



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Camille SAUVADET

le 7 octobre 2010

TROUBLES DU LANGAGE ORAL CHEZ L'ENFANT :

**REPERAGE, DEPISTAGE, PRISE EN CHARGE ET PLACE DU MEDECIN
GENERALISTE**

Examineurs de la thèse :

Monsieur Pierre MONIN	Professeur	Directeur
Monsieur Serge BRIANCON	Professeur	
Monsieur Bernard KABUTH	Professeur	Juges
Madame Martine HUOT-MARCHAND	Docteur	

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET -Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ -Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU -Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT -Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

**44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET
NUTRITION**

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSO
47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétiq

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-
BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,**

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

Docteur Paolo DI PATRIZIO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET



DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (U.S.A)

REMERCIEMENTS

A notre maitre et président de thèse,

Monsieur le Professeur Pierre MONIN

Professeur de pédiatrie

Nous tenons à vous exprimer toute notre gratitude pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le Jury.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce projet.

Nous avons apprécié vos conseils pour la réalisation de ce travail et la qualité de vos enseignements au cours de notre cursus médical.

C'est l'occasion pour nous d'exprimer à votre égard notre grande considération.

A notre maitre et juge,

Monsieur le Professeur Serge BRIANCON

Professeur d'épidémiologie, d'économie de la santé et de prévention

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce travail et nous vous en remercions.

Soyez assuré de notre respect et de toute notre considération.

A notre maitre et juge,

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Professeur de pédopsychiatrie

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

A notre juge,

Madame le Docteur Martine HUOT-MARCHAND

Médecin de santé publique, compétente en pédiatrie

Médecin territorial de PMI au Conseil Général de Meurthe-et-Moselle

Membre du Haut Conseil de Santé Publique

Vous nous avez permis de découvrir l'enfant dans toute sa richesse.

Vous êtes à l'origine de ce travail et vous nous avez guidés pas à pas dans sa réalisation.

Que cette thèse soit le témoignage de notre admiration que ce soit dans vos écrits mais aussi dans votre travail auprès des enfants.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

Aux équipes de PMI de Vandoeuvre, Laxou, Maxéville et Nancy,

Merci pour les enseignements reçus au cours de mes six mois de stage, vous avez réussi à me transmettre votre expérience et surtout la passion d'un métier parfois difficile.

A Mesdames les Docteurs Françoise BIES et Virginie GODFROY,

Merci de m'avoir accueillie au sein des consultations de nourrissons et de deuxième âge et de m'avoir fait découvrir les différentes missions du médecin de PMI.

A Madame Isabelle OSTERMANN,

Merci pour le soutien logistique et informatique qui m'a aidé à la rédaction de ce travail.

Aux médecins généralistes de Vandoeuvre-lès-Nancy,

Merci pour le temps et l'intérêt que vous avez accordé à ce travail, en espérant qu'il vous a aidé dans la prise en compte des troubles du langage chez l'enfant.

A Madame le Dr LOOS-AYAV, du service d'épidémiologie et d'évaluation cliniques,

Merci pour les conseils objectifs sur les données étudiées et leur interprétation.

A mes parents,

Votre amour et votre bienveillance m'ont permis de m'épanouir tout au long de ce parcours. Ce travail en est l'aboutissement.

Vous m'avez transmis des valeurs qui me permettront d'exercer ce métier dans le respect de l'autre. Merci pour tout...

A Benjamin,

Ta présence à mes côtés est source de joie, de découvertes, de bonheur depuis de nombreuses années maintenant. Merci à toi pour tout ton amour.

A ma soeur Marie,

Ton expérience m'a guidée sur le chemin délicat de l'humilité.

A ma famille,

A mes meilleures amies, Alice et Mélanie,

Qui m'accompagnent depuis toujours.

Aux amitiés sincères nées sur les bancs de la fac de médecine,

A Caroline et Sophie,

A Caroline et Lucie.

A tous les copains de promotion,

Qui ont fait de ces années de vrais moments de bonheur.

SERMENT

"Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque".

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	19
II. ACQUISITION DU LANGAGE ORAL :REPERES CHRONOLOGIQUES.....	22
II.1. PERCEPTION DE LA PAROLE : PREMIERES ETAPES	22
II.1.1. Attention sélective et perception catégorielle	22
II.1.2. Segmentation précoce et perception des indices prosodiques.....	22
II.2. PRODUCTION DE LA PAROLE : PREMIERES ETAPES.....	23
II.2.1. Le babillage	23
II.2.2. Les premiers mots	23
II.2.3. Assemblage des mots	24
II.2.4. Rôle des interactions langagières	25
II.2.5. Construction de récits.....	26
II.3. QUELQUES REPERES SUR L'EVOLUTION DU LANGAGE ORAL.....	27
II.4. CLASSIFICATION DES TROUBLES DU LANGAGE ORAL.....	28
II.4.1. Les troubles du langage oral isolés.....	28
II.4.2. Les troubles du langage oral associés.....	29
II.5. SIGNES D'APPEL D'UN TROUBLE DU LANGAGE ORAL.....	31
III. TROUBLES DU LANGAGE ORAL : DE LA PREVENTION A LA PRISE EN CHARGE	33
III.1. INTERET DU REPERAGE PRECOCE	33
III.2. IDENTIFICATION DES DIFFICULTES LANGAGIERES	35
III.3. LES OUTILS DE REPERAGE ET DE DEPISTAGE.....	37
III.4. DU REPERAGE A LA PRISE EN CHARGE, ROLE DES DIFFERENTS INTERVENANTS	45
III.4.1. Schéma de prise en charge	45
III.4.2. Prescription d'un bilan orthophonique.....	46
III.4.3. Les différents centres pluridisciplinaires spécialisés	46
III.5. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE	48
III.6. CONTEXTE SPECIFIQUE DE L'ENFANT BILINGUE.....	49
III.7. L'ENFANT EN MILIEU SOCIO-ECONOMIQUE DEFAVORISE	50
IV. ETAT DES LIEUX DES DIFFICULTES LANGAGIERES MISES EN EVIDENCE LORS DES BILANS EN MOYENNE SECTION DE MATERNELLE AU COURS DE L'ANNEE 2008/2009 CHEZ LES ENFANTS SCOLARISES A VANDOEUVRE	52
IV.1. PRINCIPES ET DEROULEMENT DES BILANS EN ECOLE MATERNELLE EN MEURTHE-ET-MOSELLE.....	52

IV.1.1. Présence du service de P.M.I. sur la commune de Vandoeuvre-lès-Nancy.....	52
IV.1.2. Place de la Protection Maternelle et Infantile au cœur des dépistages	53
IV.2. CHOIX DU TEST ERTL4	54
IV.3. RELEVÉ DES DONNÉES DE L'ANNÉE SCOLAIRE 2008-2009	55
IV.3.1. Présentation du travail autour des difficultés langagières des enfants.....	55
IV.3.2. Présentation de la population étudiée	56
IV.3.3. Observation statistique des données de l'année scolaire 2008-2009	57
IV.3.3.a. Répartition des enfants par école.....	57
IV.3.3.b. Répartition des enfants par secteur	58
IV.3.3.c. Répartition de la cohorte selon le sexe des enfants	59
IV.3.3.d. Activités des deux parents.....	60
IV.3.3.e. Antécédents des enfants	61
IV.3.3.f. Age de l'enfant à l'entrée à l'école	62
IV.3.3.g. Age de l'enfant lors du bilan.....	63
IV.3.3.h. Document à remplir par l'enseignant	64
IV.3.3.i. Difficultés renseignées associées aux difficultés de langage.....	65
IV.3.3.j. Passation du test ERTL4	68
IV.3.3.k. Retours d'information à la PMI par l'orthophoniste, le médecin traitant, la famille.....	71
IV.3.4. Analyse des résultats observés en 2008/2009.....	72
IV.3.5. Discussion entre les observations des deux années scolaires	72
IV.3.6. Conclusion	73
V. RENCONTRES AVEC LES MEDECINS GENERALISTES DE VANDOEUVRE- LES-NANCY.....	74
V.1. PRESENTATION DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.....	74
V.2. PRESENTATION DES REPONSES PAR ITEMS	75
V.3. SYNTHÈSE.....	83
V.4. ANALYSE ET PERSPECTIVES	85
V.5. CONCLUSION	88
VI. DISCUSSION	89
VII. CONCLUSION.....	93
VIII. BIBLIOGRAPHIE	94
IX. ANNEXES	100

I. INTRODUCTION

Mon dernier stage en tant qu'interne de médecine générale m'a permis de découvrir l'univers de l'enfance au sein du service de Protection Maternelle et Infantile du conseil général de Meurthe-et-Moselle. J'ai pu participer aux différentes missions de la PMI : réalisation de bilans de santé en école maternelle sur les communes de Vandoeuvre-lès-Nancy et Nancy, participation à des consultations de la petite enfance ou de deuxième âge dispensées dans les Centres Médico-Sociaux de Vandoeuvre, Laxou, Maxéville et Nancy. Ces activités m'ont permis d'approcher l'enfant d'une manière différente de la prise en charge qui peut être proposée en service de pédiatrie hospitalière car les enfants sont vus ici dans une logique de prévention, en dehors de toute pathologie aiguë, au cœur de leur environnement familial. J'ai découvert l'importance de l'apprentissage du langage et décidé d'en faire l'objet de ma thèse.

La première partie de ce travail se propose d'aborder le langage, son évolution, ainsi que les troubles éventuels, à partir d'études bibliographiques, surtout dans les milieux défavorisés.

« Un enfant n'apprend pas le langage en grandissant, c'est le langage qui le fait grandir ». Cette citation d'Alain Bentolila, linguiste spécialisé dans le développement du langage chez l'enfant, me semble résumer tout l'intérêt qui doit être porté au langage de l'enfant. C'est pour lui la clé pour accéder aux apprentissages scolaires mais également à la communication, aux échanges avec le monde extérieur. Un développement harmonieux du langage va permettre à l'enfant de s'affirmer comme individu à part entière en faisant entendre sa voix. Le médecin généraliste, ou médecin de famille, sera un des premiers interlocuteurs pour aider les parents à accompagner leur enfant vers un langage oral épanoui, en s'intéressant aux vocalises, au babillage, aux mots puis aux phrases de l'enfant.

L'école, la réussite scolaire et ses déterminants sont au centre de toutes les attentions, celle des professionnels du soin également, avec les bilans réalisés par les services de PMI en moyenne section de maternelle, puis ceux de la mission de promotion de la santé des élèves, selon les dispositions réglementaires en cours.

En amont, se situe la phase indissociable des apprentissages préscolaires. L'enfant construit son avenir sans le savoir et ce depuis sa naissance.

Le développement du langage oral du petit enfant commence dès sa venue au monde grâce aux interactions avec ses proches, parents, fratrie, puis avec le monde environnant. Les premières perceptions de la parole, très précoces lorsque l'enfant est en bonne santé (sensorielle, notamment audition, physique, relationnelle), accompagnent dès le deuxième mois la production des premiers sons, puis mots, puis mots associés pour aboutir à un langage intégrant toutes les règles de syntaxe vers l'âge de cinq ans. Dès six ans, l'enfant est prêt pour apprendre à lire et à écrire. Il entre alors à l'école primaire.

Toutefois, l'enfant peut être confronté à des difficultés lors de l'acquisition du langage oral. Si ces troubles ne sont pas repérés, identifiés, il risque de se retrouver en échec face aux apprentissages fondamentaux à venir dont la lecture et l'écriture.

Quels sont les signes qui doivent alerter au cours du développement langagier ? Quels sont les différents troubles du langage dont peut souffrir l'enfant ? De quels outils dispose-t-on pour caractériser les difficultés ?

La seconde partie de la thèse s'intègre à une recherche-action mise en place en 2007 à partir d'une première étude des bilans réalisés en école maternelle auprès des enfants nés en 2002 durant l'année 2006-2007 et dont le partage diagnostique a permis la mise en place d'actions spécifiques. Cette recherche-action s'est déroulée à Vandoeuvre, ville de la banlieue de Nancy, où coexistent quartiers sans difficulté et une zone urbaine sensible (12 000 habitants, nombreuses familles en situation de précarité) et a mobilisé acteurs du soin et de l'éducation. C'est dans la continuité de ce travail que s'inscrit l'étude des données 2008-2009, réalisée dans les mêmes conditions, auprès des enfants nés en 2004 (soit deux ans après ceux de la première étude).

Dans un troisième temps, une enquête auprès des médecins généralistes de Vandoeuvre permet de situer le rôle qu'il peut jouer au niveau de la prévention, du repérage, du diagnostic et de la prise en charge des troubles du langage oral chez l'enfant.

II. ACQUISITION DU LANGAGE ORAL :

REPERES CHRONOLOGIQUES

II.1. PERCEPTION DE LA PAROLE : PREMIERES ETAPES

II.1.1. Attention sélective et perception catégorielle

La perception catégorielle est la capacité du système psycho-acoustique à percevoir les sons de façon discontinue et sous formes d'unités discrètes: les phonèmes sont perçus de manière discontinue alors qu'il s'agit de séries sonores continues du point de vue physique (1). L'adulte possède cette capacité, mais très tôt le nourrisson est capable de faire la même chose. Des expérimentations ont permis de le démontrer par la technique de la «suction non nutritive». Le bébé tète à une fréquence fixe et dès qu'il est exposé à un stimulus acoustique qui ne varie pas, le rythme tend à diminuer (on parle d'habituation). Mais si on l'expose à un stimulus qu'il perçoit comme différent du premier, le rythme de suction s'accélère. Ces expériences ont donc pu mettre en évidence que le bébé de 4 mois distingue les syllabes /ba/ et /pa/. D'autres recherches ont montré que dès 4 jours de vie le bébé peut discriminer même les contrastes non présents dans les sons de la langue environnante, capacité qu'il perd entre 10 et 13 mois environ.

II.1.2. Segmentation précoce et perception des indices prosodiques

Avant de pouvoir comprendre le sens des mots, le bébé en privilégie la forme sonore. Il est sensible aux diverses régularités rythmiques et mélodiques de sa langue, ce que l'on appelle la prosodie. Elle correspond à l'ensemble des faits suprasegmentaux (c'est-à-dire l'intonation, l'accentuation, le rythme, la mélodie, les tons) (2) qui se superposent aux phonèmes représentant l'aspect segmental. Les indices prosodiques jouent un rôle fondamental dans le traitement de l'information langagière. Le bébé reconnaît précocement sa langue maternelle par son rythme ; vers 5 mois, il est capable de différencier sa langue maternelle d'une autre langue pourtant issue de la même famille rythmique. La langue environnante va moduler la perception de la parole du jeune enfant. Comme s'ils devinaient cette sensibilité précoce, les adultes qui entourent l'enfant se mettent à lui parler d'une façon spéciale, en exagérant les paramètres prosodiques et la plupart du temps, de manière totalement inconsciente. On parle dans le langage courant de «parler bébé» mais il est plus approprié de parler de «mamanais» (traduction francophone du terme «motherese» anglo-saxon). Le premier renvoie à la

simplification du vocabulaire alors que le second rappelle la prosodie, la modulation. Ces échanges vocaux précoces avec la mère orientent le bébé vers la communication orale. Les enfants de 5 mois répondent en vocalisant à leur père avec une voix plus basse qu'à leur mère. L'imitation des contours mélodiques est la première capacité de traitement avant même la capacité à produire une syllabe.

II.2. PRODUCTION DE LA PAROLE : PREMIERES ETAPES

II.2.1. Le babillage

Il correspond aux productions vocales du bébé dès qu'il commence à produire des syllabes organisées. Son émergence est considérée comme un moment clé du développement langagier. Un retard de l'apparition du babillage semblerait même être prédictif de troubles ultérieurs (3).

Dès l'âge de 1 mois, des mouvements phonatoires quasi réflexes ont été observés.

De 1 à 4 mois, des séquences phoniques sont perceptibles par l'entourage, constituées de syllabes primitives articulées à l'arrière de la gorge.

De 4 à 8 mois, apparaissent des changements de la fréquence de la voix. Le répertoire phonique s'élargit et le bébé produit des sons consonantiques longuement tenus.

Vers l'âge de 6 mois, l'assemblage de consonnes et voyelles commence de manière lâche. L'articulation ne permet pas encore de segmenter les différents sons : on parle du babillage rudimentaire.

Vers 8-10 mois, les syllabes deviennent mieux formées, sur le modèle consonne/voyelle. C'est l'étape fondamentale du babillage canonique.

Ces productions sont influencées par les caractéristiques de la langue environnante. La qualité acoustique des voyelles produites dans le babillage diffère d'une langue à l'autre. Au cours d'une étude (4), des adultes avaient pour tâche d'identifier le babillage des enfants français lors de l'écoute de séquences de babillage en français, arabe et cantonais. L'identification se révélait exacte dans 70% des cas. Ces résultats suggèrent que le babillage de la période pré-linguistique présente des caractéristiques intonatives dépendantes de la langue environnante.

II.2.2. Les premiers mots

La production du lexique chez l'enfant est la période la plus spectaculaire car l'accroissement du vocabulaire est très rapide entre 12 et 30 mois.

Les premiers mots font suite au babillage canonique et sont le plus souvent constitués de deux syllabes identiques formées d'une consonne et d'une voyelle. L'enfant va les utiliser pour désigner toute une gamme d'objet ; on parle alors de surgénéralisation. A l'âge de 10-13 mois, l'enfant émet des énoncés ne comportant qu'un mot (période dite «un mot à la fois»).

Cet accès aux premiers mots suppose chez l'enfant une certaine connaissance des objets et des événements de son environnement. Les premiers mots se réfèrent ainsi aux personnes et aux objets qui font partie de son univers (membres de sa famille, animaux, nourriture, boissons, jouets). A partir de ces premiers mots, l'enfant va mettre plus de deux ans pour produire l'inventaire complet des consonnes et des voyelles.

De nombreux auteurs s'accordent sur une période clé : l'explosion lexicale qui se situe entre 16 et 19 mois environ. Cette phase se caractérise par un apprentissage très rapide mais aussi par une utilisation cohérente, catégorielle et conventionnelle des mots. Elle survient lorsque l'enfant possède une cinquantaine de mots dans son répertoire. Mais il existe une grande variabilité interindividuelle, la diversité et la complexité des langues jouent également sur le moment de son apparition. L'enfant apprend à cette période environ 10 mots par jour, cela implique une réorganisation du codage et de la reproduction des mots. Le vocabulaire s'organise en lexique phonologique car il doit assimiler les règles phonologiques de la grammaire et de la combinatoire pour enregistrer un tel nombre de mots ; la prosodie ne suffit plus. Vers l'âge de 2 ans, les connaissances grammaticales des enfants sont déjà importantes. Les règles sont encore incomplètes mais en accord avec celles des adultes. A partir de cette grammaire incomplète, l'enfant au cours de la troisième année va accéder à un développement rapide sur le plan grammatical.

II.2.3. Assemblage des mots

Entre 2 et 6 ans, l'enfant accède aux mots et ainsi aux phrases par association de deux ou plusieurs mots. Il semble analyser la syntaxe des adultes et en déduit dans un premier temps la position d'un certain nombre de mots. Il applique alors une formule positionnelle par généralisation contextuelle de la grammaire.

Au cours de cette période d'apprentissage, on constate de nombreuses omissions de catégories syntaxiques (déterminants, prépositions, adjectifs possessifs, pronoms...). Mais les productions de l'enfant restent proches de celles des adultes ; les bi-catégories utilisées par les enfants correspondent à des fragments d'énoncés d'adultes.

La phase suivante, c'est l'introduction de la phrase grammaticale composée :

- D'une intonation différente selon le type de phrase (interrogative, déclarative...) qui a valeur de syntaxe.
- Sur le modèle de la surgénéralisation. L'enfant commet des erreurs grammaticales typiques qui reflètent la mise en place du développement linguistique ; par exemple, tous les participes passés se terminent en /é/. Ceci montre que l'enfant n'apprend pas

par imitation ou répétition mais déduit les principes d'organisation de la langue et les applique dans des situations nouvelles.

- Intégrant la désinence des mots et la flexion des verbes. L'enfant fait des phrases sujet/verbe/complément d'objet et devient capable de comprendre des énoncés différents selon les suffixes grammaticaux employés.

D'après plusieurs études, la maturité et la complexité syntaxique de l'enfant peuvent être évaluées par la «longueur moyenne de l'énoncé» définie par le nombre de morphèmes constituant la phrase ; le morphème est la plus petite unité linguistique significative constituant le mot (exemple : *les enfants couraient* compte 7 morphèmes *le+s+enfant+s+cour+ai+ent*).

Phases	LME (en morphèmes par énoncés)	Age (mois)	Caractéristiques
I	1 à 2	12 à 26	Énoncés à 1 ou 2 mots
II	2 à 2,5	27 à 30	Énoncés à 2 mots ou +
III	2,5 à 3	31 à 34	Phrases simples
IV	3 à 3,75	35 à 40	Phrases complexes
V	3,75 à 4,5	41 à 46	Coordination de phrases
>V+	>4,5	>47	Construction de récits

La validité de la LME chez le jeune enfant est fiable lorsqu'on obtient 50 énoncés ou plus. Les auteurs s'accordent pour estimer qu'au-delà de 4 mots par énoncé ce que dit l'enfant est plus fonction du contexte dans lequel est recueilli le langage que de sa maturité syntaxique. Il convient donc de limiter l'utilisation de la LME à une période bien déterminée (24-36 mois) (5).

Ainsi, dès 3 ans et demi, l'enfant maîtrise les structures fondamentales de sa langue. Mais l'apprentissage de la langue n'est pas pour autant terminé ; son vocabulaire se développe et sa compréhension s'affine.

II.2.4. Rôle des interactions langagières

L'enfant doit acquérir les instruments du langage indispensables : structures lexicales, concepts, relations sémantiques, règles syntaxiques. Mais communiquer implique un savoir linguistique et aussi social. C'est là que l'entourage de l'enfant joue tout son rôle, notamment la mère, qui adapte le plus souvent de façon inconsciente son langage en s'adressant à l'enfant. Elle le fait d'ailleurs depuis la naissance en adaptant sa prosodie par le biais du «motherese». L'adulte doit ainsi proposer à l'enfant un fonctionnement langagier qui convient à ce qu'il cherche à exprimer, proche de ses capacités du moment.

L'enfant est un partenaire actif dans ses relations avec l'adulte dès le premier jour de vie. Les répliques partagées ont valeur d'échanges conversationnels.

Pour faciliter les acquisitions de l'enfant, l'adulte adapte et modifie son discours dans différents domaines :

- Aspects phonologiques : élévation de la hauteur tonale, ralentissement du rythme, pauses allongées.
- Aspects sémantiques : fréquence élevée de mots à référence concrète, réduction de la diversité du vocabulaire.
- Aspects syntaxiques : longueurs moyennes d'énoncés juste un peu supérieures à celle de l'enfant, pas de complexité syntaxique, phrases interrogatives, impératives, déclaratives.
- Aspects fonctionnels : requêtes d'information, d'action, de description, auto-répétitions, répétitions des énoncés enfantins avec corrections explicites.

Ces attitudes d'adaptation du langage par l'adulte placent l'enfant en situation d'apprendre sa langue à partir de relations interpersonnelles affectives.

Il est donc fondamental que l'enfant bénéficie d'un milieu stimulant sur le plan linguistique pour acquérir les bases nécessaires ensuite à l'apprentissage de la lecture (conscience phonologique, compétences attentionnelles de mémoire immédiate, vocabulaire diversifié, maîtrise des structures syntaxiques, connaissance des conventions sociales de l'usage de l'oral, capacités d'analyse et de compréhension).

Un retard de langage, en dehors de tout trouble sensoriel ou neuropsychologique, peut s'expliquer parfois en partie par des carences dans le domaine communicationnel et langagier au sein de la famille (compétences langagières très limitées, peu de place donnée à la communication ou plus largement aux interactions parents-enfants).

II.2.5. Construction de récits

La construction d'un récit comporte plusieurs dimensions :

- Conceptuelle : ce que l'enfant souhaite raconter.
- Rhétorique : quelle structure narrative va-t-il utiliser ?
- Linguistique : de quelles compétences lexicales et syntaxiques a-t'il besoin pour le raconter ?

La dimension conceptuelle se rapporte à la représentation mentale des séquences d'événements. L'acquisition et la mise en œuvre de ces chaînes chronologico-causales sont très précoces car elles sont disponibles dès l'âge de 5 ans. Mais ces représentations évoluent encore entre l'âge de 6 et 10 ans en raison de nouvelles contraintes liées au passage à l'écrit.

La dimension rhétorique fait référence à la structure textuelle du récit qui repose sur une superstructure narrative. Lorsque les récits respectent l'ordre conventionnel, ils sont mieux assimilés par l'enfant. L'acquisition du schéma narratif par l'enfant semble conditionnée par l'exposition à de nombreux récits écrits (que ceux-ci lui soient lus ou qu'il les lise lui-même).

La dimension linguistique concerne les phénomènes liés à la mise en texte. Elle implique l'acquisition du statut de l'article, du pronom, les flexions verbales et les connecteurs du langage. L'enfant maîtrise d'abord l'accord (masculin/féminin) puis le nombre (singulier/pluriel) sur les articles définis vers 3 ans et sur les articles indéfinis vers 3 ans et demi. Concernant le pronom, l'enfant acquiert le «moi» vers l'âge de 18 mois, le «je» vers l'âge de 3 ans. La construction du récit s'articule entre 3 et 4 ans comme une énumération d'actions avec l'utilisation du «et» ou «mais». A 5 ans, il établit des relations entre les événements de type simultanéité («et puis», «après»). A 7 ans, il exprime plutôt la séquentialité. Ce n'est que vers 10-11 ans que l'enfant respecte les contraintes de la narration comme un adulte.

II.3. QUELQUES REPERES SUR L'EVOLUTION DU LANGAGE ORAL

(6)

<i>Age</i>	<i>Compréhension</i>	<i>Expression</i>
Vers 6 mois	Réagit à son prénom, au «non».	Commence à <u>babiller</u> .
Entre 9 et 12 mois	Comprend des <u>mots familiers</u> en contexte, puis hors contexte : «attends», «fais attention», «prends»... Regarde un objet qu'on lui montre.	Salut, refuse, pointe du doigt. Utilise un <u>babillage diversifié</u> , proche des premiers mots.
Entre 12 et 18 mois	Comprend des <u>petites phrases en contexte</u> : «le doudou est tombé», «le biberon est chaud»...	Développe des gestes symboliques : main à l'oreille pour le téléphone... Dit ses <u>premiers mots</u> en contexte
Entre 18 et 24 mois	Comprend des <u>ordres simples en contexte</u> : «tiens ton biberon», «prends ton gâteau»...	Utilise des <u>mots phrases</u> [balle] = «donne la balle» ou «c'est ma balle» selon le contexte et l'intonation Apprend plusieurs mots par jour : période d' <u>explosion lexicale</u> . Puis ébauche des phrases en combinant un geste et un mot : pointer + [balle] = «je veux la balle».
Entre 2 et 3 ans	Comprend des ordres simples <u>hors contexte</u> : «va chercher ton pyjama», «tu peux aller te coucher»...	Utilise «moi» pour parler de lui. Fait des <u>petites phrases de 2 ou 3 mots</u> (langage télégraphique) et les associe aux gestes.
A 3 ans	Comprend le <u>langage au quotidien</u> .	Diversifie son vocabulaire : verbes, adjectifs et mots outils et fonctionnels (prépositions, pronoms..) mais parfois mal prononcés. Fait des <u>phrases à 3 éléments</u> (sujet/verbe/complément).

A 4 ans	Comprend des <u>phrases longues et complexes</u> et comprend un <u>récit simple</u> .	Précise son vocabulaire. Allonge et complexifie ses phrases. <u>Articule tous les sons</u> .
A 5 ans	Comprend un récit.	A acquis les règles du langage. Construit des récits. Parle sans déformer les mots.
A 6 ans		<u>Est prêt pour apprendre à lire et à écrire</u> .

II.4. CLASSIFICATION DES TROUBLES DU LANGAGE ORAL

Les troubles de l'évolution du langage oral peuvent être isolés ou secondaires à une pathologie organique.

II.4.1. Les troubles du langage oral isolés

Ils peuvent avoir une origine fonctionnelle : retards simples de parole et de langage

Le retard de parole est une modification de la structure phonétique des mots avec des erreurs dans la combinaison de phonèmes juxtaposés par influence réciproque des différents phonèmes voisins, alors que les mêmes phonèmes sont correctement prononcés lorsqu'ils sont isolés. Ce sont d'abord la persistance à 3-4 ans, d'un parler " bébé ", ceci sur des mois ou quelques années. C'est plus tard la non-acquisition de certaines consonnes alors que le langage lui-même (choix et ordre des mots) est normal.

Pour le retard de langage, deux entités peuvent se rencontrer :

- Chez certains enfants, le décalage est purement chronologique ; les acquisitions se font dans un ordre normal mais de manière étalée, avec un décalage inhabituel qui peut aller de quelques mois à une, voire deux années.
- Chez d'autres, le trouble est à la fois chronologique, qualitatif et quantitatif. On peut observer, outre les éléments témoignant d'un retard de parole, des difficultés à structurer le langage. Les difficultés sont essentiellement expressives : limitation quantitative du stock lexical, difficultés à acquérir de nouveaux mots, syntaxe approximative, simplifiée, non-utilisation de certains temps, confusions touchant certains mots de liaison. Lorsque la compréhension est touchée, les difficultés portent sur la compréhension des phrases plus que sur celle des mots isolés.

Ils peuvent être structurels et spécifiques : dysphasie

Les troubles spécifiques du langage sont définis comme une perturbation durable et significative de la structuration du langage parlé, chez un enfant normalement intelligent, qui entend bien, qui a envie de communiquer, qui n'a pas d'autre pathologie neurologique gênant la communication orale (7).

Il s'agit de troubles qui interfèrent avec les capacités de communication de l'enfant et avec ses possibilités d'apprentissage dans une civilisation de tradition orale dès l'école maternelle. Par la suite, l'enfant va être en difficulté dans l'apprentissage du langage écrit, donc dans sa scolarité et dans sa vie sociale.

Ces pathologies doivent être connues et reconnues des enseignants et ce d'autant plus qu'elles sont, par définition, durables : les implications pédagogiques seront donc constantes et les adaptations nécessaires tout au long de la scolarité de l'enfant.

II.4.2. Les troubles du langage oral associés

Les troubles peuvent être secondaires à :

- une déficience intellectuelle
- une surdité
- une paralysie des organes phonatoires
- une atteinte cérébrale
- des troubles de la communication
- des carences psychoaffectives.

Par ailleurs, des difficultés socio-éducatives peuvent entraîner ou majorer des troubles du développement du langage oral.

Les troubles du langage oral sont répertoriés dans le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), classification de l'association américaine de psychiatrie dans sa dernière version de 1994 ainsi que dans la CIM 10 (Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes) de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les troubles décrits dans ces deux classifications correspondent aux troubles du langage isolés.

Classification du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders).

Troubles du langage de type expressif	Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif	Trouble phonologique
Vocabulaire restreint. Erreurs de temps. Difficultés d'évocation des mots. Difficultés à construire des phrases d'une longueur ou d'une complexité appropriées au stade de développement.	Mêmes difficultés que troubles du langage expressif + Difficultés à comprendre certains mots ou catégories spécifiques de mots comme les termes concernant la position dans l'espace.	Substitution d'un phonème par un autre. Omissions de certains phonèmes.

Les difficultés d'expression interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale. Le trouble ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement. S'il existe un retard mental, un déficit affectant la parole ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions.

Classification de la CIM-10 (Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes).

Elle définit les «troubles spécifiques du développement de la parole et du langage» comme des troubles dans lesquels les modalités 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 de l'appareil phonatoire, des altérations sensorielles, un retard mental ou des facteurs de l'environnement.

Trouble de l'acquisition du langage de type expressif	Trouble de l'acquisition du langage de type réceptif	Troubles spécifiques de l'acquisition de l'articulation
Capacités à utiliser le langage oral inférieures au niveau correspondant à son âge mental. Compréhension du langage normale. +/- Troubles de l'articulation.	Capacités à comprendre le langage inférieures au niveau correspondant à son âge mental. +/- Versant expressif perturbé. +/- Troubles phonétiques.	Utilisation des phonèmes inférieure au niveau correspondant à son âge mental. Niveau linguistique normal.

Cette classification est complétée par deux catégories:

- Autres troubles du développement de la parole et du langage.
- Troubles du développement du langage et de la parole sans précision.

L'aphasie acquise avec épilepsie (syndrome de Landau-Kleffner) est considérée à part.

II.5. SIGNES D'APPEL D'UN TROUBLE DU LANGAGE ORAL

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Pathologie à suspecter
A tout âge	<p>Pas de réaction au bruit. Infections ORL récidivantes. Difficultés de compréhension ou réponses inadaptées.</p> <p>Incompréhension du langage du quotidien. Peu de communication. Absence de progrès malgré socialisation.</p> <p>Comportement étrange (isolement, repli, agressivité). Plaintes somatiques répétées.</p>	<p>Surdité</p> <p>Troubles envahissants du développement D�ficiency intellectuelle</p> <p>Troubles du langage oral ou écrit Troubles envahissants du développement D�ficiency intellectuelle Troubles anxieux, dépressifs</p>
A 15 mois	<p>Ne pointe pas du doigt. Ne dit aucun mot. N'a pas d'attention conjointe.</p>	<p>Surdité</p> <p>Retard de langage D�ficiency intellectuelle Troubles envahissants du développement</p> <p>Bégaiement</p>
A 2 ans	<p>Ne comprend pas le langage simple. Ne dispose pas de 50 mots. Ne dispose que d'un nombre restreint de consonnes.</p>	
A 2 ans et 6 mois	<p>N'est pas capable de réaliser une consigne verbale simple. N'associe pas deux mots. Est très peu compréhensible par l'entourage.</p> <p>Hésite beaucoup quand il parle.</p>	
A 3 ans	<p>Difficultés de compréhension des phrases hors contexte. Pas de phrases à 3 éléments. Difficultés pour trouver le bon mot. Non compris par l'entourage.</p>	<p>Surdité</p> <p>Retard de langage D�ficiency intellectuelle Retard de parole Dysphasie</p>
A partir de 4 ans	<p>Difficultés de compréhension si phrases longues, complexes, abstraites. Vocabulaire restreint. Phrases courtes, mal construites.</p>	

	<p>Difficultés à raconter des événements simples. Simplification des mots, inintelligibilité.</p> <p>Répétition des sons plusieurs fois avant de parler. Blocage en début de phrase.</p>	Bégaiement
A partir de 4 ans et 6 mois	Prononce mal certains sons.	Trouble d'articulation
A partir de 5 ans	<p>Mauvaise organisation de sa parole, de son langage sur le versant expression. Difficultés de compréhension.</p> <p>Pas d'intérêt pour la forme sonore du langage : ne perçoit pas les rimes, le nombre de syllabes d'un mot (conscience phonologique).</p>	<p>Retard de langage Déficience intellectuelle Dysphasie Risques de difficultés d'apprentissage de l'écrit</p> <p>Risques de difficultés d'apprentissage de l'écrit</p>

III. TROUBLES DU LANGAGE ORAL :

DE LA PREVENTION A LA PRISE EN CHARGE

III.1. INTERET DU REPERAGE PRECOCE

Avant l'entrée au Cours Préparatoire à l'âge clé de 6 ans, il est difficile de repérer ou de dépister un trouble des apprentissages scolaires, notamment l'acquisition du langage écrit. En revanche, le repérage des enfants à risques, particulièrement ceux porteurs d'un trouble du langage oral, amènera à proposer une prise en charge spécifique du trouble dépisté, préventive ou curative, individuelle ou collective, actions de soins ou pédagogiques. Le repérage d'un problème de développement du langage oral se fait entre 12 mois et 36 mois.

Sur le principe, il est logique de penser que des difficultés précoces concernant le langage sont préjudiciables à une bonne acquisition des apprentissages scolaires (8), donc que le repérage de ces difficultés le plus tôt possible et leur remédiation permettra d'aider l'enfant notamment au niveau des apprentissages tels que l'écriture, la lecture. Cette intuition est validée par un certain nombre d'études longitudinales.

Débutées parfois depuis de nombreuses années (dès les années 70), elles ont permis de confirmer que des enfants en difficulté à un âge préscolaire sont plus à risque de troubles des apprentissages ultérieurs. Silva et al. (9) ont montré au cours d'une étude longitudinale sur 1037 enfants suivis de 3 à 11 ans que les enfants qui présentaient des troubles du langage à l'âge de 3 ans avaient un score de lecture et un Quotient Intellectuel significativement plus bas que les enfants sans difficultés, cela tout au long de la scolarité de l'enfant. D'autres études, notamment celle menée par Stevenson en 1984 (10), rejoignent ces conclusions. Ainsi, les enfants avec un retard précoce en langage sont plus à risque de présenter un score d'intelligence bas et d'effectuer des progrès en lecture inférieurs aux enfants sans difficultés préalables identifiées. La nature de la difficulté (retard global en lecture ou retard centré uniquement sur l'un des deux versants : expression ou compréhension) n'entraînerait d'ailleurs pas le même risque de troubles ultérieurs.

Trois études réalisées au début des années 1980 dans des pays anglo-saxons (Nouvelle-Zélande, Angleterre) ont concerné l'évaluation des enfants avec un retard de langage précoce. Les conclusions se rejoignent sur les performances en lecture moindres des enfants en difficultés précoces. Certaines études suggéraient également un lien entre troubles du langage oral précoce et troubles du comportement. Il semblerait ainsi se dessiner une tendance chez ces enfants en difficulté à un niveau plus élevé de troubles du comportement ultérieurs mais

les indicateurs utilisés dans les différentes études n'ont pas permis de confirmer cette hypothèse.

Une étude plus récente (11) fait apparaître que la fréquence des difficultés d'apprentissage du langage écrit est en rapport avec la gravité des troubles du langage oral. Dans ce travail, trois populations d'enfants (anciens prématurés, enfants avec troubles du langage oral, enfants atteints de dysphasie) ont été suivis entre 5 ans et 8 ans. Cette étude permet de faire la distinction entre les troubles de l'écrit atteignant de façon quasi-constante les enfants dysphasiques alors qu'ils ne concerneraient que 20% des enfants avec retard simple du langage oral. En France, une enquête portant sur 24 enfants dysphasiques âgés de plus de 9 ans illustre également la quasi constance des difficultés de ces enfants face à la langue écrite (4 seulement devenaient lecteurs compétents) (12). Cela nous montre donc qu'il est important de repérer les troubles du langage oral chez l'enfant quelle que soit la nature du trouble mais qu'il convient également d'affiner le diagnostic lorsque des troubles plus à risque pour le langage écrit ultérieur sont suspectés.

La plupart de ces travaux mettent ainsi l'accent sur la présence dès le plus jeune âge de signes évoquant un retard de langage sous-jacent. Ces signes doivent alerter le professionnel dans la mesure où cela permettrait une prévention des troubles des apprentissages futurs. Quelles solutions peut-on ou doit-on alors proposer à l'enfant pour l'accompagner au mieux vers une scolarité épanouie ? Il a été démontré notamment l'importance de la conscience phonologique, capacité à percevoir la segmentation de la langue. Cette habileté peut être évaluée succinctement en demandant à l'enfant si deux mots riment, de prononcer ce qu'il reste d'un mot lorsqu'on enlève la première syllabe par exemple (13). Des compétences limitées en conscience phonologique sembleraient être prédictives de troubles de la lecture et des apprentissages. Cependant, un entraînement de ces capacités métaphonologiques en petits groupes chez les enfants en difficultés (reconnaissance de rimes, comptage syllabique, suppression syllabique, identification de consonnes, suppression de phonèmes...) permettrait, avant l'apprentissage même de la lecture, d'améliorer les performances futures en lecture. Des interactions langagières individualisées sont également fondamentales, notamment en situation scolaire, pour aider l'enfant à construire son langage. Un entraînement au langage peut se mettre en place par le biais de la narration avec un livre illustré. C'est une situation de co-narration qui permet à l'enfant de s'exprimer sur l'histoire qui lui a été lue mais également d'avoir accès à un récit structuré au niveau lexique et syntaxe (14).

Une fois ces solutions envisagées et mises en place, quel impact ont-elles réellement sur le devenir de l'enfant ? En d'autres termes : dépister, repérer précocement : oui car ces difficultés peuvent-être à l'origine de troubles ultérieurs, mais ce repérage et les actions qui en découlent permettent-ils à l'enfant de combler son retard et d'accéder à une scolarité normale ? Quelques études, notamment sur le devenir d'enfants testés en moyenne section de maternelle par le TDP 81 (précurseur du PER 2000 cf page 40) ont tenté de répondre à cette question (15) (16) (17). Les enfants classés lors de l'évaluation initiale dans le groupe en difficulté ont été revus 6 ans après. Ceux non suivis, c'est-à-dire dépistés mais non traités, restaient pour 75 à 78% d'entre eux en échec scolaire (c'est-à-dire ayant redoublé au moins une classe ou étant en classe de perfectionnement). A l'opposé, les enfants pris en charge en

orthophonie et/ou en psychopédagogie (soit 8 à 10% des enfants repérés en difficultés) n'ont pas redoublé. On constate donc un devenir différent en fonction de la prise en charge mise en place à l'issue du repérage initial.

Il semblerait donc qu'une action pédagogique précoce dès qu'un trouble du langage est repéré permettrait aux enfants de combler une partie de leur déficit et les aiderait dans leur scolarité.

Cependant, au sein de cette volonté de repérer les enfants en difficulté, il convient de rester prudent face aux outils à notre disposition. Chaque test possède ses propres limites et une catégorisation trop hâtive des enfants pourrait leur être préjudiciable. Tous les enfants repérés en difficultés avec le langage oral ne deviendront pas forcément «mauvais lecteurs» et un enfant indemne de toute suspicion de trouble du langage oral pourra développer ultérieurement un trouble dyslexique. Une proportion importante d'enfants ayant été identifié précocement comme présentant des retards de langage ont des chances de voir leurs difficultés, avec ou sans prise en charge, disparaître vers l'âge de 5 ans comme le suggère une étude de 1994 (18).

L'enfant doit être approché dans sa globalité et non uniquement en fonction du résultat obtenu à tel ou tel test de dépistage. Les troubles du langage oral puis ensuite des apprentissages restent une problématique multifactorielle. Toutefois, au regard des résultats des nombreuses études citées ci-dessus, il est important d'apporter à l'enfant des outils validés pour permettre d'approcher au mieux ses difficultés du moment et lui proposer un soin, un soutien, une aide permettant la meilleure intégration scolaire possible.

III.2. IDENTIFICATION DES DIFFICULTES LANGAGIERES

Trois niveaux d'identification des enfants en difficulté d'apprentissage du langage sont à considérer : le repérage, le dépistage et le diagnostic. Il convient de distinguer ces trois étapes fondamentales car elles ne font pas appel aux mêmes compétences (et donc aux mêmes acteurs) ni aux mêmes outils (19).

Le repérage :

Il consiste pour les professionnels au contact de l'enfant dans diverses situations (enseignant, membre du réseau d'aide spécialisée aux élèves en difficulté, médecin de famille) mais également pour les parents à reconnaître les signes d'alerte concernant le langage oral. L'hypothèse du professionnel pourra ensuite être complétée si besoin par un dépistage (20). Il s'agit donc de repérer une population à risque de troubles spécifiques concernant soit les troubles du langage oral avant 5 ans soit les signes prédictifs de dyslexie à 5-6 ans. Ces

enfants repérés à risque n'évoluent pas forcément de façon pathologique : certains troubles du langage oral sont transitoires, et certains enfants porteurs de signes prédictifs de dyslexie apprendront à lire normalement sans aucune intervention. Par ailleurs, des enfants non détectés comme à risque en maternelle peuvent présenter ultérieurement des troubles spécifiques. L'objectif est essentiellement de **proposer aux enfants repérés une action préventive dans le cadre de leur scolarité normale.**

Le dépistage :

Il établit et confirme l'existence de troubles persistants du langage. Il fait appel à différentes compétences : médecin de PMI, médecin généraliste ou pédiatre, médecin scolaire, orthophoniste, psychologue formés à la passation des tests. Ceux-ci ont pour objectif de préciser la réalité d'un trouble, son profil et sa gravité, comme par exemple un trouble spécifique et sévère du langage oral à 5 ans. Ces outils permettent donc **d'orienter l'enfant vers un bilan spécialisé avec prise en charge spécifique et/ou adaptations pédagogiques si nécessaire.**

Le diagnostic :

En première ligne intervient le bilan orthophonique. Dans les cas de troubles graves du langage oral, il est nécessaire de travailler en coordination avec tous les intervenants au contact de l'enfant pour aboutir à une synthèse diagnostique et permettre ainsi la définition d'un objectif de prise en charge thérapeutique.

Les centres de référence ont pour rôle d'aider dans cette démarche les différents professionnels. La démarche diagnostique fait ainsi appel à des **évaluations spécialisées** qui seront réalisées par les professionnels concernés : évaluation psychologique du fonctionnement psychique et cognitif par un **psychologue**, évaluation du langage oral et écrit par un **orthophoniste**, évaluation des fonctions praxiques par un **psychomotricien, ergothérapeute ou neuropsychologue**, évaluation des fonctions mnésiques et attentionnelles par un neuropsychologue.

Ces étapes suivent le plus souvent une logique chronologique et, pour aboutir au diagnostic, il s'agit d'être performant lors du repérage et/ou du dépistage.

Pour un professionnel du soin, ce n'est pas sans difficultés car il faut s'appuyer avant tout sur des symptômes comportementaux qui sont donc par nature plus difficiles à apprécier objectivement que des symptômes purement physiologiques. Il est donc indispensable, pour compléter les hypothèses de l'observation du clinicien, d'avoir recours à des outils dûment étalonnés et validés (21) dont dépend la qualité du repérage, dépistage ou diagnostic. C'est

pourquoi les objectifs de chacun de ces tests doivent être connus des utilisateurs et utilisés à bon escient.

III.3. LES OUTILS DE REPERAGE ET DE DEPISTAGE

Dans le cadre du plan national d'action 2001-2004 pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage et de «l'objectif langage» décliné par la loi de santé publique de 2004, une commission interministérielle a été réunie en 2006 pour faire le point sur les différents outils de dépistage existant et émettre des recommandations concernant leur utilisation. En parallèle, une expertise collective a été menée par l'INSERM afin d'établir à partir des données scientifiques actuelles un rapport sur les troubles spécifiques des apprentissages. A partir de ces évaluations ainsi que des validations propres à chaque outil de dépistage, un certain nombre d'outils sont disponibles actuellement en langue française pour repérer ou dépister un trouble du langage oral chez l'enfant.

La validation des différents tests repose sur plusieurs critères :

- **Validité du test** par rapport aux données scientifiques actuelles et inclusion d'épreuves qualifiées d'intéressantes aux vues des connaissances actuelles sur le dépistage des troubles du langage.
- **Fiabilité test-retest** qui tient compte des réponses aux questions suivantes : les résultats sont ils identiques chez le même enfant entre deux passations du test ? Deux examinateurs indépendants arrivent-ils aux mêmes résultats chez un même enfant ?
- **Etalonnage** : une fois élaboré le contenu du test, son mode de déroulement ainsi que les qualités de l'examineur, sont définis les seuils de scores en fonction de critères statistiques de représentativité de l'échantillon initial.
- **Cohérence interne** : c'est-à-dire la corrélation entre les différentes épreuves du test et leur regroupement pour déterminer les différents scores.
- **Comparaison du nouvel outil** aux outils et épreuves déjà existants pour s'assurer de la validité des épreuves.
- **Valeurs statistiques** qui sont définies en comparant les résultats du test étudié avec ceux obtenus à un test de référence déjà connu :
 - ✓ **Sensibilité** (capacité du test à identifier les enfants présentant des difficultés = test positif chez enfant avec difficultés).

- ✓ **Spécificité** (capacité du test à écarter les enfants ne présentant pas de difficultés = test négatif chez enfants sans difficultés).
- ✓ **Valeur prédictive positive** (probabilité que l'enfant présente des difficultés s'il est positif au test).
- ✓ **Valeur prédictive négative** (probabilité que l'enfant ne présente pas de difficultés s'il est négatif au test).

Toute la difficulté réside dans le choix de l'examen de référence.

Description des différents outils français pour le repérage et le dépistage des troubles du langage oral :

Outils	Agés cibles	Domaine des apprentissages	Evaluateurs
Inventaires français du développement communicatif	12 mois, 18 mois, 24 mois	Développement gestuel et langagier	Parents
Questionnaire Langage et Comportement	3 ans 6 mois - 3 ans 9 mois	Troubles du langage oral et comportement	Enseignants
DPL3 (Dépistage et Prévention du Langage à 3 ans)	3 ans - 3 ans 6 mois	Langage oral	Professionnels de l'enfance non orthophonistes
ERTL4 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans)	3 ans 9 mois – 4 ans 6 mois	Langage oral	Médecins
PER 2000 (Protocole d'Evaluation Rapide)	3 ans 6 mois – 5 ans 6 mois	Langage oral, capacités perceptives et mnésiques, orientation et structuration dans le temps et l'espace	Orthophonistes
ERTLA6 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages)	6ans	Langage oral et compétences requises pour apprentissages	Médecins
BSEDS (Bilan de Santé Evaluation du Développement pour la Scolarité 5-6 ans)	4 ans 11 mois – 6 ans	Langage oral, conscience phonologique, perception, discrimination et attention visuelles	Enseignants, Psychologues scolaires, Médecins scolaires
BREV (Batterie Rapide d'Evaluation des fonctions cognitives et apprentissages)	4 ans – 9 ans	Langage oral, conscience phonologique, graphisme, perception et attention visuelle, fonctions exécutive et raisonnement spatial, mémoire, lecture, orthographe, calcul	Médecins, Orthophonistes

Entre 12 mois et 3 ans et demi :

IFDC (Inventaires Français du Développement Communicatif) (22)

Ils correspondent à la version française du McArthur Communicative Development Inventory et concernent le développement du langage oral entre 12 et 24 mois. Ils sont basés sur des questionnaires parentaux retraçant le développement gestuel et langagier du nourrisson et du jeune enfant et comprennent une version courte adaptée à l'exercice des pédiatres et des professionnels de la petite enfance permettant 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.

La version longue est destinée à des études scientifiques permettant une évaluation des mêmes aspects quantitatifs et des aspects qualitatifs du développement (types de gestes, nature sémantique et grammaticale des premiers mots).

QLC (Questionnaire Langage et Comportement) (23)

Ce questionnaire est destiné aux enseignants pour évaluer les capacités langagières et cognitives des enfants de petite section de maternelle lorsqu'ils atteignent l'âge de 3 ans et demi (un mois de délai est admis soit jusqu'à 3 ans et 7 mois). C'est la version courte (29 questions) de la batterie d'évaluation psycholinguistique (de Chevrie-Muller datant de 1988) ayant servi pour la validation. Il permet de définir 4 situations :

- Enfants sans difficulté
- Enfants à surveiller
- Enfants présentant des difficultés probables
- Enfants présentant des difficultés certaines

Sa valeur prédictive négative est bonne (92,2%) mais sa valeur prédictive positive est plutôt mauvaise (54,1%). Il repère donc trop d'enfants par rapport à ceux présentant réellement des difficultés. Il présente l'intérêt de proposer aux enfants ayant un test «positif» la réalisation d'une exploration systématique par test individuel pour différencier les «vrais positifs» des «faux». L'avantage de sa forme, un questionnaire plutôt qu'un test, permet une observation prolongée de l'enfant dans son milieu habituel par une personne familière, l'enseignant, qui connaît bien l'enfant et est un professionnel de la petite enfance (contrairement aux parents). Le rôle de certains facteurs a été examiné sur les réponses des enseignants : sexe, zone d'implantation de l'école, niveau socio-culturel et bilinguisme. L'effet de ces facteurs est très important : on trouve 16 fois plus d'enfants «avec difficultés» chez les garçons bilingues issus de familles de niveau socio-culturel bas que chez les filles non bilingues issues de familles de niveau socio-culturel moyen ou élevé.

Ce questionnaire semble donc pouvoir servir de guide de repérage de troubles du langage oral pour les enseignants mais il ne permet pas de différencier trouble spécifique ou non spécifique.

DPL3 (Dépistage et Prévention des troubles du Langage à 3 ans) (24) (25)

Le D.P.L.3 se présente sous la forme d'un questionnaire qui retient dix focalisations spécifiques suite à une observation menée en situation de classe ou de consultation médicale (entrée en relation, utilisation du langage oral, dessin du bonhomme, copie du cercle, éléments de vocabulaire actif et passif, compréhension de consignes, utilisation du langage, expression sous forme de phrases, intelligibilité) et permet d'explorer 4 domaines : socialisation-communication, graphisme, compréhension du langage et expression du langage.

Le choix des questions a été fait après mise en corrélation avec les items du T.D.P.81.

Les réponses «oui» déterminent un score sur 10 qui permet de prendre une décision :

- score > 5 : pas d'action particulière.
- scores 3-4 : surveillance.
- scores 0-1-2 : mise en place d'un suivi.

Il a fait l'objet de deux validations successives mais le score défini a des limites encore trop larges par rapport à la fréquence estimée des troubles du langage à 3ans – 3ans et demi

Entre 4 ans et 4 ans et demi

ERTL4 (Epreuves de Repérage des Troubles du Langage de l'enfant de 4 ans) (26)

Il s'adresse aux enfants de 3 ans 9 mois à 4 ans 6 mois. Il est présenté sous la forme d'une plaquette plastifiée lisible recto-verso, accompagnée d'une grille d'évaluation à remplir pour chaque enfant. Il se découpe en trois types d'épreuves :

- Deux épreuves testent essentiellement la parole : l'épreuve E1 (répétition des noms des 7 nains de «Blanche-Neige»), qui dépiste les retards de parole et les troubles perceptifs, et l'épreuve E2 (répétition de noms inventés faisant référence à des «petits indiens»), qui permet de juger de l'évolution phonologique de l'enfant, de ses capacités de rétention mnésique et d'un éventuel trouble auditif.
- Deux épreuves testent le langage : l'épreuve E3 (utilisation de prépositions pour décrire où se situe le chien sur l'image par rapport à sa niche), qui explore le domaine sémantico-relationnel et permet de détecter un trouble du langage, une pauvreté lexicale et des troubles de la structuration spatiale, et l'épreuve E4 (réponse à des questions en rapport avec une image mettant en scène deux enfants, garçon et fille, dans une salle de bain), qui s'intéresse au domaine morpho-syntaxique et peut détecter un retard de langage ou un trouble de la communication.
- Deux épreuves de un item recueillent les informations concernant les anomalies de la voix et du débit.

Un profil couleur est ensuite attribué à l'enfant en fonction de ses scores aux différentes épreuves :

- Vert : bilan normal
- Orange : bilan imposant une surveillance et une réévaluation à 6 mois
- Rouge : bilan nécessitant d'emblée une consultation orthophonique

Du fait de son score global, ce test ne permet pas de différencier les différents items réceptifs et expressifs du langage. Il ne permet pas non plus de différencier les déficits spécifiques du langage oral des déficits secondaires, en particulier à une déficience mentale, du fait de l'absence d'épreuves non verbales. Malgré cela, ce test constitue un outil de dépistage et d'orientation vers un spécialiste du langage ; son objectif n'est pas de faire une classification des troubles du langage de l'enfant mais d'orienter les enfants à risque.

Sa valeur prédictive négative (probabilité que l'enfant ne nécessite pas d'intervention s'il est négatif à ERTL4) est à 88,1 % et sa valeur prédictive positive (probabilité que l'enfant nécessite une intervention s'il est positif à ERTL4) est à 78,7 % (mais 58 % d'après une autre étude). Ce test a ainsi une sensibilité de 72,9 % et une spécificité de 91,0 %. Il dépiste donc trop d'enfants par rapport à la prévalence supposé du trouble.

Ce test se veut, de par sa fiabilité et sa facilité d'utilisation, être un outil utilisable en pratique aussi bien à l'école par les médecins de PMI que dans le cabinet médical, permettant ainsi d'améliorer l'exploration des troubles du langage chez l'enfant par le médecin généraliste.

PER 2000 (Protocole d'Evaluation Rapide)

Il est issu du TDP81, un des premiers outils de dépistage publié. Il nécessite une quinzaine de minutes pour sa réalisation. Il évalue le langage oral et les fonctions non verbales de l'enfant âgé de 3 ans et demi à 5 ans et demi et permet de repérer les difficultés qui vont freiner l'accès au langage oral et/ou écrit. Il comprend des épreuves modulées selon cinq tranches d'âge qui vont explorer 4 domaines : l'audition, le langage oral (compréhension et expression), la parole (répétition de logatomes et écoute clinique de l'orthophoniste), les capacités cognitives hors langage : rythmes reproduits, dessin, encastrement, complément d'images, sériations. Les enfants testés sont répartis en 4 groupes :

- GI : sans difficultés.
- GII : nécessitant une attention particulière.
- GIII : à risque précis.
- GIV : en situation pathologique.

Les mêmes reproches qu'à l'ERTL4 peuvent être faits ; à savoir une faible valeur prédictive positive.

Entre 5 et 6 ans

BSEDS (Bilan de Santé Evaluation du Développement pour la Scolarité 5-6 ans) (27)

Il a comme objectif de dépister en grande section de maternelle les signes prédictifs de difficultés ultérieures d'acquisition du langage écrit (déficit en langage oral, dans les compétences phonologiques ou la prise d'information visuelle). Il a ainsi été conçu pour permettre d'orienter correctement un enfant à risque de dyslexie et de proposer alors un programme d'entraînement à l'école. Il est à destination du milieu scolaire : enseignants, médecins scolaires et psychologues scolaires et comporte un questionnaire à remplir par l'enseignant. A l'issue de celui-ci, un bilan standard peut être réalisé concernant le traitement visuel et la conscience phonologique. Si les résultats sont au dessus de moins un écart type le bilan est terminé (environ 60-65% des enfants). Sinon, on doit compléter le bilan et cela aboutit pour 25% des enfants à des recommandations pédagogiques et éducatives (entraînement phonologique, groupes de langage) et des conseils à la famille puis une surveillance attentive. Dans 10% des cas, le bilan ne suggère pas la nécessité d'une prise en charge particulière. Et pour 5% des enfants, le bilan doit être plus poussé.

Sa valeur prédictive négative est bonne (entre 90 et 92%) mais sa valeur prédictive positive moyenne (environ 60%). Ainsi, beaucoup d'enfants déficitaires au BSEDS en grande section de maternelle lisent normalement au CE1 (d'après une étude longitudinale comparant le niveau de lecture en CE1 aux résultats rétrospectifs du BSEDS chez 501 enfants) (28).

L'utilisation de cette batterie se conçoit donc essentiellement dans un programme préventif en faveur des enfants à risque de dyslexie.

ERTLA6 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages) (29) (30)

Ce test s'adresse aux enfants de grande section de maternelle (2^{ème} et 3^{ème} trimestre) et début de Cours Préparatoire (1^{er} trimestre) ce qui correspond à un âge compris entre 5 et 6 ans. Il s'inscrit dans la même démarche que le BSEDS mais s'adresse uniquement aux médecins (médecins scolaires, pédiatres, médecins généralistes). Son objectif est d'évaluer le langage oral et les compétences requises pour l'accès aux apprentissages ultérieurs. Le support est une image unique représentant une fête foraine. Il se décompose en 18 épreuves que le médecin doit coter 0 (réussite) ou 1 (échec). Le score final correspond à l'addition des 18 résultats obtenus par l'enfant et correspond donc à un résultat entre 0 et 18 noté sur une échelle de couleurs :

- Verte de 0 à 3 («satisfaisant»).
- Verte et rouge entre 4 et 6 («douteux, à risque»).
- Rouge à partir de 7 («suspect de retard ou de troubles»).

Cette notation, associée aux autres résultats de l'examen médical, permet au médecin de proposer le cas échéant un bilan complémentaire ou une prise en charge adaptée.

Une étude menée sur 3 ans auprès d'une population d'enfants ayant passé l'ERTLA6 et dont les compétences scolaires en CE2 ont été appréciées par les évaluations nationales a permis de définir une sensibilité de 79%, une spécificité de 87%. Comme tous les autres tests, la valeur prédictive négative est bonne : 95% mais la valeur prédictive positive est faible : 58%.

Outil d'examen clinique de première intention entre 4 et 9 ans

BREV (Batterie Rapide d'Evaluation des fonctions cognitives)

C'est un outil qui se différencie des autres car il se situe à mi-chemin entre dépistage et diagnostic. De plus, la BREV se distingue des autres tests présentés ci-dessus (en dehors du PER 2000) car elle explore davantage que le simple langage et aborde également les fonctions non verbales. En effet, elle permet en une vingtaine de minutes de réaliser l'examen neuropsychologique d'un enfant déjà signalé pour un éventuel trouble des apprentissages et/ou des fonctions cognitives. Il est utilisé pour déterminer si la plainte est justifiée et pour apprécier la gravité et le profil du déficit (du langage oral, des fonctions non verbales, ou bien global). Ainsi, l'examineur pourra prescrire si besoin les évaluations complémentaires en ce qui concerne les troubles du langage mais aussi les troubles praxiques et les déficits globaux.

Le test se décompose en 15 items et se déroule lors d'une consultation médicale ou en entretien individuel sur une durée d'environ 15 à 30 minutes selon la rapidité de l'enfant. Ces items explorent les fonctions verbales (mémoire des chiffres, évocation lexicale, expression syntaxique, répétition de logatomes, fluence sémantique, compréhension syntaxique), non verbales (sériation de jetons, graphisme, attention visuelle, résolution de labyrinthes, discrimination d'objets entremêlés, complétion de formes), et les apprentissages scolaires (lecture, orthographe, calcul).

Ce test permet donc de différencier :

- Les enfants réellement déficitaires ou non.
- Les déficits portant spécifiquement sur un apprentissage ou une fonction ou non.
- Les déficits sévères ou non.

Lors de la validation de la BREV (31), l'évaluation pluridisciplinaire de 173 enfants mettait en évidence la complexité des troubles rencontrés qui sont loin de se limiter au diagnostic de dysphasie ou dyslexie. Cette diversité rend bien compte du fait que les évaluations complémentaires ne peuvent se limiter à la seule prescription d'orthophonie. La BREV joue donc un rôle crucial pour orienter ces enfants vers la prise en charge adaptée au cas par cas : orthophonique devant un trouble du spécifique du langage oral ou écrit, mais aussi psychologique devant un déficit global de toutes les fonctions, psychologique avec

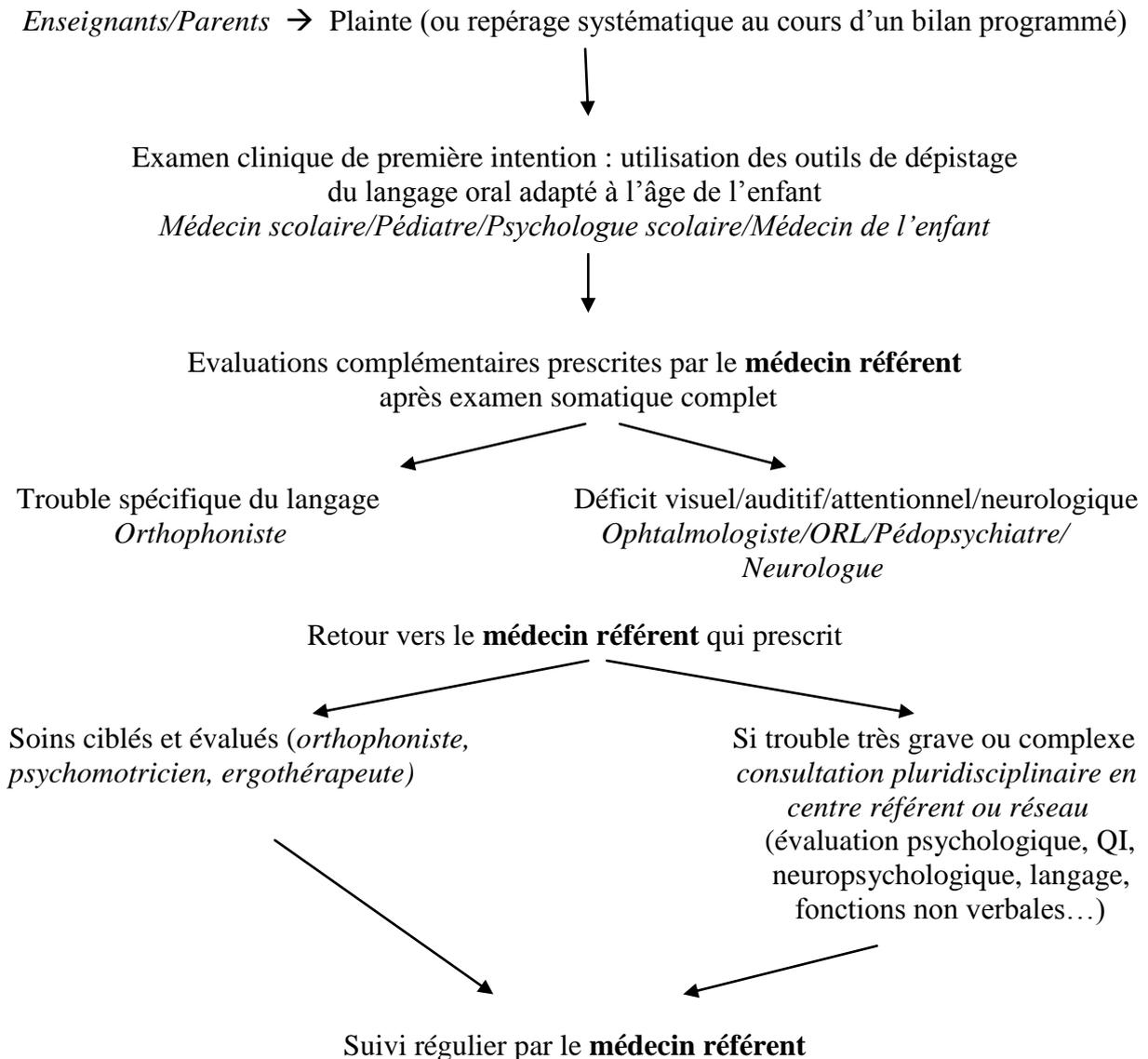
psychomotricité ou ergothérapie devant une suspicion de dyspraxie. Elle permettra ensuite de suivre également le profil évolutif de l'enfant pris en charge.

De par sa spécificité, cette batterie d'évaluation entre déjà dans le domaine de compétence du spécialiste, notamment le neuropédiatre, mais il est intéressant pour un médecin généraliste d'avoir une approche des tests qui peuvent être réalisés en première intention lorsqu'il adresse un enfant pour troubles du langage oral ou des apprentissages dans un centre spécialisé, car il reste un des référents de l'enfant dans sa prise en charge globale.

D'autres test sont également disponibles sur le marché tels que **EVAL MATER** (32) qui se veut une évaluation pédiatrique des compétences langagières et psychomotrices lors du bilan de santé en école maternelle (entre 3 ans 6 mois et 4 ans 6 mois). Il n'a pas été évalué dans le rapport de la commission d'experts chargés d'élaborer, au niveau national, des recommandations sur les outils à usage des professionnels de l'enfance dans le cadre du plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage (19). C'est un outil récent en cours d'évaluation mais qui semble bien accueilli par les médecins de PMI à qui il se destine. La passation est de 10 minutes pour ce qui est du bilan langagier et les tests psychomoteurs. Le bilan de langage évalue l'expression et la compréhension langagière tant sur le plan phonétique qu'au niveau linguistique. Le test comprend ainsi 46 items (dénominations d'images, description d'une scène de la vie quotidienne, répétition de mots, exécution de consignes, désignations d'images phonétiquement proches...) aboutissant à un score final compris entre 0 (échec à tous les items) et 57 (réussite à tous les items).

III.4. DU REPERAGE A LA PRISE EN CHARGE, ROLE DES DIFFERENTS INTERVENANTS

III.4.1. Schéma de prise en charge :



Chaque professionnel a un rôle qui lui est propre en fonction de ses compétences, de sa formation aux troubles du langage, de sa connaissance des différents outils de dépistage et de sa place dans la vie de l'enfant.

III.4.2. Prescription d'un bilan orthophonique (33) (cf annexe 3)

La prescription d'un bilan orthophonique doit se concevoir en fonction de l'âge de l'enfant, mais peut avoir lieu dès 3 ans, voire avant. Il y a indication à un bilan orthophonique dans les cas suivants :

Chez l'enfant entre 3 et 4 ans

- ✓ Absence de langage intelligible.
- ✓ Absence de structures grammaticales (3 mots dont un verbe associé à 3 ans).
- ✓ Troubles de la compréhension.

Chez l'enfant entre 4 et 5 ans

- ✓ Troubles de l'expression ET de la compréhension même peu sévères.

Un retard dans l'expression isolé peut être pris en charge par une surveillance simple avec réexamen 6 mois plus tard.

Dès 5 ans, le bilan est justifié dans tous les cas cités précédemment mais aussi devant tout trouble du langage identifié par un test de dépistage. On entre dans la période des apprentissages préscolaires et la persistance d'un trouble du langage, en particulier de troubles phonologiques, pourra gêner l'apprentissage de la lecture.

Le bilan orthophonique va préciser le type de trouble et sa gravité en évaluant l'aspect expressif (phonologie, vocabulaire, morphosyntaxe et récit), réceptif (perception et compréhension) et pragmatique (emploi du langage dans les interactions sociales et familiales).

La prise en charge orthophonique avant 4/5 ans peut consister en une guidance parentale plus ou moins une rééducation orthophonique. Après l'âge de 5 ans, si le bilan confirme l'existence d'un trouble spécifique du langage, la prise en charge orthophonique est toujours nécessaire.

III.4.3. Les différents centres pluridisciplinaires spécialisés

Pour aider au diagnostic, une fois le trouble du langage mis en évidence, le médecin référent peut faire appel aux compétences de divers intervenants. Il convient d'emblée d'éliminer un trouble du langage associé à un déficit quel qu'il soit (auditif, intellectuel, neurologique, de la communication tel que l'autisme, carences psycho-affectives). Le trouble du langage peut s'intégrer à un retard de développement plus global dû à une pathologie constitutionnelle ou acquise. Il s'agit de rechercher (33) :

- ✓ Un déficit sensoriel notamment auditif : bilan auditif avec examen des tympans et test à la voix chuchotée hors de la vue de l'enfant +/- examen audiométrique complet par un ORL.
- ✓ Une pathologie neurologique : examen neurologique complet et évaluation des acquisitions psycho-motrices, recherche d'antécédents familiaux et personnels, d'un trouble neurologique moteur, d'une dysmorphie, d'un syndrome neuro-cutané, d'anomalies du périmètre crânien ; un avis neuro-pédiatrique doit être demandé devant tout signe inquiétant.
- ✓ Un trouble cognitif non verbal : évaluation des fonctions non verbales par des tests spécifiques (PER 2000, BREV).
- ✓ Un trouble envahissant du développement : évaluation des capacités de communication et de socialisation.
- ✓ Des carences dans l'environnement de l'enfant : défaut de scolarisation, insuffisance de stimulation langagière, affective...

Si l'enfant présente un retard psycho-moteur, il peut être adressé au *Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP)*. Il y a environ 250 CAMSP en France. Ils interviennent auprès des enfants de 0 à 6 ans et de leurs familles pour le dépistage précoce des déficiences motrices, sensorielles ou mentales. Ils exercent des actions préventives. Ils assurent également une guidance familiale dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'enfant. Certains CAMSP assurent le suivi spécifique annuel des anciens prématurés. Les CAMSP peuvent dépendre d'une structure publique (Conseil général...) ou de structures privées (les associations). Les professionnels du CAMSP (pédiatres, psychomotriciens, psychologues, orthophonistes, éducateurs de jeunes enfants, puéricultrices...) ont pour objectif le dépistage et le traitement des enfants de 0 à 6 ans atteints d'un handicap en vue d'une adaptation sociale et éducative (34) (35).

D'autres structures existent pour la prise en charge de difficultés entrant dans le cadre de pathologies neuro-psychologiques. Les *Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)* et *Centres Médico-Psychologiques (CMP)* pour enfants assurent, pour les enfants et adolescents de 3 à 18 ans, le dépistage et la rééducation de troubles neuro-psychologiques (difficultés psychomotrices, orthophoniques, troubles de l'apprentissage) ou de troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapeutique ou psycho-pédagogique sous autorité médicale.

Existant depuis 2004, les *Centres de référence pour les troubles du Langage et des Apprentissages (CLAP)* font suite aux recommandations émises dans le Plan d'Action Pour les Enfants Atteints d'un Trouble Spécifique du Langage remis aux ministres de la santé et de l'éducation nationale en mars 2001. Le rapport préconisait d'« identifier et promouvoir dans les centres hospitaliers universitaires des centres référents, formés d'équipes pluridisciplinaires permettant d'élaborer des diagnostics précis, de proposer des modes de prise en charge et d'envisager des études ou des recherches sur l'évaluation de ces prises en charge » (20). Ces centres (38 en France actuellement) ont pour objectif de proposer une évaluation complète de la problématique de l'enfant au cours d'un bilan médico-

psychologique. Les résultats sont restitués aux parents pour élaborer un projet thérapeutique et pédagogique avec les différents intervenants extérieurs nécessaires. Les CLAP jouent le rôle de relais diagnostic pour établir le lien avec les professionnels, aider aux aménagements pédagogiques (médecin scolaire, psychologue scolaire, enseignants, médecins référents), spécifier les points de rééducation nécessaires, en orthophonie notamment. Ces centres sont destinés aux enfants présentant des troubles sévères des apprentissages (environ 1% des enfants entre 3 et 15 ans) (36).

III.5. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE

Prise en charge des enfants en médecine générale

Le recours au médecin généraliste pour la prise en charge des enfants a fait l'objet d'une étude récente (37). Les enfants de moins de 16 ans représentent ainsi 13 % de l'ensemble des consultations qui se concentrent essentiellement autour de pathologies généralement bénignes (affections des voies respiratoires hautes) et de survenue aiguë (70,6%). Les actes de prévention et de dépistage concernent 13,2 % des consultations et essentiellement des actes de vaccination (plus de la moitié). Cela laisse peu de place à des examens plus complets de prévention au cours desquels une exploration de la fonction langagière peut être réalisée. De plus, près de la moitié des consultations de prévention s'adressent à des enfants de plus de 6 ans (46,4 %). Il apparaît que les enfants vus par le médecin généraliste au cours d'une consultation dédiée à la prévention où la question du langage oral pourrait être abordée de façon précoce sont peu nombreux. Parmi tous les enfants bénéficiant d'actes de prévention, 13,9 % sont bénéficiaires par la situation de leurs parents de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire. Dans cette étude, les populations qui devraient bénéficier en priorité d'actes de prévention sont celles qui sont le plus exclues du système de santé car en situation de précarité. On constate ici qu'elles consultent peu les médecins dans le cadre de la prévention et du dépistage. Il persiste donc une difficulté d'accès au soin pour ces enfants potentiellement les plus à risques.

En ce qui concerne la prévention, des recommandations pour la pratique professionnelle ont été éditées par la Haute Autorité de Santé (38) en 2005. Il est précisé : «le dépistage des troubles du langage oral apparaît comme indispensable entre l'âge de 3 et 6 ans, même en l'absence de plainte, et doit se baser sur les outils disponibles et être adapté à l'âge de l'enfant».

À l'âge de 3 ans, il s'agit d'évaluer le langage de l'enfant : fait-il des phrases, emploie-t-il des articles et conjugue-t-il des verbes ?

À l'âge de 4 ans, le groupe de travail s'est positionné pour l'utilisation et le développement d'outils du type ERTL 4. En cas de bilinguisme et de troubles du langage oral, l'entretien avec les parents cherchera à identifier des troubles du langage dans la langue maternelle.

À l'âge de 6 ans, le groupe de travail a proposé l'utilisation d'outils type BSEDS 5-6, ERTLA6 ou BREV. Ce dépistage doit être réalisé en santé scolaire, conformément au Code de la santé publique, ou à défaut en médecine de ville.

Une étude de faisabilité en pratique de ville a été menée auprès des généralistes des Côtes d'Armor (39). Le test des trois questions à poser aux parents à l'âge de trois ans a été considéré comme applicable par 90 % des médecins. En revanche, la réalisation du test ERTLA4 proposée à quatre ans ne semble possible que pour 6 % des médecins (63 % ne se sont pas prononcés concernant le test). En effet, seulement 2 % affirme l'utiliser. Parmi les 98 % qui ne l'utilisent pas: 72 % ne le connaissent pas et 14 % le considèrent comme prenant trop de temps pour sa réalisation. Les médecins basent leur dépistage essentiellement sur un entretien avec les parents (68 % d'entre eux) ou la description d'une image par l'enfant (39 % des cas). Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour le dépistage des troubles du langage semblent être dans cette étude la méconnaissance des différents tests notamment ERTLA4 ainsi qu'un manque de temps (le test nécessitant effectivement une certaine concentration de l'enfant) pour sa réalisation. Les entretiens réalisés auprès des médecins généralistes de Vandoeuvre laissent transparaître le même type de difficultés (cf chapitre V).

III.6. CONTEXTE SPECIFIQUE DE L'ENFANT BILINGUE

L'enfant bilingue peut se définir, simplement, comme pratiquant deux langues, soit de façon active (les deux étant utilisées à des fins de communication) ou passive (pour une des deux langues).

Les circonstances conduisant au bilinguisme sont multiples :

- L'enfant est au contact de deux langues au moment où il apprend à parler, c'est le bilinguisme précoce simultané.
- L'enfant apprend à parler successivement deux langues de façon rapprochée dans le temps (découverte d'une seconde langue à l'entrée à l'école alors que la langue maternelle est différente de celle de la société qui l'entoure), c'est le bilinguisme précoce consécutif.
- L'enfant apprend secondairement la langue parlée par ses parents de façon scolaire lors d'un retour au pays d'origine.

Dans les milieux socio-économiques défavorisés, la situation correspond plutôt à celle d'enfants de migrants qui, par le vécu souvent difficile de leurs parents, peuvent se trouver en situation de vulnérabilité. L'événement migratoire parental peut avoir un impact sur le fonctionnement psychique de l'enfant. En effet, la migration entraîne une rupture et a une influence sur la transmission parents-enfants et le développement au quotidien de l'enfant qui vit dans un univers clivé. L'enfant se situe à la croisée de deux cultures et donc de deux langues, ce qui peut jouer un rôle déterminant dans l'acquisition d'un langage de qualité ou non. Par exemple, au centre référent du langage de l'hôpital d'Avicenne, environ 60% des

enfants sont issus de la migration (40). Ce clivage se traduit parfois par un mutisme extra-familial dit «sélectif». En effet, l'enfant utilise un langage normal à la maison mais est muet dès qu'il sort de ce cadre. Le mutisme extra-familial est 3 à 4 fois plus élevé chez les enfants de migrants et un facteur anxieux a été mis en avant. Certains auteurs ont émis l'hypothèse que ce mutisme serait une variante de la phobie sociale chez les enfants de migrants (41).

Bien sûr, toute situation de bilinguisme n'aboutit pas de façon inéluctable à des difficultés de langage pour l'enfant. Cela peut être aussi à l'origine d'un formidable métissage culturel. Chaque enfant est différent et l'apprentissage de deux langues peut se faire de plusieurs manières. Certains enfants apprennent de manière analytique s'intéressant à la construction du langage et à ses règles, d'autres apprennent de manière expressive, se centrant plus sur l'interlocuteur et l'échange, quitte à tâtonner plus longtemps pour acquérir tous les codes de la langue utilisée (42). Les études récentes tendent à prouver que le bilinguisme peut être un avantage lors de l'apprentissage de la lecture, par une conscience phonologique plus aiguisée notamment, lorsque les deux langues sont assez proches et en dehors de tout contexte défavorisé (43).

III.7. L'ENFANT EN MILIEU SOCIO-ECONOMIQUE DEFAVORISE

Depuis 1981, il existe en France des Zones d'Education Prioritaire qui sont déterminées essentiellement sur des critères sociaux. L'objectif initial était d'attribuer des moyens supplémentaires pour compenser les effets des difficultés socio-économiques et permettre aux enfants scolarisés d'obtenir de meilleurs résultats scolaires.

Cette politique a été relancée en 1990, 1997 puis 2006 pour créer des réseaux d'éducation prioritaire puis des réseaux «ambition-réussite».

Des études ont été menées pour affirmer le rôle de l'environnement socio-économique sur les performances scolaires. En 2008, une étude a porté sur 1062 enfants (1020 élèves de CE1 et 42 redoublants le CP) de la région parisienne scolarisés dans 3 zones d'éducation distinctes (44). Le taux de troubles sévères augmentait dans les populations défavorisées. Le décalage entre les populations d'enfants persistait jusqu'à la fin de la scolarité. En fait, les compétences préscolaires sociales et cognitives des enfants issus des milieux défavorisés sont plus faibles (moins prêts pour l'école, moins de connaissances numériques et alphabétiques). Ces lacunes seraient en partie consécutives aux ressources économiques et éducatives moindres de ces familles. Les effets de la précarité persistent à des degrés divers tout au long du parcours scolaire entraînant des répercussions cognitives et comportementales. Les déficits cognitifs à la base de certains troubles de lecture semblent être liés à un déficit en conscience phonologique. Ce déficit pourrait être d'origine génétique-neurobiologique et/ou environnementale et ses répercussions sur la lecture modulées par le milieu socio-culturel environnant.

A la suite de cette étude, 181 enfants faibles lecteurs issus de la première cohorte ont été suivis (45). Les variables cognitives prédictives du niveau de lecture et d'orthographe semblent être les compétences phonologiques et l'attention.

De nombreuses recherches ont montré les liens entre l'apprentissage de la lecture et la capacité à identifier, à manipuler de façon intentionnelle les unités phonologiques de la langue orale. La conscience phonologique peut être définie comme l'aptitude à percevoir, produire et se représenter la langue orale comme une séquence d'unités ou de segments comme la syllabe, la rime, le phonème. D'autres recherches ont montré que l'entraînement de la conscience phonologique consistant en une pratique régulière d'exercices oraux fait progresser plus rapidement l'enfant prélecteur et favorise l'apprentissage de la lecture (13). Une étude a ainsi porté sur 2265 élèves de dernière année de maternelle de l'académie de Grenoble. Au début de l'année, les élèves les plus jeunes étaient moins performants en conscience phonologique mais rattrapaient les autres élèves après 6 mois de scolarisation, preuve du rôle positif de l'école et des exercices de langage. Le niveau de conscience phonologique des enfants semblaient corrélé au niveau d'études de la mère. L'entraînement phonologique en petits groupes a permis de faire progresser les enfants en difficulté (ces résultats ont-ils été corrélés au niveau de lecture ultérieur ?) d'où la nécessité de mettre en place des actions visant à réduire les inégalités pour un meilleur accès à la lecture. Le constat est donc lourd pour ces enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés et il est difficile de réduire ces disparités sociales. C'est pourquoi les moyens d'actions sont essentiellement scolaires ou préscolaires.

IV. ETAT DES LIEUX DES DIFFICULTES LANGAGIERES

MISES EN EVIDENCE LORS DES BILANS EN

MOYENNE SECTION DE MATERNELLE AU COURS DE

L'ANNEE 2008/2009 CHEZ LES ENFANTS SCOLARISES A

VANDOEUVRE

IV.1. PRINCIPES ET DEROULEMENT DES BILANS EN ECOLE MATERNELLE EN MEURTHE-ET-MOSELLE

IV.1.1. Présence du service de P.M.I. sur la commune de Vandoeuvre-lès-Nancy

La Protection Maternelle et Infantile est une des compétences du département et dépend donc du conseil général. Son organisation est sectorisée. Le département de Meurthe-et-Moselle est divisé en 6 territoires, adoptés en 2003, qui suivent les périmètres des pays et intercommunalités, pour être au plus près des projets de développement portés par les acteurs territoriaux (46). La commune de Vandoeuvre se situe sur le territoire de Nancy et couronne et compte (au moment des bilans en école maternelle dont les données ont été étudiées) trois centres médico-sociaux répartis au sein des quartiers de Vandoeuvre Est, du Charmois et de Lorraine.



Les six territoires d'action du Conseil Général de Meurthe-et-Moselle

Le centre médico-social (CMS) est un équipement de proximité du conseil général. Il est animé par une équipe pluridisciplinaire de professionnels chargée :

- d'informer, accompagner et protéger les personnes et les familles (enfants, adultes, personnes âgées et handicapées).
- de mettre en oeuvre des actions de prévention et d'insertion adaptées à chacun dans le cadre de la lutte contre les exclusions.
- de mener des actions de santé en direction des familles, des enfants, des femmes enceintes.



Les équipes travaillent en étroite collaboration avec les acteurs locaux (associations, acteurs publics, institutions). Elles participent à des démarches de réflexion et de diagnostics afin d'apporter les meilleures réponses aux besoins des publics rencontrés.

Les équipes de la PMI sont présentes au sein des centres médico-sociaux et comptent divers professionnels de la petite enfance (puéricultrices, sage-femme, éducatrice de jeunes enfants, médecins de PMI, secrétaires). Ces équipes sont coordonnées par un médecin territorial de PMI.

IV.1.2. Place de la Protection Maternelle et Infantile au cœur des dépistages

D'une mission de protection sanitaire définie par l'ordonnance de 1945 pour réduire la mortalité infantile, le service de PMI a évolué vers une démarche de prévention globale et de promotion de la santé (47). La circulaire du 16 mars 1983 est venue préciser son rôle dans la mise en place d'actions médico-sociales visant à réduire les inégalités devant la santé qui sont particulièrement marquées chez l'enfant. Complétée ensuite par la loi du 18 décembre 1989 (48), l'action des services de PMI en école maternelle devient une mission obligatoire.

En Meurthe-et-Moselle, tous les enfants du département bénéficient donc d'un bilan qui est réalisé au cours de l'année de la moyenne section de maternelle, c'est-à-dire vers l'âge de quatre ans. Le taux de couverture se rapproche au fil des ans de 100% et la plupart des enfants sont vus, accompagnés de leurs parents, lors de bilans de santé complets (parfois lors de dépistages sensoriels élargis).

Ce bilan est assuré par une équipe composée le plus souvent d'un médecin de PMI et d'une puéricultrice. L'examen se découpe en plusieurs temps :

- Evaluation des compétences de l'enfant au niveau du graphisme (reproduction de figures géométriques, écriture du prénom, dessin du bonhomme), des praxies (réalisation d'un escalier avec 3 puis 6 cubes), de la motricité fine (découpage sur une ligne, rebouchage d'un feutre), de la coordination visuo-motrice (barreaux d'une échelle dessinée à compléter), des premiers apprentissages (dénombrement, reconnaissance des couleurs).
- Test de repérage de difficultés langagières (passation de l'ERTL4).
- Dépistage sensoriel concernant l'audition (test audiométrique, test à la voix chuchotée), la vision (étude de la vision de loin, test de Lang, recherche d'un strabisme, d'une amblyopie).
- Evaluation de la psychomotricité (saut à pied joints, marche sur les talons puis sur la pointe des pieds, jeu avec un ballon).
- Examen somatique (auscultation cardio-pulmonaire, examen otoscopique, contrôle de la pression artérielle, évaluation de la croissance staturo-pondérale).
- Entretien avec les parents sur le développement affectif de l'enfant, ses habitudes de vie (hygiène, alimentation, sommeil, acquisition de la propreté), son comportement à la maison, son autonomie (habillage, brossage des dents).

La présence de l'un des deux parents est quasi systématique lors des bilans complets (92,7% des cas en 2008/2009) (49). Les bilans complets représentent 74,5% des bilans réalisés en 2008/2009, chiffre en baisse en raison du manque d'effectifs médicaux sur le département. 25,5% des bilans sont réalisés sous la forme d'un dépistage sensoriel élargi, c'est-à-dire réalisé souvent par une puéricultrice (parfois deux) qui fait passer à l'enfant l'ensemble des épreuves de dépistage prévues sans l'examen somatique complet associé habituellement.

IV.2. CHOIX DU TEST ERTL4

En Meurthe-et-Moselle, les orthophonistes travaillent depuis de nombreuses années en collaboration avec les équipes de PMI. Dans le cadre des bilans de santé en école maternelle, les professionnels de la petite enfance évaluent les fonctions langagières de l'enfant. Un outil était donc nécessaire pour permettre une évaluation standardisée du langage s'appuyant sur le développement attendu du langage de cette tranche d'âge (4 ans environ).

Dans les suites d'un colloque de la société française de pédiatrie ambulatoire en 1992 à Nancy, une équipe d'orthophonistes a mis au point le test ERTL4. Ce test a fait l'objet d'une validation en 1998 (26) et est actuellement utilisé de façon systématique lors des bilans en école maternelle réalisés par le service de PMI en Meurthe-et-Moselle. Il est également employé dans 50 autres départements français. Son usage a été pensé à l'intention du médecin (de PMI, pédiatre ou médecin généraliste) car il permet en un temps de passation assez bref (environ 5 minutes) de repérer un trouble du langage, mais sans en préciser ni la nature ni le

caractère spécifique. Il s'adresse à une tranche d'âge (3 ans et 9 mois à 4 ans et 6 mois) où l'enfant, selon de nombreuses études psycho-linguistiques, maîtrise les règles spécifiques du langage et est apte à assimiler les différents apprentissages qui s'appuient sur celui-ci (50). La mission de la PMI s'adresse aux enfants de la naissance à 6 ans puis passe ensuite le relais à la médecine scolaire. L'âge clé de 4 ans est donc le moment propice pour un bilan de santé complet et notamment pour l'évaluation du langage car on se situe avant le début de l'apprentissage de l'écriture, fortement conditionnée par une bonne maîtrise du langage oral.

IV.3. RELEVÉ DES DONNÉES DE L'ANNÉE SCOLAIRE 2008-2009

IV.3.1. Présentation du travail autour des difficultés langagières des enfants

Les médecins de Protection Maternelle et Infantile assurant les consultations de la petite enfance et les bilans en école maternelle sur la commune de Vandoeuvre sont souvent confrontés à des enfants en difficulté avec l'apprentissage du langage. Il semblait opportun d'objectiver ces troubles pour ensuite pouvoir proposer aux différents professionnels concernés des clés de réponse afin d'aider et accompagner au mieux ces enfants.

Souhaité par le Conseil Général, un partenariat autour du Contrat Urbain de Cohésion Sociale et de la convention Etat/Département a permis la réalisation d'une recherche-action sur les troubles du langage chez les enfants scolarisés à Vandoeuvre-lès-Nancy et leur évolution dans le temps.

Cette recherche-action a ainsi été mise en place à partir de l'étude menée de façon exhaustive sur l'année scolaire 2006-2007 qui retrouvait 24,13% d'enfants où la question d'un trouble du langage oral se posait. Ce constat reposait sur les données issues du test ERTL4 réalisé auprès des enfants lors du bilan en école maternelle en moyenne section. Le suivi de cette cohorte d'enfants sur plusieurs années faisait partie des objectifs de cette recherche-action.

Début 2008, un contact s'est établi entre les orthophonistes, les pédiatres, le centre Médico-Psychologique de Vandoeuvre (qui participe à certaines activités de la PMI sur le quartier Vand'Est) et la PMI pour échanger sur cette problématique du langage. Les difficultés se retrouvent surtout dans la mise en œuvre et la poursuite de prises en charge spécialisées quand elles sont nécessaires. En juin 2008, un comité de suivi s'est constitué pour définir les objectifs par étape des actions à mettre en place. En 2009, des soirées de formations sur le langage de l'enfant se sont déroulées à destination des médecins généralistes (8 médecins y ont participé) puis des conférences pédagogiques en direction des enseignants (80 étaient présents). Parallèlement, des interventions ont été menées pour les structures d'accueil, les travailleurs sociaux, les bénévoles d'association. En septembre 2009, le groupe de suivi a organisé une conférence sur cette thématique qui a permis d'accueillir 80 personnes

d'horizons différents (travailleurs sociaux, médecins de PMI ou autre, membres d'association, puéricultrices, infirmiers du CMP...). Ce rendez-vous a permis de présenter :

- le devenir des enfants en CP d'après les données du Dr Martin, médecin de la mission de promotion de la santé en faveur des enfants.
- les dernières données concernant l'acquisition du langage écrit en milieu défavorisé, à partir des récentes études de Catherine Billard, présentées par le Dr Barondiot, neuropédiatre du Centre de référence pour les troubles du Langage et des Apprentissages.
- la méthode de rééducation orthophonique appelée «méthode distinctive», présentée par son auteur Mme Roy, orthophoniste.

En 2010, une formation originale a également été proposée aux différents acteurs du soin et de l'éducation sur la ville de Vandoeuvre : «Accueillir une autre culture» qui a regroupé 58 participants. Elle a permis d'aborder des thèmes comme le bilinguisme, la pluriculturalité, la migration et son rôle dans le développement parfois déficitaire du langage et de la communication.

Deux ans après le début de cette recherche-action, quels constats émergent concernant les enfants scolarisés à leur tour en moyenne section ? Les troubles sont-ils toujours aussi prégnants dans cette tranche d'âge ? Il semblait intéressant de reprendre les données de l'année scolaire 2008-2009 et éventuellement comparer l'évolution des résultats sur cette courte période.

IV.3.2. Présentation de la population étudiée

312 enfants sur les 326 inscrits en moyenne section de maternelle sur la ville de Vandoeuvre pour l'année scolaire 2008-2009 ont été vus en bilan de santé complet ou en dépistage sensoriel élargi (acuité visuelle, auditive, test de langage ERTL4, graphisme, motricité) au cours de bilans systématiques réalisés chaque année par le service de P.M.I.

Cela représente un taux de couverture de 95,71% (le taux départemental lors de la même année est de 94,8%). Sur ces 312 enfants, 110 dossiers où la question d'un problème de langage est posée ont été retenus (test ERTL4 perturbé, mutisme pendant l'examen, enfant déjà repéré ou pris en charge pour des troubles du langage), ce qui correspond à 35,26% soit plus d'un tiers des enfants vus au cours de ces bilans.

Deux ans auparavant (année scolaire 2006-2007), selon les mêmes critères, 84 dossiers posant la question d'un trouble du langage avaient été retenus sur 348 enfants vus en bilan (sur un total de 352 enfants inscrits sur la commune soit un taux de couverture de 98,86%). On comptabilisait 24,13% des enfants scolarisés, soit presque un quart, pour qui une difficulté d'acquisition du langage oral était soulevée. En deux ans, la situation semble s'être aggravée (nombreuses arrivées de familles d'origine étrangère ?).

IV.3.3. Observation statistique des données de l'année scolaire 2008-2009

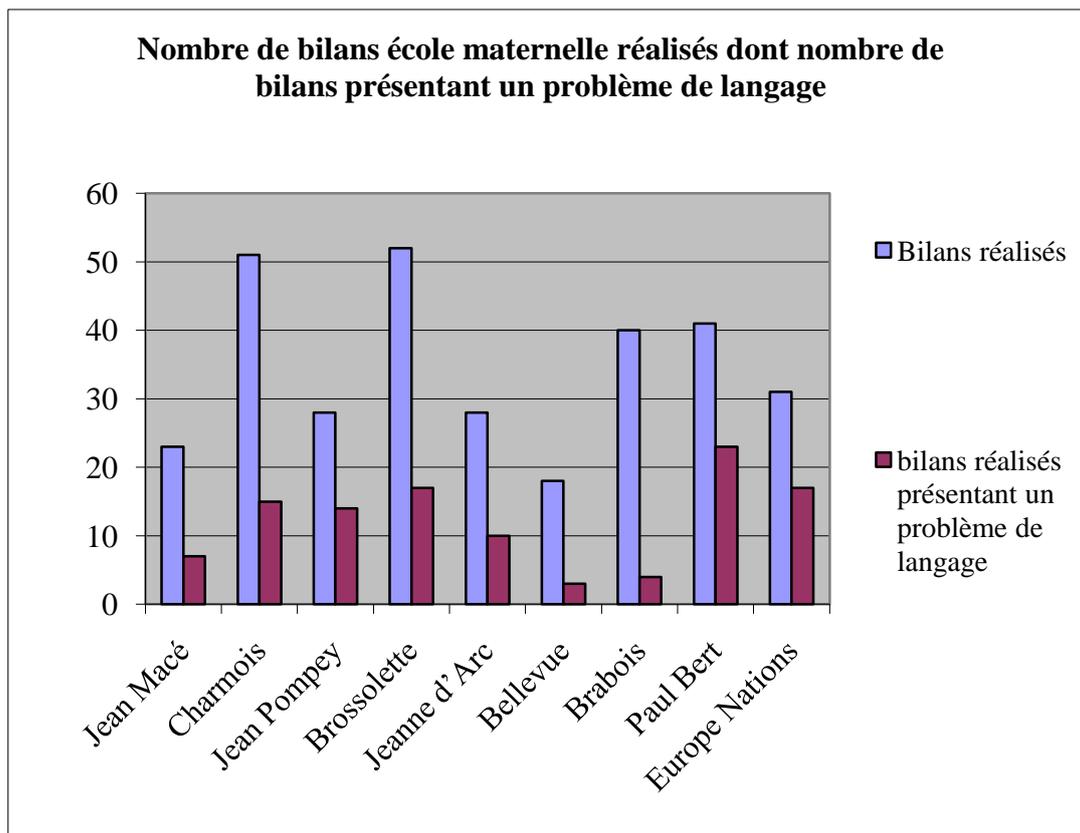
Les données présentées ci-dessous s'appuient sur le contenu des dossiers issus des bilans en école maternelle réalisés par la PMI au cours de l'année scolaire 2008-2009. Les dossiers des enfants considérés comme en difficultés face au langage oral ont été extraits de la totalité des dossiers issus de ces bilans et ont ensuite été analysés en fonction de multiples critères pour établir un état des lieux chiffré des caractéristiques de ces enfants en difficultés. Ces dossiers regroupent une multitude de situations car ont été inclus les dossiers d'enfants :

- Ayant un profil rouge au test ERTL4
- Déjà repérés car pris en charge en orthophonie
- Ayant présenté un mutisme lors de l'examen
- Ne parlant pas encore le français pour des raisons diverses. (arrivée en France récente pour cause d'adoption ou d'émigration récente, scolarisation tardive chez un enfant issu d'une famille d'origine étrangère)

110 dossiers ont donc été étudiés, représentant 35,26% des enfants vus en bilan de moyenne section de maternelle. Au niveau des statistiques départementales au cours de la même année scolaire, 23,5% des enfants de 4 ans présentait, après passation du test ERTL4, un trouble du langage qui était soit connu soit nécessitait un bilan orthophonique ou une réévaluation à six mois.

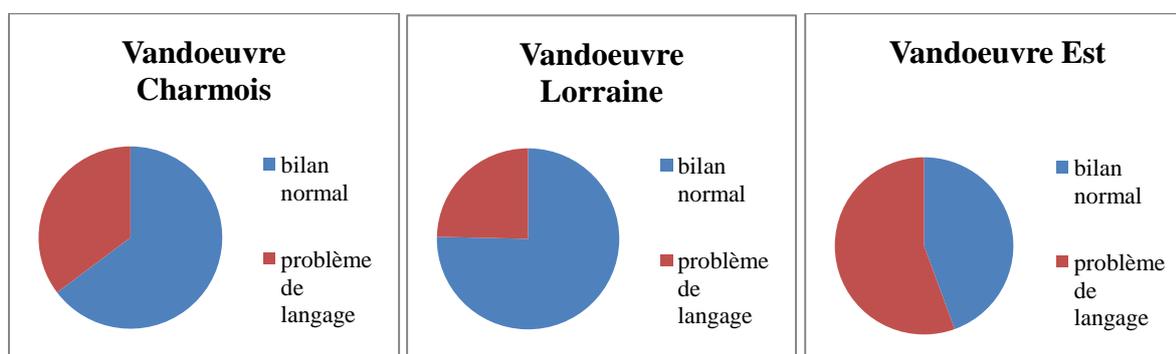
IV.3.3.a. Répartition des enfants par école

Centre médico-social	Nom de l'école	BEM saisis	Problème langage	Pourcentage
Vandoeuvre Charmois	Jean Macé	23	7	30,43%
	Charmois	51	15	29,41%
	Jean Pompey	28	14	50,00%
Vandoeuvre Lorraine	Pierre Brossolette	52	17	32,69%
	Jeanne d'Arc	28	10	35,71%
	Bellevue	18	3	16,67%
	Brabois	40	4	10,00%
Vand'Est	Paul Bert	41	23	56,10%
	Europe Nations	31	17	54,84%
Totaux		312	110	35,26%



IV.3.3.b. Répartition des enfants par secteur

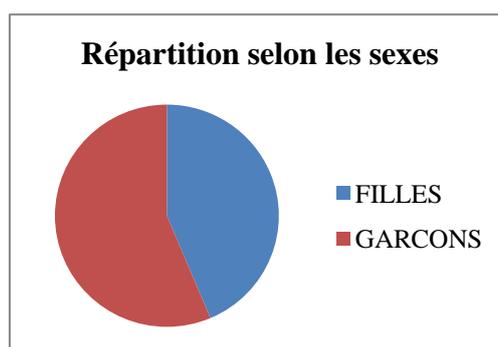
Vandoeuvre Charmois	36 sur 102	Soit 35,29%
Vandoeuvre Lorraine	34 sur 138	Soit 24,64%
Vandoeuvre Est	40 sur 72	Soit 55,56 %



On constate une répartition très inégale selon les quartiers où les enfants sont scolarisés (qui correspondent pour la plupart aux lieux d'habitation des familles). Le quartier Vand'est semble très touché.

IV.3.3.c. Répartition de la cohorte selon le sexe des enfants

CMS	Nom de l'école	Garçons	Filles	Total
V. Charmois	Jean Macé	5	2	7
	Charmois	12	3	15
	Jean Pompey	8	6	14
V. Lorraine	Pierre Brossolette	8	9	17
	Jeanne d'Arc	5	5	10
	Bellevue	0	3	3
	Brabois	3	1	4
Vand'Est	Paul Bert	11	12	23
	Europe Nations	10	7	17
Totaux		62	48	110
Pourcentages		56,36%	43,64%	100%



On constate une proportion de 56,36 % de garçons pour 43,64 % de filles (mais la proportion n'est pas connue parmi les 312 enfants de moyenne section).

L'enquête triennale menée en 1999-2000 par les médecins et infirmières de la mission de promotion de la santé auprès de 30 000 enfants de grande section de maternelle met en évidence des troubles et retards du langage plus fréquents chez les garçons, d'autant plus s'ils sont scolarisés en ZEP (51).

Cette inégalité questionne au niveau de l'apprentissage du langage oral comme celui du langage écrit. Il est mis en évidence dans la majorité des études sur la dyslexie.

IV.3.3.d. Activités des deux parents

CMS	Nom de l'école	père			mère		
		Oui	Non	NR	Oui	Non	NR
Vandoeuvre Charmois	Jean Macé	7	0	0	4	3	0
	Charmois	9	2	4	7	5	3
	Jean Pompey	7	2	5	4	9	1
Vandoeuvre Lorraine	Pierre Brossolette	13	2	2	10	5	2
	Jeanne d'Arc	8	0	2	3	6	1
	Bellevue	2	0	1	2	1	0
	Brabois	2	0	2	2	1	1
Vandoeuvre Est	Paul Bert	15	2	6	4	16	3
	Europe Nations	9	4	4	4	12	1
Totaux		72	12	26	40	58	12

Dans les non renseignés (NR), ont été inclus les pères absents et ceux où a été cochée la rubrique «autre» (souvent étudiants ou réfugiés) du dossier.

Si l'on étudie par secteur les deux items activités du père, de la mère, oui/non, on obtient les données suivantes :

CMS	père		mère	
	Oui	Non	Oui	Non
V Charmois	23	4	15	17
V Lorraine	25	2	17	13
Vand'Est	24	6	8	28
Totaux	72	12	40	58

A relever, la forte proportion de mères sans activité professionnelle. Sur le secteur Vandoeuvre Lorraine, beaucoup d'entre elles sont d'origine étrangère (Turquie, Maghreb, Asie, pays de l'Est). Sur Vand'Est, il s'agit plutôt de mères isolées (ces informations sont obtenues par les travailleurs médico-sociaux de ces secteurs).

Pourcentages d'activité des parents par rapport au total des dossiers retenus :

- 65,45 % des pères sont en activité ; 36,36 % des mères.
- 10,91 % des pères ne sont pas en activité ; 52,73 % des mères ne sont pas en activité.

Seulement 36,36 % des mères de l'étude ont une activité professionnelle.

Taux d'activité professionnelle des mères relevés au niveau des statistiques départementales:

- Pôle Ouest : 51,5 %
- Département : 61,4 %

D'après les statistiques de la ville de Vandœuvre : pour le quartier Vandœuvre-Nations (dont font partie Vand'est et Vandœuvre Lorraine), le taux de chômage atteint 16,42% alors qu'il s'élève à 11,72% sur le reste de l'agglomération et le revenu moyen par famille est inférieur de 15% aux revenus constatés sur l'agglomération (52).

IV.3.3.e. Antécédents des enfants

✓ Etude des dossiers PMI

18 enfants avaient un dossier à la coordination de l'enfance du pôle, ce qui correspond à 16,36% des enfants retenus.

Les causes d'ouverture de dossiers se déclinent comme suit :

Prématurité sévère, réanimation néonatale, complications périnatales	6
Difficultés familiales multiples (avec prise en charge PMI, secteur, Aide Sociale à l'Enfance, Judiciaire...)	7
Pathologie psychiatrique de la mère	1
Retard psychomoteur et pathologie psychiatrique de l'enfant	1
Mère isolée et mineure à la naissance de l'enfant	1
Non renseigné	2

Au niveau du suivi PMI, hors pathologies liées à la prématurité ou à un handicap, se déclinent plusieurs situations susceptibles de retard ou de trouble de langage ultérieur : précarité globale (matérielle et culturelle), violences intrafamiliales, problème d'hygiène de vie (avec tabagisme) augmentant la fréquence des pathologies ORL s'accompagnant de dysfonctionnement tubo-tympanique pouvant gêner l'audition, donc l'acquisition du langage.

✓ Etude des certificats de santé

Ceux-ci ont été recherchés pour l'ensemble des enfants de l'étude grâce à la saisie informatique systématique obligatoire de tous les certificats de santé.

Certificats du 8^{ème} jour :

Un problème était signalé sur 9 d'entre eux (8,18 %) : prise en charge néonatale pour différents motifs (épilepsie, prématurité à 34 SA, infection materno-fœtale, prématurité induite par césarienne pour raison maternelle) d'où l'ouverture d'un dossier PMI.

Certificats du 9^{ème} mois :

Un problème était signalé sur 19 d'entre eux (17,27 %) : infections ORL à répétition, cardiopathie, allergies, trouble de la vision, troubles moteurs, pneumopathie, prise pondérale à surveiller, épilepsie, ostéoarthrite, hypotonie pyélique.

Certificats du 24^{ème} mois :

Un problème était signalé sur 22 d'entre eux (20 %) : bilan d'hypotrophie, infections ORL récidivantes, RGO, pyélectasie bilatérale, problèmes dentaires, intolérance aux PLV, ectopie testiculaire ou encore fracture.

10 concernaient un problème de langage (ne nomme pas une image : 5 enfants concernés, langage pauvre ou retard de parole : 5 enfants concernés) soit 9,10 % des enfants de l'étude.

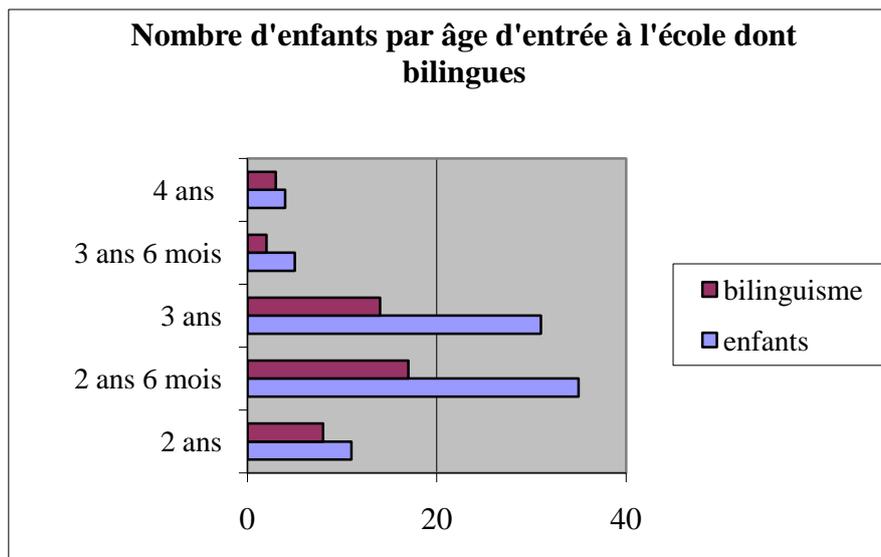
Ces résultats sont donc loin de ceux observés dans l'étude bien qu'on sache que les signes prédictifs de troubles du langage ultérieurs peuvent déjà être présents dès 2 ans et qu'une prévention de ces troubles peut être envisagée très tôt.

IV.3.3.f. Age de l'enfant à l'entrée à l'école

L'item est renseigné 86 fois.

La plupart de ces enfants ont été scolarisés avant ou à 3 ans, donc assez tôt.

Age	enfants	Dont bilingues
2 ans	11	8
2 ans 6 mois	35	17
3 ans	31	14
3 ans 6 mois	5	2
4 ans	4	3



Les statistiques départementales mettent en évidence la forte proportion d'enfants scolarisés à 2 ans au niveau du pôle Ouest (dont Vandoeuvre) : 47,9 % pour un taux départemental de 26,9 %.

Différentes études suggèrent de meilleures performances chez les enfants de familles d'origine étrangère en difficulté lorsqu'ils ont été scolarisés tôt. De plus, lorsque le niveau d'études de la mère est bas, les performances en conscience phonologique (valeur prédictive de la réussite de l'apprentissage de la lecture) sont significativement supérieures chez les enfants scolarisés avant deux ans que ceux entrés à l'école après 3 ans (13).

IV.3.3.g. Age de l'enfant lors du bilan

Age de l'enfant	Nombre d'enfants
3 ans 9 mois	0
3 ans 10 mois	2
3 ans 11 mois	6
4 ans	6
4 ans 1 mois	6
4 ans 2 mois	9
4 ans 3 mois	8
4 ans 4 mois	11
4 ans 5 mois	11

4 ans 6 mois	10
4 ans 7 mois	5
4 ans 8 mois	8
4 ans 9 mois	6
4 ans 10 mois	4
4 ans 11 mois	3
5 ans et plus	7
Non renseigné	8
TOTAL	110

Quelques test ont été réalisés au-delà de l'âge cible. On aurait donc pu s'attendre à de meilleurs résultats de la part de ces enfants. (ERTL4 s'adresse à des enfants de 3 ans 9 mois à 4 ans 6 mois)

IV.3.3.h. Document à remplir par l'enseignant

62 documents remplis par l'enseignant étaient joints au dossier de l'enfant transmis pour l'étude.

45 évoquaient un problème de langage chez l'enfant, associé ou non à d'autres difficultés.

Détail des observations des enseignants :

Attitude générale

Calme (trop), timide, apathique : 8

Instable en classe : 3

Turbulent : 3

Agressif : 2

Trouble du comportement : 1

Agité en récréation : 3

Total : 20 (32,26%) des 62 enfants avec liaison écrite des enseignants.

Attention moyenne, mauvaise... : 8, soit 12,9 %

Suce pouce, index, un biberon d'eau : 8, soit 12,9 %

Adresse graphique mauvaise, moyenne, médiocre : 8, soit 12,9 %

Troubles du langage signalés (un ou plusieurs items possibles par enfant, dans l'ordre décroissant) :

N'articule pas suffisamment pour que le message soit compris : 21

Ne construit pas de phrases «sujet, verbe, complément» : 16

Ne communique pas spontanément avec l'adulte : 12

N'utilise pas le «je» : 7

N'utilise pas spontanément le langage oral dans ses activités : 1

Ne parle pas français, parle mal français, parents non francophones : 6

Orthophonie nécessaire : 5

Refuse de parler, mutisme : 2

Se demande si l'enfant comprend ce qui lui est dit : 5

Autres :

Absentéisme répété : 4 (2 justifié, 2 sans motif ou négligence familiale)

Suspicion de troubles visuels : 1

On ne peut pas généraliser ces résultats du fait de la faible proportion de réponses par rapport au nombre d'enfants au total (seulement 56,36%).

IV.3.3.i. Difficultés renseignées associées aux difficultés de langage

✓ Concernant l'audition :

4 sont signalés comme faisant des infections ORL à répétition.

7 enfants ont été, étaient encore, suivis par un ORL, 1 avec pose de drains. Soit 6,36% des enfants de l'étude.

5 enfants ont été adressés en ORL dont 3 retours : 1 bilan normal, **1** hypoacousie gauche, **1** surdité de transmission légère.

Enfants intestables ou refus : 12

Au total, 13 enfants, soit 11,82 % des enfants étaient concernés par un problème ORL avéré.

Le taux départemental est de 11,3 %

1 enfant présentait un frein de langue court et devait bénéficier d'une intervention avec amygdalectomie et adénoïdectomie, intervention déjà programmé lors du bilan à l'école.

✓ Concernant la vision :

13 enfants étaient déjà suivis par un ophtalmologiste pour troubles de la réfraction, strabisme.

33 autres enfants présentaient un bilan visuel anormal et ont été adressés en ophtalmologie.

5 enfants étaient instables dont 2 ont été adressés en ophtalmologie.

Au total, 48 enfants étaient concernés par un problème de vision avéré ou à évaluer, soit 43,64 % des 110 enfants de l'étude.

Le taux départemental est de 28,4 %

✓ Concernant la psychomotricité (sur 90 dossiers renseignés) :

11 enfants présentaient des difficultés légères.

3 enfants présentaient des difficultés importantes,

Au total, 14 enfants souffraient de difficultés psychomotrices, soit 15,56 %.

Le taux départemental est de 9,26 %

✓ Concernant la sphère psychoaffective :

16 enfants exprimaient des difficultés de comportement à la maison d'après les informations recueillies auprès des parents dont 2 enfants suivis par un pédopsychiatre et 1 enfant pris en charge dans le cadre du RASED.

17 enfants, 15,45 % de la cohorte, exprimaient des difficultés de comportement en classe d'après les enseignants. 2 des 17 enfants sont soutenus ou suivis par le RASED, 4 enfants sont suivis par un pédopsychiatre ou un psychologue.

Informations par les parents		Informations par l'école	
Accès de colères :	1	Mutisme :	2
Mutisme :	1	Trouble de l'attention, difficultés à se concentrer : 1 (dyspraxie spatio-temporelle)	
Troubles du comportement alimentaire :	2	Agressivité, instabilité :	7
Troubles sphinctériens :	3	Enfant turbulent :	3
Instabilité :	1	Difficultés de communication :	1
Angoisse :	1	Enfant réservé :	1
Troubles du sommeil : (surtout couchers tardifs)	7	Troubles du comportement :	2

✓ Concernant un problème somatique :

Chez les 78 enfants qui ont bénéficié d'un examen clinique et dont le dossier est renseigné :

Sphère bucco-dentaire:

Caries dentaires : 14

Non traitées : **11**, dont 5 syndromes du biberon dont un ayant déjà nécessité des extractions dentaires.

Déjà traitées : 10.

Au total, 11 des 78 enfants vus en bilan complet étaient porteurs de caries dentaires non traitées, soit : 14,10 % (et donc au moins 10% des 110 enfants).

Au niveau des statistiques départementales :

Le pourcentage départemental est de 6,33 %, dont 1,94 % syndrome du biberon.

Le taux de caries à soigner au niveau du pôle Ouest (dont Vandoeuvre) est de 10,9 %, dont 2,4 % de syndrome du biberon, c'est le plus élevé du département (49).

Il est utile de rappeler que le taux de caries dentaires non traitées est un indice de précarité (53).

Autres pathologies :

3 enfants souffrent d'un excès pondéral, dont 1 est suivi.

1 enfant a été adressé à son médecin traitant pour des troubles de la marche.

1 enfant est porteur d'une pyélectasie bilatérale.

1 enfant est porteur d'une sténose valvulaire pulmonaire.

1 enfant est porteur d'une cardiopathie congénitale.

2 enfants présentent un souffle cardiaque connu et surveillé.

1 enfant né prématurément à 35 SA a présenté dans les suites d'une méningite une hydrocéphalie drainée.

IV.3.3.j. Passation du test ERTLA

Nombre de tests réalisés auprès des 110 enfants de la cohorte	82	74,55%
Refus du test mais enfants repérés ou connu pour un problème de langage	11	10%
Tests non faits ou non réalisables	9	8,18 %
Mutisme	7	6,36 %
Non renseigné	1	0,91%

✓ Notion de bilinguisme :

L'item « bilinguisme » est renseigné juste avant le test.

50 enfants sont concernés par un bilinguisme familial.

31 enfants ne sont pas concernés.

29 dossiers sont non remplis pour cet item

Total : 50, soit 45,45 % des enfants concernés par l'étude.

Cette donnée recouvre néanmoins des situations de bilinguisme différentes d'un enfant à l'autre (âge d'arrivée en France, acquisition ou non de la langue maternelle...) donc à considérer avec précaution. Le taux de bilinguisme des 312 enfants de cette tranche d'âge sur Vandoeuvre n'a pas été analysé.

✓ Résultats du test par épreuve :

Epreuve 1	Vert	37
	Orange	18
	Rouge	22
	Non renseigné	5
Total orange ou rouge	40 soit 48,78 % des tests réalisés	

Epreuve 2	Vert	40
	Orange	13
	Rouge	23
	Non renseigné	6
Total orange ou rouge	36 soit 43,90 % des tests réalisés	

Epreuve 3	Vert	43
	Orange	2
	Rouge	26
	Non renseigné	11
Total orange ou rouge	28 soit 34,15 % des tests réalisés	

Voix	Vert	54
	Orange	4
	Rouge	2
	Non renseigné	22
Total orange et rouge	6 soit 7,32 % des tests réalisés	

Débit	Vert	57
	Rouge	0
	Non renseigné	25

✓ Résultats du test

Profil du test	Vert	13	15,85 %
	Orange	28	34,15 %
	Rouge	35	42,68 %
	Non renseigné	6	7,32 %
Total orange et rouge	63 soit 76,83 % des tests réalisés		

Sur les 110 enfants repérés comme ayant un problème au niveau du langage, 82 tests ont été réalisés, 9 ont été refusés, 7 n'ont pu être réalisés en raison d'un mutisme de l'enfant lors de l'examen, 11 n'ont pu être réalisés du fait des difficultés de l'enfant et/ou parce que le problème était connu.

63 ont un profil orange (28) ou rouge (35).

Parfois le test est considéré comme normal (quelques cas), soit parce qu'une orthophonie est en cours, soit parce que le test ne met pas en évidence des troubles que l'expérience du médecin ou de la puéricultrice a permis de repérer, la prise en charge orthophonique ayant mis en évidence la difficulté.

✓ Conclusion du bilan et orientation

Orthophonie en cours :	32 soit 29,10 %
Langage à revoir (PMI, médecin traitant) :	44 soit 40 %
Orthophonie prescrite :	29 soit 26,36 %

1 enfant est suivi au CAMSP, **4** enfants sont ou vont être pris en charge en pédopsychiatrie.

Parmi les enfants pris en charge en orthophonie, un enfant présente un retard psycho-moteur ayant nécessité la mise en place d'un auxiliaire de vie scolaire.

Total : 110 enfants

IV.3.3.k. Retours d'information à la PMI par l'orthophoniste, le médecin traitant, la famille

✓ **Orthophonie en cours : 32 soit 29,10 %**

dont 1 enfant qui a été adressé au CMP.

✓ **Langage à revoir : 44 soit 40 %**

Enfants non revus : 40

Enfants revus : 4

En PMI : 2 lors de visites à domicile, 2 en consultation au CMS

Pas de trouble du langage: 1 (parle bien en turc et va dans un club pour enfants)
Test infaisable : 1
Adressé au CMP : 1
Pris en charge par le RASED : 1

✓ **Orthophonie prescrite : 29 soit 26,36 %**

Retour : 12

Bilans réalisés : 11	Bilans non réalisés : 1
Retard de langage et de parole nécessitant prise en charge : 7	Problème financier (pas de CMU) : 1
Pas de prise en charge spécifique rapportée : 4	

Pas de retour : 17

✓ **Suivi autre : 5 soit 4,55%**

Suivi CAMSP ou pédopsychiatrie.

✓ **Conclusion :**

52 enfants sont suivis ou pris en charge.

58 enfants, soit 52,73 % des 110 repérés pour difficultés langagières dont la PMI est sans nouvelle (dont 1 dont on sait qu'il n'a pas bénéficié de son bilan pour raison financière). 40 enfants auraient dû être revus en consultations, 18 auraient dû bénéficier d'un bilan orthophoniste.

IV.3.4. Analyse des résultats observés en 2008/2009

Ces données, issus du bilan d'activité de la PMI sur la commune de Vandoeuvre, semblent en corrélation avec les différentes études existant sur le repérage des troubles du langage chez l'enfant que ce soit sur le rapport filles/garçons ou le nombre important d'enfants de familles défavorisées. En 2004-2005, plus de la moitié des départements avaient répondu à une enquête concernant la prévalence des troubles du langage oral lors des bilans en école maternelle (54). A l'issue du bilan : 10 % des enfants étaient orientés vers une prise en charge, 7,7 % bénéficiaient d'une surveillance active, 2,3 % étaient déjà pris en charge et 80% ne nécessitaient pas de prise en charge ; soit un total de 20 % d'enfants repérés à risque par rapport au développement du langage. Ces données représentaient un peu plus de 60% des bilans réalisés sur le territoire français cette année-là. Les chiffres de l'année 2008-2009 sur Vandoeuvre sont donc préoccupants en regard des données nationales. La ville de Vandoeuvre compte 9 écoles maternelles dont 5 sont classées en zone d'éducation prioritaire (Paul Bert, Jeanne d'Arc, Europe-Nations, Jean Pompey et Brossolette). L'enquête triennale de 2000 avait déjà montré que les enfants en difficulté face au langage en maternelle étaient plus nombreux dans les Zones d'Education Prioritaire, ce qui expliquerait que le pourcentage d'enfants en difficulté sur Vandoeuvre soit sensiblement plus élevé que les valeurs au niveau national. En Lorraine, 9,7% des enfants de 5-6 ans (grande section de maternelle) sont scolarisés en ZEP. Sur la ville de Vandoeuvre, ils sont plus de la moitié bien que la notion de ZEP recouvre des réalités différentes au sein des populations concernées. Cependant, cela reste un indicateur relativement bien corrélé au niveau socio-économique de ses habitants.

Connaissant les difficultés rencontrées par ces enfants, et notamment ceux scolarisés en ZEP, quelles actions proposer et dans quelle mesure peuvent-elles avoir un impact sur l'évolution du langage chez ces enfants mais aussi sur leur scolarité à venir ? Sur la commune de Vandoeuvre, les résultats de l'année scolaire 2008-2009 sont à mettre en relation avec ceux collectés en 2006-2007. Les deux années séparant ces constats ont été l'occasion pour les professionnels du service de PMI et leurs nombreux partenaires de mettre en place des actions pour tenter d'aider ces enfants en difficulté et de sensibiliser tous les professionnels en lien avec les enfants du rôle primordial du langage. Les données statistiques sont-elles superposables entre ces deux années scolaires ou bien les actions entreprises ont-elles permis de changer certaines prises en charge ?

IV.3.5. Discussion entre les observations des deux années scolaires

De nombreuses réflexions se sont engagées de la part de tous les acteurs face à ce constat de difficultés langagières qui ressortait de l'analyse des bilans de l'année scolaire 2006-2007.

Les bilans en école maternelle étant quasiment exhaustifs, il semble licite d'établir une comparaison entre les données des deux années même si elles ne concernent que les enfants en difficulté face au langage.

En 2006-2007, on retrouvait presque un quart des dossiers (24,13 % des enfants) pour laquelle la question d'un problème de langage se posait. Deux ans plus tard, cette proportion semble avoir augmenté puisqu'ils sont 35,26 % à avoir été repérés. La méthodologie des bilans n'a pas été modifiée, les enfants sont toujours testés par l'ERTL4. Cependant, les équipes ont été fortement sensibilisées à cette problématique spécifique du langage et on peut donc se demander si le repérage n'a pas été mené de façon plus attentive.

Au moment de la passation du bilan, 29,10% des enfants en difficulté étaient déjà pris en charge en orthophonie contre 21,42% deux ans auparavant. Le repérage par les instituteurs, les parents ou le médecin de l'enfant a donc été plus précoce et a permis la mise en place d'une rééducation plus tôt dans le cursus de l'enfant.

IV.3.6. Conclusion

Les missions de la PMI permettent d'intervenir dans les écoles afin de proposer aux enfants un bilan de santé complet qui, outre l'examen somatique indispensable, s'attache à évaluer l'enfant dans sa globalité. Au cours de ce bilan, l'évaluation du langage est un temps unique pour échanger avec l'enfant au travers d'un test plutôt ludique, l'Evaluation Rapide des Troubles du Langage à 4 ans. Dans certains cas, il permet de détecter une difficulté de l'enfant ou un trouble plus grave qui doit donner lieu à une surveillance ultérieure ou une prise en charge en orthophonie pour permettre à l'enfant d'aborder ensuite le langage écrit avec toutes les chances de réussite.

Au-delà de ces bilans systématiques, les actions de la PMI se concentrent également sur des missions de prévention, d'accompagnement des familles. Dans les suites de la première étude, des actions ont été menées en faveur des professionnels de santé et de la petite enfance pour sensibiliser à la problématique du langage chez l'enfant ; on parle beaucoup d'illettrisme mais avant l'écrit, l'oral est un préalable indispensable que chaque enfant doit pouvoir maîtriser. L'état des lieux des difficultés langagières des enfants en 2008-2009 sur Vandoeuvre nous montre que les difficultés sont encore bien présentes mais que, grâce à un travail collectif, les solutions s'organisent pour accompagner ces enfants que ce soit par la mise en place d'orthophonie ou par la surveillance attentive de leur développement langagier.

V. RENCONTRES AVEC LES MEDECINS GENERALISTES

DE VANDOEUVRE-LES-NANCY

V.1. PRESENTATION DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

Un courrier préalable a été adressé aux 28 médecins généralistes installés sur la commune. 27 médecins généralistes ont pu être contactés par téléphone pour une prise de rendez-vous.

Sur les 28 médecins généralistes installés sur la commune de Vandoeuvre-les-Nancy, 21 d'entre eux (représentant 75% des médecins généralistes installés sur la commune de Vandoeuvre) ont accepté de participer à des entretiens semi-directifs au cours desquels je me proposais de leur présenter brièvement l'étude menée sur les enfants scolarisés en 2008-2009 et nés en 2004 après avoir échangé avec eux sur leur expérience en pratique courante du développement du langage oral chez l'enfant.

Les raisons des différents refus sont les suivantes :

« Ne pratique pas la pédiatrie », « Patientèle senior », « Pas ce recrutement là », « Ne voit pas d'enfants », « Pas le temps de s'investir », « Pas intéressé », « Je suis un très vieux médecin qui voit de très vieilles personnes. Je peux voir les conséquences des troubles du langage chez l'enfant chez des personnes centenaires ».

L'entretien commençait donc avec une grille préétablie de 6 questions dont 5 questions ouvertes et 1 question fermée. Ensuite, un diaporama au format Power Point de 10 diapositives leur était présenté, reprenant les données recensées au cours des bilans en école maternelle réalisés par la P.M.I.. Cette présentation avait pour objectif de les confronter aux données issues des populations d'enfants que ces médecins reçoivent en consultation à leur cabinet. La fin de l'entretien me permettait alors d'échanger sur les constats posés par cette étude, puis de leur remettre des documents pouvant les éclairer dans leur pratique quotidienne, ou du moins leur apporter un support pour aborder avec les parents le développement du langage chez leur enfant.

La grille d'entretien a été travaillée de façon :

- à introduire progressivement la thématique et permettre au médecin d'exprimer comment il la prend en compte au sein de sa pratique quotidienne,
- à partager l'étude statistique réalisée auprès des enfants nés en 2004 ayant bénéficié d'un bilan de santé en école maternelle par la PMI en 2008-2009,
- à proposer un certain nombre de messages et d'outils,
- en restant respectueux de leur pratique.

Dans l'ensemble, les praticiens ont pris du temps pour cet entretien. Ils se sont montrés intéressés par les constats épidémiologiques qu'ils ont parfois commentés et ont apprécié les documents apportés.

L'auteur se propose d'étudier cette enquête par item, puis de regrouper l'ensemble des réponses dans la synthèse dans la mesure où elles se complètent, où les commentaires se répètent parfois, afin d'en faire l'analyse puis des propositions.

V.2. PRESENTATION DES REPOSES PAR ITEMS

Première question : Comment vous sentez-vous concerné par le langage de l'enfant ?

9 fois sur 21 (42,8 %), le médecin se sent ou se dit peu concerné,

« pas assez confronté à la problématique... Je ne vois pas beaucoup d'enfants assez petits... »

Dans l'ensemble, les troubles du langage oral « sont rarement détectés en cabinet ».

« Les parents ne viennent pas pour ça, ils viennent consulter car les enfants sont malades. »

« Ils posent peu de questions. »

« ...La demande vient des parents. En pratique urbaine, le suivi des enfants est assuré par le pédiatre ; je suis amené à voir les enfants pour des pathologies aiguës. La consultation est alors assez brève. »

Un médecin a répondu de façon très brève, visiblement ni concerné ni intéressé par la problématique tout au long de l'entretien :

« Pas spécifiquement, en fonction des demandes et à l'occasion ».

8 praticiens (38 %) se disent sensibles à cette question dans le cadre de leur pratique, sans s'exprimer sur le quand, le comment :

« Je parle avec les enfants que je vois en consultation. »

« On se rend vite compte des troubles car on discute avec les enfants comme avec des adultes. »

« Lors de l'examen, on peut constater une difficulté, c'est à nous de la relever et d'échanger avec les parents sur ce problème. »

« Parfois le repérage se fait par le médecin... », dit ce praticien après avoir évoqué les parents et l'école.

« On est vigilant par rapport au langage. »

« Je me sens très concernée tout le temps. J'y fais attention, je me sens donc concernée. »
(médecin femme)

« Chez les moins de six ans, on est très attentif aux troubles du langage oral, à la compréhension, surtout entre deux et trois ans. Après trois ans, j'adresse en bilan orthophonique. »

« Important, il faut le détecter le plus tôt possible... »

Pour 11 médecins (52,4 %), c'est l'école qui adresse, interpelle, sollicite, alerte.

« Fréquemment, la demande des parents repose sur : la maîtresse a dit que... »

« Les demandes concernant le langage oral émanent beaucoup des professionnels, parfois des parents. »

Avec quelques nuances :

Positives :

« Chez les plus de six ans, c'est le milieu scolaire qui est demandeur. » Ce qui sous-entend qu'avant six ans, le médecin se pose la question.

« Si on gratte un peu, on interroge sur l'école... »

Moins positives :

« Je n'ai jamais dépisté de troubles du langage oral (installation récente). Les enfants sont déjà vus à l'école, puis souvent en PMI. »

Pour 3 médecins, la demande vient ou peut venir des parents :

« Ce sont les parents qui nous en parlent... »

« Les parents posent peu de questions, mais parfois, c'est l'excès inverse... »

5 fois, la conduite à tenir est évoquée directement sans exprimer qui repère ou dépiste :

« C'est orthophonie directement... »

« Sauf dans le cas d'enfants avec des difficultés très importantes, la prescription peut être faite d'emblée par le médecin... »

Chez 4 généralistes, les connaissances sur la question du langage oral spontanément exprimées lors de cette première question reposent davantage sur une observation, une expérience, plutôt que sur des connaissances théoriques (même après avoir suivi la formation l'an dernier pour un ou deux d'entre eux) :

« Les troubles du langage peuvent être à l'origine d'une mauvaise intégration scolaire. Quelqu'un qui ne sait pas bien s'exprimer va communiquer par la violence. »

« Il y a des facteurs multiples concernant les troubles du langage oral. »

« Souvent j'ai remarqué que je retrouve le même phrasé et le même vocabulaire au sein d'une même famille. Il y a une éducation de l'oral. Si la maman a un langage pauvre ou une dysarthrie, je serai attentif au langage de l'enfant. »

« Je fonctionne à l'intuition, je ne suis pas très carré dans ce domaine. »

1 praticien évoque la difficulté d'en parler :

« Il est difficile de donner des éléments aux parents sans les froisser. »

1 praticien ajoute que les enfants sont vus en PMI.

1 praticien dit que « le problème, ici, ce sont les deux cultures et les enfants bi langues. Ils n'ont pas de difficultés dans leur langue maternelle mais des troubles de l'expression française. » (Ce médecin a fait la formation en 2009).

1 médecin a le commentaire suivant : « l'apprentissage à l'école a beaucoup changé ; les enfants sont dispersés et paraissent avoir plus de difficultés pour la lecture et l'écriture ; il y a beaucoup de demandes pour consultations psy ou orthophonie ; les prescriptions sont de plus en plus nombreuses... »

Deuxième question : Pensez-vous disposer des moyens nécessaires au repérage des difficultés de langage chez l'enfant ?

Concernant le repérage, 14 médecins (66,7 %) ont une réponse nettement négative :

« Non », « Pas du tout », « Bien sûr que non », « Je n'ai pas été formé », « Je n'ai pas eu le temps de m'informer sur les outils », « Je ne connais pas, mais je veux bien connaître... »...

5 médecins disent connaître un outil ou savoir comment dépister mais manquer de temps pour s'en servir.

2 praticiens ont utilisé, 1 utilise encore le test ERTLA :

« Je ne l'utilise plus car c'est trop chronophage ».

« Je connais différents tests. J'ai utilisé ERTLA, mais je ne l'utilise plus, j'attends que le problème soit signalé par l'école. Je fais aussitôt l'ordonnance pour l'orthophoniste. »

« Je l'utilise de temps en temps. »

5 médecins évoquent le repérage de la façon suivante :

« Bon sens et expérience. »

« Je n'en ai pas, je ne suis pas très bon. »

« Je n'en ai pas si doute j'adresse à l'orthophoniste. »

« Je connais certains outils, mais je passe la main, les orthophonistes ont plus de temps. »

« Comme outils, j'ai mes propres livres (imagerie du Père Castor, par exemple, à disposition). Je n'utilise pas car ne connais pas de tests spécifiques. Je suis intéressé de connaître les tests qui existent. »

Troisième question : Comment abordez-vous le langage dans le cadre des bilans de santé réalisés à votre cabinet ?

3 médecins n'abordent pas le sujet.

Les médecins se soucient d'entendre ou d'écouter parler l'enfant (exprimé +/- 7 fois) :

« Un enfant de trois ans qui ne parle que par onomatopées... »

« Les parents... Quand on constate le problème en consultation, on est déjà inquiet... »

« On discute avec l'enfant. »

« Il faut les entendre parler et se renseigner sur d'éventuelles difficultés scolaires. »

« Je l'aborde, c'est une question des parents. Pendant la consultation, on entend parler ou pas l'enfant. »

D'autres (9) évoquent les bilans de santé (en écoutant ou en questionnant plutôt les parents par rapport aux items)

« Lors de la visite des deux ans. »

« Lors des examens de suivi, on dépiste les troubles mineurs, les plus gros troubles sont déjà repérés. »

« Chez les petits, on est attentif, cela fait partie de l'examen de base. On voit les enfants grandir. »

« Bilan noté dans le carnet de santé... Cela fait appel à l'idée que j'ai du langage oral. Je fais référence aux tableaux appris durant mes études. Les parents signalent. »

« Je suis les items du carnet de l'enfant ».

« Quand les parents viennent, ils ont un objectif et on y répond... »

« Les parents... » « Les mères »

Les autres réponses sont plus imprécises ou diverses :

« Cela s'aborde tout seul. »

« Les mères... Les mères ne s'aperçoivent pas toujours que leur enfant parle comme un bébé... »

« Se questionner sur la compréhension. Est-ce qu'il joue bien ? Voit bien ? C'est subjectif... »

« PMI ou pédiatre. Les parents sont de gros nomades. Les enfants, on les voit moins régulièrement et quand ils sont malades. »

« Je pose des questions, mais je ne fais pas de diagnostic précis. Souvent, avec d'autres difficultés. »

Un médecin fait référence à la formation de l'an dernier : « Avant, je croyais que les troubles du langage oral, c'était après six ans. Maintenant, je sais que non. L'instituteur envoie les parents venir chercher une ordonnance pour l'orthophonie. »

Un médecin (né dans une ancienne colonie française) ajoute à sa réponse (les parents) le commentaire suivant :

« Le langage maternel est très important à garder. Les parents ont du mal à savoir que faire ; avec les aînés, ils emploient la langue maternelle et avec les petits ils essaient le français. Il y a un décalage entre les conseils qu'on leur donne et ce qu'ils en reçoivent. Ils veulent s'intégrer mais n'ont pas les connaissances, ils ont un blocage... On assiste aussi à une démission de certains parents. Les parents eux-mêmes utilisent mal certaines expressions, le vocabulaire ; leur langage est pauvre. Ils dévient de la langue française. On ne devrait pas parler du ministère de l'éducation car à l'école on enseigne des choses, c'est aux parents d'assurer l'éducation... »

Quatrième question : Lorsque vous repérez une difficulté langagière, quelle orientation proposez-vous ?

17 médecins (81 %) prescrivent un bilan orthophonique d'emblée (19 au total l'évoquent dans la prise en charge à un moment ou à un autre), avec bilan ORL si besoin (4 fois) ou bilan pédopsychiatrique (3 fois) et si c'est plus important, neurologie (1 fois).

1 médecin interroge... prescrit un bilan orthophonique si nécessaire.

1 médecin donne des recommandations aux parents. Ce dernier ajoute toutefois que « c'est un problème secondaire pour les parents. »

Commentaires :

« Parfois les troubles ne nécessitent pas de rééducation. »

« On est bien embêté. »

« Le bilan orthophonique, c'est la filière acceptable, les parents suivent volontiers. »

« Il y en a plein sur Vandoeuvre. »

« J'envoie chez l'orthophoniste pour un vrai bilan. »

« Je fais la liaison avec le pédiatre (nombreux sur Vandoeuvre) qui suit l'enfant pour évaluer le problème. »

Cinquième question : D'une façon générale, le nouveau carnet de santé (55) constitue-t-il pour vous un support utile au repérage ou au dépistage d'une difficulté ou d'un trouble chez l'enfant ?

16 médecins (76,2 %) disent utiliser le carnet de santé.

6 ajoutent un peu ou sans plus.

4 ne l'utilisent pas, pas trop.

3 répondent oui, mais « pas pour les items langage », ou « pas pour le langage », ou encore « pas pour le langage sauf si bilan orthophonique ».

Commentaires :

« Je regarde le bilan de 4 ans fait par la PMI. Je vérifie s'il y a des choses à reconstruire »

« Oui, j'utilise le carnet de santé de santé systématiquement. Problème (troubles langage) pas très fréquent. Problème compliqué. Pas une priorité pour les parents. L'enfant grandit, il prend du poids, c'est leur préoccupation essentielle. »

« Je ne connaissais pas les différents commentaires notés en bas des pages. » (montrés lors de l'entretien)

« Je ne l'utilise que pour écrire dedans. »

« Après le bilan en école maternelle par la PMI, les parents ne viennent pas après. Ils ne jugent pas le médecin généraliste compétent dans ce domaine. »

Présentation de la recherche action concernant le langage à Vandoeuvre.

Une recherche action est en cours sur la commune de Vandoeuvre, autour des difficultés de langage de l'enfant, depuis septembre 2007. Etes-vous au courant ?

Les conclusions des bilans réalisés en 2006-2007, puis en 2008-2009, que je propose de vous présenter succinctement, montrent l'importance de se préoccuper de cette problématique auprès des familles et des enfants en difficulté de façon précoce.

Non connue : 13 médecins (61,9 %).

Connue : 8 (38,1 %).

Les commentaires suite à la présentation de l'étude statistique démontrent l'intérêt porté à ce travail :

« Ce qu'il faudrait, c'est déjà, surtout éduquer les parents » 2 fois.

« Il suffit de regarder comment les parents s'adressent à leurs enfants. »

A propos du ratio fille/garçon : « Les mères ne s'adressent pas à leur fille de la même façon qu'à leur garçon, elles sont plus exigeantes avec leurs filles et leur parlent plus comme à des adultes. »

A propos des troubles visuels associés : « Il faudrait donc un bilan ophtalmo chez tous les enfants présentant un trouble du langage ? »

« On parle dans votre étude de certaines écoles. Mais dans des écoles qui se disent « écoles d'application », on rencontre également des difficultés de langage chez les enfants. »

« Le chiffre de 35 % est important, mais sont-ils différents selon les quartiers ? »

« Ce serait important de détailler quels troubles ont été mis en évidence, si c'était seulement des défauts de prononciation ou de vrais retards de langage et dans quelles proportions. »

« Le test ERTL4 est difficile à caser dans une consultation. L'état de santé général de la population constituant ma parentèle n'est pas brillant. C'est donc un tout, il faudrait déjà éduquer les parents. »

« Parfois, il n'y a pas trouble du langage, il faut savoir reconnaître le « parler bébé » affectif et repérer le contact particulier de l'enfant et les rapports particuliers avec sa mère. »

« Parfois, chez ces enfants, c'est un simple décalage dans les acquisitions mais pas de réel problème de langage. »

« J'ai remarqué des enfants qui me semblent progresser au niveau du langage jusqu'à 2 ans et demi environ et ensuite, il y a une stagnation et des difficultés langagières qui apparaissent. A propos des bilans de quatre ans, c'est peut-être un peu tard pour dépister des troubles du langage oral. »

« J'ai un enfant suivi pour retard global scolarisé à Remicourt avec pathologie non étiquetée, parent un peu désarmé. »

« J'ai l'exemple d'immigrés cambodgiens (en France pour raison politique) avec une forte volonté d'intégration qui, peut-être par rejet de leur pays n'ont pas transmis leur langue maternelle à leurs enfants et le regrettent maintenant. »

« Il existe une dégradation sur Vandoeuvre depuis six, sept ans. »

Un médecin donne l'exemple d'une mère marocaine illettrée et donc en grande difficulté par rapport à cette problématique.

La conclusion décevante d'un seul d'entre eux :

« Dans le cadre de cette problématique, on n'a pas forcément besoin de moi... »

Présentation des documents offerts :

- Guide pratique de la Société Française de Pédiatrie : Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant.
- Liste des lieux de « bains de langage à Vandoeuvre » (cf annexe 3).
- Document ANAES « L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans » (cf annexe 4).
- Document « Objectif langage » du Syndicat des Orthophonistes de Meurthe-et-Moselle.
- Affiches sur le langage, Toise Dialogoris.
- Document du BIAP « Vers le langage. Etapes de développement » (cf annexe 5).

Les documents de couleur sont bien accueillis et appréciés.

« Les parents posent souvent la question du développement pour certaines activités, ce document pourra être utile. »

« Je les utiliserais s'ils sont biens. »

« La toise, je vais la mettre dans la salle d'attente. »

Commentaires libres

Concernant la formation :

« L'enseignement à la faculté est quasi absent sur cette thématique. »

« J'ai participé à des formations sur ce thème et me suis rendu compte que les acquisitions pour le langage commencent plus tôt que je ne le pensais. » Médecin ayant participé à la formation de 2009.

Concernant les parents, leur culture :

« Parfois les troubles font rigoler les parents, il y a manque d'implication de leur part. »

« Les parents sont à la fois hermétiques, à la fois exigeants. »

« Il y a un problème ethnique. Le bilan orthophonique, le suivi, sont moins bien assurés chez les familles d'origine étrangère... »

« Il faut favoriser la transmission de la langue maternelle. »

« Le bilinguisme est une chance. »

« La communication est un mot employé à mauvais escient dans notre société quand on parle des nouveaux moyens de communication. Parce qu'avant tout, communiquer, c'est se voir, toucher, ressentir, ce sont des émotions. »

« Au niveau des ressources pour les familles, il faudrait peut-être des groupes mères-enfants centrés sur le langage, mais l'alphabétisation des mères se fait souvent sans les enfants. »

« De plus, se pose le problème de la télévision. Combien de parents prennent le temps de lire avec les enfants ? »

« L'enfant qui voit son parent réussir à lui lire une histoire va avoir envie de déchiffrer lui aussi les lettres, les mots. »

Sur les lieux de langage :

« Les nourrices emmènent les enfants à la ludothèque. »

« On connaît ces lieux, mais les faire aller à la médiathèque, c'est la croix et la bannière. »

Concernant l'école :

« Les instituteurs ont un regard neutre sur les enfants, ils tirent sur la sonnette d'alarme. »

Concernant le remboursement de l'orthophonie :

« Cette question pourrait expliquer que dans certains quartiers, les prises en charge orthophoniques n'ont pas été mises en place. Dans ma patientèle, où ce problème financier ne se pose pas, dès qu'un bilan orthophonique est nécessaire, les parents le font réaliser. »

Pour un autre médecin, « le problème ne semble pas d'ordre financier (en CMU, prise en charge totale). »

Diverses :

« Au début de mon installation, je suivais les enfants. En systématique, je n'aborde pas le langage ».

« Concernant le carnet de santé, on se rend parfois compte que le suivi est mal respecté. »

« Les enfants sont vus pour des problèmes intercurrents car de nombreux pédiatres se sont installés sur Vandoeuvre et voient les enfants de manière plus systématique. »

« Il y a la PMI et les pédiatres qui suivent souvent les enfants plus régulièrement alors que nous les voyons plus ponctuellement. »

V.3. SYNTHÈSE

Les rencontres avec les différents médecins vandopériens ont permis une approche plus concrète de la problématique du langage oral chez l'enfant, notamment par l'un des professionnels de la santé le plus au contact de ces enfants : le médecin généraliste (bien que jusqu'à 16 ans les parents n'aient pas à choisir de médecin traitant attribué pour leur enfant).

Si l'on considère les réponses obtenues globalement et non seulement par item, on peut retenir comme points forts et points faibles les éléments suivants.

Au cours de ces entretiens, j'ai donc pu noter que l'ensemble des médecins rencontrés est amené à voir en consultation des enfants. Cependant, les enfants sont le plus souvent vus au décours d'une pathologie aiguë et moins fréquemment dans le cadre du suivi systématique du développement de l'enfant. En effet, les réflexions des différents médecins font état d'un recours au pédiatre ou au service de P.M.I. assez fréquent sur la commune de Vandoeuvre quant au suivi de l'enfant ; le médecin généraliste intervenant alors plus lors d'un événement intercurrent nécessitant un traitement ou une consultation ponctuelle pour un problème spécifique à un instant donné. De ce fait, le suivi par le médecin généraliste semble irrégulier et donc moins propice au repérage de troubles du langage.

De plus, l'école et plus particulièrement les instituteurs ont été très largement cités comme étant à l'initiative d'une évaluation orthophonique. En effet, 57,1% des médecins rencontrés ont évoqué spontanément le rôle de l'instituteur dans le repérage initial d'un trouble du langage chez l'enfant scolarisé. Les parents viennent trouver le médecin pour disposer de la prescription nécessaire à la mise en route d'un bilan spécialisé, lui laissant alors peu de place pour réaliser sa propre évaluation ; un des médecins interrogés évoquant une certaine « pression de la part de l'école » ; un autre soulignait le « regard neutre » de l'instituteur véritable observateur au quotidien du développement langagier de l'enfant.

Concernant l'utilisation d'outils standardisés et validés (tels que l'ERTL4 par exemple), peu de médecins les connaissent ou les utilisent. En effet, 76,2% des médecins interrogés estiment ne pas disposer d'outils de repérage au cabinet. Une partie de ceux qui ne les connaissent pas a présenté un certain intérêt à les découvrir. Ainsi, parmi les médecins rencontrés, 23,8% estiment disposer d'outils de repérage au cabinet mais sans pour autant les utiliser de façon régulière. Pour ceux qui les ont expérimentés, ce dépistage est qualifié de « chronophage » ou « peu rentable » et les médecins passent vite le relais aux orthophonistes assez nombreux sur

la ville de Vandoeuvre (8 y sont installés) et plus qualifiés d'après les avis des différents médecins interrogés. D'autres médecins n'utilisent pas de tests spécifiques mais font appel à leur expérience ou à des imagiers, outil non standardisé mais permettant une première approche notamment du stock lexical de l'enfant.

Aux dires des différents médecins, le langage est peu abordé de façon aussi directe avec les parents et c'est plus l'observation et l'écoute attentive de l'enfant lors de l'examen ou de jeux qui orientent le praticien vers la nécessité éventuelle d'un bilan plus approfondi. La plupart des praticiens ont bien sur évoqué le recours à l'orthophoniste, premier professionnel ressource en matière de langage ; certains orientent également selon leur examen clinique vers un ORL (lorsque des troubles de l'audition sont suspectés) ou vers une prise en charge plus globale (pédopsychiatre, CAMSP, CLAP). Ainsi 90,5% des médecins rencontrés font appel à l'orthophoniste devant des troubles du langage chez l'enfant. Quant aux autres spécialistes, ils ont été cités comme suit par les médecins interrogés : l'ORL (19%), le pédopsychiatre (14,3%), le pédiatre (9,5%), le neurologue (4,8%) et des centres avec une prise en charge de troubles plus globaux tels que le CAMSP (4,8%).

Le carnet de santé est un outil relativement plébiscité par les médecins généralistes mais absolument pas dans le cadre des troubles du langage (sauf lors des examens systématiques du 9^{ème} et du 24^{ème} mois avec les items en rapport avec la communication au sens large : « pointe du doigt », « nomme une image », « associe 2 mots »). 76,2% l'utilisent de façon quasi systématique mais peu lorsqu'il s'agit des troubles du langage : seulement 23,8% des médecins rencontrés y voit un intérêt dans la prise en charge du développement du langage chez l'enfant (par le biais des éventuels comptes-rendus des orthophonistes, par les dépistages réalisés par la PMI lors du bilan de 4 ans avec l'ERTL4 ou encore par les items répertoriés lors des examens systématiques). Un des médecins rencontrés utilise de moins en moins le carnet de santé pour ne pas stigmatiser certaines difficultés présentes à un moment donné et qui pourraient porter préjudice à l'enfant pour la suite de sa scolarité ; le carnet de santé devenant un outil consulté par de multiples intervenants.

Quant à la recherche-action qui a débuté en 2007 sur la commune de Vandoeuvre : 8 médecins sur les 21 interrogés se souvenaient en avoir été informés.

Les documents présentés ont été bien accueillis, notamment le livret de la Société Française de Pédiatrie et le document couleur sur les différentes étapes du développement de l'enfant. Cette problématique semble intéresser et questionner les médecins. La fin de l'entretien a été l'occasion pour nombre d'entre eux de me faire partager leur expérience ou leur questionnement concernant de multiples situations.

Certains semblaient dresser un constat assez lourd quant au langage tel qu'il est utilisé par les enfants mais surtout par les adultes, et parents qu'ils représentent. La notion d'éducation des parents a été évoquée tant pour le langage que pour la responsabilisation quant à la nécessité de prendre en charge ces difficultés et de permettre ainsi à l'enfant de suivre une rééducation régulière en orthophonie si tel est le besoin.

De plus, la notion de bilinguisme a été évoquée de façon plus ou moins directe par six praticiens : comment bien conseiller les parents sur l'utilisation de leur langue maternelle et du français ? Quel soutien apporter aux familles d'origine étrangère dans leur accompagnement de l'oralité chez leur enfant ? La liste des « bains de langage » présentait ici tout son intérêt pour apporter aux médecins l'adresse de lieux « ressource » pour aider les parents dans l'accompagnement de leur enfant vers la langue française. Cependant, certains médecins bien avisés de toutes les structures existantes m'expliquaient que la difficulté résidait justement dans la motivation des parents de se rendre au sein de ces structures.

La question de la cause de l'absence de suivi orthophonique lorsque celui-ci était nécessaire a été soulevée : l'hypothèse financière semble peu recevable d'après la plupart des médecins (de nombreuses familles en situation de précarité bénéficient de la Couverture Maladie Universelle et les frais sont alors pris en charge à 100%), ce serait plutôt la contrainte imposée par des séances répétitives sur une longue durée et la sous-estimation de l'intérêt d'une prise en charge précoce qui apparaissent comme la cause d'une prise en charge aléatoire. Un médecin donnait l'exemple de parents « amusés » par les difficultés de prononciation de leur enfant.

V.4. ANALYSE ET PERSPECTIVES

Au total, le langage chez l'enfant est une problématique qui, si elle n'est pas abordée de façon aussi directe et systématique, semble toutefois préoccuper les médecins généralistes dans leur approche globale de l'enfant. Cependant, les troubles du langage chez l'enfant sont évalués de manière empirique sur des méthodes fondées plus sur l'expérience, l'observation et parfois quelques préjugés que sur l'utilisation d'outils validés ou de connaissances théoriques étayées, les médecins se disant pour la plupart peu formés à cette problématique. Le plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage prévoit, depuis mars 2001, de faire évoluer la formation initiale des médecins à travers une sensibilisation au cours du second cycle des études médicales et une formation professionnalisante au cours du troisième cycle afin d'améliorer leurs compétences sur les troubles du langage (56).

Pour la majorité d'entre eux, la question du langage relève de l'école et leur investissement dans ce domaine concerne surtout la prescription d'orthophonie ce qui est assez limité, au regard des recherches actuelles mettant l'accent sur son apprentissage très précoce (et la notion de « bébé linguiste polyglotte à la naissance »), sur son évolution délétère chez les enfants de milieux défavorisés et concernant des anomalies neurologiques (cervelet ?) ou visuelles à l'origine de certains troubles dyslexiques (57). Leurs activités de soin les empêchent d'être disponibles pour investir le champ de la prévention et du dépistage.

Peu de médecins de l'étude s'aident du carnet de santé ou du remplissage du certificat de santé lors des bilans systématiques pour un repérage de troubles, dont les items ont été spécifiquement étudiés pour repérer facilement différents problèmes et sans perte de temps. La nouvelle version du carnet de santé de 2006 a été enrichie de nombreux commentaires. Les repères du développement de l'enfant et de l'adolescent, présents tout au long du carnet, peuvent amener les parents à poser des questions. Ils peuvent également servir de support lors de la consultation, même s'ils ne sont pas spontanément abordés par les parents. La question posée a d'ailleurs été plutôt comprise dans le sens du remplissage du carnet après leur examen et non comme susceptible de les aider dans leur démarche préventive.

Concernant les tests de dépistage, les médecins s'avouent plutôt démunis et manquent de temps pour creuser cette question. Trois connaissent le test ERTL4, mais un seul dit le faire de temps en temps. Le relais au pédiatre ou à la PMI est fréquemment évoqué alors qu'une majorité de la population infantile est suivie par le médecin généraliste. Dans certaines réponses, il y a parfois jugements des parents, ceux-ci n'étant pas considérés comme acteurs au niveau de la santé de leur enfant. Mais, comme le souligne un des médecins, l'état de santé de leur patientèle est préoccupant. Sans auxiliaire, les praticiens doivent gérer des situations sanitaires parfois très compliquées.

Malgré tout, les 8 médecins qui ont participé (en partie ou totalement) à la formation mise en place en 2009 à l'Ordre des médecins de Meurthe-et-Moselle par des membres médecins du comité de suivi et une orthophoniste ont repris certains propos des formateurs, une fois à la lettre près ; cela alors que l'un d'entre eux dit que cette formation n'a rien changé à sa pratique.

Les documents apportés et offerts avec des commentaires sur leur contenu et leur utilisation ont été bien accueillis.

Au niveau des perspectives, il reste essentiel de sensibiliser les médecins généralistes à propos du langage et de la communication du petit enfant, notamment au niveau des examens de santé systématiques du 9^{ème} et du 24^{ème} mois. Par exemple, lorsqu'un enfant « n'associe pas deux mots » lors de l'examen du 24^{ème} mois, une liaison peut être faite à l'équipe de PMI de Vandoeuvre qui propose aux parents d'accueillir leur enfant dans un groupe d'éveil et de langage, comme cela se pratique déjà avec les pédiatres. De même, les médecins pourraient être soutenus ou assistés au niveau d'activités de prévention et de dépistage au sein des quartiers sensibles lorsque les enfants ne sont pas suivis par un pédiatre ou la PMI. Il reste à définir comment et avec quels professionnels, en sachant que, depuis quelques années en France, différents projets d'assistance médicale de ce type sont financés par la sécurité sociale. Des expérimentations ont été menés dans le domaine de pathologies chroniques (diabète de type 2, hépatite C, insuffisance rénale avec hémodialyse) et aussi dans la coordination entre professionnels de santé (expérimentation sur la collaboration entre ophtalmologiste et orthoptiste en cabinet de ville) (58).

Par contre, il reste à envisager une politique globale de prévention et de dépistage plus efficace.

La formation des professionnels de tous les lieux d'accueil, de la crèche à l'école maternelle, autorise une prévention et permet d'adopter une posture langagière stimulante avec une bonne communication à l'enfant. Dans les secteurs défavorisés, il est important de proposer systématiquement « un bain de langage » français lorsqu'une autre langue se parle à la maison, afin de permettre à l'enfant de se structurer et de construire sa propre communication avec la langue maternelle de ses parents et, dans le même temps où dès la seconde année, d'être mis au contact de la langue française. Par ailleurs, certaines langues ont des constructions fort différentes (comme la langue turque sans article ni mots outils par exemple) et cet apprentissage du français est une condition de la réussite.

Attendre la scolarité pour repérer une difficulté n'est pas satisfaisant, surtout dans le cadre des familles d'une autre culture où le bilinguisme risque d'être « malmené ». Les études longitudinales réalisées en zone urbaine sensible mettent en avant qu'un pourcentage important d'enfants présentant des troubles du langage oral en école maternelle rencontre des difficultés lors de l'apprentissage de la langue écrite, compromettant la réussite scolaire. Il est donc judicieux de s'en préoccuper le plus tôt possible, dans l'entourage de l'enfant, dans le registre de la santé, dans le cadre éducatif. Mais s'il est passé entre les gouttes, l'école pourra prendre le relais et proposer des soutiens adaptés.

Grâce à l'analyse des données recueillies par la PMI suite aux bilans de santé en moyenne section de maternelle, auprès des enfants nés en 2002 (année scolaire 2006-2007) puis des enfants nés en 2004 (année scolaire 2008-2009), il est constaté une aggravation des difficultés liées à l'accroissement de la précarité, mais la sensibilisation des enseignants de petite section réalisée dans le cadre de la recherche action en cours a permis un meilleur repérage à trois ans.

8 % d'enfants de plus que lors de la première étude ont été adressés à leur médecin traitant pour prescription d'un bilan orthophonique.

Les bilans en moyenne section doivent rester exhaustifs dans les écoles défavorisées où différentes actions mises en place par l'Education Nationale, par des associations, par des bénévoles, sous l'égide de spécialistes en langage font faire à l'enfant de réels progrès.

Lorsqu'une prise en charge orthophonique est nécessaire, le rôle du médecin généraliste, qu'il soit prescripteur ou non, est essentiel car il contribue avec l'ensemble du réseau qui supporte l'enfant et sa famille, à persuader les parents du bien fondé de réaliser le bilan, à les inviter à accepter la rééducation et à les soutenir lorsqu'il faut la poursuivre dans la durée.

V.5. CONCLUSION

Les médecins se sont montrés intéressés par les troubles du langage chez l'enfant, notamment les difficultés du langage oral au sein des enfants des quartiers sensibles de Vandoeuvre dont ils ont parfois deviné la gravité comme l'importance de les prendre en compte suffisamment tôt de façon à lutter en amont contre l'échec scolaire. Ils ont accepté les documents de façon très positive. Ces documents sont susceptibles de leur donner des pistes pour que, au sein de leur pratique et malgré un emploi du temps fort chargé, ils se sentent en capacité de prévenir, repérer, dépister, diagnostiquer les difficultés ou les troubles du langage dès lors qu'ils prennent en charge le suivi systématique de la santé du petit enfant, en fonction de leur possibilité et du temps dont ils peuvent disposer et au même titre que les autres pathologies (sensorielles, somatiques, psychomotrices...). Leur attention a été attirée sur les items du carnet de santé revus en 2006 dans cet objectif et facilitant considérablement la conduite des examens de santé.

Il leur est possible de conseiller (notamment concernant le bilinguisme) et de sensibiliser très tôt les parents de milieux défavorisés ou d'origine étrangère en difficulté à la nécessité d'un bain de langage dans la langue française.

Enfin les médecins sont référents dès lors qu'une prise en charge spécialisée est nécessaire et ils ont la possibilité de soutenir les parents afin que cette prise en charge se poursuive dans la durée lorsque c'est nécessaire.

VI. DISCUSSION

Comme le confirme bon nombre d'études et de travaux évoqués dans le cadre de la thèse, l'accès à un langage oral de qualité est primordial pour le devenir de l'enfant. De même, la maîtrise de la langue orale conditionne l'apprentissage de la lecture dans de bonnes conditions. De nombreuses études longitudinales ont montré la valeur prédictive d'un langage oral de qualité sur l'acquisition ultérieure des aptitudes nécessaires pour devenir « lecteur compétent ».

Lorsque l'enfant est confronté à des difficultés dès le maniement de la langue orale, il est important pour son entourage (les parents mais aussi les professionnels de santé qui sont amenés à le rencontrer de manière régulière) de les repérer, les dépister, voire de poser un diagnostic sur la difficulté de l'enfant. Plusieurs outils ont été étudiés et validés pour permettre un repérage ou un dépistage de qualité et orienter alors l'enfant vers la prise en charge adéquate. L'enfant qui présente des troubles du développement langagier peut être aidé par la mise en place d'actions pédagogiques centrées sur le langage (entraînement de la conscience phonologique (59), travail sur le récit en petits groupes...) dans le cadre de l'école. Si le trouble du langage est secondaire à une autre pathologie ou qu'il s'intègre dans le cadre d'un trouble spécifique (type dysphasie), une prise en charge spécialisée pourra être décidée pour aider au mieux l'enfant dans ses apprentissages.

Les troubles du langage oral se révèlent souvent multifactoriels. L'environnement dans lequel grandit l'enfant, les stimulations langagières auxquelles il est confronté depuis la naissance conditionnent également un développement harmonieux de son langage. Actuellement, l'influence du milieu socio-économique sur les performances en lecture de l'enfant ont fait l'objet de plusieurs études. S'il est défavorisé (44) (45), ces enfants démarrent souvent leur scolarité avec des compétences préscolaires d'un niveau inférieur (stimulations langagières précoces moindres, connaissances numériques et alphabétiques faibles), décalage qui peut persister tout au long de la scolarité. Au sein de ces populations défavorisées, on compte de nombreuses familles d'origine étrangère où la présence d'un bilinguisme peut être source de difficultés initialement pour l'enfant. S'ajoute à la précarité le contexte spécifique de la migration qui peut avoir un impact sur le développement psychique de l'enfant (mutisme extra-familial par exemple). Mais si le bilinguisme est bien mené, les parents pouvant être si besoin conseillés par les professionnels de la petite enfance, il se révèle comme une véritable richesse pour l'enfant tant sur le plan culturel que linguistique. Certaines études confirment que le bilinguisme, en général, n'est pas un facteur de retard en lecture ultérieurement (60). Cependant, il faut rester vigilant lors de l'apprentissage du langage oral chez ces enfants qui découvrent parfois la langue française à l'entrée en maternelle. Les enseignants jouent un rôle fondamental dans cet accompagnement et des outils pour le repérage précoce (tel que le Questionnaire Langage et Comportement) peuvent les aider dans cette démarche (61).

Dans une optique de prévention précoce, le service de P.M.I. intervient en Meurthe-et-Moselle en moyenne section de maternelle pour évaluer la santé et le développement global de l'enfant. Ces bilans sont l'occasion de dresser un état des lieux des difficultés langagières des enfants d'environ 4 ans sur une commune, la ville de Vandoeuvre, dont cinq écoles maternelles sur neuf sont classées en Zone d'Education Prioritaire. En 2006/2007, ils ont permis de quantifier une problématique déjà pressentie par les professionnels de la petite enfance et de justifier ainsi la mise en place d'actions et de formations à destination de tous les intervenants au contact de ces enfants (enseignants, puéricultrices, médecins, travailleurs sociaux, membres d'association). On constatait alors que presque un quart des enfants de 4 ans devait être surveillé ou directement pris en charge par rapport au langage. Deux ans plus tard, on dénombrait presque un tiers des enfants en difficulté langagière. Malgré ce constat plutôt négatif lié à une aggravation de la situation des familles, il s'avère qu'en 2008/2009, les prises en charge, notamment en orthophonie, se mettent en place plus précocement (29% sont déjà pris en charge en orthophonie au moment du bilan de 4 ans contre 21% en 2006/2007). Les actions menées entre les deux années scolaires semblent avoir permis de mieux repérer, dépister et prendre en charge ces enfants. Le taux de bilinguisme de ces enfants en difficultés avoisine les 45% mais aucune conclusion ne peut être faite car le taux de bilinguisme de la totalité des enfants de 4 ans sur cette année scolaire n'est pas connu (les statistiques départementales n'étant pas disponibles). En effet, seuls les dossiers des enfants repérés à risque face au langage ont été étudiés. Lorsqu'ensuite une prise en charge de type orthophonie est nécessaire, l'adhésion des parents est essentielle pour assurer la continuité du suivi qui est souvent assez long. Sur les 110 enfants où se pose la question d'un trouble du langage sur les données recueillies en 2008/2009 : 44 devaient être réévalués et 29 devaient bénéficier d'un premier bilan orthophonique (les 37 enfants restants étant déjà pris en charge en orthophonie). La P.M.I. n'a eu des nouvelles que de 16 d'entre eux malgré des sollicitations écrites aux parents. On peut espérer que certains ont été revus sans que la PMI en ait été informée. Cela indique combien les parents, parfois en situation de précarité, doivent être accompagnés dans le suivi de leurs enfants, notamment par le médecin généraliste.

Comme le prouve les résultats des entretiens réalisés, dans le cadre du cabinet du médecin généraliste, il ne semble pas toujours aisé d'utiliser les outils de dépistage type ERTL4. Le praticien manque souvent de temps au cours de la consultation qui est rarement dédiée exclusivement à la prévention ; les enfants étant le plus fréquemment examinés dans le cadre d'une pathologie aigüe. Les outils à sa disposition sont souvent méconnus, faute de formation spécifique au cours de son cursus universitaire. Sans réaliser systématiquement de tests, le fait de questionner les parents sur le développement langagier de leur enfant peut les sensibiliser et leur faire prendre conscience du langage de leur enfant. Le médecin intervient ici pour que les parents soient attentifs, qu'il y ait difficulté ou non. Cette intervention tient lieu d'acte de prévention de la part du médecin et peut permettre de repérer précocement une difficulté éventuelle. Dès les premiers mois, il faut s'intéresser aux productions orales de l'enfant et ne pas hésiter à s'adresser à lui. Plus tard, le praticien peut aborder de façon simple le langage par quelques questions adaptées à l'âge de l'enfant :

- A 2 ans : Associe-t-il 2 mots ?
- A 3 ans : Fait-il des phrases ? Emploie-t-il des articles ? Conjugue-t-il des verbes ?
- A 4 ans : Indication à réaliser un test ERTL4. En cas de bilinguisme, parle-t-il bien dans sa langue maternelle ?

Il faut également s'intéresser aux antécédents parentaux de troubles spécifiques du langage qui semblent constituer un facteur de risque pour l'enfant de difficultés langagières (le niveau d'étude des parents doit aussi être pris en compte) (62).

Le médecin généraliste a donc un rôle important, notamment auprès des parents pour les sensibiliser au langage de leur enfant. Certaines études prouvent que le repérage par les parents, tout milieu confondu, est efficace notamment sur le versant de l'expression orale et des retard de parole (63). Cela constitue un pré-dépistage rapide et peu onéreux qui pourra être complété par l'avis d'un professionnel, et surtout, cette attention sur le langage permet aux parents d'être acteur du développement de leur enfant. Pour cela, le médecin doit lui-même être convaincu de l'intérêt d'un repérage précoce et de l'utilité de conseils simples aux parents dès les premiers mois de l'enfant ; d'autant plus si la langue maternelle est différente du français. Il jouera ensuite un rôle déterminant en cas de repérage d'une difficulté pour centraliser les informations des différents interlocuteurs. Pour optimiser une prise en charge rapide de l'enfant, on pourrait concevoir une liaison à la P.M.I. dès lors qu'un trouble du langage est mis en évidence (par exemple : n'associe pas deux mots lors de l'examen du 24^{ème} mois). Le médecin délèguerait ainsi à d'autres professionnels formés dans ce domaine la réalisation de tests de langage et de communication pour affirmer la réalité du trouble et ensuite mettre en place la prise en charge adéquate (groupes d'éveil, bains de langage, orthophonie...).

Parallèlement à ce travail de prévention, le médecin a un rôle de diagnostic face à des difficultés parfois intégrées dans une pathologie plus complexe. Au contact de l'enfant au cours de son développement psycho-moteur, il doit s'attacher à repérer un retard dans les acquisitions. Le cas échéant, différents centres spécialisés peuvent l'épauler dans sa démarche diagnostique en fonction des troubles constatés. Le CAMSP, le CMP, le CMPP ou le CLAP ont chacun leur rôle propre, fonction de la pathologie de l'enfant (déficience sensorielle, motrice, mentale ; troubles neuro-psychologiques ; trouble spécifique des apprentissages type dysphasie ou dyslexie).

La prise en charge globale de l'enfant en difficultés requiert la participation de tous :

- Les parents sont attentifs au langage de leur enfant et repèrent dès les premiers signes un éventuel trouble du langage ou de la communication puis, si une rééducation est nécessaire, accompagnent leur enfant tout au long de la prise en charge.
- Le médecin généraliste ou le pédiatre examinent l'enfant régulièrement depuis ses premiers mois de vie, font passer aux parents des messages simples de prévention pour un bon développement langagier et assurent le suivi des différentes prises en charge si elles sont nécessaires.

- L'enseignant, dont le repérage peut se révéler pertinent car il côtoie l'enfant tous les jours dans des activités variées et en situation concrète, alerte les parents et le professionnel chargé de réaliser le bilan des difficultés.
- Le médecin et la puéricultrice de PMI réalisent un bilan complet de son développement vers l'âge de 4 ans (en Meurthe-et-Moselle) et peuvent orienter vers une surveillance ou un bilan orthophonique en cas de difficulté repérée. Le service de P.M.I. propose également des groupes d'éveil permettant aux enfants peu stimulés à la maison ou en situation de bilinguisme d'accéder à un bain de langage.
- Le médecin spécialiste libéral ou exerçant dans un centre spécialisé (ORL, ophtalmologue, neuropédiatre, pédopsychiatre) est sollicité en fonction du type de difficulté pour identifier le trouble du langage et pour éliminer un trouble du langage secondaire à une autre déficience.
- Les différents spécialistes paramédicaux (orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute) proposent à l'enfant une prise en charge lorsque la difficulté a été diagnostiquée.

Au centre d'un réseau de prise en charge de l'enfant, le médecin généraliste a pour mission face au développement langagier de l'enfant :

- ✓ D'être attentif au langage de l'enfant et de conseiller les parents par des messages simples sur le langage et la communication avec l'enfant (parler à son bébé dès la naissance, jouer avec l'enfant en utilisant un langage ni trop simple, ni trop compliqué, participer à des activités en ludothèque, à des groupes d'éveil, parler au médecin au moindre doute concernant le langage ou l'audition du bébé) (64).
- ✓ De participer au repérage précoce d'un trouble ou d'un retard de langage en connaissant les différentes étapes clé du développement de la parole chez l'enfant. Pour cela, la formation universitaire a été enrichie en 2001 d'un enseignement portant sur le développement psycho-moteur du nourrisson et de l'enfant où la question du langage et des troubles des apprentissages doit être approfondie (notamment présentation des tests de dépistage disponibles pour le médecin généraliste).
- ✓ De rechercher, en cas de trouble du langage oral, une pathologie sous-jacente par un examen somatique complet et si besoin d'orienter l'enfant vers d'autres spécialistes exerçant en libéral (ORL, pédiatre) ou dans des centres pluridisciplinaires spécialisés (CAMSP, CLAP, CMP, CMPP).
- ✓ D'accompagner les parents dans le suivi de la prise en charge de l'enfant lorsqu'elle est nécessaire (orthophonie, consultations spécialisées) et d'assurer le lien entre les différents intervenants au service de l'enfant.

VII. CONCLUSION

Les récentes recherches ont permis de mieux appréhender les troubles du langage oral, leurs facteurs de risque, leur rôle délétère sur l'acquisition de la lecture et des apprentissages.

Le médecin généraliste est l'un des maillons essentiels de la prise en charge de l'enfant. Il intervient dès les premières semaines de vie et reste un interlocuteur de premier recours pour les parents.

Il lui faut donc investir le champ de la prévention pour sensibiliser les parents sur le langage de l'enfant et le rôle positif des interactions langagières. En milieu socio-économique défavorisé ou dans des situations de précarité, le médecin doit encourager la communication et les échanges précoces avec le bébé.

Le repérage précoce des troubles du langage est fondamental pour apporter une aide immédiate à l'enfant et lui permettre de surmonter ses difficultés, avant que les conséquences psychoaffectives de l'échec ne viennent compliquer sa prise en charge. Les outils validés dans l'évaluation du langage oral sont nombreux et il convient de les utiliser à bon escient pour ne pas stigmatiser un enfant qui ne répondrait pas aux critères attendus pour son âge.

Pour accompagner ces familles, le médecin peut faire appel aux spécialistes de la petite enfance qui l'entourent (pédiatre, médecin de P.M.I., orthophonistes, centres spécialisés tels que le CAMSP, le CLAP, le CMP pour enfants, le CMPP). L'enfant se situe ainsi au centre d'un réseau qui va l'aider à accéder à une scolarité épanouie.

Les troubles du langage oral demeurent une problématique multi-factorielle ; où soin et éducation sont d'égale importance. L'enfant doit être appréhendé dans sa globalité, chaque professionnel concerné ayant un rôle essentiel, ensemble et en lien avec la famille.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. **ZORMAN M.** Notes de synthèse: Le langage oral: du nouveau-né à l'élève. Laboratoire Cogni-Sciences et Apprentissages. IUFM Académie de Grenoble. Novembre 1998.
2. **BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V.** *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues: Ortho éditions, 2004.
3. **OLLER K., EILERS R-E., NEAL A-R., SCHWARTZ H-K.** Precursors to speech in infancy: the prediction of speech and language disorders. *Journal of communication disorders*. 1999, Vol. 32, 4, pp 223-245.
4. **DE BOISSON-BARDIES B.** Discernible differences in the babbling of infants according to target language. *Journal Of Child Language*. 1984, Vol. 11, pp 1-15.
5. **BILLARD C.** Développement du langage oral chez l'enfant. EMC Pédiatrie-Maladies infectieuses. 2008, 4-002-F-75
6. **SOCIETE FRANCAISE DE PEDIATRIE.** Guide Pratique: Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. Mars 2007.
7. **CHEMINAL R., ECHENNE B.** Les troubles spécifiques du langage oral chez l'enfant: du retard sévère aux dyphasies de développement.
[http://www.coridys.asso.fr/pages/base_doc/dysphasiecheminal.html]
8. **BILLARD C., DEBECQUE B.** Troubles du langage oral et illettrisme.
[http://www.coridys.asso.fr/pages/base_doc/txt_billard/illet.html.]
9. **SILVA P-A., WILLIAMS S., McGEE R.** A longitudinal study of children with developmental language delay at age three: later intelligence, reading and behaviour problems. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 1987, 29, pp 630-640.
10. **STEVENSON J.** Predictive value of speech and language screening. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 1984, 26, pp 528-538.
11. **MENYUK P., CHESNIK M., WEIS LIEBERGOTT J., KORNGOLD B., D'AGOSTINO R., BELANGER A.** Predicting reading problems in at-risk children. *Journal of Speech and Hearing Research*. 1991, 34, pp 893-903.
12. **BILLARD C.** Les troubles du langage écrit dans la dysphasie de développement. *Approches Neuropsychologiques des Apprentissages de l'Enfant*. 1991, Vol. 1, pp 15-23.
13. **ZORMAN M.** Evaluation de la conscience phonologique et entraînement des capacités phonologiques en grande section de maternelle. *Rééducation orthophonique*. 1999, Vol. 197, pp 139-157.

14. **CANUT E.** L'apprentissage du langage oral à la maternelle: rôle, modalités et enjeux des interactions langagières entre adultes et enfants. 21 mars 2007, Metz . Disponible sur [http://www.ac-nancy-metz.fr/casnav/crd/crd_conf_canut.htm].
15. **BINA-HACHET D.** Devenu scolaire de 560 enfants de moyenne section de maternelle testés en 1983 par le TDP81. *Mémoire d'orthophonie*. Lille : 1989.
16. **ABRAMOVITCH S., JUBETRIE F.** Devenu de 166 enfants testés par le TDP81 au cours des années 1982 à 1984; premiers résultats. *Mémoire d'orthophonie*. Toulouse : 1989.
17. **FERRAND P.** Nécessité du dépistage et du traitement précoce en orthophonie. *Rééducation Orthophonique*. 2000, Vol. Repérage et dépistage des troubles du langage, 204, pp 3-17.
18. **WHITEHURST G., FISCHER JE.** Practitioner review: early developmental language delay: what, if anything, should the clinician do about it? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1994, 35, pp 613-648.
19. **VALLEE L., DELLATOLAS G.** Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage, Plan triennal interministériel 2001-2004, 1^{er} octobre 2005 129 pages.
20. **RINGARD JC., VEBER F.** Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Mars 2001, pp 11-13.
21. **INSERM.** Expertise collective: Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques. Paris: Les éditions INSERM, 2007, 842 pages.
22. **BOVET F., DANJOU G., LANGUE J.** Les inventaires français du développement communicatif: un nouvel outil pour évaluer le développement communicatif du nourrisson. *Médecine et enfance*. Juin 2005, pp 1-6.
23. **CHEVRIE-MULLER C.** Dépistage précoce des troubles du développement du langage à 3 ans et demi: validation de la méthode. *Approches Neuropsychologiques des Apprentissages de l'Enfant*. 1993, 5, pp 82-91.
24. **COQUET F.** Le DPL3: mises en perspective. *Rééducation Orthophonique*. 2000, Vol. 204, pp 53-63.
25. **COQUET F.** L'orthophoniste au centre d'une action de prévention des troubles du langage, partenaire des familles, des enseignants et des professionnels de santé (outils D.P.L.3). [orthophonistes.fr/upload/amiens/Actessite/Ateliers/COQUET.doc]
26. **ALLA F., GUILLEMIN F., COLOMBO M-C., ROY B., MAEDER C.** Valeur diagnostique de ERTL4: un test de repérage des troubles du langage chez l'enfant de 4 ans. *Archives de Pédiatrie*. 1998, Vol. 5, pp 1082-1088.

27. **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. *Approches Neuropsychologiques des Apprentissages chez l'Enfant*. 2002, 66, pp 48-55.
28. **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. Développement cognitif et troubles des apprentissages. Marseille : Solal, 2004. pp 245-270.
29. **LOOS-AYAV C., ROY B., BLANC J-P., APTEL E., MAEDER C., KIPFFER-PIQUARD A., ALLA F.** Validité des épreuves du repérage des troubles du langage et des apprentissages de l'enfant de 6 ans (ERTLA6). *Santé Publique*. 2005, 17, pp179-189.
30. **ALLA F., BLANC J-P., ROY B., MAEDER C., KIPFFER-PIQUARD A.** Validation d'ERTLA6: épreuves de repérage des troubles du langage et de l'apprentissage de l'enfant de 6 ans. *Glossa*. 2000, 74, pp 4-17.
31. **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. *Archives de Pédiatrie*. 2006, 13, pp 23-31.
32. **MANCINI J., PECH-GEORGEL C., BRUN F., GEORGE F., LIVET M-O., CAMPS R., MASSOULIER A., SUZINEAU E, GUAGLIARDO V, VERGER P.** Eval Mater: proposition d'une évaluation pédiatrique des compétences langagières et psychomotrices lors du premier bilan de santé en école maternelle. *Archives de Pédiatrie*. Avril 2008, Vol. 15, 4, pp 397-405.
33. **AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE.** Recommandations pour la pratique clinique: L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. Mai 2001.
34. **Entraide Naissance Handicap 37.** CAMSP Centres d'action médico-sociale précoce. [http://www.enh37.fr/_glossaire/CAMSP.pdf] [Citation : 02 septembre 2010.]
35. **Secrétariat d'état aux personnes handicapées.** Les centres d'action médico-sociale précoce-CAMSP. [http://archives.handicap.gouv.fr/dossiers/etabserv/etabserv_serv21.htm] [Citation : 02 septembre 2010.]
36. **PEIFFER E.** Les centres de référence. Centre de référence des troubles du langage et des apprentissages scolaires. CHU La Tronche Grenoble. [http://www.cognisciences.com/IMG/Les_centres_de_Reference_EP_10_08.pdf] [Citation : 03 septembre 2010.]
37. **FRANC C., LE VAILLANT M., ROSMAN S., PELLETIER-FLEURY N.** La prise en charge des enfants en médecine générale: une typologie des consultations et visites. *Etudes et Résultats*. 2007, Vol. 588, pp 1-8.

38. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** 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. 2005.
39. **GUILLEMET JM., BARON C., BOUQUET E., PARE F., TANGUY M., FANELLO S.** Les dépistages recommandés chez l'enfant de deux à six ans. Etude de faisabilité et pratiques en médecine générale. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. Juin 2010, Vol.23, 3, pp 125-130.
40. **TALY V., SALAUN O., SERRE G., MORO M-R.** Bilan psychologique de l'enfant aux multiples appartenances culturelles. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 2008, 56, pp 299-304.
41. **REZZOUG D., de PLAEN S., BENSEKHAR-BENNABI M., MORO M-R.** Bilinguisme chez les enfants de migrants, mythes et réalités. *Le Français aujourd'hui. Enseigner les langues d'origine*. 2007, Vol. 3, 158, pp 61-68.
42. **DENNI-KRICHEL N.** Bilinguisme précoce, avantage ou handicap? *L'Orthophoniste*. 2007, 271, pp 8-10.
43. **BIALYSTOK E., LUK G., KWAN E.** Bilingualism, biliteracy and learning to read: interactions among languages and writing systems. *Scientific Studies of Reading*. 2005, Vol.9, 1, pp 43-61.
44. **FLUSS J., ZIEGLER J., ECALLE J., MAGNAN A., WARSZAWSKI J., DUCOT B., RICHARD G., BILLARD C.** Prévalence des troubles d'apprentissages du langage écrit en début de scolarité: l'impact du milieu socio-économique dans 3 zones d'éducation distinctes. *Archives de Pédiatrie*. 2008, 15, pp 1049-1057.
45. **BILLARD C., BRICOUT L., DUCOT B., RICHARD G., ZIEGLER J., FLUSS J.** Evolution des compétences en lecture, compréhension et orthographe en environnement socioéconomique défavorisé et impact des facteurs cognitifs et comportementaux sur le devenir à deux ans. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. Avril 2010, Vol. 58, 2, pp 101-110.
46. **Site du conseil général de Meurthe-et-Moselle : Services de proximité / CMS.** [<http://internet1.cg54.fr/cg54/pages/fr/781.htm?&print=1&pagetypesimple=1>] [Citation : 28 juillet 2010.]
47. **BAROT D., CARRET A-S., BONHONNE C., PERRIER S., FARHI D.** Bilans de santé: recherche-action sur les bilans de santé des enfants de 3 et 4 ans réalisés par la Protection Maternelle et Infantile dans les écoles maternelles de la Somme. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2003, Vol. 16, 4-11.
48. **HUOT-MARCHAND M.** Les bilans de trois et quatre ans en école maternelle: une présence de la PMI au sein des écoles en Meurthe-et-Moselle. *Enfance majuscule*. 2009, Vol. 105, 16-21.

49. **HIMON F.** Bilans en école maternelle 2008-2009. Conseil Général de Meurthe et Moselle. 2009.
50. **ROY B., MAEDER C.** Intérêt d'une épreuve de repérage des troubles du langage oral lors du bilan médical de l'enfant de 4 ans (ERTL4). *Médecine et Hygiène*. 1993, Vol.51, pp 375-377.
51. **GUIGNON N.** La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. *DREES Etudes et résultats*. Janvier 2002, 155.
52. **Site de la ville de Vandoeuvre-lès-Nancy.** [<http://www.vandoeuvre.fr/decouvrir-vandoeuvre/>]. [Citation : 05 septembre 2010.]
53. **LABBE E., MOULIN J-J., GUEGUEN R., SASS C., CHATAIN C., GERBAUD L.** Un indicateur de mesure de la précarité et de la "santé sociale": le score EPICES. L'expérience des centres de santé de l'assurance maladie. *Revue de l'Institut de Recherches Economiques et Sociales*. 2007, Vol. 1, 53, pp 3-49.
54. **COLOMBO M-C.** Le dépistage des troubles du langage oral lors du bilan en école maternelle par les services de PMI. *L'orthophoniste*. Septembre 2007, 271, pp 15-17.
55. **Spécimen du carnet de santé.**
[http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante.pdf].
[Citation : 31 08 2010.]
56. **RINGARD JC., VEBER F.** Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage Axe prioritaire numéro 4 Action 21. Mars 2001.
57. **VINCKENBOSCH E., ELIEZ S.** L'IRM cérébrale: un outil pour la compréhension de la dyslexie de développement. Une revue sélective. *Enfance*. 2004, Vol. 56, pp 311-322.
58. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé. Avril 2008.
59. **BILLARD C.** Des difficultés non spécifiques aux troubles spécifiques des apprentissages. **In:** Colloque national, Direction Générale de la Santé, Troubles du langage, troubles des apprentissages. 27 janvier 2009, Paris.
60. **WATIER L., DELLATOLAS G., CHEVRIE-MULLER C.** Difficultés de langage et de comportement à 3 ans et demi et retard en lecture au cours élémentaire. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2006, Vol. 54, pp 327-339.
61. **CHEVRIER-MULLER C., WATIER L., ARABIA C., DELLATOLAS G.** Repérage par les enseignants des difficultés de langage et de comportement chez 2059 enfants de 3 ans et demi. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2005, Vol. 53, pp 645-657.
62. **DOYEN A-L., GIANNOPULU I., ESCOLANO S., CUSIN F., JACQUIER-ROUX M., DELLATOLAS G.** Antécédents parentaux de difficultés langagières et évaluation du

langage chez l'enfant entre cinq et six ans. *Archives de Pédiatrie*. 2004, Vol. 11, pp 1249-1250.

63. **CALLU D., JACQUIER-ROUX M., CUSIN F., GIANNOPULU I., DELLATOLAS G.** Pertinence du repérage par les parents des retards de langage chez l'enfant entre 4 et 6 ans. *Archives de Pédiatrie*. 2003, Vol.10, 1061-1067.

64. **ORHANT S., PELLEGRINO P., VESTA J.** Le langage de 0 à 3 ans. *La revue du praticien Médecine Générale*. 2010, Vol.24, 837, pp 199-203.

ANNEXE 1

Formulaire rempli par la PMI lors des bilans en école maternelle (Page 1)



DIRECTION DE LA SOLIDARITE
ET DE L'ACTION SOCIALE

MISSION DE PROTECTION
MATERNELLE ET INFANTILE

1 n° de dossier

BILAN de SANTÉ en ÉCOLE MATERNELLE 2008 / 2009

2 Date du bilan :

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Enseignant : _____

3 École :

Équipe P.M.I. :

4 Sexe : Âge au moment du bilan

Médecin : _____

5 Date de naissance :

Puéricultrice : _____

6 Bilan fait par :
Médecin seul Puéricultrice seule Les deux

☎ des parents : _____

7 Type d'examen :
Bilan complet Bilan partiel

8 Motif :
Systématique à la dde initiale à la dde à l'issue
des enseignants, des tests
parents, équipe, secteur

RUBRIQUES 9 à 16 à NE REMPLIR QU'EN CAS de BILAN COMPLET

9 Personne(s) rencontré(e)s : parents, équipe, secteur

mère père les 2 famille d'accueil autre aucune non renseigné

Situation des parents :

10 La mère :
actif retraité au foyer congé parental chômeur élève, étudiant ou en formation autre décédé(e) non renseigné

11 Le père :

12 Âge d'entrée à l'école

2 ans 2 ans 1/2 3 ans 3 ans 1/2 4 ans 4 ans 1/2 5 ans non renseigné

13 Fréquentation scolaire

Temps plein Mi temps Irrégulière non renseigné

Rubriques 14 à 16 à cocher uniquement si cette structure existe

14 Utilisation cantine

Jamais Épisodique Régulière non renseigné

15 Utilisation garderie périscolaire

Jamais Épisodique Régulière non renseigné

16 Durée d'utilisation : (ensemble)
Les jours d'école :
< 1 heure 1 à 3 heures > 3 heures le mercredi uniquement le mercredi et + d'1 heure les jours d'école

PMI.54/08.08

ANNEXE 1

Formulaire rempli par la PMI lors des bilans en école maternelle (Page 2)

PASSATION ERTL4					17	1	2	3																							
18	Bilinguisme :	<input type="checkbox"/> 1 Oui	<input type="checkbox"/> 2 Non	<input type="checkbox"/> 3 non renseigné		<input type="checkbox"/> 1 Oui	<input type="checkbox"/> 2 Non	<input type="checkbox"/> 3 Refus																							
19	Nains - Indiens :	<input type="checkbox"/> 1 vert	<input type="checkbox"/> 2 orange	<input type="checkbox"/> 3 rouge	<input type="checkbox"/> 4 non renseigné																										
20	Chien :	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																										
21	Toilette :	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																										
22	Voix :	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																										
23	Débit :	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																										
Épreuves facultatives :																															
24	Voix chuchotée :	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																										
25	Messages :	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																										
Profil (résultat à ERTL 4) :																															
26		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																										
PASSATION EXAMEN CLINIQUE					27	1	2																								
28	Poids en grammes :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 Oui	<input type="checkbox"/> 2 Non																								
29	Taille en cm :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
30	I.M.C. :	<input type="text"/>																													
31	Usage sucette :	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> N																												
32	Caries à soigner :	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> N																												
33	Caries déjà soignées :	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> N																												
34	Syndrome du biberon :	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> N																												
35	Vaccins faits	<input type="checkbox"/> 1 BCG	<input type="checkbox"/> 2 DTP à jour	<input type="checkbox"/> 3 Coq	<input type="checkbox"/> 4 Haemophilus	<input type="checkbox"/> 5 Hépatite B	<input type="checkbox"/> 6 1er R.O.R.	<input type="checkbox"/> 7 2e R.C	<input type="checkbox"/> 8 Antipneumococcique	<input type="checkbox"/> 9 N.R																					
SYNTHÈSE du BILAN																															
36	Vision et suites :		<input type="checkbox"/> 1 Examen fait	<input type="checkbox"/> 2 Oui	<input type="checkbox"/> 3 Non	<input type="checkbox"/> 1 Examen normal	<input type="checkbox"/> 2 Probl.connu et suivi	<input type="checkbox"/> 3 Probl.suspecté à revoir	<input type="checkbox"/> 4 Adressé ophtalmo (probl.susp., instestable)																						
37	Audition et suites :		<input type="checkbox"/> 1 Examen fait	<input type="checkbox"/> 2 Oui	<input type="checkbox"/> 3 Non	<input type="checkbox"/> 1 Examen normal	<input type="checkbox"/> 2 Probl.connu et suivi	<input type="checkbox"/> 3 Probl.suspecté à revoir	<input type="checkbox"/> 4 Intestable	<input type="checkbox"/> 5 Probl.suspecté --> ORL																					
38	Langage et suites :		<input type="checkbox"/> 1 Examen fait	<input type="checkbox"/> 2 Oui	<input type="checkbox"/> 3 Non	<input type="checkbox"/> 1 Examen normal	<input type="checkbox"/> 2 Probl.connu et suivi	<input type="checkbox"/> 3 Langage à revoir	<input type="checkbox"/> 4 Adressé en orthophonie	<input type="checkbox"/> 5 Adressé au CMP-CMPP	<input type="checkbox"/> 6 Adressé CAMSP																				
39	Psychomotricité :		<input type="checkbox"/> 1 Examen fait	<input type="checkbox"/> 2 Oui	<input type="checkbox"/> 3 Non	<input type="checkbox"/> 1 Examen normal	<input type="checkbox"/> 2 Difficultés légeres	<input type="checkbox"/> 3 Difficultés importantes	<input type="checkbox"/> 4 Enfant instestable																						
40	suites :		<input type="checkbox"/> 1 Pas de suites	<input type="checkbox"/> 2 Probl.connu et suivi	<input type="checkbox"/> 3 Enfant à revoir	<input type="checkbox"/> 4 -> CMP-CMPP réadaptation	<input type="checkbox"/> 5 Adressé CAMSP																								
41	Sphère psychosomatique psychoaffective :		<input type="checkbox"/> 1 Examen fait	<input type="checkbox"/> 2 Oui	<input type="checkbox"/> 3 Non	<table border="1"> <tr> <th colspan="5">Probl.de comportement à la maison</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Pas de probl. repéré</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Sommeil</td> <td><input type="checkbox"/> 3 Alimentation</td> <td><input type="checkbox"/> 4 Sphinctérien</td> <td><input type="checkbox"/> 5 Autre</td> </tr> <tr> <th colspan="5">Probl.de comportement à l'école</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6 Instabilité</td> <td><input type="checkbox"/> 7 Agressivité</td> <td><input type="checkbox"/> 8 Passivité</td> <td><input type="checkbox"/> 9 Autre</td> <td></td> </tr> </table>					Probl.de comportement à la maison					<input type="checkbox"/> 1 Pas de probl. repéré	<input type="checkbox"/> 2 Sommeil	<input type="checkbox"/> 3 Alimentation	<input type="checkbox"/> 4 Sphinctérien	<input type="checkbox"/> 5 Autre	Probl.de comportement à l'école					<input type="checkbox"/> 6 Instabilité	<input type="checkbox"/> 7 Agressivité	<input type="checkbox"/> 8 Passivité	<input type="checkbox"/> 9 Autre		<input type="checkbox"/> 10 noté lors du bilan
Probl.de comportement à la maison																															
<input type="checkbox"/> 1 Pas de probl. repéré	<input type="checkbox"/> 2 Sommeil	<input type="checkbox"/> 3 Alimentation	<input type="checkbox"/> 4 Sphinctérien	<input type="checkbox"/> 5 Autre																											
Probl.de comportement à l'école																															
<input type="checkbox"/> 6 Instabilité	<input type="checkbox"/> 7 Agressivité	<input type="checkbox"/> 8 Passivité	<input type="checkbox"/> 9 Autre																												
42	suites :		<input type="checkbox"/> 1 Pas de suites	<input type="checkbox"/> 2 Probl.connu et suivi	<input type="checkbox"/> 3 enfant à revoir	<input type="checkbox"/> 4 Adressé au CMP-CMPP	<input type="checkbox"/> 5 Adressé CAMSP																								
43	Examen somatique :		<input type="checkbox"/> 1 Examen fait	<input type="checkbox"/> 2 Oui	<input type="checkbox"/> 3 Non	<input type="checkbox"/> 1 Normal	<input type="checkbox"/> 2 Handicap ou mal. chronique	<input type="checkbox"/> 3 Probl. somatique dépisté	<input type="checkbox"/> 4 Adressé au méd.traitant	<input type="checkbox"/> 5 P.A.I.	<input type="checkbox"/> 6 Convention d'intégration																				
SUITES de BILAN																															
44	Retour suite à une demande de consultation		<input type="checkbox"/> 0 Oui	<input type="checkbox"/> 1 Non																											
45	Nature du retour		<input type="checkbox"/> 1 ORL	<input type="checkbox"/> 2 Ophtalmo	<input type="checkbox"/> 3 Orthophonie	<input type="checkbox"/> 4 Médecin traitant	<input type="checkbox"/> 5 Autre structure																								

ANNEXE 1

Formulaire rempli par la PMI lors des bilans en école maternelle (Page 3)

EXAMEN VISUEL		EXAMEN AUDITIF														
<p>Acuité visuelle de loin Cadet + images <input type="checkbox"/></p> <p> Cadet + lettres <input type="checkbox"/></p> <p>Porte des lunettes <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">OD OG Normale pour l'âge</p> <p style="margin-left: 40px;">_____ / 10 _____ / 10 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">(avec verres si l'enfant en a)</p> <p style="text-align: center;">Examen sous écran (Cover test)</p> <p style="margin-left: 40px;">Normal <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">Anormal <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">Douteux <input type="checkbox"/></p> <p>Étude de la mobilité oculaire</p> <p style="margin-left: 40px;">Normal <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">Anormal <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">Douteux <input type="checkbox"/></p> <p>Mesure de la convergence</p> <p style="margin-left: 40px;">Normal <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">Anormal <input type="checkbox"/></p>	<p>• Intervention ORL avant bilan</p> <p>• Tympan D</p> <p style="margin-left: 40px;">G</p> <p>Audiométrie :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oreille droite</th> <th>Oreille gauche</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>500</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 000</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 000</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 000</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Oreille droite	Oreille gauche	500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oreille droite	Oreille gauche														
500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
1 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
2 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
4 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR																
AUTONOMIE	s'habille seul	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
	se lave les dents	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
	se sert à table	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
MOTRICITÉ GLOBALE	saute à pieds joints	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
	marche sur les talons	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
	saute à cloche-pieds	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
	se tient sur la pointe des pieds	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
	attrape un ballon à 1 mètre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
	fait du vélo avec-sans petites roues	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
MOTRICITÉ FINE	découpe sur une ligne	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
	rebouche un feutre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
PRAXIES	avec modèle :															
	fait un escalier avec 3 cubes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
	fait un escalier avec 6 cubes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
LATÉRALITÉ	main <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>															
GRAPHISME	reproduit le	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
	écrit son prénom	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
	bonhomme :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
	tétard <input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/>															
COORDINATION VISUO-MOTRICE	échelle <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
CONNAÎT	couleurs primaires <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
	toutes les couleurs <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>													
COMPTE :	_____ cubes															
ORIENTATION TEMPORELLE	distingue : matin <input type="checkbox"/>	soir <input type="checkbox"/>	après-midi <input type="checkbox"/>													

ANNEXE 2

Document PowerPoint présenté aux médecins généralistes de Vandoeuvre

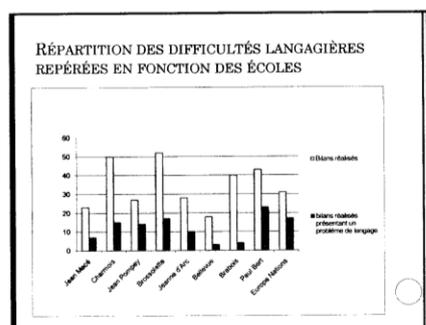
DEPISTAGE DES TROUBLES DU LANGAGE CHEZ LES ENFANTS NÉS EN 2004 ET SCOLARISÉS A VANDOEUVRE

CHOIX DE LA COHORTE

- Continuité d'un travail commencé en 2007 dans le cadre du C.U.C.S.
- Enfants vus de façon systématique en bilan école maternelle par la P.M.I.
- Utilisation d'outils de dépistage standardisés et validés (ERTLA)

DESCRIPTION DE LA COHORTE

- Enfants nés en 2004 et scolarisés sur la ville de Vandoeuvre.
- Sur 312 bilans en école maternelle réalisés
- **110 dossiers d'enfants** posent la question d'un trouble du langage oral.
- Répartition inégale selon les écoles et donc les quartiers
- Répartition inégale selon le sexe: 44% filles contre 66% garçons
- 16% des enfants ont déjà un dossier à la coordination de l'enfance (certains pour des problèmes liés à la naissance ou à d'autres pathologies somatiques, d'autres dans le cadre d'une prise en charge sociale ou éducative)
- 45% des enfants sont concernés par un bilinguisme au sein de leur famille



AUTRES DIFFICULTÉS ASSOCIÉES

- **L'audition:**
12% sont concernés par un problème ORL (infections à répétition, hyposcoussie...)
- **La vision:**
44% sont concernés par un problème ophtalmologique avéré ou à évaluer
- **La psychomotricité:**
16% présentent des difficultés
- **Les troubles bucco-dentaires:**
14% sont porteurs de caries dentaires
- **La sphère psycho-affective:**
16% présentent des difficultés de comportement en classe d'après les instituteurs.
- **Les pathologies somatiques:**
9% sont porteurs de pathologies lourdes (cardiopathie, pyélectase bilatérale, obésité, séquelles de prématurité, troubles de la marche non étiquetés)

PASSATION DU TEST ERTLA

- Attribution d'un profil couleur (vert, orange ou rouge) guidant l'attitude devant le dépistage d'un trouble du langage oral:
- **Orange:** réévaluation à 6 mois
- **Rouge:** bilan orthophonique

ANNEXE 2

Document PowerPoint présenté aux médecins généralistes de Vandoeuvre

PASSATION DU TEST ERTL4

- Sur les 110 enfants de la cohorte:
 - 75% ont passé le test
 - 10% sont déjà repérés comme présentant des difficultés langagières
 - 7% ont refusé ou ont présenté un mutisme
 - 8% des enfants n'ont pu être testés (ERTL4 non renseigné ou tests non réalisables)
- *77% des enfants de la cohorte ayant passé le test ont présenté un profil orange ou rouge*

CONCLUSION DU BILAN ET ORIENTATION

- Sur tous les enfants de la cohorte:
 - 29% bénéficient déjà d'un bilan ou d'une prise en charge en orthophonie
 - 40% doivent être revus en consultation pour réévaluation du langage
 - 26% ont bénéficié d'une demande de bilan orthophonique
 - 5% sont pris en charge en pédopsychiatrie

SUITES DU BILAN

- **Langage à revoir:**
40 enfants sur les 44 n'ont pu être revus en consultation malgré les sollicitations
- **Bilan orthophonique:**
11 ont été faits sur les 29 prescrits: 7 enfants font ainsi l'objet d'une prise en charge pour retard de langage

CONCLUSION

- 110 enfants sur 312 enfants nés en 2004 (*soit 35%*) **posent la question d'un trouble du langage oral** contre 84 sur 348 (24%) enfants nés en 2002
- Lors des bilans réalisés en 2008-2009, 29% des enfants bénéficient déjà d'une prise en charge en orthophonie au moment du bilan en école contre 21% lors des bilans 2006-2007: **une prise en charge plus précoce**
- Mais 52% des enfants à risque n'ont pas été pris en charge: **une problématique encore trop sous estimée**

ANNEXE 3

Liste des bains de langage sur Vandoeuvre transmise aux médecins généralistes

Petite liste non exhaustive des lieux de langage à Vandoeuvre

Des plus petits jusqu'à l'apprentissage de la lecture

Groupes d'éveil mis en place par la PMI (conseil général) avec la participation de professionnels du centre médico-psychologique pour enfants :
Centre médico-social Vand'Est : 03 83 55 44 31

Halte-garderie Les Alizées

Allée de Cologne
Tél : 03 83 55 53 44

Ludothèque du marché

Place du marché
Tél : 03 83 55 12 08
Séance comptines le jeudi de 9 h 30 à 10 h.

La Maison des familles

8 place de Paris
tél : 03 83 96 78 40
Ouverture : Me, Vendredi, Samedi de 9 h à 12 h. Ma, Me, jeudi de 14 h à 18 h.

Associations de soutien aux familles...

Médiathèque municipale Jules Verne

2 rue de Malines
Tél : 03 83 54 85 53
L'Ile aux histoires chaque samedi à partir de 16 heures.

Réseau assistantes maternelles (RAM)

Place du marché
Tél : 03 83 50 54 24

Structures d'accueil collectives :

Crèche municipale l'Ile aux enfants : 03 83 51 03 78
Structures associatives Bébébug's : 03 83 56 53 63 et Toboggan : 03 83 57 92 82

Écoles maternelles (9 écoles maternelles) : inscription mairie de Vandoeuvre.

Dispositif « coup de pouce langage ».

« Je lis, tu racontes »

Action langage mise en place par la MJC Lorraine et la ville (mission réussite éducative), avec l'aide de bénévoles dans les écoles maternelles (avec ASFOREL).

Contact Sophie Milliat, MJC Lorraine : 03 83 15 90 00 ou en mairie : 03 83 51 89 39

Centre médico-psychologique pour enfants

Centre d'affaires les Nations
23 Boulevard de l'Europe
03 83 57 33 50

□

ANNEXE 4

L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans (recommandations ANAES mai 2001)



TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Mai 2001

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Ces recommandations concernent les indications de l'orthophonie dans les troubles primaires et spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans, spécifiques dans le sens qu'ils ne s'accompagnent pas de déficience mentale, qu'ils interfèrent le langage et peu ou pas les autres fonctions cognitives. Les troubles du langage secondaires à des pathologies neurologiques, psychiatriques et/ou sensorielles bien définies, à des malformations bucco-pharyngées, le bégaiement et les troubles acquis du langage ne font pas l'objet des présentes recommandations. Ces recommandations sont destinées à tous les professionnels de santé concernés par les troubles du langage oral de l'enfant de 3 à 6 ans.

Neloz le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations proposées sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur et/ou méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve : par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohortes ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas.

En l'absence de précisions, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel.

1. Toute préoccupation exprimée concernant le langage de l'enfant doit être prise en compte, qu'elle provienne des parents, des enseignants ou de professionnels de santé. Cette plainte doit aboutir à la réalisation d'une évaluation individuelle et d'un examen médical qui ont pour but de vérifier l'existence du trouble du langage et sa spécificité. La décision de réaliser un bilan orthophonique dépendra des résultats de ces examens.

2. On peut distinguer plusieurs étapes dans l'identification d'un trouble spécifique du langage oral chez l'enfant entre 3 et 6 ans :
On peut considérer que pratiquement toutes les méthodes proposées en France sont très récentes et se trouvent au début de leur développement (tableau 1). Le contenu de ces instruments français est dans l'ensemble en accord avec les travaux internationaux montrant que sont les items ou épreuves les plus pertinents pour délimiter le groupe d'enfants d'âge préscolaire présentant des troubles spécifiques du langage.

Tableau 1 : Outils de repérage et de dépistage des troubles du langage oral

Outils	Âge d'utilisation	Validation
Questionnaires		
- DPL3	3 ans à 3 ans et 6 mois	en cours
- Chevrie-Muller	3 ans et 6 mois à 3 ans et 9 mois	+
Batteries de tests		
- ERTL4	3 ans et 9 mois à 4 ans et 6 mois	en cours
- PER 2000	3 ans et 6 mois à 5 ans et 6 mois	en cours
- ERTL A6	5 ans et 9 mois à 6 ans et 4 mois	en cours
- BREV	4 ans à 9 ans	+

5. La prise en charge orthophonique :

Les objectifs de la prise en charge orthophonique chez l'enfant de 3 à 6 ans sont, en fonction de l'âge et des potentialités de l'enfant, de remédier aux différents aspects déficitaires du langage, d'améliorer la communication de l'enfant et aussi de faciliter l'acquisition des apprentissages scolaires en particulier du langage écrit, quand l'enfant entrera à l'école.

- avant 4 - 5 ans :
 - Une prise en charge est nécessaire en cas d'intelligibilité et/ou d'agrammatisme ou de trouble de la compréhension (grade C).
 - La prise en charge comporte différents axes : guidance parentale et/ou rééducation orthophonique de l'enfant. D'autres méthodes d'intervention indirecte fondées sur un programme d'éducation et d'accompagnement parental ont montré leur efficacité sur la pauvreté de vocabulaire (grade C). Il y a peu de données scientifiques établies mais il semble que les troubles expressifs phonologiques et syntaxiques bénéficieraient plus d'une rééducation orthophonique (grade C).
 - après 5 ans : la prise en charge orthophonique est toujours nécessaire si le bilan confirme l'existence d'un trouble spécifique du langage oral (grade C).

Les objectifs et les techniques de rééducation sont précisés et communiqués à l'ensemble des acteurs. Dans tous les cas les contacts et les interactions entre les parents, le médecin de l'enfant, l'orthophoniste et le système scolaire doivent toujours être développés. Les enfants présentant des troubles du langage associés à d'autres troubles neuropsychologiques ou à des troubles des émotions et du comportement nécessitent des prises en charge multidisciplinaires coordonnées par un médecin au sein d'une équipe ou d'un réseau spécialisé. La coordination de tous les acteurs de la prise en charge est particulièrement importante en cas de répercussions sur l'intégration scolaire et sociale.

Les méthodes faisant appel aux capacités et aux désirs éducatifs des parents seraient à développer en France, en particulier chez les enfants les plus jeunes présentant un langage oral limité. Il en est de même des interactions entre les orthophonistes, les médecins et le système scolaire.

6. L'évaluation de l'enfant après la rééducation orthophonique :

Elle est actuellement pratiquée presque exclusivement par l'orthophoniste impliqué dans la rééducation. Elle devrait être faite par le médecin prescripteur, complétée par l'avis d'autres personnes, parents, enseignants ou d'autres professionnels de santé.

Cette évaluation doit être basée sur la définition des objectifs de la rééducation et le suivi d'indicateurs consignés au mieux dans un dossier orthophonique accessible à l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'enfant. Cette évaluation doit permettre de décider d'arrêter, de poursuivre ou de modifier une rééducation. Il est nécessaire dans tous les cas de se préoccuper de l'évolution des éventuels troubles associés et de l'acquisition du langage écrit quelle que soit l'évolution du langage oral.

7. Perspectives :

Il reste beaucoup de travail à faire pour :
• (i) compléter l'analyse statistique des données déjà recueillies ; (ii) compléter le recueil de données afin d'établir des normes dans différentes populations d'enfants (e.g. selon le niveau socio-culturel, la ville et la campagne, le bilinguisme) ; (iii) compléter la validation et l'étude comparative des performances des différents instruments proposés pour le dépistage et l'évaluation ;

2.1. Le repérage et le dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans doivent être systématiques même en l'absence de plainte.

- Entre 3 et 4 ans, ils font appel au minimum à une seule question posée aux enseignants : « Considérez-vous que cet enfant a un problème de langage ? » et aux parents (« Que pensez-vous du langage de votre enfant ? »). Avec la question posée aux enseignants, 20 à 25 % des enfants de cette tranche d'âge en maternelle sont identifiés comme étant susceptibles d'avoir un trouble du langage (grade C).

Des questionnaires d'aide au repérage peuvent être utilisés : le DPL3, en cours de validation utilisable entre 3 ans et 3 ans 6 mois (10 questions) ou le « Questionnaire Langage et Comportement 3 ans 1/2 », de Chevrie-Muller et Coll., validé (grade C), utilisable de 3 ans 6 mois à 3 ans 9 mois (29 questions).

À ce niveau sont repérés des enfants avec troubles de langage de toutes origines, et pas uniquement ceux ayant des troubles spécifiques du langage. Il n'existe pas actuellement de questionnaire valide après 4 ans.

- Après 4 ans des batteries de tests sont proposées :
 - l'ERTL4, utilisable entre 3 ans et 9 mois et 4 ans et 6 mois, (5 à 10 minutes de passation) ;
 - le PER2000 et la BREV utilisés lors des étapes ultérieures sont également utilisables à ce stade : entre 3 ans et 6 mois et 5 ans et 6 mois pour le PER 2000 (étalonné et en cours de validation) et entre 4 ans et 9 ans pour la BREV (étalonnée et validée partiellement) ;
 - d'autres outils s'adressant à la tranche 5-6 ans, ont par ailleurs comme objectifs de rechercher des signes prédictifs de troubles de l'apprentissage (bilan de santé des 5-6 ans, ERTL A6 par exemple).

On peut remarquer un certain sous-développement en France des méthodes de dépistage basées sur l'avis des parents et des enseignants, qui pourtant seraient efficaces. L'éducation nationale devrait être plus impliquée dans le dépistage. Des conseils dans le carnet de santé pourraient être utiles.

2.2. L'identification du caractère spécifique du trouble du développement du langage oral :

Le diagnostic de « troubles spécifiques du langage oral chez l'enfant entre 3 et 6 ans » est un diagnostic difficile. En cas de troubles graves, les troubles sont beaucoup plus souvent associés à d'autres troubles qu'isolés, ce qui rend indispensable le bilan médical pluridisciplinaire. En cas de troubles légers et isolés, il faut faire la part entre trouble et retard.

Le bilan médical est essentiel pour affirmer le caractère primaire du retard ou du trouble du langage (non secondaire à une autre pathologie) et permettre d'orienter la prise en charge (grade B). Il s'agit de rechercher :

- un déficit sensoriel notamment auditif : tout enfant ayant un trouble du langage doit avoir un bilan auditif (examen des tympans, voix chuchotée hors de la vue de l'enfant) et au moindre doute un examen audiométrique complet (grade C) ;
- une pathologie neurologique : tout enfant ayant un trouble du langage doit bénéficier d'un examen neurologique clinique : régression du langage, recherche d'antécédents familiaux et personnels, d'un trouble neurologique moteur, d'une dysmorphie, d'un syndrome neuro-cutané, d'anomalies du périmètre crânien (grade C). Dans ce cas un avis neuro-pédiatrique doit être demandé ;
- un trouble cognitif non verbal : tout enfant ayant un trouble du langage doit avoir une évaluation des compétences non verbales (grade C). Des outils évaluant à la fois les troubles du langage et les fonctions non verbales ont été développés : PER 2000, BREV. Une évaluation psychométrique peut être nécessaire, en cas de doute sur les fonctions non-verbales.

- un trouble envahissant du développement : tout enfant ayant un trouble du langage doit avoir une évaluation de ses capacités de communication et de sa socialisation (grade C). Au moindre doute, il faut s'aider de questionnaires.
- des carences importantes dans l'environnement de l'enfant : enfant non scolarisé, insuffisance de stimulation langagière, affective, etc.
- Tout trouble sévère de la compréhension nécessite un avis spécialisé et un électroencéphalogramme de sommeil (grade C).

La prescription du bilan orthophonique :

La prescription d'un bilan orthophonique chez les enfants entre 3 et 6 ans doit être envisagée individuellement chez les enfants les plus jeunes et les enfants les plus âgés de cette tranche d'âge. Les travaux montrent en effet qu'une proportion élevée d'enfants présentant des retards au développement de leur langage entre 3 et 5 ans, ne présentent plus de retard quelques mois à quelques années plus tard (grade B), même en l'absence de prise en charge particulière mais sans qu'il soit possible de prédire cliniquement l'évolution du langage. L'indication du bilan orthophonique dépend de la sévérité, de la spécificité et de la persistance du retard de langage. Une formation des prescripteurs est nécessaire.

Chez l'enfant de 3 à 4 ans il y a indication de bilan orthophonique :

- en cas d'absence de langage intelligible pour les personnes non familières ;
- en cas d'absence de structure grammaticale (3 mots dont un verbe associés à 3 ans) ;
- 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 (grade C).

À 5 ans, le bilan orthophonique est justifié non seulement dans le cas des cas cités précédemment, mais aussi devant tout trouble du langage quel qu'il soit, authentifié par une batterie de dépistage. La persistance d'un trouble du langage, en particulier de troubles phonologiques peut gêner considérablement l'apprentissage de la lecture au début du primaire (grade C).

Le bilan orthophonique :

Il précise le type de trouble du langage et sa gravité, en évaluant à la fois l'aspect expressif (phonologie, vocabulaire, morphosyntaxe et récit), réceptif (perception et compréhension) et pragmatique (emploi du langage dans les interactions sociales et familiales). Des épreuves étalonnées dans la population générale permettant la réalisation de ces bilans orthophoniques.

En outre, les épreuves destinées à repérer les enfants entre 5 et 6 ans à risque de difficultés d'apprentissage de la lecture dans les premières années du primaire doivent inclure la discrimination phonologique, les capacités métaphonologiques, la dénomination rapide, l'organisation syntaxique, l'attention et la mémoire verbale (grade C).

Le bilan orthophonique permet de préciser les déficits et leurs domaines, les potentialités observées, la répercussion du trouble du langage et les potentialités d'évolution de l'enfant. Il précise les indications et modalités du traitement orthophonique. Le bilan orthophonique fait l'objet d'un compte rendu écrit, détaillé, argumenté et clairement explicite mentionnant les tests utilisés et leurs résultats.

En cas de troubles du langage oral peuvent être associés à des comorbidités psychopathologiques et neuropsychologiques souvent intriquées (troubles du comportement et des émotions, de la mémoire, de l'attention, du graphisme...).

Le rapport complet sera prochainement disponible à Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) 159 rue Nationale - 75640 Paris Cedex 13

Ce texte est téléchargeable gratuitement sur le site de l'ANAES : www.anaes.fr - rubrique : « Publications » ou sur le site : www.sante.fr

ANNEXE 5

Plaquette du Bureau International d'Audiophonologie

« Vers le langage : Etapes de développement »

3 mois



Réagit aux bruits, à la voix, à la musique: sursaute, arrête son activité ...

Dit "aaa ... eu !"

6 mois



Se retourne vers un bruit produit hors de sa vue.

Aime les jouets musicaux.

Fait du bruit avec ses lèvres.

Babilles.

Quand on lui parle, répond par des vocalises.

12 mois



Dit des syllabes redoublées et éventuellement ses premiers mots.

Cherche l'endroit d'où vient un bruit produit hors de sa vue.

Reconnaît une mélodie.

Comprend certains mots et des ordres simples.

Réagit à son prénom.

18 mois



Dit quelques mots reconnaissables.

Reconnaît tous les bruits familiers.

Comprend des phrases courtes (sans gestes).

2 ans



Peut montrer sur ordre quelques parties du corps.

Comprend un mot ou une phrase à voix chuchotée, "petit secret".

Commence à reproduire des mélodies: chansons enfantines ...

Comprend un ordre complexe comme: "donne un gâteau à Sophie !"

Dit des phrases à deux mots comme: "papa parti".

Utilise "moi" et "toi".

3 ans



S'exprime par phrases.

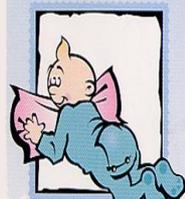
Ecoute et comprend des petites histoires.

Participe aux conversations familiales et pose des questions: où ? quoi ? qui ?

Répond à des questions simples à voix chuchotée à l'oreille droite comme à l'oreille gauche.

Chante ou récite des comptines.

Utilise le "je" et le "tu": "j'ai tout fini", "tu vas partir".



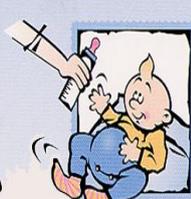
Tient sa tête. A plat ventre, il la relève.

Réagit à la lumière vive: grimace, se détourne.

Sourit et se calme à la vue d'un visage même si on ne lui parle pas.

Suit des yeux un objet proche.

Ouvre les mains.



S'agite à la vue d'un objet de plaisir: biberon ...

Regarde ses mains et ses pieds.

Reconnaît un objet, une personne à distance et les suit du regard sans loucher.

Tient assis avec appui.

Se retourne facilement du ventre sur le dos.

Saisit un objet volontairement et le passe d'une main à l'autre.



Prend de petits objets entre le pouce et l'index.

Retrouve un objet caché devant lui.

Distingue un visage familier d'un visage étranger.

Explore les détails de divers objets. Saisit un objet qu'on lui tend, peut le lâcher volontairement, s'amuse à jeter.

Se déplace seul, se met debout avec appui, marche avec aide.

Fait les marionnettes.

Boit à la tasse.



Souffle.

Gribouille.

Montre du doigt ce qu'il désire même si l'objet est loin de lui.

Empile des objets.

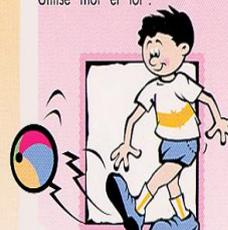
Reconnaît des images.

Marche seul.

Monte l'escalier avec aide.

Se sert d'une cuillère.

Mâche.



Donne un coup de pied dans un ballon.

Associe des objets semblables.

Reconnaît sur des photos ou des images des personnages familiers et des petits détails.

Tourne les pages d'un livre.

Grimpe et escalade.

Aime manger seul.



Tient le crayon entre les doigts et essaie de dessiner.

Aime regarder les livres.

Peut transporter un verre plein.

Monte et descend seul un escalier.

Pédale sur un tricycle.

VU

NANCY, le 3 septembre 2010

Le Président de Thèse

Professeur P. MONIN

NANCY, le 10 septembre 2010

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

Mme le Professeur K. ANGIOI

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 16 septembre 2010

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RÉSUMÉ DE LA THESE :

Les troubles du langage oral chez l'enfant doivent être repérés, dépistés et diagnostiqués précocement pour permettre la mise en place d'actions de soins ou pédagogiques car ils peuvent être délétères sur l'apprentissage ultérieur de la lecture et de l'écriture. Ces troubles peuvent être secondaires à une pathologie ou isolés (retard spécifique de type dysphasie). De nombreux tests validés permettent aux professionnels de repérer ou de dépister une difficulté de langage.

Les troubles du langage oral sont pluri-factoriels et le contexte de milieu socio-économique défavorisé, de précarité, associé à un bilinguisme doit alerter la vigilance du médecin. Les données recueillies par la PMI sur la ville de Vandoeuvre lors des bilans en école maternelle réalisés chez les enfants de moyenne section confirment ce rôle de l'environnement sur le bon développement du langage. Deux études réalisées à partir de ces données ont eu lieu à deux ans d'intervalle; la première en 2007, dans le cadre d'une recherche action ayant permis la mise en place d'actions de sensibilisation et de formations auprès de l'ensemble des professionnels les années suivantes, la seconde dans le cadre de cette thèse. La comparaison entre certains résultats montre que la formation et la sensibilisation des professionnels à cette problématique semblent permettre un meilleur repérage et une prise en charge (notamment orthophonique) plus précoce.

Le médecin généraliste est amené à examiner les enfants, mais, comme le suggère l'enquête menée auprès des médecins libéraux de Vandoeuvre, plus souvent au décours de pathologies aiguës que dans le cadre du suivi de son évolution psychomotrice et affective. Il serait néanmoins important qu'il puisse investir le champ de la prévention, notamment pour conseiller les parents dans le développement langagier de leur enfant. Son rôle est également de repérer le plus précocement possible un éventuel trouble du langage et adresser l'enfant vers les professionnels capables de l'aider. Si une prise en charge est nécessaire, il soutiendra les parents afin qu'elle puisse se poursuivre dans la durée.

TITRE :

Child language delay or disorder: screening, medical treatment and role of the general practitioner

THÈSE EN MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2010

MOTS CLES : enfant, trouble, langage oral, dépister, repérer, bilinguisme, précarité, médecin généraliste

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex