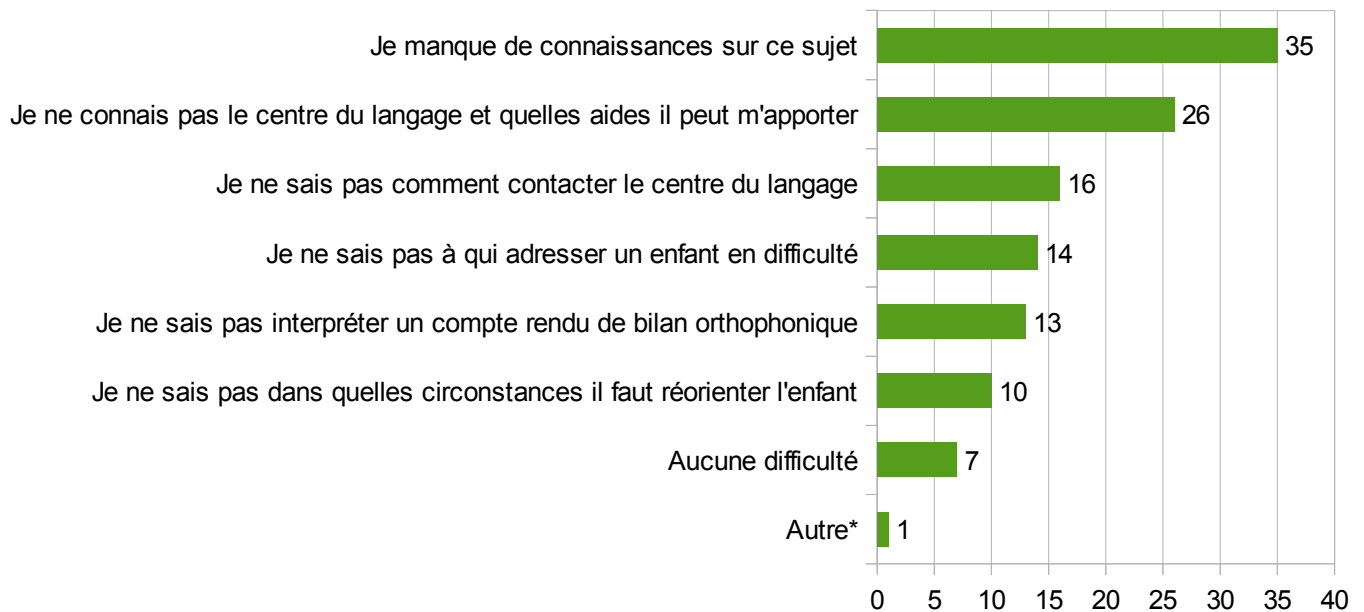
Figure 8. Pourcentage de médecins ayant bénéficié de formation sur les troubles du langage chez l'enfant.



4.7 Difficultés rencontrées par les médecins

- Question 15 : Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confronté lors du suivi d'enfants présentant un trouble du langage ? (question à choix multiples).

Tableau 8. Difficultés rencontrées par les médecins



*Autre : « difficultés à obtenir les compte-rendus des divers intervenants ».

Question ouverte en fin de questionnaire

5 DISCUSSION

Le but de cette étude était de décrire la pratique des médecins généralistes lorsqu'ils s'occupaient d'enfants atteints de troubles du langage. Il était aussi de comprendre le rôle qu'ils estimaient avoir dans la prise en charge et de comprendre les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer.

Mais tout d'abord, il est important de préciser que les résultats exposés ne sont pas représentatifs de la façon dont exercent tous les médecins généralistes de France. Il existe dans cette étude des biais que nous allons maintenant détailler.

5.1 Les biais

5.1.1 La population interrogée

Les médecins généralistes sélectionnés n'étaient pas représentatifs de l'ensemble des médecins exerçant en France :

- Les médecins ayant répondu était au nombre de 45 ce qui représente un petit échantillon.
- Les médecins sélectionnés étaient des médecins installés sur Nantes, zone urbaine. Ainsi ceux installés en zone semi-urbaine et rurale n'ont pas été interrogés.
- Nantes se situe dans une zone sans déficit en orthophoniste (en 2009 la moyenne nationale des orthophonistes était de 30 pour 100 000 habitants, elle était de 32 pour 100 000 habitants sur Nantes la même année) (34). Les généralistes pratiquent-ils de la même façon lorsqu'ils exercent dans une zone où l'accès à l'orthophoniste est plus difficile ?
- Au sein de cette population le tirage au sort était le moyen le plus sûr d'être représentatif mais tous les médecins sélectionnés n'ont pas accepté de répondre au questionnaire. Les médecins ayant refusés pratiquaient-ils de la même façon que ceux qui ont accepté ? Ne peut-on pas d'ailleurs imaginer que ceux qui ont accepté sont ceux qui se sentaient le plus à l'aise dans ce domaine ?

- Le choix d'un questionnaire envoyé par e-mail constituait également un biais puisqu'il excluait d'emblée certains médecins, ceux n'ayant ni internet ni adresse e-mail.

- La répartition homme/femme n' était pas respectée : en 2012 il y avait 240 médecins dont 84 femmes installés sur Nantes (soit environ 1 femme pour 3 hommes), sur les 45 réponses au questionnaire 22 ont été remplis par des femmes (soit 1 femme pour 1 homme).

5.1.2 Le questionnaire

Avec du recul, le contenu du questionnaire était critiquable et contenait de nombreux biais :

- Les réponses étaient pré-établies, le choix des médecins a donc pu être influencé par les réponses proposées.

- Les réponses « jamais-parfois-souvent-toujours » étaient difficiles d'interprétation car peu précises. Néanmoins le but était d'explorer le ressenti des médecins et non d'avoir des valeurs numériques exactes.

5.2 Les résultats

Les 2 premières questions du questionnaire (composition de la patientèle et nombre de prescription de bilans orthophoniques) avaient pour but de vérifier que les médecins interrogés pratiquaient bien de la pédiatrie et étaient des prescripteurs de bilans orthophoniques.

5.2.1 Description de la pratique des médecins

La prise en charge des enfants présentant des troubles du langage passe par plusieurs étapes : le repérage / dépistage, le diagnostic et la prise en charge thérapeutique. A chaque étape le médecin généraliste a un rôle, complémentaire de celui d'autres professionnels de la petite enfance.

5.2.1.1 Le dépistage

- L'initiateur

Dans la littérature, de nombreux articles expliquent que le repérage relève de la compétence des enseignants, du médecin de famille et des parents. Chacun d'entre eux est capable d'identifier chez l'enfant des signes d'alerte évocateurs de troubles du langage (7,30,31,35).

Dans notre étude, le tableau 2 a montré qu'une demande de bilan orthophonique était le plus souvent initiée par l'enseignant. Les médecins ont estimé que dans 91% des cas c'était l'enseignant qui conseillait souvent le bilan orthophonique. La famille et le médecin étaient cités le plus fréquemment dans la partie « parfois » (réciproquement à 73 et 78 %). Une étude menée en 2002 retrouvait que l'enseignant était l'initiateur de la prescription dans 57% des cas, le médecin dans 30% et la famille dans 13% (36).

Le tableau ci-dessous récapitule les signes d'appel à surveiller :

| Quand s'inquiéter ? | Signes d'appel | Pathologie(s) à suspecter |
|---------------------|--|--|
| À tout âge | Ne semble pas réagir au bruit. Présente des infections ORL récurrentes. A des difficultés pour comprendre ou répondre de façon appropriée | Surdité |
| | Ne comprend pas le langage du quotidien. Communique très peu malgré son désir de communiquer ou faute de désir de communiquer. Fait peu de progrès de langage malgré la socialisation. | Troubles envahissants du développement (autisme, ...) Déficience intellectuelle |

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| À tout âge (suite) | Interpelle par son comportement (s'isole, se replie sur soi ou s'oppose, agresse) ou par des plaintes somatiques répétées. | Troubles du langage oral ou écrit Troubles envahissants du développement (autisme, ...) Déficience intellectuelle Troubles anxieux, dépressifs, ... |
| À 15 mois | Ne fait pas de tentative pour dire des mots. Ne pointe pas du doigt. N'a pas d'attention conjointe. | Surdité Retard de langage Déficience intellectuelle |
| 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. | Troubles envahissants du développement (autisme, ...) |
| 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. | Bégaiement |
| | H siste 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. | Surdité Retard de langage Déficience intellectuelle Retard de parole Dysphasie |
|   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  v nements simples et récents. Simplifie des mots, ce qui le rend peu intelligible | Bégaiement |
| | Répète des sons plusieurs fois avant de parler. Se bloque en début de phrase. | |
|   partir de 4 ans 6 mois | Prononce mal certains sons. | Trouble d'articulation |
|   partir de 5 ans | N'organise correctement ni sa parole, ni son langage sur le versant expression. A des difficultés pour comprendre. | Retard de langage Déficience intellectuelle Dysphasie Risque de difficultés d'apprentissage de l'écrit |
| | Ne s'intéresse pas à la forme sonore du langage : ne perçoit pas les rimes ou le nombre de syllabes dans un mot (conscience phonologique). | Risque de difficultés d'apprentissage de l'écrit |

| | | |
|------------------------|---|---|
| En fin de CP | A des difficultés dans l'apprentissage de la lecture. | Retard du langage écrit Déficience intellectuelle Troubles visuels et auditifs |
| À partir du CE2 | Ne maîtrise pas la lecture et/ou l'écriture. | Dyslexie Dysorthographe |

Tableau 9. D'après le guide pratique de pédiatrie : les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant, Société Française de Pédiatrie, Mars 2007 (7).

- Les moyens de dépistage

Il existe plusieurs moyens de repérage et de dépistage des troubles du langage :

- s'enquérir de la scolarité de l'enfant,
- être attentif au langage de l'enfant et le comparer à des repères théoriques,
- utiliser des tests de dépistage validés.

- Interrogation sur la scolarité

L'enquête a montré que la majorité des médecins s'enquéraient de la scolarité des enfants qu'ils suivaient : 12 d'entre eux s'en informaient toujours et 26 souvent (figure 5). S'interroger sur la scolarité d'un enfant apporte de nombreux renseignements sur les apprentissages mais aussi sur le comportement de l'enfant et sa relation avec les autres élèves ou avec l'enseignant (7,30).

- Utilisation de repères clés

Il existe de nombreux référentiels sur les acquisitions théoriques en fonction de l'âge de l'enfant. Le tableau 1. de la [page](#) en est un exemple. Les signes décrits dans ce tableau sont facilement repérables, notamment lors d'une consultation de médecine générale.

En pratique, le tableau 3 montre que :

- 17 médecins évaluaient « parfois » les enfants à l'aide de repères clés,
- 16 « souvent »,
- 5 « toujours »,
- et 7 « jamais ».

La majorité des médecins était donc attentive au développement de l'enfant. Ils pouvaient ainsi identifier des décalages pouvant témoigner de pathologies sous-jacentes.

○ Utilisation de tests de dépistage

Le tableau 3 montre que l'utilisation de tests de dépistage était beaucoup moins fréquente que l'utilisation de repères clés. Personne ne le faisait de façon systématique et 40 des 45 médecins n'en faisaient jamais. Les raisons pour lesquelles ils ne pratiquaient pas de test de dépistage n'ont pas été demandées. Est-ce par manque de temps ? Ou par méconnaissance des outils disponibles ? Un travail de thèse mené en 2004 concluait que les médecins généralistes ne connaissaient pas les outils de dépistage à leur disposition (37).

Il existe pourtant de nombreux tests, plusieurs d'entre eux sont utilisables par les médecins. En voici quelques-uns selon l'âge de l'enfant :

| | |
|---|--|
| <p>Le QLC</p> <p>Questionnaire</p> <p>Langage et</p> <p>Communication</p> <p>de Chevré-</p> <p>Müller (38)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - questionnaire destiné aux enfants de 3 ans 6 mois à 3 ans 9 mois, - conçu pour les enseignants de petite section de maternelle, - durée : de 30 à 60 minutes, - simple d'utilisation, il se compose de 29 questions, auxquelles l'enseignant répond par oui ou non, - a bénéficié d'une validation rigoureuse, - il évalue la voix, la parole, la compréhension du langage, l'expression langagière, la motricité globale et fine, la mémoire et le comportement dans le jeu. |
| <p>Le DPL3</p> <p>Dépistage et</p> <p>Prévention du</p> <p>Langage à 3 ans</p> <p>(39-41)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - questionnaire destiné aux enfants de 3 ans à 3 ans 6 mois, - conçu pour les enseignants de petite section de maternelle, - durée : de quelques minutes à 30 minutes, - simple d'utilisation, il se compose de 10 questions auxquelles l'enseignant répond par oui ou non, - il existe une version adaptée au cabinet médical |
| <p>L' ERTL 4</p> <p>Épreuve de</p> <p>Repérage des</p> <p>Troubles du</p> <p>Langage à 4 ans</p> <p>(42-44)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - test destiné aux enfants de 3 ans 9 mois à 4 ans 6 mois, - durée : 5 à 10 minutes, - conçu pour les médecins, sa courte durée lui permet d'être intégré dans une consultation médicale, - explore globalement les compétences langagières, - objectif : dépister et orienter vers un spécialiste du langage. |

| | |
|--|---|
| <p>L'ERTL A6</p> <p>Épreuve pour le Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages à 6 ans (45,46)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - test destiné aux enfants de 6 ans, - durée : 30 minutes, - conçu pour les médecins, il est fréquemment utilisé par les médecins scolaires lors du bilan en grande section de maternelle. |
| <p>Le BSEDS</p> <p>Bilan de Santé Évaluation du Développement pour la Scolarité (47–49)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - test destiné aux enfants de 5 à 6 ans, - durée : 15 à 30 minutes, - conçu pour les enseignants, psychologues scolaires et médecins scolaires, - explore les compétences en langage, traitement phonologique et perception visuelle, - son objectif : dépister, en grande section de maternelle, les signes prédictifs de difficultés ultérieures d'acquisition du langage écrit. |
| <p>La BREV</p> <p>Batterie Rapide d'Évaluation des fonctions cognitives (50–53)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - test destiné aux enfants entre 4 et 9 ans, - validé à plusieurs reprises, - conçu pour les médecins, - durée 30 minutes, - il explore plusieurs types de fonctions cognitives : le langage oral, les fonctions non verbales, l'attention, la mémoire et les apprentissages scolaires, - objectif : détecter le ou les troubles cognitifs existants et préciser leurs profils en termes de gravité et de spécificité du trouble pour savoir quels types de professionnels devront être contactés. |
| <p>L' EDA</p> <p>Évaluation Des fonctions cognitives et Apprentissages de l'enfant</p> | <ul style="list-style-type: none"> - nouvelle version de la BREV, - test destiné aux enfants jusqu'au CM2, - durée 45 minutes, - évalue les fonctions verbales et non-verbales de l'enfant et ses apprentissages : lecture, écrit, calcul. |
| <p>L'E.L.FE</p> <p>Évaluation de la Lecture en Fluence (54)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - test destiné aux enfants entre le CE1 et la cinquième, - conçu pour les enseignants et les médecins scolaires, - durée inférieure à 5 minutes, - évalue la fluence verbale et permet de suivre les progrès d'un enfant. |

Tableau 10. Description de tests de dépistage.

En 2005, la Haute Autorité de Santé recommandait un dépistage à l'âge de 4 ans par des outils type ERTL 4, et à 6 ans par l'utilisation d'outils type BSEDS 5-6, ERTLA 6 ou BREV. « Ce dépistage doit être réalisé en santé scolaire, conformément au Code de la santé publique, ou à défaut en médecine de ville » (55).

D'après le code de santé publique, chaque élève devrait pouvoir bénéficier d'une visite médicale scolaire dès 4 ans pour dépister les troubles du langage (56). Hélas la réalité est différente car la médecine scolaire vit depuis quelques années une situation de crise : manque de personnel et élargissement de leurs missions. Un médecin scolaire est responsable de 10 000 à 15 000 élèves et un infirmier scolaire de 1500 à 2000 élèves selon les départements. Ainsi en Loire-Atlantique, en 2002-2003, seuls 65 % des élèves ont été examinés pour la vue, l'audition et le langage par la médecine scolaire. Au total seuls 55 % des élèves ont bénéficié d'une évaluation par l'ERTL4 (57). Nous avons pourtant vu l'importance qu'avait une prise en charge précoce. Le médecin généraliste devient le seul recours pour dépister ces 45 % d'enfants restants. L'ERTL4 d'une durée de passation de 5 à 10 minutes est tout à fait intégrable lors d'une consultation dédiée.

5.2.1.2 Le diagnostic

Une fois qu'un enfant a été dépisté comme ayant un trouble du langage, il faut en trouver la cause. Mais poser un diagnostic précis de la nature des troubles est souvent complexe dans ce domaine compte tenu de la fréquence élevée des déficits associés. Il doit faire appel à plusieurs compétences professionnelles qui se complètent : le médecin, l'orthophoniste, le psychologue... (58,59).

Afin d'affiner le diagnostic, le médecin doit voir chaque enfant pour faire le point des antécédents et l'examiner. Il mène sa consultation en ayant en tête les différentes étiologies possibles aux troubles du langage.

Dans l'enquête, lorsqu'une prescription de bilan orthophonique a été demandée par la famille par téléphone, 20 médecins n'avaient prévu ni d'examiner l'enfant, ni d'interroger la famille lors d'une consultation ultérieure. Les 25 autres médecins prévoyaient soit de voir l'enfant soit de demander des renseignements supplémentaires. Ainsi dans près de la moitié des cas, l'ordonnance a été rédigée sans évaluation médicale.

En revanche lorsque la demande a été faite lors d'une consultation, d'après la figure 6 :

- 19 médecins ont examiné l'enfant,
- 40 médecins ont adapté leur interrogatoire.

Dans cette situation, quasiment toutes les ordonnances ont été rédigées après évaluation médicale.

Comment expliquer cette différence de prise en charge entre les 2 situations proposées ? Est-ce parce que le médecin ne se sent pas suffisamment légitime pour demander à la famille de venir pour une consultation dédiée ? Alors qu'en revanche quand l'enfant est déjà présent en consultation il n'a pas à justifier son rôle ?

- L'anamnèse :

Le médecin recherche :

- des antécédents familiaux : difficultés scolaires, difficultés de langage ou d'apprentissage chez les parents ou frères et sœurs, déficience mentale, troubles psychiatriques, maladies...
- des antécédents personnels : problèmes anté ou péri-nataux, adoption ou autre situation particulière (maladies, hospitalisations, placements),
- évaluation du développement psychomoteur : la station assise, debout, la propreté sphinctérienne, l'autonomie (toilette, habillage), les jeux de construction, la manipulation des couverts, la capacité d'organisation ...,
- la pratique d'un sport (en particulier un sport de coordination, de ballon) (31,60,61).

Le tableau 4 récapitule les informations recherchées par les généralistes à l'anamnèse. Les antécédents proposés étaient les suivants : antécédents de troubles sensoriels, neurologiques, familiaux, antécédents de prématurité et troubles périnataux, antécédents psychiatriques. Voici leurs réponses :

- les antécédents de troubles sensoriels étaient les plus fréquemment recherchés,
- les antécédents de troubles sensoriels, neurologiques, familiaux, de prématurité et périnataux étaient dans plus de 80 % des cas recherchés,
- l'antécédent le moins souvent recherché était celui de trouble psychiatrique (69%).

Ce dernier antécédent a peut être été mal présenté, il ne voulait pas se limiter à l'autisme ou à d'autres maladies sévères, mais incluait aussi les troubles anxieux ou réactionnels. Des médecins ont précisé qu'ils recherchaient un contexte psychologique particulier. On peut penser que si la question avait été différemment formulée, comme par exemple : « antécédent psychiatrique ou contexte psychologique particulier », les résultats auraient été différents et plus nombreux.

- L'examen clinique :

Le médecin effectue un examen somatique :

- examen neurologique,
- examen somatique complet,
- courbe staturo-pondérale et périmètre crânien,
- recherche d'anomalies morphologiques mineures évoquant une anomalie génétique (dont taches cutanées),
- examen sensoriel : audition, vision (il est fortement conseillé que ces examens soient complétés d'une évaluation par un médecin spécialiste (ORL, ophtalmologue)) (7,31,55,62,63).

Le tableau 5 récapitule les éléments recherchés à l'examen clinique. Les propositions de l'enquête étaient les suivantes : examen auditif, examen visuel, évaluation du comportement, évaluation du développement du langage oral ou écrit, prise des mensurations complètes, examen neurologique simple. Voici leurs réponses :

- 100 % des médecins pratiquaient un examen auditif, ils évoquaient donc systématiquement un trouble auditif lorsqu'un enfant présentait un trouble du langage,
- l'examen neurologique simple était l'élément le moins souvent recherché (73%).

5.2.1.3 Le suivi

Dans la question 10, les médecins étaient questionnés sur leur attitude en cas de difficultés scolaires persistantes malgré au moins un an de prise en charge orthophonique. Le tableau 6 récapitule leurs réponses. Ils avaient le choix entre plusieurs propositions mais la véritable attente de la question était de savoir s'ils poursuivaient simplement la rééducation ou s'ils s'interrogeaient sur les raisons de l'échec. Effectivement après un an de prise en charge orthophonique sans résultats encourageants, il faut que l'orthophoniste et le médecin s'interrogent sur les causes possibles de cet échec. L'enfant a-t-il simplement besoin d'un peu plus de temps ? faut-il changer d'approche orthophonique ? est-on passé à côté d'un autre problème comme par exemple un déficit auditif ? La majorité des médecins interrogés a remis en question la prise en charge et a ré-adressé l'enfant. Seulement 2 des médecins ont uniquement encouragé la poursuite de l'orthophonie.

5.2.2 Le rôle du médecin

Dans les questions 11 et 12, il était demandé aux médecins d'estimer leur rôle aux différentes étapes de la prise en charge. Voici leurs réponses (tableau 7) :

- Aucun rôle : 28 réponses « jamais », 9 « parfois » et 8 « souvent ».
- Rôle dans le dépistage : 20 réponses « parfois », 19 « souvent ».
- Rôle dans le diagnostic : 30 « parfois » et 10 « souvent ».
- Rôle dans le suivi : 21 « parfois » et 16 « souvent ».
- Rôle de coordinateur : 10 « jamais », 25 « parfois » et 9 « souvent ».

Au total, les médecins ont donc reconnu avoir un rôle. Celui-ci a été estimé le plus important à l'étape du dépistage et du suivi, puis à l'étape du diagnostic et enfin à celui de la coordination.

Lors des Assises Nationales des Centres de Référence en juin 2012, il a été souligné que le médecin généraliste a sa place dans la prise en charge des troubles du langage de l'enfant. Il est le partenaire de premier niveau pour le dépistage des premiers troubles et pour le suivi après diagnostic fait par les médecins de deuxième niveau (pédiatres et médecins scolaires) ou de troisième niveau (centres référents).

La figure 7 rapporte l'intérêt qu'ils portaient à ce sujet : 40 % se sentaient peu concernés, 44 % assez concernés et 16 % très concernés. Aucun d'entre eux n'a répondu qu'il ne se sentait pas concerné.

5.2.3 Les difficultés rencontrées

Le tableau 8 résume les difficultés rencontrées par les médecins. La difficulté la plus souvent citée était le manque de connaissances sur ce sujet. Les médecins ont été 35 à s'en plaindre. La figure 8 montre d'ailleurs que 71 % des médecins interrogés n'ont jamais bénéficié de formation sur les troubles du langage chez l'enfant. Ce constat a été fait dans beaucoup de thèses traitant de ce sujet (36,37,64,65).

Le second point important est que 26 médecins ne connaissaient pas le centre du langage et les aides qu'il peut apporter. Les centres de référence du langage ont pourtant été créés il y a plus de 10 ans suite au rapport Ringard (4). En annexe se trouvent des informations pratiques sur celui de

Nantes.

Les autres difficultés rapportées étaient les suivantes : 14 ne savaient pas à qui adresser un enfant en difficulté, 13 ne savaient pas interpréter un bilan orthophonique, 10 dans quelles circonstances réorienter l'enfant.

Seulement 7 médecins ont déclaré ne rencontrer aucune difficulté.

6 CONCLUSION

En conclusion, il ressort de cette enquête que les médecins manquaient de connaissances sur les troubles du langage chez l'enfant et qu'ils se sentaient souvent en difficulté. Peu d'entre eux connaissaient le centre de référence du langage et le parcours de soins en cas de difficultés. Néanmoins, malgré le manque de formation, ils se sentaient plutôt concernés, étaient attentifs à la scolarité des enfants qu'ils suivaient. Ils savaient ce qu'il faut rechercher à l'anamnèse et à l'examen clinique et étaient particulièrement vigilants aux troubles auditifs.

Il serait intéressant de mener une enquête similaire dans des zones de carence en orthophonistes pour savoir si les médecins sont mieux formés dans ces zones là et s'ils pratiquent différemment.

Il est important de souligner à nouveau qu'un dépistage précoce des enfants présentant des troubles du langage améliore le pronostic et limite les répercussions néfastes. Ainsi sensibiliser et former les médecins généralistes aux troubles du langage est important. Le centre du langage de Nantes travaille actuellement à optimiser le parcours de soins de ces enfants et réfléchit à une formation destinée aux médecins généralistes.

7 BIBLIOGRAPHIE

1. Menyuk P, Chesnik M, Liebergott J. Predicting reading problems in at-risk children. *J Speech Hear Res.* 1991;34:893-903.
2. Billard C, Gillet P, Barthez M. Du langage oral au langage écrit. *Archives de pédiatrie* 1999;6(2):387-8.
3. Billard C. Troubles des apprentissages. Diagnostic clinique et arbre décisionnel. CHU de Bicêtre.
4. Ringard J, Verber F. Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Santé 2001; Paris.
5. Bishop D, Edmundson A. Language-impaired 4-year-olds: distinguishing transient from persistent impairment. *J Speech Hear Disord* 1987;52:156-73.
6. Law J, Boyle J, Harkness A, Nye C. Screening for primary speech and language delay: a systematic review of the literature. *Int J Lang Commun Disord* 1998;33:21-3.
7. Société française de pédiatrie. Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. Guide pratique 2007.
8. Perfetti M, Zhang S. The universal word identification reflex. In : *The psychology of learning and motivation.* Medin DL (ed) 1995 ; Vol 33 :159-189.
9. Ans B, Carbonnel S, Valdois S. A connectionist multiple-trace memory model for polysyllabic word reading. 1998;105:678-723.
10. Coltheart M, Rastle K, Perry C, Langdon C, Ziegler J. A dual route cascaded model of visual word recognition and reading aloud. 2001;108:204-256.
11. Plaut D, McClelland J, Seidenberg M, Patterson K. Understanding normal and impaired word reading: Computational principles in quasi-regular domain. 1996;103:56-115.
12. Delahaie M. L'évolution du langage de l'enfant. Éd. INPES 2009 ;[2e éd.] ;Saint-Denis.
13. Ehri L, Nunes S, Willows D, Schuster B, Yaghoub, Zadeh Z. Phonemic awareness instruction helps children learn to read: Evidence from the National Reading Panel's meta-analysis. *Reading Research Quarterly* 2001;250-287.
14. Ehri L, Nunes S, Stahl S, Willows D. Systematic phonics instruction helps students learn to read: Evidence from the National Reading Panel's meta-analysis. *Review of Educational Research* 2001;393-447.
15. Goigoux R. Apprendre à lire à l'école: les limites d'une approche idéovisuelle. *Psychologie Française* 2000;(45):233-243.
16. Braibant J, Gérard F. Savoir lire : une question de méthodes ? *Bulletin de psychologie scolaire*

et d'orientation. 1996;1:7-45.

17. Seymour P, Aro M, Erskine J. Foundation literacy acquisition in European orthographies. *British Journal of Psychology* 2003;94:143-174.
18. Goswami U, Gombert J, Barrera L. Children's orthographic representations and linguistic transparency: nonsense word reading in English, French and Spanish. *Applied Psycholinguistics* 1998;19:19-52.
19. Goswami U, Ziegler J, Dalton L, Schneider W. Nonword reading across orthographies: How flexible is the choice of reading units? *Applied Psycholinguistics* 2003;24:235-247.
20. Goswami U, Ziegler J, Dalton L, Schneider W. Pseudohomophone effects and phonological recoding procedures in reading development in English and German. *Journal of Memory and Language* 2001;45:648-664.
21. Mazeau M. *Neuropsychologie et troubles des apprentissages*. Masson 2006.
22. Miles E. Dyslexia may show a different face in different languages. *Dyslexia* 2000 ;6:193-201.
23. Miles E. Some problems in determining the prevalence of dyslexia. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* 2004 ;2:5-12.
24. Paulesu E, Démonet JF, Fazio F, McCrory E, Chanoine V, et coll. Dyslexia: cultural diversity and biological unity. *Science* 2001 ;291:2165-2167.
25. De la haye F, Gombert JE, Rivière JP, Rocher T. Les évaluations en lecture dans le cadre de la journée d'appel de préparation à la défense, année 2004. Note évaluation. Ministère de L'Éducation nationale, DEP septembre 2005.
26. Murat F. Les compétences des adultes à l'écrit, en calcul et en compréhension orale. *Insee Première* 2005 ;1044:1-4.
27. Liedermann J, Kantowitz L, Flannery K. Male vulnerability to reading disability is not likely to be a myth: a call for new data. *J Learn Disabil* 2005 ;38:109-129.
28. Rutter M, Caspi A, Fergusson D, Horwood LJ, Goodman R. Sex differences in developmental reading disability: new findings from 4 epidemiological studies. *Jama* 2004 ;291:2007-2012.
29. American Psychiatric Association. *Troubles des apprentissages*. In : *DSM-IV-TR. manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. American Psychiatric Association, Masson 2004:56-65.
30. Expertise Collective Inserm. *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie : Bilan des données scientifiques*. Inserm 2007.
31. Société française de pédiatrie. *Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de 5 ans*. Guide pratique 2009.
32. Semrud M, Biederman J, Sprich S, Lehman BK. Comorbidity between ADDH and learning disability: a review and report in a clinically referred sample. *J Am Acad of Child Psychol Psychiatry* 1992 ;31:439-448.

33. Willcutt EG, Pennington BF. Comorbidity of Reading disability and Attention-Deficit/hyperactivity disorder: Differences by gender and subtype. *J Learn Disabil* 2000;33: 179-191.
34. Fédération Nationale des orthophonistes. La démographie des orthophonistes. Rapport année 2010.
35. INPES. Troubles « dys » de l'enfant Guide ressources pour les parents. Jeanne Herr 2009.
36. Hamarel C. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles du langage oral de l'enfant. Thèse médecine Nantes:2002.
37. C. Robert Leroux. Comment améliorer le dépistage des troubles du langage chez l'enfant en médecine générale ? Thèse médecine Nantes :2004.
38. Chevrie-Muller C, Goujard J, Simon A, Dufouil C. Questionnaire « Langage et Communication »- Observation pour l'enseignant en petite section de maternelle. Paris :1994.
39. Coquet F. Le DPL 3 (dépistage et prévention du langage à 3 ans). Proposition pour une utilisation en consultation médicale. 1999;35:130-3.
40. Coquet, F. Le dépistage et la prévention du langage à 3 ans. In C. Billard, M. Touzin (Eds), *L'état des connaissances*. Paris: Signes éditions 2004.
41. Coquet F., Gilles P.Y. Validité du DPL3 au regard de la BEPL. *Glossa* 2004 ;88 :20-34.
42. Alla F, Guillemain F, Colombo M, Roy B, Maeder C. Valeur diagnostique de l'ERTL 4: Un test de repérage des troubles du langage chez l'enfant de 4 ans. *Arch Fr Pédiatr* 1998;5:1082-8.
43. Maeder C. Detecting language disorders in 4-year-old French children. An application of the ERTL-4. *Child: Care, Health and Development* 2000; 26(2):129-136.
44. Petit-Carrié S, Verret C, Cossard A, Maurice-Tison S. Accès aux soins orthophoniques précoces en Gironde: évaluation d'une campagne de dépistage des troubles du langage à 4 ans (1999-2001). *Archives de pédiatrie* 2003;10: 869-75.
45. Roy B, Maeder C, Kipfer-Piquard A, Blanc J. Projet de validation d'un outil de repérage des troubles du langage et de l'apprentissage de l'enfant de 6 ans. *Le Pédiatre* 1999;171:58-60.
46. Roy B, Maeder C. Epreuves de repérages des troubles du langage utilisables lors du bilan médical de l'enfant de 4 ans (E.R.T.L-4). Ortho Edition 1996.
47. Zorman M, Jacquier-Roux M. Évaluation de la conscience phonologique et entraînement des capacités phonologiques en grande section de maternelle. *Rééduc Orthophon* 1999;197:139-57.
48. Zorman M, Lequette C, Pouget G. Dyslexies : intérêt d'un dépistage et d'une prise en charge précoce à l'école. Evaluation du BSEDS 5-6. In M-N Metz-Lutz et coll. (Ed): *Développement cognitif et troubles des apprentissages*. Marseille, Solal 2004:245-270.
49. Zorman M, Jacquier-Roux M. BSEDS 5-6: Un dépistage des difficultés de langage oral et des risques de développer une dyslexie qui ne fait pas l'économie de la réflexion clinique. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant* 2002 ;66 :48-55.

50. 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. Validation of BREV: comparison with reference battery in 173 children with learning disorders. Archives de pédiatrie 2006;13:23-31.
51. 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 Fr Pediatr 2006;13:23-31.
52. Billard C, Motte J, Farmer M, Livet MO, Vallée L, Gillet P, et al. The BREVneuropsychological test. Part II. Results of validation in children with epilepsy. Dev Med Child Neurol 2002;44:398-404.
53. Billard C, Vol S, Livet MO, Motte J, Vallée L, Gillet P. BREV, une batterie clinique d'évaluation des fonctions cognitives chez les enfants d'âge scolaire et préscolaire: validation chez 500 enfants normaux et 202 enfants épileptiques. Revue Neurologique 2001;158:167-75.
54. Lequette C. Pouget G. Zorman M. E.L.FE. cognisciences@cogni-sciences.fr Laboratoire des sciences de l'éducation. Université Pierre Mendès France Grenoble. Juin 2008.
55. Haute autorité de santé. 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. Septembre 2005.
56. Circulaire n° 2001-012 du ministère de l'éducation nationale du 12-01- 2001.
57. Protection maternelle et infantile de Loire-Atlantique. Rapport d'activité bilans de santé en école maternelle. Année 2002-2003.
58. ANAES. Indications de l'orthophonie dans les troubles du langage écrit chez l'enfant. 1997.
59. L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. Anaes mai 2001.
60. Billard C. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification. EMC Psychiatrie/Pédopsychiatrie 2007.
61. Dépistage des troubles auditifs chez l'enfant. Dépistage des troubles visuels chez l'enfant. Société Française de pédiatrie Juin 2009.
62. Haute autorité de santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Septembre 2005.
63. Expertise Collective Inserm. Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. Les éditions Inserm 2004.
64. Chaussé C. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles du langage oral de l'enfant ; enquête auprès des orthophonistes. Thèse de médecine générale 2005.
65. Aubin J. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant : enquête auprès de médecins généralistes du Maine et Loire. Thèse de médecine générale 2008.

8 ANNEXES

Annexe 1 : La CIM-10

Troubles du développement psychologique : les troubles classés dans ce groupe ont en commun :

- un début obligatoirement dans la première ou la seconde enfance
- une altération ou un retard du développement de fonctions étroitement liées à la maturation biologique du système nerveux central
- une évolution continue sans rémissions ni rechutes

I- Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage

Troubles dans lesquels les modalités normales d'acquisition du langage sont altérées dès les premiers stades du développement. Ces troubles ne sont pas directement attribuables à des anomalies neurologiques, des anomalies anatomiques de l'appareil phonatoire, des altérations sensorielles, un retard mental ou des facteurs de l'environnement. Les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage s'accompagnent souvent de problèmes associés, tels des difficultés de la lecture et de l'orthographe, une perturbation des relations interpersonnelles, des troubles émotionnels et des troubles du comportement.

1- Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation

Trouble spécifique du développement dans lequel l'utilisation par l'enfant des phonèmes est inférieure au niveau correspondant à son âge mental, mais avec un niveau linguistique normal.

2- Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif

Trouble spécifique du développement dans lequel les capacités de l'enfant à utiliser le langage oral sont nettement inférieures au niveau correspondant à son âge mental, mais dans lequel la compréhension du langage se situe dans les limites de la normale. Le trouble peut s'accompagner ou non d'une perturbation de l'articulation.

3- Trouble de l'acquisition du langage, de type réceptif

Trouble spécifique du développement dans lequel les capacités de l'enfant à comprendre le langage sont inférieures au niveau correspondant à son âge mental. En fait, dans la plupart des cas, le versant expressif est, lui aussi, nettement altéré et il existe habituellement des perturbations de l'articulation.

II- Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires

Troubles dans lesquels les modalités habituelles d'apprentissage sont altérées dès les premières étapes du développement. L'altération n'est pas seulement la conséquence d'un manque d'occasions d'apprentissage ou d'un retard mental et elle n'est pas due à un traumatisme cérébral ou à une atteinte cérébrale acquise.

1- Trouble spécifique de la lecture

La caractéristique essentielle est une altération spécifique et significative de l'acquisition de la lecture, non imputable exclusivement à un âge mental bas, à des troubles de l'acuité visuelle ou à une scolarisation inadéquate. Les capacités de compréhension de la lecture, la reconnaissance des mots, la lecture orale et les performances dans les tâches nécessitant la lecture, peuvent, toutes, être atteintes. Le trouble spécifique de la lecture s'accompagne fréquemment de difficultés en orthographe, persistant souvent à l'adolescence, même quand l'enfant a pu faire quelques progrès en lecture. Les enfants présentant un trouble spécifique de la lecture ont souvent des antécédents de troubles de la parole ou du langage. Le trouble s'accompagne souvent de troubles émotionnels et de perturbations du comportement pendant l'âge scolaire.

2- Trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe

3- Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique

4- Trouble mixte des acquisitions scolaires

Annexe 2 : Le DSM-IV

Axe 1 : les troubles cliniques

Troubles diagnostiqués pendant la première ou deuxième enfance ou l'adolescence.

I- Troubles de la communication

1. Trouble du langage de type expressif : Critères diagnostiques

A. Les scores obtenus sur des mesures standardisées du développement des capacités d'expression du langage sont nettement au-dessous : des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales d'une part; de ceux obtenus sur des mesures standardisées du développement des capacités réceptives du langage d'autre part. La perturbation peut se manifester sur le plan clinique par des symptômes tels que : vocabulaire notablement restreint, erreurs de temps, difficultés d'évocation des mots, difficultés à construire des phrases d'une longueur ou d'une complexité appropriées au stade du développement.

B. Les difficultés d'expression interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.

C. Le trouble ne répond pas aux critères du trouble de langage de type mixte réceptifexpressif ni à ceux d'un trouble envahissant du développement

D. S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions.

2. Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif : critères diagnostiques

A. Les scores obtenus sur des mesures standardisées du développement des capacités expressives et réceptives du langage sont nettement au-dessous des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales. Les symptômes incluent ceux du Trouble du langage de type expressif ainsi que des difficultés à comprendre certains mots, certaines phrases ou des catégories spécifiques de mots comme les termes concernant la position dans l'espace.

B. Les difficultés d'expression et de compréhension du langage interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.

C. Le trouble ne répond pas aux critères d'un Trouble envahissant du développement.

D. S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions.

3. Trouble phonologique : critères diagnostiques

A. Incapacité à utiliser les phonèmes normalement acquis à chaque stade du développement compte tenu de l'âge et de la langue du sujet (par exemple, erreurs dans la production des phonèmes, leur utilisation, leur représentation ou leur organisation; cela inclut, de manière non limitative, des substitutions d'un phonème par un autre, ou des omissions de certains phonèmes, comme ceux en position finale).

B. Les difficultés dans la production des phonèmes interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.

C. S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions.

II- Troubles de l'apprentissage

1- Trouble de la lecture : critères diagnostiques

Les réalisations en lecture (exactitude, rapidité ou compréhension), évaluées par des tests sont nettement en dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge chronologique du sujet, de son niveau intellectuel (mesuré par des tests) et d'un enseignement approprié à son âge.

2- Trouble du calcul

3- Trouble de l'expression écrite

4- Trouble des apprentissages non spécifiés

Annexe 3 :Les centres de référence du langage.

Les centres de référence des troubles du langage ont été mis en place à partir de 2001, dans le cadre du plan d'action interministériel en faveur des enfants atteints de troubles spécifiques du langage. Ils sont implantés dans les centres hospitaliers régionaux et sont composés d'équipes pluridisciplinaires comprenant médecin, orthophoniste, psychologue clinicien ou neuropsychologue, ainsi que psychomotricien, ergothérapeute, instituteur spécialisé. Ces professionnels réalisent des bilans à visée diagnostique, réservés au cas des troubles spécifiques les plus complexes ou sévères. Les bilans permettent de préciser le caractère spécifique du trouble et sa sévérité, de rechercher un éventuel trouble associé. Un examen plus précis des fonctions cognitives permet de préciser le type des troubles et les modalités de prise en charge. Un bilan doit être demandé devant la persistance de difficultés sévères malgré une prise en charge bien suivie. Un bilan est particulièrement indiqué lorsque des décisions importantes d'orientation, de la rééducation ou de la scolarité doivent être prises. Les centres de référence assurent le suivi et la coordination des soins qui seront réalisés en ville pour la plupart des enfants. L'équipe se met en contact avec les professionnels qui assurent la prise en charge. Si nécessaire, un bilan évolutif peut être proposé.

Coordonnées du centre du langage à Nantes :

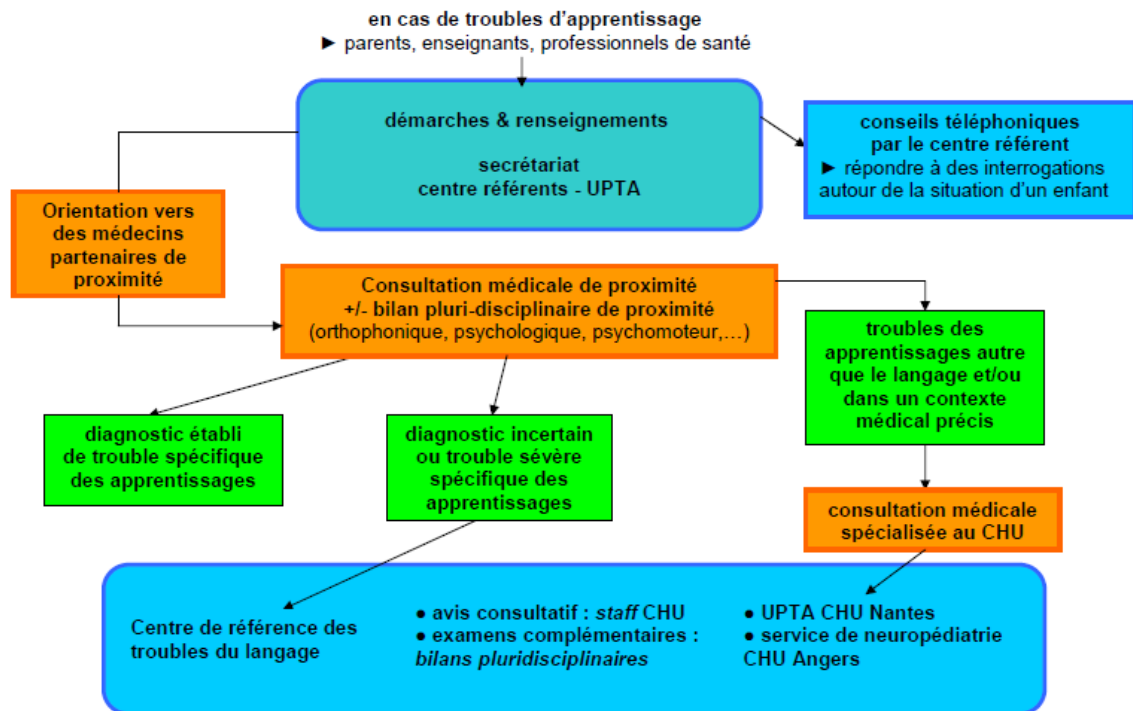
Téléphone : 02 40 08 43 09

Site internet : CHU de Nantes

Email pour toute question : upta@chu-nantes.fr

Permanence téléphonique : le jeudi après-midi de 14 à 16h

Le parcours de soins



Le parcours de soins

<http://www.chu-nantes.fr/unite-pediatrique-des-troubles-d-apprentissage-et-centre-du-langage-464.kjsp>

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la faculté,

QUEL RÔLE POUR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE AUPRÈS DE L'ENFANT PRÉSENTANT
DES TROUBLES DU LANGAGE ? UNE ENQUÊTE DESCRIPTIVE DE PRATIQUE

RESUME

Ce travail avait pour but de décrire la pratique des médecins généralistes lorsqu'ils s'occupaient d'enfants présentant des troubles du langage, de comprendre le rôle qu'ils estimaient avoir dans la prise en charge et de comprendre les difficultés qu'ils rencontraient. Nous avons réalisé une enquête descriptive auprès de médecins généralistes installés sur Nantes et sélectionnés par tirage au sort. Un questionnaire leur a été envoyé par e-mail. Quarante-cinq médecins ont répondu à cette enquête. Il en ressort que les médecins manquaient de connaissances sur les troubles du langage chez l'enfant et qu'ils se sentaient souvent en difficulté. Peu d'entre eux connaissaient le centre de référence du langage et le parcours de soins en cas de difficultés. Néanmoins malgré le manque de formation, ils se sentaient plutôt concernés, étaient attentifs à la scolarité des enfants qu'ils suivaient, savaient ce qu'il était important de rechercher à l'anamnèse et à l'examen clinique. Une meilleure formation des médecins généralistes permettrait d'optimiser la prise en charge de ces enfants.

MOTS-CLES

Troubles du langage

Enfant

Médecin généraliste

Descriptive