

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2019

N° : 148

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
Diplôme d'Etat
D.E.S de Médecine Générale

PAR
DUPONT Camille Emmanuelle
Née le 09/05/1988 à Lomme

LE REPÉRAGE DES TROUBLES DU LANGAGE DE L'ENFANT
EN MÉDECINE GÉNÉRALE :
Étude qualitative auprès de médecins généralistes investis
dans le suivi pédiatrique.

Président de thèse : Professeur Carmen SCHRÖDER

Directeur de thèse : Docteur Pauline CORDONNIER

1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- Assesteur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition JANVIER 2019
Année universitaire 2018-2019

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétiq ue humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameledine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DERUELLE Philippe		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02	Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAU LHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF GABRIEL		• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie: transfusion

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale ; option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme OLLAND Anne		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02	Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier		• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01	Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02	Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur		

MO112	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC	48.03 Option: pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Carmen SCHRÖDER,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de l'intérêt porté à ce travail. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

À Madame le Docteur Pauline CORDONNIER,

Je te remercie de m'avoir accompagnée et guidée dans ce projet de thèse. Merci pour ta réactivité, tes précieux conseils et ton soutien tout au long du travail. Sois assurée de mon profond respect et de ma gratitude.

À Madame le Professeur Anne DANION-GRILLIAT

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail. Recevez ici le témoignage de toute ma gratitude.

À Madame le Professeur Sylvie ROSSIGNOL

Vous avez aimablement accepté de prendre part au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma reconnaissance.

À Madame le Docteur Claire DUMAS

Je te remercie d'avoir accepté de prendre part à ce jury, après m'avoir fait confiance pour le premier atelier langage. Sois assurée de ma reconnaissance.

Aux douze médecins qui ont activement participé à l'élaboration de cette thèse, je vous remercie sincèrement d'avoir partagé avec moi vos pratiques, vos réflexions, vos doutes et vos aspirations futures. J'ai grâce à vous pu produire un travail sur un sujet que j'apprécie beaucoup, et dont vous avez élargi les dimensions que j'avais en tête. Je vous en suis profondément reconnaissante.

Au Dr Laurent Luckel, je vous remercie de me permettre de prendre soin de vos jeunes patients, et de me faire confiance depuis 2 ans et demi maintenant. Merci de votre disponibilité et de vos conseils avisés. Ma pratique pédiatrique n'en est que plus riche !

Au Dr Séverine Roos-Bernard, merci de ta confiance et de ta bienveillance.

À Muriel, merci pour ta bienveillance et ton écoute depuis 3 ans. Avec toute l'équipe de la PMI et de la médecine scolaire de Strasbourg, vous m'avez transmis votre enthousiasme et votre attachement à accompagner et à prendre soin des enfants et de leur famille.

À Pierre, merci d'être à mes côtés depuis toutes ces années, pour ton amour et ton soutien infailibles dans les bons et les moins bons moments. On a commencé les études ensemble, on les finira ensemble !

À Raphaëlle, mon rayon de soleil. J'ai découvert grâce à toi l'incroyable et passionnante aventure de la parentalité. Continue de t'épanouir comme tu le fais, avec joie et curiosité !

À mes parents, merci de m'avoir fait confiance, de m'avoir soutenue et accompagnée dans ce long parcours inconnu qu'était pour nous celui des études médicales. Malgré la distance, vous êtes toujours présents pour ma famille et moi.

À ma famille et belle-famille, merci pour votre soutien, votre bienveillance et votre enthousiasme permanent. Antoine et Flavie, merci pour ce rôle de grande sœur que vous m'avez confié, et pour cette gaieté que vous savez insuffler.

À mes amis lillois, qui êtes à mes côtés depuis plus de quinze ans, et j'espère encore pour très longtemps ! À mes amis alsaciens pour votre soutien et votre empathie, vous avez entendu parler de ma thèse depuis qu'on se connaît ! Merci à vos enfants, qui nous ont permis de nous rencontrer et de profiter ensemble des nombreuses aires de jeux alentours...

Enfin, merci à mes parents, Elina, Marie et Anouk pour votre relecture et vos remarques. Merci Rachel pour ta disponibilité, ta relecture et ton aide pour m'aider à gérer mon stress !

ABRÉVIATIONS UTILISÉES

CHU : Centre hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre médico-psychologique

DPC : Développement Professionnel Continu

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ERTL : Epreuve de Repérage des Troubles du Langage

HAS : Haute Autorité de Santé

MSU : Maître de Stage Universitaire

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PMI : Protection Maternelle et Infantile

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

TND : Trouble du neurodéveloppement

TSLA : Trouble spécifique du langage et des apprentissages

TSLO : Trouble spécifique du langage oral

Table des matières

INTRODUCTION	21
PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS	23
I. L'ÉVOLUTION DU LANGAGE ORAL	23
A. <i>Les étapes du développement du langage oral</i>	23
B. <i>Les prérequis aux compétences langagières</i>	24
1. D'un point de vue physiologique	24
2. L'influence de l'environnement	25
C. <i>Les troubles du langage</i>	26
1. Déficits linguistiques secondaires	26
2. Troubles spécifiques du langage oral	27
3. Facteurs de risque	29
4. Devenir des troubles	30
D. <i>Le plurilinguisme</i>	31
II. LE REPÉRAGE DES TROUBLES DU LANGAGE	32
A. <i>Une politique de santé publique depuis 2001</i>	32
B. <i>Différents acteurs du repérage</i>	34
1. Le parent	34
2. Médecin référent, médecin traitant	35
3. Le rôle de l'école	38
C. <i>Les outils</i>	39
1. Recommandations pour le repérage	39
2. Limites des outils	41
DEUXIÈME PARTIE : L'ENQUÊTE	42
I. MÉTHODE	42
A. <i>Type d'étude</i>	42
B. <i>Conception de l'étude</i>	42
1. Cadre théorique	42
2. Préparation des entretiens et sélection de l'échantillon	43
3. Méthode d'intervention	44
4. Méthode d'évaluation	45
II. RÉSULTATS	46
A. <i>Caractéristiques de l'échantillon</i>	46
B. <i>Les catégories</i>	47
1. Intérêt pour la pédiatrie	48
a. Population aux soins spécifiques	49
b. Patientèle importante	50
c. Connaissances	51

2.	L'évaluation du langage en pratique	53
a.	Importance de la qualité relationnelle.....	54
b.	Connaissance des repères	58
c.	Utilisation d'outils	63
3.	Analyse des pratiques actuelles.....	66
a.	Fonctionnement satisfaisant.....	67
b.	Perfectionnement personnel nécessaire	69
c.	Champ d'action limité	71
4.	Constatations générales et attentes futures	76
a.	Place centrale, partagée ou secondaire du médecin généraliste	76
b.	Défaut de linéarité des pratiques entre les médecins généralistes	78
c.	Perspectives d'amélioration souhaitées	80
III.	DISCUSSION	84
A.	<i>Principaux résultats</i>	84
1.	Validité de l'échantillon	84
2.	L'ERTL 4, un test connu mais peu pratiqué.....	84
3.	La formation et l'expérience, deux moteurs essentiels.....	87
4.	Un travail en réseau, des rôles différents.....	90
B.	<i>Forces et faiblesses de l'étude</i>	92
1.	Forces	92
2.	Faiblesses	94
C.	<i>Comparaison avec la littérature existante</i>	96
1.	L'ERTL 4, un test inadapté à la médecine générale	96
2.	Le repérage des troubles du langage avant 3 ans	97
3.	Un besoin de formation régulière pour la mise en pratique.....	98
D.	<i>Implication pour la recherche et la pratique</i>	99
1.	Un besoin d'outils adaptés à la pratique courante.....	99
2.	Améliorer la formation pour améliorer les pratiques	104
3.	Impliquer les parents et la famille pour un meilleur repérage.....	107
IV.	CONCLUSION	110
	ANNEXES.....	114
	BIBLIOGRAPHIE	118

INTRODUCTION

Il est désormais largement acquis que la maîtrise du langage oral est un des piliers du développement de la personnalité de l'enfant, et joue un rôle essentiel dans la réussite scolaire et l'intégration socioprofessionnelle.

Le développement physiologique du langage, la caractérisation de ses troubles et de leurs conséquences sur les apprentissages sont aujourd'hui bien définis. En 2001, le ministère de l'éducation nationale et de la santé met en place un plan d'action triennal afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge de ces troubles, qui deviennent alors un enjeu de santé publique. Il s'ensuit l'élaboration de recommandations officielles pour les différents acteurs concernés, dont les médecins généralistes, sur le rôle de chacun, sur l'utilisation d'outils de repérage et sur l'orientation des patients dans le parcours de soins (1). Ces recommandations sont toujours d'actualité. Pourtant, encore aujourd'hui en France, 4 à 5% des enfants d'une tranche d'âge présentent un trouble spécifique du langage (2), soit un enfant par classe. Les objectifs de santé publique sont clairs : il faut améliorer le repérage, le dépistage et la prise en charge précoce des troubles du langage et des apprentissages (3).

Malgré ces lignes directives précises sur le rôle du médecin généraliste dans le repérage et le parcours de soins d'un enfant présentant des troubles du langage, les études de terrain montrent une réalité très différente. Dans ces travaux, l'évaluation du développement neurosensoriel de l'enfant est souvent incomplète, voire absente en ce qui concerne le langage, par manque de connaissances, de compétences, de temps, d'outils, de motivation... (4–6). Les conclusions de ces

recherches se rejoignent : il est nécessaire d'améliorer la formation médicale des médecins généralistes afin d'optimiser le repérage précoce des troubles du langage tels que décrits dans les objectifs de santé publique. Dans ce sens, on considère que les recommandations ne sont pas suivies et les outils non utilisés faute de compétence des médecins.

Or, ces résultats ne concernent pas la totalité des généralistes. Il existe des praticiens sensibles au développement du langage de l'enfant et compétents dans son évaluation.

Comment ces médecins pratiquent-ils cette évaluation du langage ? Suivent-ils les recommandations ? Que pensent-ils de leur rôle sur le terrain, de celui qu'on leur donne dans les textes officiels, des outils à leur disposition ? Quelles sont les améliorations possibles pour leur pratique quotidienne et celle de leurs confrères ?

Dans ce contexte, il nous semble intéressant de changer de point de vue en essayant d'identifier et de comprendre les pratiques et les perceptions par rapport au système de soins actuel de ces médecins impliqués dans le repérage et la prise en charge des troubles du langage de l'enfant.

La première partie de ce travail est une synthèse bibliographique qui pose le cadre théorique et médical autour de la physiologie du langage et du repérage de ses troubles.

La seconde partie se consacre à l'enquête auprès de médecins généralistes investis dans le suivi pédiatrique et sensibles à cette thématique du langage.

PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS

I. L'ÉVOLUTION DU LANGAGE ORAL

A. Les étapes du développement du langage oral

Le langage est cette capacité spécifique de l'espèce humaine permettant le développement de la communication entre les Êtres. Il s'associe à la communication non verbale par les gestes, les regards et les mimiques, afin de rechercher l'interaction avec les autres (7). Il comporte un versant réceptif caractérisé par la compréhension lexicale, grammaticale et phonologique, et un versant expressif, la production de la parole.

Les étapes de progression du langage chez l'enfant sont bien repérées et sont d'une grande constance :

- Début des vocalises entre 1 et 4 mois ;
- Premières syllabes vers 6 mois ;
- Entre 9 et 12 mois : gestes mimés (salut, refus), production de suite de syllabes caractéristiques de la langue maternelle ;
- Entre 12 et 18 mois : geste symbolique (téléphone), premiers mots en contexte ;
- Entre 18 et 24 mois : période d'explosion lexicale, puis premières combinaisons de mots dès que le vocabulaire a atteint une cinquantaine de mots ;
- Entre 2 et 3 ans : petites phrases associées aux gestes, utilisation du « moi » ;
- A 3 ans : diversification du vocabulaire, utilisation du « je », phrases « sujet-verbe-complément », stock lexical d'environ 1000 mots ;

- A 4 ans : complexification des phrases, articulation de tous les sons ;
- A 5 ans : acquisition des règles du langage, construction de récits, pas de déformation dans la production de mots (7,8).

L'évaluation du langage de l'enfant doit tenir compte du rythme des acquisitions pour lequel il existe une grande variabilité interindividuelle. En effet, comme dans tous les domaines du développement de l'enfant (motricité, cognition, langage), il existe pour le langage des différences entre enfants du même âge, que ce soit au niveau du rythme des acquisitions, de la compréhension ou de la production de sons (7).

Les repères d'un bon développement du langage sont « la diversité lexicale (le nombre de mots différents), la production (le nombre total de mots), la longueur moyenne d'énoncé (indice de maturité syntaxique), l'utilisation des pronoms sujets, des déterminants marqueurs du nom, des prépositions, les débuts de l'accord du verbe » (1).

B. Les prérequis aux compétences langagières

1. D'un point de vue physiologique

La capacité à parler nécessite plusieurs paramètres. La production verbale dépend de la maturation de l'appareil bucco-phonatoire. Le contrôle des ajustements phonatoires vers l'âge de 6 mois permet le début du babillage canonique. La progression de l'articulation des sons est soumise à des contraintes physiologiques, le conduit vocal ne ressemblant à celui de l'adulte que vers l'âge de 2 ans (9). Parallèlement à l'oralité verbale se développe l'oralité alimentaire, avec dès 5 - 6 mois et

jusqu'à 5 ans la mise en place de la mastication, dont la maturation évolue au rythme des éruptions dentaires. Ces deux oralités sont étroitement liées par leur structure et leur évolution communes, et le dysfonctionnement de l'une aura un impact négatif sur le fonctionnement de l'autre (10).

Afin de pouvoir produire des sons, il est indispensable de pouvoir les comprendre. Cela impose l'intégrité des fonctions sensorielles, en particulier celle de l'audition, ainsi que l'absence de lésion neurologique pouvant impacter la compréhension, l'analyse ou la reproduction du son.

Enfin, l'acquisition des compétences langagières, qu'elles soient verbales ou non, n'est possible qu'avec des capacités de communication et de socialisation suffisantes (11).

2. L'influence de l'environnement

L'évolution du langage chez l'enfant dépend de ses capacités innées et de l'influence de l'environnement. Les capacités innées renvoient à la notion de développement pour lequel nous sommes génétiquement programmés. L'influence de l'environnement renvoie aux notions d'acquisition et d'apprentissage, nécessitant des interactions sociales pour les construire.

Cette médiation linguistique débute au niveau intrafamilial, par les interactions entre le parent référent, le plus souvent la mère, et l'enfant. Ces interactions constituent le socle du développement intellectuel et affectif de ce dernier. Les stimulations sensorielles, affectives et sociales au cours de la première année de vie permettent à l'enfant d'acquérir une certaine maîtrise de la communication, avant même l'acquisition du langage verbal.

A l'inverse, une carence dans les interactions sociales entraîne classiquement un retard de parole et de langage, surtout au niveau de l'expression, et s'accompagne souvent d'un retard de croissance, d'un retard intellectuel et de difficultés dans les apprentissages scolaires.

En revanche, le manque de stimulation verbale au sein de la famille n'est pas un vecteur de trouble du langage oral, tant qu'il n'est pas associé à une carence affective. Car c'est la participation à un système affectif de communication qui détermine le développement du langage de l'enfant (9).

C. Les troubles du langage

La notion de trouble renvoie à la conséquence d'un processus pathologique et entre dans le domaine de la santé. Les troubles du langage figurent d'ailleurs dans les classifications internationales des maladies telles que le DSM IV et le CIM-10 de l'Organisation Mondiale et de Santé (*Annexe 1*). Toutefois, il manque dans la littérature des précisions sur les seuils de définition de ces troubles, ce qui explique la grande variabilité de leur prévalence dans la population (1).

Nous retiendrons qu'il existe deux grands types de problèmes de langage : les déficits linguistiques secondaires et les troubles spécifiques du langage oral (TSLO) (9).

1. Déficits linguistiques secondaires

Le trouble du développement du langage est la conséquence d'une pathologie primitive. Le dépistage, le pronostic et la prise en charge thérapeutique sont guidés par cette pathologie.

Parmi les déficits linguistiques secondaires à une pathologie acquise, la surdité est la première cause à évoquer et à rechercher. Une paralysie des organes de la voix ou une atteinte neurologique de la

sphère bucco-faciale (présente chez certains enfants à infirmité motrice cérébrale) sont d'autres causes possibles.

Dans le cadre des psychopathologies, les troubles du langage sont liés à des déficiences intellectuelles et des troubles de la communication. Le retard mental est la cause la plus fréquente des déficits secondaires. Il touche à la fois la compréhension et la production du langage. Les troubles de la communication, dont font partie les troubles envahissants du développement, associent à divers degrés des troubles du langage, des troubles des interactions sociales, des troubles affectifs et des troubles des fonctions intellectuelles.

Les troubles du langage peuvent être associés à des carences psychoaffectives et des troubles de la relation précoce, sans lien de causalité nécessairement avéré (12).

2. Troubles spécifiques du langage oral

La littérature internationale définit les *Specific language impairment* comme les troubles du développement du langage oral non secondaire à une autre pathologie. Ils affectent 4 à 6% des enfants d'une classe d'âge, dont 1% avec une forme sévère. L'état actuel des connaissances ne permet pas d'établir un lien entre un déficit linguistique spécifique et une origine possible.

Le Dr Delahaie décrit dans son ouvrage de synthèse De la difficulté au trouble (INPES, 2004) deux catégories de TSLO (9) :

Les retards simples de parole et de langage : ce sont des TSLO « bénins » qui se résorbent entre 3 et 5 ans et n'ont pas d'incidence sur le langage écrit. Il s'agirait d'un simple retard de maturation. La prise en charge est orthophonique.

On distingue :

- *Le retard de parole* : forme phonologique pure qui peut se manifester par un trouble de l'articulation (anomalie mécanique) ou un bégaiement. Il s'agit d'une perturbation dans le choix et l'arrangement des phonèmes. L'articulation des sons peut être correcte de façon isolée, mais n'est pas respectée dans la syllabe ou le mot.
- *Le retard de langage* : déficit phonologique et syntaxique, associant les symptômes du retard de parole et des difficultés à associer les mots en phrases et à manipuler la grammaire.

Les dysphasies de développement : ce sont des troubles du langage sévères et durables, parfois associés à d'autres troubles (motricité fine, comportement), ayant des répercussions sur le plan communicatif et dans les apprentissages scolaires. La dysphasie peut concerner le versant expressif du langage uniquement, les versants réceptif et expressif ou s'apparenter à un trouble de la formulation du langage. La prise en charge est multidisciplinaire à la fois sur le plan éducatif (psychologues scolaires, enseignants spécialisés) et sur le plan de la santé (médecin, orthophoniste, neuropsychologue).

3. Facteurs de risque

G.Dellatolas réalise dans le rapport d'experts de 2005 une synthèse bibliographique des études concernant les troubles du langage chez l'enfant et les risques associés. Il met en évidence certains facteurs de risque (1) :

- *Le sexe* : la fréquence des troubles du langage oral et écrit serait plus élevée chez les garçons que chez les filles ;
- *Le niveau socio-économique* : le milieu défavorisé est considéré comme facteur de risque d'apparition de retard dans le développement du langage, toutefois les rares études sur le sujet montrent que le niveau socio-économique et environnemental serait surtout lié aux performances en lecture ;
- *Les facteurs génétiques* : la prévalence des troubles spécifiques du langage serait entre 20 et 40% en cas d'antécédents familiaux de troubles du langage et de 4% en l'absence de tels antécédents ;
- *Les facteurs pré- et périnataux* : le risque d'une exposition prénatale aux drogues, la prématurité, le très faible poids de naissance, un score APGAR à 5 minutes bas, une surveillance absente ou tardive de la grossesse ;
- *Les facteurs neurologiques* : rôle de certaines pathologies neurologiques comme l'épilepsie ;
- *Les troubles du comportement et facteurs psychiatriques* : ils sont très souvent associés à des troubles du langage, mais les études ne peuvent préciser si ces troubles sont secondaires

aux troubles du langage ou si c'est l'inverse. Le syndrome le plus signalé est l'hyperactivité avec déficit attentionnel ;

- *Les problèmes auditifs* : l'échec aux tests audiométriques serait élevé chez les enfants présentant un trouble du langage ; les otites moyennes dans la petite enfance sont un facteur de risque discuté ;
- *Les facteurs cognitifs et sensorimoteurs associés*: les TSLO seraient fréquemment associés à des atteintes de la motricité, qu'elle soit manuelle ou globale (13).

4. Devenir des troubles

Il est très difficile de pouvoir prédire l'évolution d'un trouble du langage avant 6 ans. Comme nous l'avons vu précédemment, les retards de parole et de langage sont définis par la normalisation du déficit entre 3 et 5 ans. Le diagnostic de dysphasie n'est posé que lorsque ces troubles sont durables. La littérature internationale montre qu'il faut attendre l'âge de 5 ans pour différencier un trouble transitoire d'un trouble persistant, et que plus de 50% des enfants diagnostiqués comme ayant un trouble expressif du langage n'ont plus de déficit à l'âge de 5 - 6 ans.

Pour les troubles persistants, définis comme perdurant après l'âge de 5 ans, il est reconnu qu'ils sont un facteur prédictif de troubles du langage écrit, d'où l'importance du dépistage et d'une prise en charge adaptée. L'objectif de la rééducation orthophonique est à la fois d'améliorer le langage oral et de préparer l'enfant à l'apprentissage du langage écrit (12).

D. Le plurilinguisme

La question du plurilinguisme est inévitable dès lors qu'un sujet traite du langage de l'enfant. Plus de la moitié de la population mondiale serait bilingue aujourd'hui, et environ 2/3 d'enfants dans le monde naissent dans un contexte familial multilingue (14).

Le bilinguisme précoce se définit comme l'acquisition par l'enfant de deux langues auxquelles il est exposé depuis son plus jeune âge. Il est aujourd'hui reconnu scientifiquement comme étant un facteur favorable au développement de l'enfant, notamment dans les capacités attentionnelles, la flexibilité mentale et la conscience métalinguistique. Toutefois, les représentations sociales du bilinguisme sont assez contrastées. La société actuelle a tendance à valoriser le bilinguisme essentiellement lorsqu'il concerne les grandes langues internationales, au détriment des autres langues et des dialectes. Les parents inhibent leur langue principale, pour différentes raisons : peur de difficultés d'intégration dans la société d'accueil, rejet par les enfants monolingues, mésestime de soi, de ses origines... Cela est surtout vrai dans les situations de migration (15).

Il n'existe pas à ce jour d'étude scientifique montrant un lien de causalité entre bilinguisme et trouble spécifique du langage. La comparaison de la fréquence des TSLO survenant chez des enfants monolingues et des enfants plurilingues n'est pas significative. En revanche, le groupe plurilingue présente une fréquence des troubles du langage plus élevée, en rapport avec un plus grand nombre d'enfants présentant des troubles envahissants du développement. Ces résultats soulignent surtout que ce sont les difficultés relationnelles, affectives et un environnement socioculturel défavorisé qui peuvent favoriser ou aggraver un trouble du langage, tout comme dans les familles monolingues (16,17).

Les spécialistes de la question s'accordent à dire qu'il est nécessaire de valoriser toutes les langues, en premier lieu la langue maternelle, pilier essentiel de la relation mère-enfant et du développement psychoaffectif (14,15).

II. LE REPÉRAGE DES TROUBLES DU LANGAGE

A. Une politique de santé publique depuis 2001

Les troubles du langage de l'enfant ont acquis une visibilité sanitaire et sociale croissante depuis plus de quinze ans. On sait aujourd'hui qu'ils concernent 4 à 6% des enfants d'une tranche d'âge, soit 1 à 2 enfants par classe (2). Parmi eux, un quart ont des troubles sévères (2). Cette forte prévalence a permis la création d'un plan d'action interministériel triennal rendu public en 2001. L'objectif de ce plan était de mieux appréhender ces problèmes et de proposer des recommandations pour améliorer la prise en charge des enfants concernés. Cette volonté a été réaffirmée comme priorité d'action dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

La conséquence principale de ce plan a été l'élaboration en 2005 par un comité d'experts de recommandations sur les outils, les acteurs et leur rôle dans le repérage et le dépistage des troubles spécifiques du langage (1). Ces éléments sont résumés dans un guide pratique à l'usage des professionnels de santé de première ligne (médecin généraliste, pédiatre, médecin scolaire, médecin de PMI), créé en 2007 par La Société Française de Pédiatrie (8).

Des centres de référence des troubles des apprentissages ont vu le jour pour les cas complexes ou lorsque la prise en charge initiale n'est pas efficace. Il en existe au moins un par région. En Alsace, il se situe au CHU de Haute-pierre à Strasbourg (18). L'évaluation et la prise en charge y est multidisciplinaire et globale, afin de confirmer ou d'établir un diagnostic de trouble du langage nécessitant un bilan complémentaire, de mesurer sa sévérité et de rechercher d'éventuels troubles associés.

Le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique de 2010 chargé d'évaluer les objectifs de la loi du 9 août 2004 précise que l'objectif concernant les troubles du langage est non évaluable « du fait du délai nécessaire à la construction de l'outil de dépistage », et au temps nécessaire à la diffusion et à l'appropriation de ces outils par les professionnels (3). Des améliorations ont toutefois vu le jour dans le carnet de santé, avec l'ajout de repères d'acquisition permettant au médecin de ne rien oublier lors de l'examen (3).

Aujourd'hui, le repérage des troubles du langage est bien intégré dans la pratique des professionnels de terrain, surtout en PMI et en médecine scolaire. Néanmoins, l'accès des enfants avec TSLA aux différentes ressources (bilan orthophonique ou en CMP, centres de référence, classes adaptées) est inégal selon les territoires (19). C'est pourquoi la HAS publie fin 2017 un outil d'amélioration des pratiques professionnelles concernant le parcours de soins des enfants avec un trouble des apprentissages appelé trouble « dys » (19). Elle rappelle l'importance de dépister les TSLA le plus tôt possible pour limiter les conséquences sur les apprentissages scolaires et la vie socioprofessionnelle. Elle redéfinit les rôles des différents intervenant et les niveaux de recours aux soins, notamment le recours au centre de référence des troubles des apprentissages du CHU uniquement lors des cas très complexes. Afin d'améliorer le repérage des enfants et la prise en

charge de premier niveau, elle met à disposition des médecins une fiche mémo sur les signes d'alerte et les actions à mettre en œuvre (*Annexe 2*).

B. Différents acteurs du repérage

La commission d'experts chargée d'élaborer en 2005 les recommandations nationales sur les outils destinés à l'usage des professionnels de l'enfance place les enseignants, les médecins de famille et les parents au cœur du repérage des difficultés d'apprentissage du langage (1).

1. Le parent

Les parents sont experts de leur enfant : ce sont des acteurs clés dans le repérage des difficultés de langage de leur enfant, et dans son accompagnement lorsqu'un trouble est avéré.

Dans la prise en charge, c'est autour de l'enfant et de ses parents que s'articule le projet de soins et le projet de scolarisation. Leur consentement sur la prise en charge est indispensable et nécessaire à la bonne coordination des soins (19).

Dans le repérage, un antécédent de difficulté de langage dans l'enfance d'un des parents ou un niveau socioculturel bas sont des facteurs de risque avérés de trouble du langage qu'il est nécessaire de prendre en compte dès le plus jeune âge (1). De plus, différents travaux ont montré la pertinence de l'avis des parents sur le langage de leur enfant (20).

2. Médecin référent, médecin traitant

Les textes concernant la thématique du langage parlent du rôle du médecin référent, médecin généraliste ou pédiatre le plus souvent. Avec *la loi de modernisation de notre système de santé* établie début 2016 et mise en place début 2017, le médecin référent devient le médecin traitant de l'enfant (21). Ce rôle est bien défini. Il est résumé en quatre verbes dans le guide pratique Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant (Société Française de Pédiatrie, 2007) : Connaître, Accompagner, Dépister, Orienter (8).

- *Connaître* : connaître les étapes de développement du langage est indispensable pour repérer les signes d'alerte. A ce titre, plusieurs repères sont indiqués dans le carnet de santé de l'enfant lors des examens importants de suivi (2^e mois, 4^e mois, 9^e mois, 24^e mois, 3^e, 4^e et 6^e année).
- *Accompagner* : le médecin traitant réalise le suivi du développement de l'enfant et le voit régulièrement à ce titre durant au moins les trois premières années de vie. Il s'enquiert de l'évolution globale de l'enfant, puis plus tard de sa scolarité. Il est à l'écoute de la famille et peut donner des conseils de prévention en matière de communication (s'adresser directement à l'enfant, reformuler la phrase en utilisant un vocabulaire précis, lui laisser un temps de parole suffisant).
- *Dépister* : malgré l'utilisation du mot « dépister » dans le guide pratique, la HAS fait la distinction entre « repérage » et « dépistage » (1). Le repérage des difficultés de langage est le rôle des enseignants, des parents et du médecin référent. Le dépistage confirme la présence de troubles persistants. Il peut être réalisé par différents acteurs selon les

situations : médecin ou psychologue scolaire, pédiatre ou généraliste formé à la passation de tests, orthophoniste.

En absence de plainte, les recommandations de la HAS indiquent que le repérage des troubles du langage doit être systématique entre 3 et 6 ans (22).

À 3 ans, l'évaluation du langage passe par la recherche de phrases, d'emploi d'articles et de verbes conjugués dans le discours de l'enfant.

À 4 ans, la passation du test ERTL 4 permet de repérer les enfants monolingues en difficulté ; pour les bilingues, c'est l'entretien avec les parents et la recherche de difficultés dans la langue maternelle qui est à privilégier.

Lorsqu'une difficulté de langage est signalée ou repérée, le médecin traitant réalise un bilan médical adapté à l'âge afin d'orienter l'enfant selon ses besoins (19). Pour attester d'un trouble du langage isolé, il doit éliminer les causes d'un déficit linguistique secondaire. Il vérifie l'absence de déficit auditif et/ou visuel, la normalité de l'examen neurologique, l'intégrité des fonctions cognitives, notamment au niveau de la compréhension. Il évalue également le reste du développement psychomoteur de l'enfant, ainsi que le développement relationnel, familial et extrafamilial.

- *Orienter* : le médecin traitant est le prescripteur du bilan complémentaire, qui sera adapté aux difficultés repérées. Il peut notamment orienter l'enfant vers un examen des compétences sensorielles (ORL, ophtalmologiste), vers un bilan orthophonique ou encore vers un bilan pédopsychiatrique ou neuropédiatrique.

Si le trouble ne concerne que le langage oral de manière isolée et après élimination d'un déficit auditif par un bilan ORL, c'est le bilan orthophonique, possible dès 24 mois, qui

permet de préciser la nature des troubles du langage (*Annexe 2*). C'est un outil clinique de diagnostic orthophonique, de pronostic, de dépistage, de prévention et d'information (19).

En pratique, différents travaux montrent la difficulté pour une majorité de médecins généralistes de suivre les recommandations de la HAS. Une étude de 2010 menée dans le département des Côtes-d'Armor a recueilli l'avis des médecins généralistes sur la faisabilité des recommandations de la HAS concernant les dépistages chez l'enfant de 2 à 6 ans (4). Une thèse de médecine générale de 2010 portant sur la place du médecin généraliste dans le repérage des troubles du langage ainsi qu'une thèse de 2016 établissant un état des lieux de la prise en charge de ces troubles par les médecins généralistes concluaient à des résultats similaires (5,23). Les principaux obstacles relevés étaient le manque de connaissances théoriques sur le développement et les signes d'appel d'un trouble du langage oral, la méconnaissance des tests disponibles et le manque de temps, que ce soit en consultation pour la passation d'un test ou pour leur propre formation.

La nouvelle mesure de désignation d'un médecin traitant pour les moins de 16 ans a pour but de renforcer le rôle de coordinateur de ce dernier dans le parcours de soins des enfants (21). La finalité de cette loi est d'accélérer les dépistages précoces de pathologies chroniques et invalidantes telles que l'obésité, les conduites addictives et les troubles des apprentissages. La valorisation du médecin traitant de l'enfant passe notamment par une nouvelle ROSP entrée en vigueur en 2017 (24). Concernant le langage, elle reste basée sur les recommandations de la HAS datant de 2005, avec les mêmes problématiques de terrain que celles énoncées dans le paragraphe précédent.

3. Le rôle de l'école

À partir de 3 ans, l'école est la structure privilégiée de repérage des troubles du langage. Dès l'entrée en petite section, l'enseignant observe l'enfant quotidiennement dans ses apprentissages, apprécie son évolution et informe les parents si des difficultés sont repérées.

La HAS précise le devoir de l'enseignant d'alerter les parents le plus rapidement possible afin de mettre en place des mesures pédagogiques précoces adaptées aux difficultés et aux capacités de l'enfant (19). Ces mesures sont essentielles surtout dans les environnements défavorisés afin de lutter contre les inégalités pédagogiques. Concernant le langage oral, c'est le défaut de compétence de langage oral et des interactions sociales par rapport à l'âge, sous couvert d'une audition normale préalablement contrôlée, qui justifie la mise en place d'une pédagogie différenciée. Le médecin de l'enfant sera sollicité pour un bilan médical si les difficultés d'apprentissage persistent après 3 à 6 mois de cette stimulation individuelle intensive, si les difficultés sont d'emblée sévères, ou associées à des difficultés d'adaptation dans la vie scolaire ou quotidienne (19).

En dehors de l'enseignant présent en classe, l'école est également le lieu dans lequel sont proposés des bilans de santé. Le Conseil Départemental du Bas-Rhin et l'Eurométropole de Strasbourg proposent aux enfants de 3-4 ans accompagnés de leurs parents une consultation de prévention (25,26). L'objectif de ce bilan est de dépister le plus précocement possible des troubles sensoriels et comportementaux. Il est réalisé par l'infirmier-puériculteur de la PMI.

Enfin, l'admission en école élémentaire à 6 ans nécessite une visite médicale obligatoire. Celle-ci est réalisée par l'infirmière scolaire et le médecin scolaire. Le but est de dépister et prévenir les troubles pouvant freiner les apprentissages scolaires de l'école élémentaire (26).

La HAS insiste sur l'importance du travail en réseau entre le médecin référent, le médecin scolaire et/ou de la PMI et les rééducateurs (orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, orthoptiste) afin de dépister la présence d'un trouble du langage ou des apprentissages, et d'en diagnostiquer la spécificité ou au contraire l'inclusion dans une autre pathologie. La prise en charge thérapeutique s'articule autour de l'enfant et ses parents, en lien avec le médecin référent, le rééducateur si une rééducation est nécessaire et les intervenants de l'école (19).

C. Les outils

1. Recommandations pour le repérage

La nécessité d'agir le plus rapidement possible sur les troubles du langage a conduit à la réalisation de plusieurs tests de repérage. Ils diffèrent selon l'acteur du test, l'âge de l'enfant et l'objectif recherché.

Avant 3 ans, les Inventaires Français du Développement Communicatif version courte ou IFDC (27) sont des questionnaires destinés aux parents, fournis et interprétés par le médecin. Ce sont trois questionnaires à remplir aux 12, 18 et 24 mois de l'enfant, afin d'évaluer de façon quantitative la trajectoire de son développement gestuel et langagier par rapport à une moyenne. Ils sont mentionnés dans le *Guide Pratique* de 2007 mais ne font pas partie des recommandations HAS de 2005. Il n'existe en effet pas de consensus sur la pertinence de repérer un retard de langage avant 3 ans, car on ne peut distinguer à cet âge un trouble réel d'une simple immaturité de langage (1).

À partir de 3 ans, le comité d'experts de 2005 recommande deux tests à destination des enseignants, permettant l'observation de l'enfant au quotidien dans la classe (1,12).

- DPL 3 : Dépistage et Prévention Langage à 3 ans. Ce test rapide peut également être utilisé en médecine de ville. Il s'agit d'un questionnaire de dix items portant sur le développement langagier de l'enfant.
- QLC : Questionnaire « Langage et Comportement » de Chevrie-Muller. Plus long et plus rigoureusement validé que le DPL 3, il est destiné aux enseignants de petite section de maternelle, pour évaluer le langage des enfants de 3 ans et demi, âge auquel le langage est considéré comme constitué. Il nécessite une observation prolongée et une bonne connaissance de l'enfant.

À 4 ans et plus, l'enfant est capable d'être mis en situation de test. Les recommandations optent pour l'utilisation de l'ERTL 4 par le médecin traitant. C'est un outil validé (28), créé pour s'intégrer facilement à une consultation médicale (passation 5-10 minutes). Utilisable entre 3 ans 9 mois et 4 ans 6 mois, il permet l'appréciation globale des compétences langagières et le repérage des enfants en difficulté. Il ne permet pas la distinction entre troubles secondaires et TSLO.

À 6 ans, l'ERTL A6 (Epreuve pour le Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages) destiné aux médecins scolaires permet une évaluation plus globale de l'enfant.

Ces outils sont conçus pour un repérage systématique des enfants « en tout venant ». Il en existe d'autres portant sur le dépistage d'un déficit de langage ou de troubles associés. Ils nécessitent une formation préalable à la passation. Le BSEDS (Bilan de Santé Evaluation du Développement pour la

Scolarité) à 5-6 ans pour les médecins et psychologues scolaires, et la BREV (Batterie Rapide d'Evaluation des Fonctions Cognitives) pour les enfants de 4 à 9 ans suspects d'un déficit cognitif.

Tous ces outils d'évaluation standardisés explorent le langage en français, il n'existe pas à ce jour de test adapté à la spécificité des enfants bi ou plurilingues (16).

2. Limites des outils

Les tests spécifiques permettant un examen du langage sont difficiles à établir, pour deux raisons (29). D'une part, la vitesse et le processus d'acquisition du langage sont très variables d'un enfant à l'autre. Il n'existe pas de stade précis mais seulement des repères. D'autre part, le test doit pouvoir faire la différence entre le niveau cognitif et le langage.

De plus, le langage ne peut s'évaluer en fonction de l'âge uniquement, l'environnement culturel et les capacités de langage des parents jouant un rôle important. Les tests sont limités dans la durée de la consultation, et l'enfant peut ne pas y être réceptif, empêchant l'appréciation de toutes ses capacités verbales habituelles (29).

Dans les pays de langue française, toutes les batteries d'épreuves portent sur la parole et le langage, sans prendre en compte le niveau intellectuel ou socioculturel (29). Toutefois, les recommandations de 2005 précisent que l'interprétation des résultats nécessite de tenir compte de nombreux critères tels que l'âge de l'enfant, le rythme des acquisitions, l'existence d'un bilinguisme ou son environnement socioculturel (1).

Ces tests standardisés peuvent constituer une référence mais ne peuvent remplacer le dialogue et le jeu, principaux critères appréciant la qualité d'une communication verbale (29).

DEUXIÈME PARTIE : L'ENQUÊTE

I. MÉTHODE

A. Type d'étude

Afin de recueillir les opinions des médecins généralistes vis-à-vis du repérage des troubles du langage de l'enfant en consultation, nous avons réalisé une étude qualitative au travers d'entretiens individuels semi-directifs à l'aide d'un guide d'entretien élaboré au préalable.

B. Conception de l'étude

1. Cadre théorique

Nous avons choisi l'orientation méthodologique de l'analyse inductive générale (30), qui permet de faire émerger à partir de données brutes des significations centrales en rapport avec les objectifs de recherche.

2. Préparation des entretiens et sélection de l'échantillon

Entretiens préparatoires : trois entretiens auprès d'orthophonistes exerçant près du lieu de remplacement habituel de la thésarde ont été effectués en amont du travail. Ils portaient sur leurs perceptions du travail du médecin généraliste concernant l'évaluation du langage de l'enfant, sur l'intérêt de l'ERTL 4, sur leurs attentes vis-à-vis des médecins. Les résultats ont permis au chercheur d'avoir un point de vue extérieur, celui du spécialiste du langage, et de pouvoir construire le guide d'entretien en prenant en compte ces données.

Matériel : le guide d'entretien a été réalisé à la suite des entretiens préparatoires avec les orthophonistes (*Annexe 3*). Il s'agit de questions ouvertes et souples sur les thèmes à évoquer au cours de l'entretien afin de répondre au mieux à la question de recherche. Les questions étaient modulables en fonction du déroulement de l'entretien. Le guide d'entretien a été préalablement testé sur deux médecins afin que l'enquêteur s'imprègne de cette technique de recueil. Des modifications ont été apportées à la suite de ces « entretiens tests », puis en fonction des données obtenues après chaque entretien.

Les entretiens ont été enregistrés grâce à la fonction enregistreur du smartphone de l'enquêteur.

Le test d'évaluation ERTL 4 était présenté à l'enquêté au cours de l'entretien. Le service de PMI de Strasbourg en a prêté un exemplaire au chercheur pour les besoins de l'enquête.

Recrutement : l'étude a été réalisée auprès de médecins généralistes. Tous respectaient les deux critères d'inclusion nécessaires pour répondre aux objectifs : avoir une pratique pédiatrique importante, définie comme égale ou supérieure à 20%, et se sentir investi dans le suivi de l'enfant.

Cet investissement portait sur la régularité du suivi de l'enfant selon le calendrier prévu par l'assurance maladie, l'intérêt envers le développement neurosensoriel et ses troubles, et surtout la pratique régulière de repérage de ces troubles, dont le langage fait partie. Le mode d'exercice, le lieu et le sexe étaient les critères de sélection permettant une plus grande variabilité de réponses.

Le recrutement des médecins investis dans le suivi pédiatrique s'est effectué par relations :

- Ceux que le chercheur avait déjà remplacés ;
- Ceux recommandés par le directeur de thèse ;
- Ceux recommandés par les médecins précédemment interviewés.

Au total vingt médecins ont été contactés par mail ou par téléphone. Douze ont accepté de participer à l'étude, un n'avait pas de pratique pédiatrique suffisante, six n'ont pas répondu après la relance. Un médecin a refusé l'entretien, ne souhaitant pas être enregistré.

3. Méthode d'intervention

Contexte : la première prise de contact permettait de présenter le travail de recherche et de s'assurer que les médecins sollicités respectaient les critères d'inclusion, puis nous nous sommes fixé rendez-vous pour un entretien en présentiel. Dix médecins ont été rencontrés à leur cabinet, un à son domicile lors de son jour de repos et un dans un lieu public, entre septembre 2018 et mars 2019, selon leurs disponibilités. Seuls l'enquêteur et l'enquêté étaient présents lors des entretiens.

Recueil des données : avant de débiter l'entretien, l'objet de la recherche était systématiquement rappelé à l'enquêté. Avec l'accord de ce dernier, l'entretien était enregistré à l'aide du smartphone

du chercheur, placé au centre du bureau. La discussion était orientée par le chercheur grâce au guide d'entretien. L'ERTL 4 était présenté à l'enquêté lorsque le sujet était évoqué. Les entretiens duraient en moyenne 24 minutes, avec un minimum de 14 minutes et un maximum de 39 minutes.

Ils ont été retranscrits à l'aide de l'éditeur de texte Bloc-notes, anonymisés et classés de façon aléatoire de 1 à 12. Les citations présentées dans les résultats sont précédées par le chiffre correspondant à l'entretien dont elles sont extraites (E1 ; E2 etc).

Conformément à la méthode d'analyse inductive générale, le nombre nécessaire d'entretiens à réaliser n'est pas déterminé à l'avance. La saturation des données est atteinte lorsque les entretiens n'apportent plus d'élément nouveau lors de l'analyse des données. Dans le cas de notre étude, cette saturation est apparue après le dixième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de conforter la saturation de données.

4. Méthode d'évaluation

L'analyse des données a été réalisée par le chercheur selon la méthode de l'analyse inductive générale. Il n'existe ni grille d'analyse ni thème prédéfini. Des phrases ou groupe de mots sont extraits des données brutes et leur signification résumée en quelques mots, devenant un code.

L'accumulation des codes permet ensuite de faire émerger des concepts plus généraux regroupant les codes de même signification ou implication, en rapport avec les objectifs de recherche.

En suivant ce processus, la mise en relation des catégories entre elles ainsi que leurs interactions avec les objectifs de recherche ont permis d'établir une théorie concernant les éléments impliqués dans le repérage des troubles du langage de l'enfant par les médecins généralistes investis.

Cette analyse a été effectuée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative Weft QDA.

II. RÉSULTATS

A. Caractéristiques de l'échantillon

Douze médecins généralistes ont participé à l'étude. Les critères d'inclusion étant assez précis, la répartition égalitaire selon les critères de sélection n'a pas pu être totalement obtenue, comme le montre le tableau ci-dessous.

Lieu d'exercice		Type d'exercice		Sexe	
Urbain	Rural	Seul	Groupe	Femme	Homme
10	2	5	7	8	4
83%	17%	42%	58%	67%	33%

Sur douze médecins généralistes interrogés, sept avaient suivi une ou plusieurs formations sur le développement de l'enfant. La moyenne annuelle d'activité pédiatrique était de 33%, et l'ancienneté moyenne de médecine générale libérale de 10,5 ans.

B. Les catégories

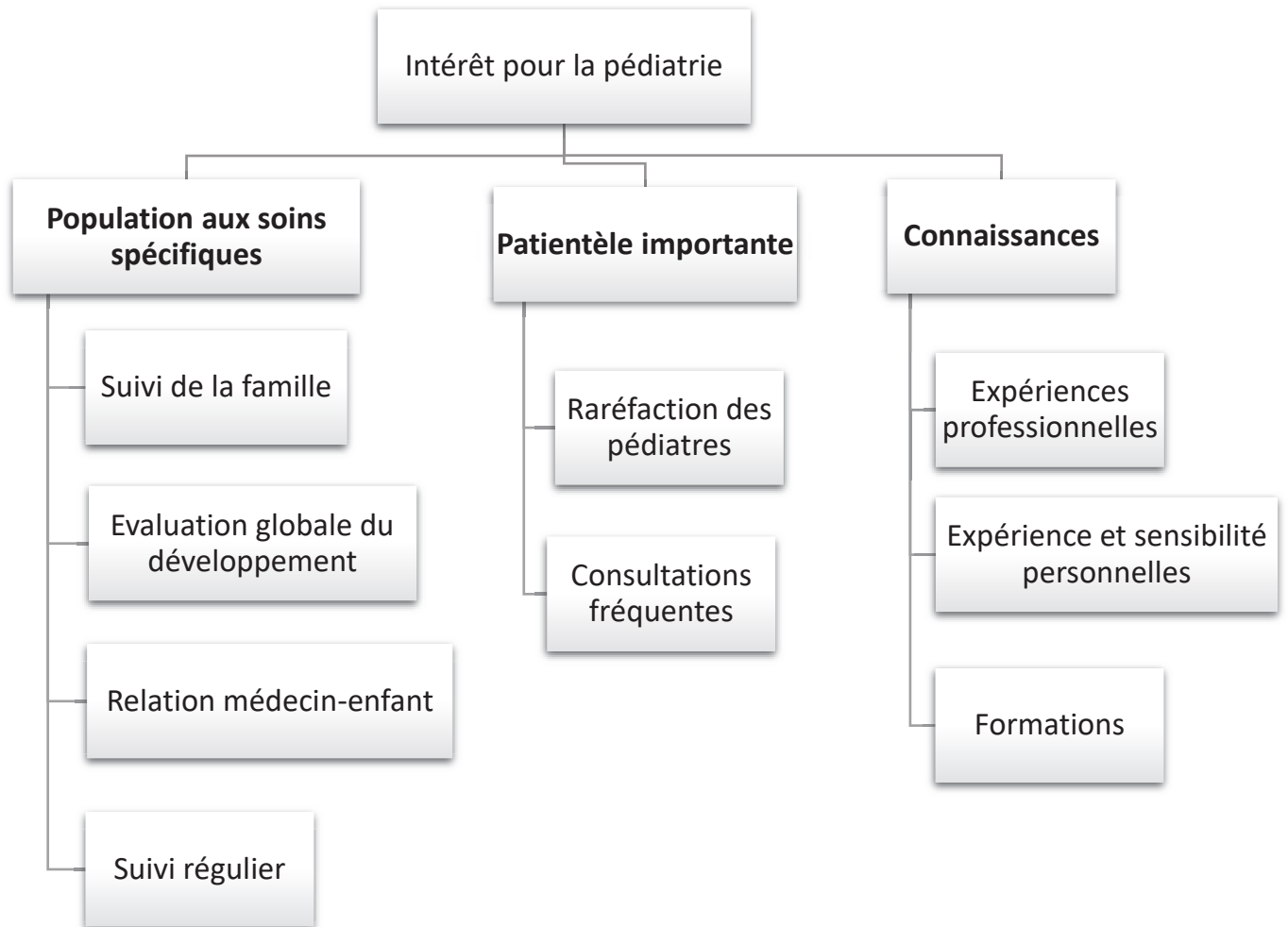
Les données brutes ont été analysées de manière inductive (30) afin de produire des catégories répondant à la question de recherche : comment les médecins généralistes investis dans le suivi pédiatrique réalisent-ils le repérage des troubles du langage de l'enfant ?

Ces catégories sont caractérisées par une étiquette, une description, des citations et un lien hiérarchique.

Quatre catégories ont été construites :

- L'intérêt pour la pédiatrie
- L'évaluation du langage en pratique
- L'analyse des pratiques actuelles
- Les constatations générales et attentes futures

1. Intérêt pour la pédiatrie



a. Population aux soins spécifiques

Les médecins généralistes investis dans le suivi pédiatrique connaissent et apprécient les spécificités liées à l'enfant.

E5 : C'est une partie sympa, un peu plus apaisante et ludique de notre métier.

E11 : J'ai beaucoup de satisfaction à être médecin généraliste pour ça, pour l'accompagnement long des enfants.

- La majorité des médecins interrogés a l'habitude de **suivre la famille**, parfois dès la grossesse.

E7 : La chance du généraliste c'est de pouvoir voir l'enfant à différents stades de développement dans son contexte familial.

E11 : Si je les connais avant lors de la grossesse, de voir comment la grossesse se prépare, comment elle s'est préparée, à quoi peut-on s'attendre éventuellement ?

- L'enfant nécessite une **évaluation globale du développement**, qui pour les enquêtés fait partie intégrante du rôle du médecin généraliste.

E3 : Je pense que c'est important de suivre le développement de l'enfant, et qu'on n'est pas juste là pour s'occuper des pathologies de l'enfant, et qu'on a quand même un gros rôle dans le suivi, c'est mon credo du moment.

E6 : Pour moi c'est vraiment la place du médecin généraliste d'évaluer le développement de l'enfant en général, dont le langage, donc pour moi c'est notre rôle.

E12 : C'est à nous de repérer tout ce qui est trouble de langage, trouble de comportement, parce qu'on est les premiers à examiner.

- Certains médecins ont exprimé leur satisfaction à nouer une **relation avec l'enfant**.

E11 : J'ai beaucoup de plaisir à ce que les enfants grimpent seuls sur la table d'examen [...] me parlent, me tutoient, m'appellent par mon prénom, en fait soient à l'aise avec moi.

E12 : Ils sont sympas les enfants, en plus ils sont contents, il faut savoir comment leur parler aussi, faut pas que ça soit scolaire, faut que ça soit naturel, faut rentrer dans le cadre du jeu...

- Tous les médecins interrogés soulignent que la pratique pédiatrique nécessite **un suivi régulier** particulier, surtout à l'âge préscolaire.

E4 : On voit l'enfant tous les mois jusqu'à 9 mois à peu près [...] les enfants qu'on suit classiquement on les examine régulièrement avec, au niveau du langage, les trucs importants, notamment autour de 2 ans, ou juste un peu avant, puis ensuite autour de 4 ans.

E9 : Je dirais que jusqu'à 2 ans c'est plutôt nous, et à partir de 2-3 ans, déjà on les voit beaucoup moins, parce-qu'en fait on les voit tous les 6 mois – 1 an.

E12 : Nous jusqu'à 2 ans ça va on fait le suivi.

- Deux médecins disent suivre l'enfant scolarisé au travers du **certificat sportif**.

E10 : On les attrape de nouveau quand ils commencent à faire du sport, mais ça va être moins maintenant.

E11 : Alors j'essaye de le faire avec le certificat sportif en fait.

b. Patientèle importante

Tous les médecins sont conscients de la place grandissante de la pédiatrie dans leur activité.

- La majorité constate la **raréfaction des pédiatres** et des médecins scolaires dans leur secteur.

E1 : Il y a une raréfaction des pédiatres en tout cas dans notre secteur [...] on est amené à voir beaucoup les enfants.

E9 : Je pense que en tant que généraliste maintenant on suit de plus en plus d'enfants.

E11 : Malheureusement il y a moins de médecins scolaires, donc on prend plus de place.

E12 : En tout cas moi je fais le suivi dès le début, il y a de moins en moins de pédiatres je trouve, en tout cas ici il n'y a plus de pédiatre.

- Quatre médecins soulignent **la fréquence de leurs consultations pédiatriques**, que ce soit pour le suivi ou une pathologie aiguë, qui leur permet facilement de réévaluer l'enfant et de suivre son évolution.

E1 : Même si on fait pas de suivi, on les voit quand même régulièrement pour les affections aiguës.

E4 : Les gens on les voit souvent pour autre chose que ce problème-là qui ne fait pas consulter.

E6 : C'est pour ça que la place du généraliste est intéressante, c'est qu'on les revoit quand ils ont un rhume [...] Et ce qui est pratique c'est que, par exemple l'examen des 9 mois, les enfants au bout d'un moment sont fatigués, ils font pas tout bien donc on se note que la vision est à refaire, et puis la prochaine fois qu'ils viennent pour un mal d'oreille on refait toute la vision et puis c'est bon quoi!

E7 : Même lors des pathologies aiguës ça nous permet de voir un petit peu où en sont les acquisitions et de poser parfois quelques questions là-dessus. [...] C'est aussi un peu à l'évolution, la chance c'est aussi de voir les enfants plusieurs fois dans l'année, ce qui n'est pas forcément facile dans les autres spécialités.

c. Connaissances

Tous les médecins enquêtés ont acquis des connaissances supplémentaires sur le développement de l'enfant et son langage par rapport à leur formation médicale initiale.

- Trois médecins interrogés ont eu une **expérience professionnelle**, deux en PMI et un en médecine scolaire.

E1 : Après quand il grandit, je me base en fait sur ce que j'ai appris en PMI.

E9 : J'ai pas refait de formation très précise sur le langage, à part ce que j'avais eu comme formation à la PMI au moment où j'ai démarré.

E10 : J'ai fait une autre formation, j'ai fait un petit peu de médecine scolaire et je faisais les bilans d'entrée en CP.

- Trois médecins s'estiment plus sensibles au langage par leur **expérience personnelle**.

E1 : Moi je suis sensible parce que j'ai des enfants qui avaient un retard de langage et du coup peut-être que je suis plus attentive.

E5 : J'ai peut-être aussi une petite déformation parce que mon frère est directeur d'ITEP (Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique) donc ça m'interpelle un petit peu.

E12 : Mais j'ai vu quand ma fille a fait l'examen à l'école maternelle, elle a fait ce schéma là avec le chien (une des épreuves de l'ERTL 4), mais ça moi je connais pas. [...] ça m'intéressait, je me suis renseigné, il y a un site de pédiatrie que j'aime bien, j'ai regardé l'évaluation de l'enfant et j'ai mis en pratique au cabinet.

- Plus de la moitié des médecins interrogés a suivi au moins une **formation sur le développement neurosensoriel de l'enfant**.

- Six médecins ont participé à au moins une formation dans le cadre du **développement professionnel continu**.

E9 : Je fais très attention à l'examen des sens à 9 mois, notamment l'audition [...] J'avais fait une formation là-dessus.

E10 : J'avais oublié mais j'avais déjà suivi une formation comme ça sur le dépistage des troubles de langage de l'enfant.

- Un médecin a le **diplôme universitaire « Santé de l'enfant »**, notifié dans les caractéristiques et non dans l'entretien enregistré.
- Trois médecins se disent formés **par leur collègue orthophoniste**.

E3 : Et avec l'orthophoniste il est question bientôt qu'on refasse une formation pour les médecins du cabinet sur l'organisation pratique de l'ERTL4.

E6 : Quand j'étais remplaçant, une orthophoniste m'a appris pas mal de trucs c'était vachement intéressant.

E7 : On a la chance de travailler ici avec une orthophoniste qui nous a aussi de façon indirecte un peu formés aux choses qu'il faut repérer chez l'enfant assez tôt.

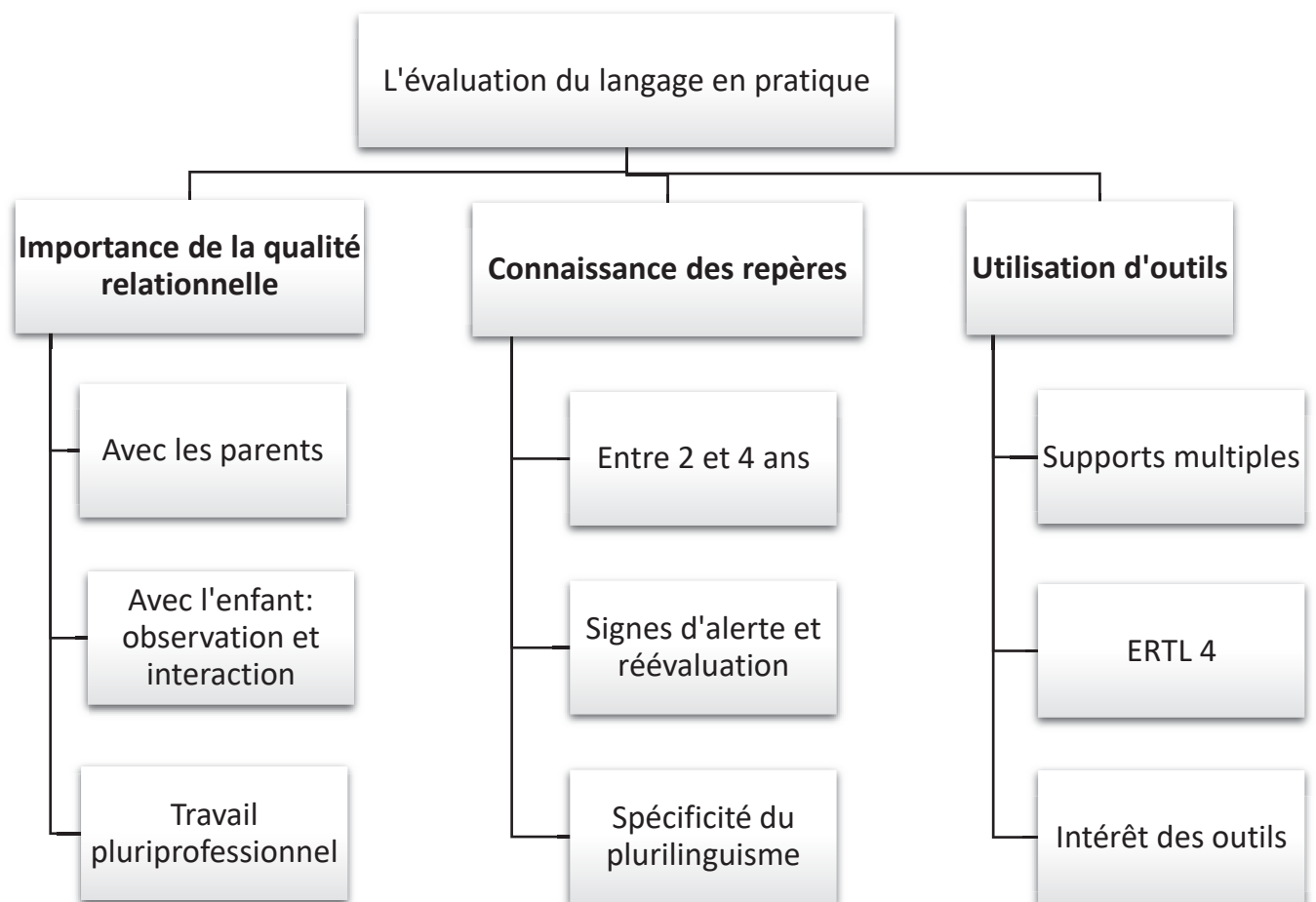
- Certains soulignent le **manque de connaissances sur le sujet dans la formation médicale initiale.**

E2 : Je pense que nous on n'a pas été formé à ce genre de choses. On fait bien ce qu'on fait couramment et ce qu'on a appris à faire.

E7 : Les troubles de l'oralité, tout ça, des choses qu'on a pas du tout dans notre formation initiale médicale.

E10 : Ça fait partie des choses qu'on devrait avoir apprises.

2. L'évaluation du langage en pratique



a. Importance de la qualité relationnelle

Pour tous les médecins interrogés, l'évaluation du langage de l'enfant passe logiquement par les interactions, les échanges, le relationnel, qu'ils s'efforcent de garder les plus qualitatifs possible avec tous les acteurs concernés, dans l'intérêt de l'enfant.

E1 : C'est dans l'intérêt de l'enfant, parce qu'en pédiatrie on est toujours là-dedans quoi.

E7 : L'essentiel c'est de garder un lien avec la famille [...] On est sur le long terme, on est dans du chronique un petit peu, au niveau de l'accompagnement.

- **Les parents** sont les premiers interlocuteurs de tous les médecins interrogés.
 - Tous demandent **l'avis des parents** concernant le développement du langage de leur enfant, surtout avant 3 ans.

E1 : C'est souvent quand même basé sur l'interrogatoire des parents.

E9 : En fait pour les plus petits je pose surtout la question aux parents.

E11 : Et en fait quand l'enfant n'est pas scolarisé, pour tout enfant je vais interroger les parents.

- Pour eux, la **mise en confiance du parent** est le facteur principal d'un accompagnement réussi, car leurs conseils de stimulation sont entendus.

E6 : Quand je trouve qu'un enfant ne parle pas trop, on discute avec les parents, et on arrive facilement à avoir quelques conseils et le revoir dans 2 mois.

E7 : L'essentiel c'est de garder un lien avec la famille.

E12 : Je sensibilise les parents aussi, surtout pour le premier enfant [...] C'est le regard du professionnel de santé qui va les aider à mieux les orienter. Pour eux peut-être que c'est pas un problème, et c'est là aussi le rôle du médecin traitant ou médecin généraliste.

- **L'implication parentale** est très variable selon le médecin interrogé.

Pour certains médecins, **l'implication parentale est assez faible**, surtout après 3 ans :

E5 : Si vous arrivez dans la tranche (d'âge), et que vous ne les voyez pas particulièrement pour ça et que vous ne les voyez surtout pas en consultation de suivi, c'est extrêmement difficile de le faire passer auprès des parents.

E10 : Quand ils viennent pour le dépistage ben c'est bien, on fait ! Mais c'est quand même plutôt rare !

E11 : Alors viennent ceux dont les parents sont les plus attentifs, et pas forcément ceux qui vont le moins bien [...] Il y a des parents, c'est hyper important, on leur a dit ça, l'école il faut que ça roule, ils ont pas le temps eux, ils peuvent pas s'en occuper.

Pour d'autres, **les parents sont attentifs** au langage et au développement global de leur enfant, surtout avant 3 ans :

E3 : Dans le trouble du langage je trouve que les parents sont assez inquiets. Moi c'est mon ressenti comme ça.

E6 : Globalement l'examen des 2 ans, les gens ont envie de savoir comment les enfants se débrouillent.

E7 : Toute l'installation du langage oral on se rend compte que c'est une vraie préoccupation en fait chez les parents.

E12 : Moi je trouve qu'ils sont vraiment en demande, quand je leur dis "faut faire ça" ils le font, il n'y a pas de souci.

- Avec l'enfant, l'évaluation du langage passe d'abord par **l'observation de ses capacités de communication puis par l'interaction** lorsque c'est possible.

E2 : C'est plutôt dans les interactions, les échanges, de regard, de compréhension par rapport à ce qu'on dit quand on discute avec les parents, en présence de l'enfant [...] voir comment l'enfant écoute ce qui se passe, réagit, regarde...

E7 : C'est pas que les mots hein c'est aussi savoir se faire comprendre de l'adulte, ça peut être aussi la communication non verbale.

- L'interaction passe par **le jeu et la conversation** pour la plupart des médecins.

E1 : On essaie d'amener le jeu dans la conversation.

E9 : C'est vrai qu'à partir du moment où ils sont dans le processus de l'école, dans les consultations, dès qu'ils commencent à parler on discute.

E11 : Je leur propose souvent des jouets.

E12 : En tout cas jusqu'à présent quand j'ai une communication, je parle avec l'enfant, son regard, le fait de dessiner, je lui donne des petits dessins avec une feuille blanche, je trouve qu'il y a une bonne interaction.

- Trois médecins disent faire le choix de **prendre plus de temps** pour le suivi pédiatrique.

E6 : On fait des consultations assez longues, parce que des fois ça prend plus qu'une 1/2 heure c'est sûr, c'est plutôt 40 minutes. Mais nous c'est un choix qu'on a fait parce-que les gens qu'on voit nous ne vont pas tous chez le pédiatre.

E10 : Moi quand je veux faire un bilan comme ça, je prévois un double rendez-vous quand même [...] C'est un choix de vie et de pratique, mais c'est à mes dépens !

E11 : Ça reste en théorie 15 minutes que je ne tiens pas, pour quasiment aucun RDV pédiatrique quel qu'il soit.

- Enfin, tous les médecins soulignent que l'évaluation du langage nécessite **un travail pluriprofessionnel.**

- En plus d'être nécessaire à l'évaluation de langage, certains médecins évoquent le travail pluriprofessionnel comme un **soutien dans leur pratique.**

E3 : Et j'avoue que celui des 4 ans je ne le maîtrise pas bien, je pense que je fais confiance à l'école et puis à la médecine scolaire.

E6 : Demander à quelqu'un d'autre, justement si on est à plusieurs, à un collègue ce qu'il en pense.

E7 : On fait des réunions de synthèse, on peut parler entre midi et 2 entre deux portes d'un patient.

E12 : [...] Avoir un soutien, une autre approche mais surtout une aide extérieure, parce qu'on en a besoin !

- **L'école** est pour tous un lieu essentiel de repérage d'un trouble du langage.

E2 : J'estime qu'à partir du moment où une enseignante a dit « ça va pas », bon ben ça va pas.

E7 : C'est aussi je pense la place du langage à l'école, les instits sont de plus en plus formés.

E9 : Quand ils ont 3 ans les institutrices sont déjà capables de dire si oui ou non il y a un truc qui va pas.

C'est également un lieu de stimulation langagière importante.

E3 : Les enfants une fois qu'ils sont scolarisés ils apprennent très très vite.

E4 : Il y a des enfants qui vont vraiment développer leur langage à l'entrée à l'école.

- **La PMI** est évoquée par trois médecins installés à Strasbourg. Elle réalise les bilans de santé en maternelle de manière systématique.

E3 : On travaille avec la PMI, le CMP. L'avantage de Strasbourg c'est aussi que la PMI fait systématiquement les bilans en petite section.

E6 : Moi à partir de 3 ans je me sens moins investi parce-que la PMI le fait très bien ici.

- Enfin, le travail avec **les orthophonistes** est indispensable lorsqu'un avis spécialisé s'avère nécessaire.

E3 : À la maison de santé, on a des orthophonistes qui sont assez impliquées sur ce dépistage [...] j'ai maintenant tendance à déléguer cette histoire-là parce-que je leur fait tout à fait confiance dans leurs bilans et leur capacité à analyser d'où vient le problème.

E6 : Je trouve qu'en médecine générale, quand on fait de la pédiatrie, travailler avec des orthophonistes c'est juste fondamental. Je pensais pas que ça serait aussi important.

E8 : C'est vrai que dès que j'ai un doute j'hésite pas à demander un bilan [...] je les connais à peu près tous dans le secteur et les relations sont très bonnes franchement y'a aucun souci.

E11 : Je pense que c'est des partenaires de santé, ce sont les spécialistes du langage de l'enfant.

b. Connaissance des repères

Tous les médecins interrogés connaissent l'évolution du langage de l'enfant, les spécificités du plurilinguisme et les signes d'alerte à repérer.

- Ils ont pour repère **la mise en place du langage verbal entre 2 et 4 ans.**
 - Tous les médecins sont d'accord pour définir **les 2 ans comme un âge clé** de mise en place du langage, verbal ou non.

E1 : Par contre vraiment la clé pour moi c'est l'examen des 2 ans.

E12 : L'évaluation au cabinet, j'essaie de le faire systématiquement à l'âge de 2 ans, vraiment ça c'est primordial.

La majorité des médecins recherchent une **association de mots**, tels que décrits dans le carnet de santé.

E2 : Au départ ça a toujours été un peu les questions tout à fait basiques qui sont dans le carnet de santé hein.

E4 : Et puis à 2 ans les critères classiques des 50 mots et d'associer 2 mots.

E5 : Il y a des critères qui sont assez établis.

E9 : Est-ce qu'il y a des mots qui sont dit, est-ce qu'il arrive à dire papa, maman, tout ça, des associations.

E11 : Aux 24 mois le oui/non, les 50 mots, l'association de mots, le prénom et l'apparition du je/tu/moi.

Trois médecins disent rechercher surtout un certain **niveau de compréhension** à cet âge.

E2 : Ce qui m'intéresse surtout c'est son niveau de compréhension. Parce qu'il y a quand même très souvent des délais assez importants entre la compréhension et la production.

E6 : Moi j'ai remarqué les 2 ans en théorie c'est 50 mots, associer 2 mots, mais moi souvent à 2 ans on sait pas. Et du coup je m'inquiète pas avec ça.

E7 : C'est aussi savoir se faire comprendre de l'adulte, ça peut être aussi la communication non verbale.

- **À 3 ans**, tous les médecins recherchent une **franche production verbale**.

E4 : Qu'il y ait des mots qui sortent vraiment avant les 3 ans, parce qu'on nous dit à 3 ans c'est bon.

E7 : Avant l'entrée à l'école en fait, ils doivent déjà savoir parler.

E10 : La prononciation n'est pas toujours super bien mais c'est autorisé quoi.

- Trois médecins ont évoqué **le langage à 4 ans** au cours de l'entretien.

Un médecin a estimé ne pas être suffisamment performant pour évaluer le langage à cet âge.

E3 : Parce que jusqu'à présent, je laisse les 4-6 ans, pour moi si j'ai un doute c'est bilan chez l'orthophoniste.

Deux autres disent faire attention aux **troubles de l'articulation**.

E1 : S'il prononce pas bien, les « r » voilà, je fais même pas le bilan je l'envoie direct chez l'orthophoniste, en fait. Enfin si c'est juste zozoter je le fais pas tout de suite à 4 ans, ça dépend des problématiques qui sont posées ou pas.

E9 : Je repère juste s'il y a des « s », des « ch » qui sont pas bien prononcés et c'est tout en fait. S'il y a un doute sur un « s » ou un « ch » je l'envoie chez l'orthophoniste.

- Tous les médecins se disent également attentifs à l'évolution du langage dès **l'âge préverbal**.

E1 : C'est déjà les gazouillis vers 2, 3, 4 mois ; est-ce qu'il y a des sons ou pas.

E2 : Le langage fait partie de la question systématique dès l'âge de, de 9 mois.

E6 : Et c'est vraiment le babillage avant 2 ans qui est intéressant.

➤ Tous les enquêtés ont globalement **les mêmes critères d'alerte** sur un éventuel trouble du langage, et connaissent **l'importance de réévaluer** l'enfant.

- Cinq médecins ont évoqué les **facteurs favorisant** un trouble du langage.

Six médecins ont cité spontanément les **troubles de l'audition**.

E5 : Le repérage des troubles auditifs, et s'il y a un trouble auditif il y a forcément un trouble du langage.

E9 : On va regarder les oreilles, s'il a eu des otites à répétition si ça se trouve il a des problèmes d'audition.

Un médecin a évoqué la **relation parents-enfant**.

E11 : D'emblée il y a des difficultés dans la façon dont les parents s'adressent aux enfants, dans la façon dont eux aussi ont été à l'école.

- **Le retard de production verbale par rapport à l'âge** est un élément évident pour tous les enquêtés.

Comme pour les repères d'acquisition, la majorité des médecins s'inquiètent de **l'absence de production verbale vers 2 ans**.

E3 : À 2 ans s'il n'y a pas d'association je vais mettre en branle des choses, à savoir vérifier son audition quitte à l'envoyer chez l'ORL.

E12 : Quand, à partir de 2 ans, il n'arrive pas à s'exprimer, on n'arrive pas à le comprendre, j'essaye de le voir vers 26 mois et si ça persiste j'envoie tout de suite chez l'orthophoniste.

Trois médecins attendent plutôt les **3 ans de l'enfant et l'entrée à l'école**.

E2 : Au-delà de 3 ans quand il est scolarisé depuis plus de 3 mois, et s'il dit toujours rien, alors là c'est l'orthophoniste.

E6 : Mais si à Noël après la rentrée c'est toujours bloqué, là c'est différent. Mais ça c'est pas du tout valide.

E11 : Souvent le signal d'alarme ça va être la rentrée en maternelle où là ils vont se rendre compte, avec les autres enfants du même âge...

- Ces repères sont à associer avec le comportement de l'enfant, un **comportement inadapté** étant pour tous un élément préoccupant.

E2 : On voit ceux qui sont ailleurs, ceux qui sont pas du tout dans la conversation, que ça intéresse pas.... C'est là que ça interpelle un peu [...] Si on voit que c'est un gamin qui a du mal avec les interactions, qui comprend pas grand-chose à ce qu'on lui raconte et qui en plus ne dit rien, alors là faut s'exciter un peu plus.

E7 : Un enfant trop sage est inquiétant, un enfant très très agité sans raison avec des gros troubles du sommeil ça peut être lié à des difficultés de communication et de langage au sens global.

E11 : J'essaye de toujours associer ça avec le reste, est-ce qu'il y a présence d'une 2e langue ou pas, et puis analyser ça avec en particulier l'audition, mais aussi la vision, le comportement, inhibé, désadapté, l'absence du symbolique, l'absence du pointage du doigt...

- Enfin, tous insistent sur **l'évolution du langage dans le temps**, et sur **l'importance de réévaluer** l'enfant lorsqu'il y a des signes d'alerte.

E2 : Il y a quand même très souvent des délais assez importants entre la compréhension et la production.

E4 : En gros soit c'est parfait, soit on revoit plus qu'on n'envoie chez l'orthophoniste.

E6 : J'ai l'impression que ça m'est arrivé souvent qu'à 2 ans ça soit pas acquis ce truc-là, et qu'à 2 ans et 3-4 mois c'est bon.

E7 : C'est toujours cette histoire de dynamique et de revoir les enfants à distance pour un peu les mêmes points.

E10 : Si je pense qu'il y a un problème de prononciation je vais dire "on le revoit dans 3 mois".

- Les **spécificités du plurilinguisme** sont bien connues des médecins enquêtés, qui adaptent leurs pratiques et leurs critères en fonction de l'environnement langagier de l'enfant.
 - Ils sont conscients que la **production verbale est plus tardive** que chez un enfant monolingue.

E1 : Quand il y a 2 langues parlées à la maison [...] je vais m'alarmer moins vite.

E2 : La conclusion la plus générale du plurilinguisme c'est qu'en général la production verbale vient plus tard, mais qu'elle est plus riche après [...] Donc je tiens un discours plutôt rassurant vis-à-vis des parents.

E11 : Je suis moins inquiète dans l'apparition d'un langage construit si tous les autres items du développement psychomoteur sont bien là, s'il y a des bonnes interactions.

- Deux médecins parlent du bilinguisme comme une **richesse culturelle et cognitive** à encourager.

E2 : Le plurilinguisme est favorable au développement cognitif en général.

E7 : Il y a plusieurs influences culturelles qu'on essaye de tourner comme une richesse [...] Voilà s'enrichir de ces particularités culturelles diverses et variées. Et les parents n'en sont pas toujours convaincus eux-mêmes.

- Lors de leur évaluation du langage, tous les enquêtés évaluent la **langue maternelle** en priorité et les relations parent/enfant.

E3 : On peut déjà demander à la maman si pour elle, tout va bien au niveau de la parole pour son enfant, même si on se comprend pas trop. Je l'envoie quand même chez l'ortho, surtout si la maman me dit que dans la langue maternelle il y a une pauvreté du langage.

E5 : Je parle alsacien avec les enfants, ça ne me pose aucun problème.

E6 : On voit aussi en consult' si les enfants répondent aux parents, sans connaître la langue, on voit si c'est fluide ou pas. Si les parents disent que dans la langue maternelle aussi c'est difficile, clairement là on adresse.

E11 : Je demande aux parents quand ils sont très petits comment ça se passe dans leur langue.

E12 : Je commence l'évaluation par le français, si je trouve que ça va pas je bascule en arabe [...] S'il s'exprime bien en arabe, je laisse le temps [...] Mais si en langue arabe je n'arrive pas à le comprendre, là ça veut dire qu'il y a un problème de langage et je l'adresse.

c. Utilisation d'outils

Les médecins interrogés ne dédient pas une consultation spécifique au repérage des troubles du langage. Ils disent voir régulièrement les enfants, ce qui leur permet d'évaluer le langage dans le temps pendant les consultations de suivi.

E1 : On a l'habitude de voir l'enfant, on voit quand il y a un souci.

E2 : Les consultations du 16ème mois, même avant, du 9ème, du 12ème, à chaque fois il y a une question sur la production orale en principe. Elle est dans le carnet de santé.

- Pour les aider dans leur rôle d'évaluateur, ils utilisent **de multiples supports**.
 - La grande majorité possèdent des **imagiers ou des livres**, et tous utilisent le **carnet de santé**.

E1 : Des imagiers, des livres avec des animaux hein, tout simple.

E2 : J'utilise les images du test visuel, elles sont faciles à nommer pour la plupart des enfants, parfois les livres.

E4 : Le carnet de santé nous aide aussi.

E5 : Avant les 3 ans on va être super basique, ça va être ce qu'il y a dans le carnet de santé.

- Un médecin dit utiliser des **jouets**.

E11 : Moi j'ai une boîte à meuh, des clochettes, un hochet qui fait un bruit plus mat mais qui a aussi des contrastes, une balle en mousse verte et violette, j'ai 2 boîtes à musique, une boîte avec des perles à enfiler, pour aussi faire dessus/dessous...

- Six médecins possèdent un **test ERTL 4**, quatre s'en servent parfois et deux l'ont abandonné.

E1 : Entre 3 et 4 ans bin, j'utilise ce que j'ai piqué de là-bas, le ERTL4.

E5 : Moi j'utilisais surtout un outil, l'ERTL4, et du fait, c'est peut-être un tout petit peu exagéré, du coût et de la difficulté de l'obtenir parce-que c'est pas super facile à obtenir, je le fais plus en fait.

E9 : J'ai été médecin de PMI pendant 3 ans, donc j'avais l'ERTL4 je l'ai même chourré donc j'en ai un ! J'interrogeais juste comme ça s'il pouvait répéter certains mots pour voir la prononciation etc et maintenant c'est vrai que je ne le fais plus parce-que je ne vois quasiment plus d'enfant de 3 ans.

E10 : Vers 4 ans on peut le faire on le propose.

- Trois médecins ont intégré des **fiches mémo** dans leur logiciel.

E6 : Les enfants qu'on suit régulièrement, on a une grille qu'une de mes collègues a fait, on l'a rangée dans le logiciel et puis on clique tous les items.

E7 : On a nos fiches de suivi du nourrisson dans le logiciel métier intégré.

E11 : J'ai une grille d'examens que j'ai préentré dans l'ordinateur avec tous les items, le développement psychomoteur, la sociabilité, le langage, la vision, la préhension et les interactions.

- **L'utilisation du test ERTL 4** a été systématiquement évoquée pendant l'entretien. Tous les médecins interrogés le connaissent, six médecins le possèdent et quatre l'utilisent parfois lorsqu'ils suspectent un trouble du langage.

- Cinq médecins ont évoqué ses **qualités** : le test d'orientation est rapide, et l'utilisation d'un test valorise le rôle du médecin auprès des parents.

E1 : Je demande ça j'aime bien quand même l'orientation.

E6 : Les dernières fois que je l'ai fait je le trouvais super rapide et pratique d'une certaine manière.

E7 : Le chien ça marche très bien sur les prépositions, la localisation.

E9 : Pour voir aussi s'il était bien orienté, parce qu'il est intéressant quand même ce test.

E10 : Et je pense que c'est un peu valorisant pour le médecin de faire ce test, de pouvoir expliquer. Les gens vous voit un peu différemment après.

- La majorité des médecins a surtout cité des **défauts et inconvénients**.

Sur le graphisme et les personnages : « C'est un peu désuet », « Je ne trouve pas le graphisme joli en fait », « Ça a un peu vieilli, je me permets, mais le nom des nains franchement, ils connaissent pas ».

Sur la non-reproductibilité en cas de bilinguisme : « *Il est trop compliqué, et surtout pour un enfant bilingue c'est pire, c'est pas reproductible* ».

Sur la complexité des épreuves : « *C'est sûrement utile mais je trouve que ces tests-là sont un peu trop restrictifs* », « *Moi je me suis formée j'en ai passé quelques-uns et je me suis dit que c'était hyper dur à passer en fait* ».

Sur le risque de surévaluer un trouble du langage : « *Moi j'ai le sentiment qu'il surévalue et c'est vrai que je ne me suis pas penchée sur la question* ».

Sur le temps de passation, en théorie de 5 minutes : « *Rien que de répéter les petits nains ça c'est super long* », « *Ça prend trop de temps* ».

Sur le manque de fiabilité : « *Quand l'ERTL4 est pathologique je me dis pas que c'est une catastrophe, je ne lui fais pas complètement confiance au final* », « *Je fais pas toujours le test à la voix chuchotée parce que j'estime que c'est pas très fiable, s'il y a vraiment un retard de langage je préfère qu'il ait un bilan chez l'ORL* ».

- Tous les médecins qui se servent de ces supports leur trouvent des **intérêts multiples**.
 - L'ERTL 4 est un **test validé**, rassurant et valorisant.

E1 : Ça objective un peu plus que ce que je fais comme ça.

E6 : Je pense que c'est aussi pour ça que je prends l'ERTL4, parce-que c'est un test, c'est plus rassurant. Et plus valorisant aussi, j'ai l'impression que les parents comprennent bien. Il permet un peu de débloquer, c'est quand même difficile de faire parler un enfant pour rien... Les tests en général je trouve toujours que c'est un prétexte à lancer quelque chose.

E10 : Je pense que c'est un peu valorisant pour le médecin.

- Le carnet de santé et les fiches mémo permettent de **ne rien oublier**.

E6 : On voit très bien dans le carnet de santé si c'est rempli ou pas en fait [...] Moi je suis perdu si j'ai pas ces grilles ! Et peut-être que dans 20 ans ça ira, mais pas avant.

E11 : Ça m'a pris du temps de le faire, mais après c'est un gain. C'est pour valoriser aussi tout ce que je fais, ça me prendrait un temps fou de rentrer tout à la main, au début ça m'aidait à me rappeler ce qu'il fallait rechercher, maintenant je les connais à peu près par cœur.

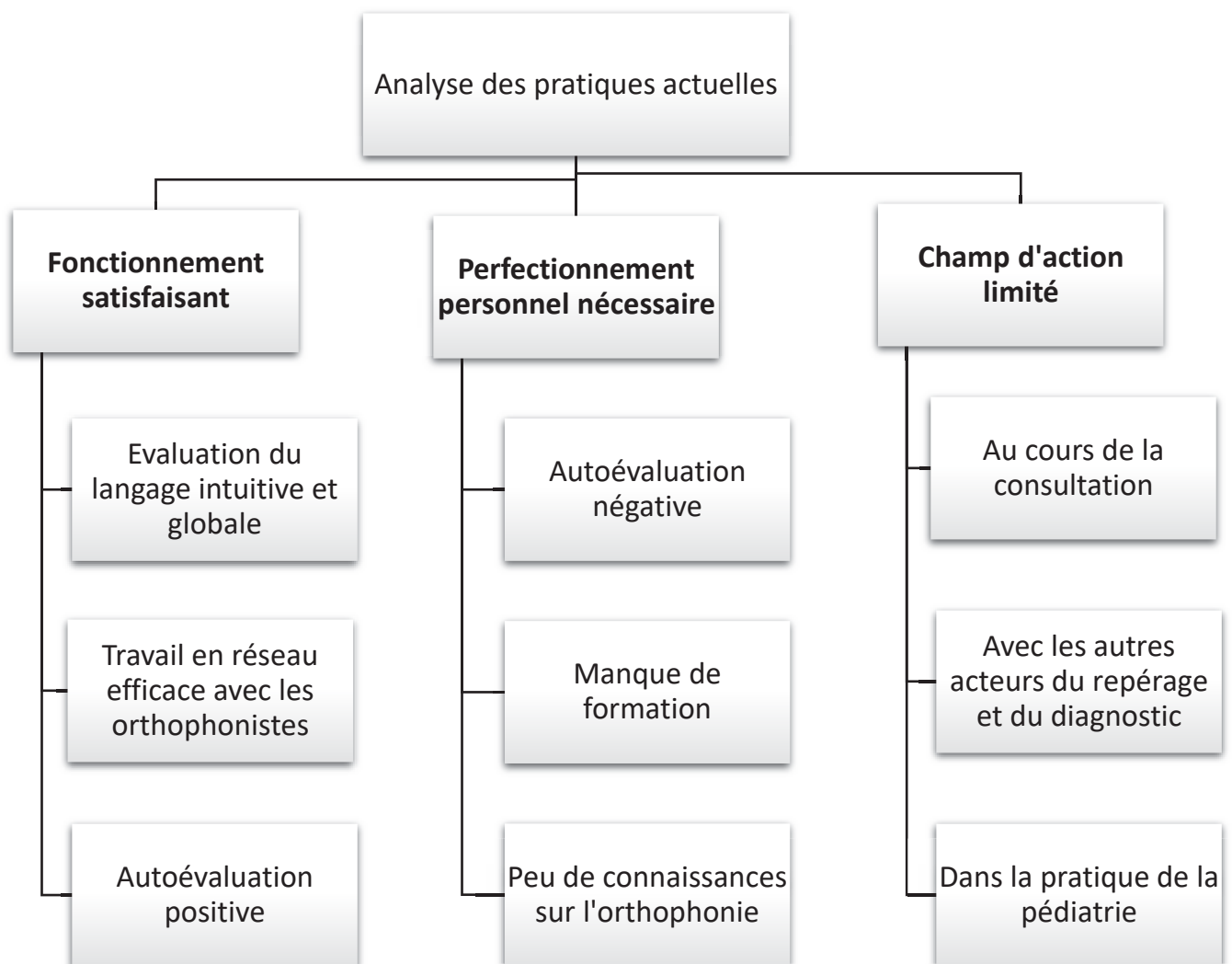
- Les autres outils permettent **d'amener la conversation par le jeu.**

E4 : Quand je les examine, le regard se porte là et puis certains arrivent déjà à dire des choses de façon ludique.

E7 : Le livre pour décrire l'image c'est souvent plus facile parce qu'ils l'auront peut-être déjà choisi un moment donné, il se l'approprient.

E12 : Faut que ça soit naturel, faut rentrer dans le cadre du jeu.

3. Analyse des pratiques actuelles



a. Fonctionnement satisfaisant

Les médecins sont globalement satisfaits de leur pratique pédiatrique concernant le langage. Ils aiment leur relation avec les enfants et le réseau qu'ils se sont constitués.

- La majorité des médecins interrogés apprécient leur façon d'évaluer le langage, plutôt de **manière intuitive et toujours dans la globalité.**

E1 : Ben elle n'est pas très scientifiquement rigoureuse mais ça marche bien.

E2 : Voir comment l'enfant écoute ce qui se passe, réagit, regarde, c'est presque de l'instinctif, c'est de l'infra clinique, et c'est pas du tout mesurable et matérialisable.

E3 : J'aurais pas tendance à différencier le langage des autres éléments qu'on va suivre, donc je pense que c'est important de suivre le développement de l'enfant, et qu'on n'est pas juste là pour s'occuper des pathologies de l'enfant, et qu'on a quand même un gros rôle dans le suivi.

E6 : Autant pour le dépistage visuel et auditif, je sens que cliniquement c'est acquis, autant pour le langage, j'ai toujours l'impression que c'est de l'intuition [...] A la fois je trouve ça difficile à la fois c'est de l'intuition, je me fais assez confiance aussi.

E7 : C'est pas hyper cadré, c'est un peu au feeling, mais ça nous va quoi.

E12 : J'aime ça et ça ne me pose pas de problème, je le fais vraiment avec le feeling.

- La plupart des médecins **travaille en réseau avec les orthophonistes.**

- Ils apprécient la **relation de proximité** qu'ils ont avec l'enfant.

E6 : C'est l'idée que tout peut se travailler, j'aime bien leur approche de l'enfant très individuelle.

E7 : Et puis cette proximité, cette régularité, sur les quelques enfants qui nous inquiètent un peu, c'est super intéressant.

E8 : Elle est surtout là pour accompagner.

- Le travail des orthophonistes va souvent **au-delà de la rééducation.**

De façon positive :

E1 : Et parfois ils voient d'autres choses que comme dit, nous on a du mal à voir ou à extraire d'une consultation comme ça même avec les parents.

Ou plutôt à défaut :

E5 : J'ai ce sentiment qu'on envoie aujourd'hui un peu tout et n'importe quoi sans même faire le tri de ce qui peut être un vrai trouble du langage ou un trouble autre, de l'attention.

E11 : Je pense qu'on les utilise à défaut aussi quand les gens refusent d'avoir une aide autre, parce-que c'est proche, et parce-que c'est remboursé.

- Les enquêtés font leur **autoévaluation positive** sur notamment deux points :
 - Ils sont satisfaits de leur pratique car ils aiment **la relation qu'ils nouent avec les enfants.**

E11 : j'ai beaucoup de satisfaction à être médecin généraliste pour ça, pour l'accompagnement long des enfants.

E12 : Tant qu'on le fait dans le cadre d'un jeu, on met à l'aise l'enfant, moi je préfère cette méthode-là. On sait qu'on va aider l'enfant à améliorer son langage, à être prêt pour la scolarisation...

- Ils **apprécient le réseau** qu'ils se sont constitués autour de cette question du langage.

E2 : Moi ça me convient à peu près parce que j'ai un réseau d'orthophonistes dont je connais les points de vue, les compétences, et qui me débrouillent les choses. Je trouve que c'est relativement satisfaisant comme ça.

E3 : En fait je suis pas mal à l'aise avec cette demande-là, il y a quelqu'un qui repère, il va faire le bilan et au mieux on se préoccupe de ce qui se passe chez cet enfant, c'est le plus important.

b. Perfectionnement personnel nécessaire

- Les médecins **s'autoévaluent de façon négative** sur des éléments variés.
 - Le repérage basé sur l'instinctif engendre un **manque d'objectivité**.

E5 : À terme c'est ce qu'on fait [de fonctionner à l'instinctif et à l'expérience] je ne pense pas que ce soit très objectif, très reproductible et très sensible, moi j'en suis convaincu.

E6 : Moi je la trouve un peu floue pour le langage. J'ai l'impression qu'on perd cette distance de l'examen cadré. Par exemple pour les yeux, si on voit qu'il y a un strabisme, ça se voit quoi, alors que là dire aux parents "je suis pas sûre, j'ai un petit doute", c'est plus compliqué à amener.

- Les médecins ont conscience de leur **irrégularité dans l'évaluation du langage** de l'enfant, du **manque de systématisation** de leur pratique.

E2 : Moi au bout de 40 consultations je sais plus comment je m'appelle, et je pense que sur les 40, y'en a l'une ou l'autre qui a été insuffisante.

E5 : Je me suis rendu compte que j'avais complètement perdu ça, par glissement je ne faisais plus grand chose. Voilà on demandait à la maman des trucs basiques du carnet de santé qui sont de loin pas suffisant quoi. Si on fait déjà ça c'est bien, maintenant je pense qu'on peut aller un peu au-delà.

E7 : On pourrait être plus systématique je pense !

E8 : C'est quand j'y pense, je reconnais que je peux améliorer mes pratiques dans ce domaine.

- Quatre médecins estiment également **manquer de compétences**.

E3 : Moi pour le moment je ne me sens pas très très forte en dépistage du trouble du langage

E8 : Le langage je pense qu'on a des progrès à faire.

E10 : Je pense que je passe plus de temps parce-que je suis pas bon.

E12 : Je trouve que c'est très important, mais comme j'ai pas eu vraiment de formation je le fais peut-être moins.

- Tous les enquêtés soulignent **l'insuffisance de l'enseignement** sur le développement neurosensoriel de l'enfant dans leur formation médicale initiale.

E2 : Je pense que nous on n'a pas été formé à ce genre de choses. On fait bien ce qu'on fait couramment et ce qu'on a appris à faire.

E6 : Le problème, soit par défaut de formation ou défaut d'outil ou parce que c'est comme ça avec le langage, c'est qu'on soit pas en dépistage en médecine générale très précis, c'est quand même pour moi le problème majeur.

E10 : Mais ça fait partie des choses qu'on devrait avoir apprises.

- Enfin, les médecins interrogés pensent que le **peu de connaissances sur l'orthophonie** est un frein au travail en réseau pour le repérage et la prise en charge des enfants présentant un trouble du langage.

- La plupart lit uniquement la conclusion des comptes rendus, et dit **ne pas comprendre les termes employés** dans le bilan détaillé.

E2 : Ma connaissance de l'orthophonie se limite aux bilans détaillés que m'envoient les orthophonistes quand je prescris de l'orthophonie quoi !

E5 : C'est des comptes-rendus, parfois un peu indigestes.

E6 : Parfois c'est un peu trop spécifique. Je pense qu'il y aurait des choses à travailler là-dessus, faire des bilans qui vraiment nous parlent, je pense qu'ils ne se rendent pas compte à quel point on ne comprend pas certaines choses.

E7 : Elles nous font des supers comptes-rendus, nous franchement on n'y comprend que la moitié faut être honnête !

E12 : Je ne pense pas que je peux juger, moi je vais à la conclusion, je peux pas comparer.

- Deux médecins disent **ne pas connaître l'âge de début** possible pour une prise en charge orthophonique.

E8 : À ma connaissance, avant 2 ans il n'y a pas grand-chose à faire.

E9 : Après je sais pas très bien si à 2 ans un orthophoniste peut déjà faire des choses, honnêtement je sais pas.

c. Champ d'action limité

Les médecins interrogés sont unanimes. Leur champ d'action dans leur pratique de repérage est limité par de multiples facteurs. Ils sont conscients de leurs compétences, de leurs forces et de leurs faiblesses dans ce domaine. Ils aimeraient faire mieux, mais le perfectionnement de leur pratique ne dépend pas uniquement de leur fait.

➤ D'abord, ils se sentent restreints dans leurs actions de repérage **au cours de la consultation.**

- Par **manque de temps** :

« Le problème c'est que si je mets 30 minutes d'emblée pour chaque enfant, j'ai pas assez de place pour la journée »,

« Si je pouvais passer 2 fois plus de temps à chaque consultation je serais content mais c'est pas possible »,

« On n'a pas le temps forcément d'approfondir »,

« Le manque de temps fait que ça finit chez l'orthophoniste quand il y a vraiment un gros doute »,

« C'est toujours ce problème de temps/argent qu'on a en médecine générale et je pense que c'est pas forcément le bon truc »,

« C'est ce temps-là autour de l'enfant qui n'est pas que de la pathologie aigüe ou le vaccin ou le truc, qui est parfois difficile à s'octroyer. »

- Par **manque de compliance** de l'enfant :

E4 : Il y a le problème des timides, enfin tout ce côté-là.

E6 : La consultation des 2 ans, si je suis un petit peu fatigué je trouve qu'elle est dure. Pour un peu qu'il y ait un frère ou une sœur avec, ce qui est souvent le cas, ils me démontent le cabinet.

E9 : Au détour d'une consultation souvent l'enfant est déjà un peu énervé, il tient pas en place, c'est pas une chaise d'enfant c'est une chaise d'adulte donc il n'est pas à la bonne hauteur, c'est plein de petites choses.

- Lorsque les **motifs de consultation sont multiples.**

E3 : L'enfant chez qui il y a plein d'autres choses à s'occuper avant de faire les dépistages, ça c'est une première difficulté.

E6 : Nous c'est pas la PMI, il est pas forcément venu pour ça, et donc là-dessus il a mal au ventre...

E7 : Le motif est rarement celui d'un retard de langage ou d'un questionnement concernant ça.

- Lorsque les parents ne sont **pas francophones**.

E3 : Les enfants qui sont amenés en consultation par une maman qui ne parle pas français. Globalement par rapport au dépistage du trouble langage c'est compliqué.

E12 : Il faut vraiment un interprète et je pense que ça complique un petit peu la prise en charge des patients qui parlent pas le français. Ils n'ont pas l'habitude et ça vraiment c'est un obstacle.

- Ensuite, les enquêtés se sentent limités dans leur pratique **par les autres acteurs**.

- Les **acteurs de repérage** : la plupart des enquêtés dit ressentir un **frein parental** à l'évaluation du langage, qu'ils identifient comme un **manque de légitimité**.

E4 : Il y a quand même parfois un déni des troubles.

E5 : Si vous arrivez dans la tranche, et que vous ne les voyez pas particulièrement pour ça et que vous ne les voyez surtout pas en consultation de suivi, c'est extrêmement difficile de le faire passer auprès des parents. Quand vous voyez ce que les gens ont comme retour par rapport à ce que vous pouvez faire, vous en êtes peut-être assez désabusé après.

E10 : J'avais averti, j'avais dit "il faut", j'ai prescrit mais [...] elle a minimisé les choses, elle n'a pas voulu aller chez l'orthophoniste. Après c'est un peu triste quand il y a comme ça des résistances.

E11 : Ils vont se rendre compte et alertés par les enseignants. Ils vont accepter plus de suivi à ce moment-là. Moi je trouve que c'est un peu tard, j'aurais bien voulu que ça soit avant.

Deux médecins évoquent des **enseignants parfois très alarmistes** sur ce thème.

E5 : Ce n'est que du dépistage, mais aujourd'hui l'enseignant, en tout cas ici, a perdu la possibilité de prendre du recul par rapport à l'enfant. Le gamin est un peu "bizarre", elle vous envoie les parents pour chercher une ordonnance pour aller chez l'orthophoniste.

E11 : J'ai une difficulté par rapport à certains enseignants. Il y a des enseignants qui sont hyper alarmistes dès 3 ans.

- Les **acteurs du diagnostic** : les **délais de rendez-vous** ORL ou orthophonique sont parfois très longs.

E7 : Vu les délais d'attente, je dirai ça aussi c'est une difficulté. C'est sûr c'est un stress accumulé pour la famille.

E10 : Quand on demande un rendez-vous chez l'ORL c'est aussi un peu lent !

E11 : Le frein des rendez-vous en spécialisé dans les troubles de l'apprentissage mais ça c'est de façon générale.

- Deux médecins signalent un certain **manque de continuité dans les soins**.

E7 : Les rendez-vous spécifiques mensuels sont parfois difficiles à honorer pour nos patients, parce qu'il y a justement le suivi conjoint en PMI ou chez le pédiatre. Quand ils font le vaccin à la PMI, ou un suivi, ou chez le confrère pédiatre, ou chez un autre généraliste parce-que y'avait moins d'attente en salle d'attente je sais pas, on perd un peu d'info.

E10 : C'est cette histoire de rôle entre le pédiatre et c'est la dilution des responsabilités. C'est toujours le problème en médecine, les couacs arrivent là.

- Enfin, les médecins interrogés se disent limités **dans leur pratique même de la pédiatrie**.

- Ils déplorent **l'irrégularité du suivi** de l'enfant, surtout après 3 ans.

E4 : 4 ans c'est quand même un âge où les parents sont moins assidus.

E8 : Il y a une période où on les voit moins, et c'est à cette période-là justement qu'il faudrait prendre le temps d'évaluer ça. C'est un frein je pense, après tu peux les faire venir en RDV pour le suivi à 24 mois, mais entre 2 et 3 ans il n'y a pas beaucoup de rendez-vous je trouve.

E12 : Les enfants à 4 ans je ne les vois plus, sauf pour les angines tout ça, mais pas pour un suivi.

- Ils jugent les **outils proposés pour le repérage inadaptés** à leur pratique.

Un médecin estime que les outils en général sont **trop précis et restrictifs** :

E2 : Ça n'évalue pas la globalité des choses... Les dispositions d'esprit du gamin qui est interrogé mettent largement en défaut ces tests la plupart du temps.

Trois médecins évoquent le **côté chronophage** des outils en consultation de routine.

E2 : Y'a plein d'outils comme ça extrêmement chronophage ! Je pense qu'on repérera plus ceux qu'il faudrait approfondir. Je veux dire en tout venant non. Après ceux qui sont suspects de quelque chose parce que dans la globalité on a l'impression qu'il y a un truc qui pêche oui.

E6 : Dans le cabinet nous on a des bouquins, des feutres tout ça, mais c'est juste que c'est plus long, surtout à 4 ans.

E9 : Dans le quotidien je trouve qu'on est trop dans le chronométrage du truc, ça n'a pas d'intérêt.

L'ERTL 4 tel qu'ils l'utilisent présentent de nombreuses limites :

- Biais de sélection :

« En fait on va plus convoquer les gens pour le faire quand on sait qu'il y a un problème et du coup il y a forcément un problème. », « Après je pense que c'était un peu ciblé comme dépistage. »

- Biais d'interprétation :

« L'inconfort c'est avec l'ERTL4, si on est angoissé on va coter plus sévère et si on est un peu moins angoissé on va coter moins sévère. » « J'ai l'impression que souvent il surdiagnostique des problèmes. », « Quand l'ERTL4 est pathologique je me dis pas que c'est une catastrophe, je ne lui fais pas complètement confiance au final. »

- Limite financière :

« Ça prend beaucoup de temps, et quand on ne fait pas tout le truc on ne peut pas le coter » « c'est peut-être un tout petit peu exagéré, du coût et de la difficulté de l'obtenir parce-que c'est pas super facile à obtenir, je le fais plus en fait. »

- L'âge de repérage préconisé pour l'utilisation de l'ERTL 4 est **trop tardif** :

E6 : Pour moi l'ERTL4 c'est un peu trop tard et c'est plus trop le rôle du médecin généraliste, là l'école a pris le relais.

E7 : À 4 ans, souvent, ils ont le bilan à l'école maternelle, c'est assez bien fait, avec des infirmières scolaires qui ont le temps et qui sont bien formées.

E12 : 4 ans je trouve ça tard. A mon avis il faudrait que ce soit fait avant 3 ans, pour que ce soit utile au médecin et même à l'enfant.

- **L'évaluation du langage n'est pas toujours possible** en consultation.

Selon les problématiques qui se posent pour un enfant, **ce n'est pas la priorité.**

E3 : Ça va être l'enfant qui est particulièrement précaire ou un enfant qui ne serait pas dans du suivi, où on aurait des choses plus importantes ou urgentes à régler en amont.

E6 : Si je vois consult des 2 ans et qu'il y en a 2 dans la journée, je me dis qu'il faut que je sois en forme. Là-dedans il y a tellement de choses à voir que le langage n'est pas toujours la priorité à 2 ans.

E11 : Les enfants chez qui il y a un gros déficit social et global, qui ont plein plein de carences, et là rajouter de l'orthophonie des fois, effectivement y'a des troubles du langage, mais des fois je trouve qu'il y a déjà tellement à faire dans le développement, y'a des priorité, à 3 ans je parle!

Six médecins parlent du rôle de **simple prescripteur d'orthophonie** que leur donne parfois les parents ou l'instituteur.

E2 : Comme il y a une demande, je fais quand même la prescription. Je trouve que c'est totalement archaïque de demander au médecin de prescrire un bilan orthophonique, à partir du moment où une famille se pose une question, ou des enseignants se posent des questions, ils devraient avoir accès direct à l'orthophoniste.

E3 : Ce qui se passe avec les histoires d'ordonnance pour l'orthophoniste, c'est qu'il y a des fois où les parents viennent au secrétariat en disant « l'instit a dit qu'il fallait que je voie l'orthophoniste, faites-moi l'ordonnance pour le bilan. »

E5 : On va le faire, parce-que à partir du moment où quelqu'un a émis la chose, c'est très difficile d'aller à l'encontre.

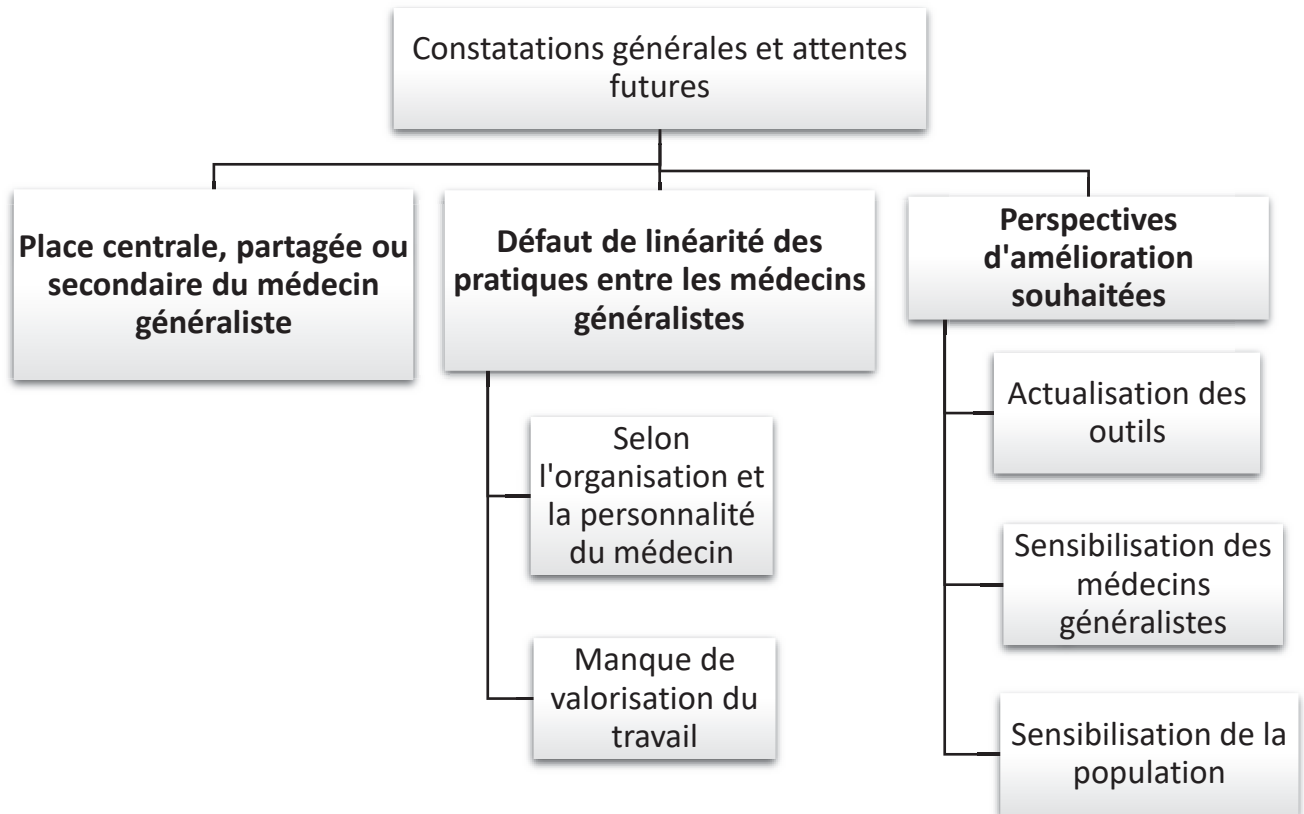
- Six médecins mentionnent leurs **limites à la prescription d'orthophonie**.

E1 : Je veux pas amener de la pathologie là où il n'y en a pas forcément. Et stresser les parents.

E8 : Après les enfants font aussi leurs progrès, la plupart des progrès ils les font seuls, avec les petits camarades ou avec les parents, c'est la stimulation qu'on leur donne aussi.

E11 : Mais je trouve que c'est faire entrer tôt l'enfant dans l'idée qu'il y a une anomalie.

4. Constatations générales et attentes futures



a. Place centrale, partagée ou secondaire du médecin généraliste

De façon générale, un des rôles du médecin généraliste est de **repérer les anomalies**, comme évoqué par deux enquêtés :

E6 : La médecine générale je trouve souvent que "ok c'est bon c'est classique" ou "ah c'est pas comme d'habitude" mais c'est pas forcément que j'ai un diagnostic, c'est juste que c'est pas standard.

E12 : C'est le regard du professionnel de santé qui va les aider à mieux les orienter. Pour eux peut-être que c'est pas un problème, et c'est là aussi le rôle du médecin traitant ou médecin généraliste.

Dans le travail en réseau nécessaire au repérage des troubles du langage de l'enfant, le positionnement des médecins enquêtés diffère, en particulier selon l'âge de l'enfant.

- La plupart estime que leur **place est centrale, surtout en âge préscolaire.**

E1 : On est quand même entre guillemets sur le devant de la scène par rapport au dépistage.

E4 : La place du généraliste je pense qu'elle est très très importante autour de 1-2 ans, parce-que là il n'y a pas encore l'école.

E6 : Pour moi vraiment là où on est important c'est 4 mois, 9 mois, 1 an jusqu'à 2 ans.

E11 : Elle me paraît centrale, avec les parents d'abord, et puis les différents intervenants.

E12 : Je pense qu'elle est primordiale, c'est à nous de repérer tout ce qui est trouble de langage, trouble de comportement, parce qu'on est les premiers à examiner.

- Quatre médecins pensent qu'ils n'occupent qu'une **place secondaire.**

- **Les parents** ne leur laissent pas de place dans ce rôle de repérage.

E5 : Sans doute les parents ne nous identifient pas comme étant un des interlocuteurs privilégiés là-dedans [...] C'est-à-dire que les gens n'attendent pas à ce que ça soit nous qui soyons à l'origine du dépistage ou même de la proposition de dépistage [...] c'est que de toute façon on ne nous a pas mis au centre, on fait croire aux gens qu'on nous met au centre de ça mais on n'y est pas du tout.

E10 : Ça dépend de l'investissement des parents à mon avis. J'aimerais beaucoup avoir plus ce rôle-là mais les gens ne l'ont pas identifié.

- **L'instituteur** est mieux placé pour repérer une fois l'enfant scolarisé.

E3 : Je trouve qu'en terme de repérage, je pense que les instituteurs sont mieux placés que moi par rapport à ça [...] je suis pas le maillon le plus important de cette chaîne-là.

E12 : Après 3 ans je dirais que c'est la maîtresse qui fait plus le rôle.

- La majorité des médecins est d'avis que leur rôle de repérage est **partagé avec les parents et l'instituteur.**

E2 : C'est d'essayer de les dépister évidemment, au même titre que les enseignants plus tard.

E3 : Nous on est un des maillons de la chaîne.

E5 : Je reste persuadé qu'on peut avoir une place partagée avec les parents et avec l'école, mais si nous n'allons pas au-devant, la place on l'a pas.

E8 : Je pense qu'on a quand même une place importante, au même titre que les enseignants ou les parents, c'est un ensemble quoi.

- Deux médecins parlent de **l'investissement plus important du médecin généraliste** dans un futur proche, notamment grâce au statut de médecin traitant de l'enfant, mis en place en 2017.

E3 : Je pense qu'on est en train d'intégrer notre rôle dans le suivi, le dépistage et le repérage de tout ça. Tout ça pour dire que c'est un sujet d'actualité et je pense que d'être conscient qu'on a un rôle dans le suivi et qu'on est pas que dans "traiter l'enfant malade" [...] change un peu la manière de voir et la manière de faire.

E10 : C'est pour ça qu'avec le médecin traitant de l'enfant, je pense qu'on va se sentir plus responsable de ça, on va se sentir investi de ça chez les enfants.

b. Défaut de linéarité des pratiques entre les médecins généralistes

Les médecins enquêtés expliquent les différences de pratique de repérage des troubles du langage entre eux et leurs confrères selon certains éléments.

- Quatre médecins citent des **éléments liés à l'organisation et la personnalité du médecin généraliste.**

- Différence de pratiques par **manque de temps consacré** au repérage.

E2 : Je pense qu'il faudrait revenir à une consultation holistique comme on devrait toujours la faire. Quand on voit quelqu'un, on s'intéresse pas juste à sa tâche sur sa peau, pas juste à sa toux [...] toujours la globalité. Mais ça nécessite du temps. J'ai encore des collègues généralistes qui font 60-70 consultations dans la journée, c'est pas possible quand vous faites ça !

- Différence de pratiques par **manque de motivation**.

E1 : On ne peut pas motiver quelqu'un qui n'est pas motivé.

E7 : Ceux qui vont y aller [aux formations] c'est ceux qui seront intéressés donc ceux qui ont le moins de souci de repérage, donc on sélectionne.

- Différence de pratiques par **manque de connaissances**.

E6 : Moi j'ai appris au contact d'orthophonistes qu'on pouvait envoyer avant l'école, voilà si on n'a pas de solution à proposer, on va pas la chercher. Je savais pas avant, je pense que si les médecins n'ont pas de solution à proposer, ils vont pas avoir envie de trouver un problème.

- Une majorité d'enquêtés fait état **d'un manque de valorisation du travail de repérage**, ce qui n'incite pas les confrères à améliorer leurs pratiques.

- Le manque de valorisation débute **au niveau de l'Etat**. Trois médecins interrogés estiment que la pédiatrie et les outils dédiés au repérage des troubles du langage sont peu mis en valeur en médecine générale.

E5 : On fait croire aux gens qu'on nous met au centre de ça mais on n'y est pas du tout, le gouvernement a dit que ce serait bien qu'on le fasse mais il n'a pas mis les moyens dans les faits. La mise en place du truc en disant "on vous propose un test qui est vachement bien", globalement c'était vendu comme ça, "vous n'avez qu'à aller l'acheter", il y a peu de chance que les gens l'achètent.

E9 : Si on nous dit il faut faire que l'ERTL4 ou avoir la boîte machin-truc qui coûte 10 000 euros, en fin de compte je suis pas sûre qu'on en fasse, à ce moment-là il faut vraiment voir plus d'enfants, c'est toujours un peu le problème.

E11 : La pédiatrie en médecine générale n'est pas du tout valorisée, enfin nos actes en général, que la médecine ne valorise pas le temps passé [...] Jusqu'à présent je cote pas les dépistages, normalement on est censé les coter que si on a l'ERTL4 [...] Je ne le faisais pas parce que je pensais que je ne le faisais pas, et j'en ai eu tellement marre du ROSP parce que je trouve qu'ils trichent, et après je me suis dit "non je le fais, je prends du temps" donc cette année j'ai coté que je le faisais.

- Deux médecins évoquent un manque de valorisation de leur travail **vis-à-vis de celui des pédiatres.**

E10 : Il y a des parents qui vont chez le pédiatre [...] C'est peut-être plus cadré là-bas, et ils y retournent et viennent chez nous pour les maladies mais pas pour ça [...] Mais c'est pas plus mal s'ils venaient chez nous pour ça aussi, en soi c'est une consultation dédiée pour le développement.

E11 : Même les sages-femmes, les neuropédiatres tout ça, insistent pour que ce soit un VRAI pédiatre qui suivent l'enfant. Je trouve ça très déplaisant parce-que on devient pas spécialiste en pédiatrie. On a un pédiatre sur le secteur, et un seul donc c'est pas beaucoup, mais néanmoins tous les enfants qui vont chez le pédiatre viennent bien gentiment chez nous dès que l'enfant a de la fièvre parce que le pédiatre n'a plus de place, mais nous on est censé toujours avoir de la place pour les gens [...] Ce clivage de nous sentir pas aptes à suivre, je pense qu'il est aussi renvoyé dès qu'il y a un souci, après il ne faut plus être suivi par le médecin généraliste faudrait être suivi que en pédiatrie.

- Un médecin parle du manque de valorisation **de la part des patients.**

« Quand vous voyez ce que les gens "en font", ou ce qu'ils ont comme retour par rapport à ce que vous pouvez faire, vous en êtes peut-être assez désabusé après [...] perdre du temps, pour n'avoir entre guillemets aucun retour, [...] dans 9 cas sur 10 ça finissait en "bin voilà de toute façon je vous avais dit qu'il fallait voir l'orthophoniste", bon c'est vite fait, 5-10 min un ERTL4 mais quand même, si à la fin on vous dit "ouais mais bon" [...] C'est extrêmement difficile à concilier aujourd'hui avec les exigences des gens. »

c. Perspectives d'amélioration souhaitées

Les médecins interrogés mentionnent trois axes principaux qui permettraient de généraliser le repérage des troubles du langage chez les médecins généralistes.

- Les **outils nécessitent d'être actualisés** afin d'être adaptés à la génération actuelle pour quatre médecins interrogés.

E3 : Comment peut-on se l'approprier [...] en modifiant des trucs en prenant une autre image qui serait un tout petit peu plus moderne et qui permettrait de faire discuter, avec une salle de bain et un dentifrice qui ressembleraient plus à ce qu'on a maintenant.

E6 : Et l'ERTL4 actualisé avec d'autres héros. [...] Peut-être juste des grilles toutes simples comme ça, peut-être que dans le carnet de santé ça devrait être un tout petit peu plus détaillé.

E9 : Je pense qu'il faudrait des outils simples, là comme ça j'ai pas d'idée mais, quelque chose qui soit même donné !

E12 : Avoir des outils plus simples peut-être, parce-que là c'est brouillon. A mon avis il faudrait que ce soit fait avant 3 ans, pour que ce soit utile au médecin. Avoir un test plus simple, plus ludique, moi je l'utilise pas l'ERTL4, déjà parce-que 4 ans c'est trop tard.

- Deux médecins considèrent que renverser le rôle de sachant dévolu au médecin en **sensibilisant la population sur la question du repérage** inciterait les praticiens à se renseigner pour répondre au questionnement des parents.

E7 : Elever un peu le niveau de connaissances de la population, et la sensibilisation publique, parce que nous on n'est qu'un avis. Je pense que si la connaissance vient du côté du patient, ça nous oblige nous thérapeutes à nous mettre à jour, comme les polémiques sur les vaccins, on a dû relire nos trucs, ça nous intéresse peut-être pas mais on doit avoir des réponses scientifiques, rationnelles. Ça pourrait être quelque chose de prévention type santé publique pour engendrer vraiment un dialogue et se rendre compte que oui c'est une vraie préoccupation et oui octroyons-nous un temps pour ça dans la consult quoi !

E11 : Moi je rêverai de pouvoir faire pour tous les gens qui vont être parent dans l'année, une réunion où je pourrai faire : vous attendez un enfant, comment va se passer la nutrition, les repas de mon enfant la première année, le développement psychomoteur, pourquoi il faut raconter des histoires...

- Enfin, selon les enquêtés, la sensibilisation des médecins généralistes nécessite **d'améliorer l'acquisition des compétences**, par différents moyens.

- Cinq enquêtés estiment que **devenir Maître de Stage Universitaire** rend plus attentif à sa pratique.

E3 : C'est ça qui est pas mal quand on est maître de stage, c'est qu'on cherche à transmettre des choses et que pour transmettre des choses il faut les intégrer donc on réfléchit à sa pratique.

E5 : Le fait d'avoir un interne me fait me replonger dans des trucs, et je recommence à faire des choses un petit peu plus censées et carrées. Je pense que celui qui a un interne, si son interne est sensibilisé à ça il le sera lui-même après.

E10 : Peut-être que la sensibilisation c'est par les jeunes, par le fait que les étudiants sont de plus en plus au cabinet et qu'il y a de plus en plus de maîtres de stage et que par ce biais-là ça peut un peu diffuser l'information.

Deux médecins constatent que les internes sont actuellement **plutôt intéressés par les aspects techniques** de la pédiatrie plutôt que par le développement neurosensoriel.

« Le petit bémol c'est que l'interne n'est pas sensibilisé sur ça non plus, parce qu'il n'y a pas de gros enseignement sur ça. », « je trouve en général qu'il n'y a pas une très grande sensibilité pour ça quoi. Ils ont plus sur les vaccins, des choses un peu techniques comme mesurer, peser un enfant. »

- Les **formations pluriprofessionnelles** permettraient d'optimiser le travail en réseau par la conscience du rôle de chacun des acteurs.

E6 : Mieux connaître l'orthophonie.

E7 : Je pense monter des formations pluripro ! Que ce soient les orthophonistes qui nous forment.

E8 : Je voulais proposer une consultation en orthophonie à mes internes aussi, comme on a un orthophoniste à proximité, je vais lui en toucher un petit mot, je trouve que ça peut être intéressant.

E12 : Je pense qu'il y a toujours des choses, peut-être une formation ça serait bien. Pour voir la pratique des autres, pour comparer et enrichir. On est un peu isolé mais voir tous les 6 mois les orthophonistes, faire une réunion, voir ce qu'il en sort des patients que j'ai envoyés, comment on peut améliorer notre fonctionnement...

- La **révision de la formation médicale initiale** est essentielle pour que l'évaluation du développement neurosensoriel de l'enfant soit réalisée et généralisée dès la fin de l'internat.

E1 : Ils créent maintenant des stages « santé de l'enfant » pour les internes en médecine générale et du coup peut-être que y'aura des petites formations pour les internes.

E3 : Il y a un début de solution mise en place pour la formation des internes. Avec la nouvelle réforme, les internes sont censés passer 6 mois en stage dit "santé de l'enfant". Il n'y avait pas de formation sur la santé de l'enfant au DMG à Strasbourg.

Là on va organiser une première session de formation pour les internes, on est parti sur une première journée généraliste, et puis une 2e journée qui serait sous forme d'ateliers pratiques et qui serait très centré sur le dépistage.

- D'autres pistes sont proposées par les enquêtés pour **optimiser leur pratique et celle de leurs confrères.**

Un médecin aimerait avoir une **conduite à tenir claire** pour donner des conseils de stimulation aux parents : « *Juste des petites choses, une conduite à tenir en attendant l'orthophonie [...] peut-être que ça soit un peu plus détaillé, le dépistage du trouble et la résolution de troubles mineurs qu'on peut proposer.* »

Deux autres proposent de **systematiser les bilans à l'école** pour plus d'efficacité : « *Je trouve que c'est plus important de permettre que ces bilans de PMI soient poursuivis, ainsi que les bilans en médecine scolaire* », « *Est-ce que ça serait mieux qu'il y ait une orthophoniste qui viennent à l'école tester les enfants de 4 ans et qu'elle nous fasse un petit mot pour les médecins ? Ce serait plus systématique à mon avis.* »

Un enquêté propose de **donner un livre** à un certain âge, afin de stimuler le langage : « *À l'examen des 2 ans on devrait offrir un livre, ils le font en Ecosse, c'est la PMI qui se déplace à domicile pour les examens obligatoires, et je crois que c'est pour les 1 an ou 9 mois, ils offrent un livre à l'enfant. Je trouve que c'est assez intelligent de faire ça.* »

Enfin, trois médecins aimeraient **évaluer le langage dans de meilleures conditions** qu'actuellement : « *Il faudrait que ça se passe dans des conditions différentes de celles dans lesquelles ça se passe actuellement. Et puis il faudrait le répéter, parce que je suis sûr que la variabilité des résultats au test, d'un jour à l'autre chez le même gamin, ça doit y aller !* », « *Reconvoquer les gens plus facilement et qu'ils viennent, essayer de les amener à ce qu'eux-mêmes viennent poser les questions et s'emparer du sujet, ce serait très bien* », « *Il faudrait faire une consultation dédiée à ça, et que les parents sachent qu'on va faire ça à ce moment-là [...] il faut vraiment qu'il y ait une valorisation du temps et de l'argent pour une consultation comme ça.* »

III. DISCUSSION

A. Principaux résultats

1. Validité de l'échantillon

Les critères d'inclusion de notre étude étaient assez précis : les médecins devaient avoir une pratique pédiatrique supérieure à 20% et se sentir investis dans le suivi de l'enfant. Les caractéristiques de notre échantillon vont dans ce sens. Les médecins interrogés relevaient entre 20 et 90 % de pratique pédiatrique. Plus de la moitié a effectué une formation complémentaire sur le développement de l'enfant, désirant approfondir leurs connaissances et améliorer leurs pratiques. Trois autres médecins ont eu une pratique professionnelle salariée portant exclusivement sur la pédiatrie (PMI, médecine scolaire), ce qui leur a permis de mettre à profit leur expérience dans leur pratique libérale. Tous connaissent de près ou de loin les recommandations et notamment l'utilisation du test de référence, ERTL 4.

2. L'ERTL 4, un test connu mais peu pratiqué

Notre travail a montré que le seul test recommandé par la HAS pour l'évaluation du langage de l'enfant à 4 ans, l'ERTL 4, était très peu pratiqué, et jamais de façon systématique. L'originalité de cette étude repose sur les critères de sélection des médecins : ils sont investis dans le suivi de

l'enfant, ils ont suivi des formations sur le développement du langage, ils connaissent l'ERTL 4 et les recommandations. Alors pourquoi ne le mettent-ils pas en pratique ?

La première cause est la tranche d'âge concernée par ce test : autour de 4 ans, les enfants consultent essentiellement pour des pathologies aiguës et non plus pour du suivi. Une consultation dédiée est difficile à mettre en place, par manque de temps, manque de disponibilité et d'investissement de la part des parents. L'intérêt d'un test comme l'ERTL 4 est qu'il permet d'avoir un étalonnage de référence. En pratique, quatre des six médecins qui en possèdent un ne s'en servent qu'en cas de doute sur l'évolution du langage d'un enfant. Ceux dont le langage semble correct ne se font pas évaluer. Les deux autres médecins ne l'utilisent plus.

Une autre problématique est liée au test ERTL 4 en lui-même. La dernière version date de 1999, les dessins ont vieilli, le support est peu attractif, et il est cher. La valisette comprenant la planche d'images, le livret de consignes et quarante carnets de langage coûte 125 euros. En comparaison, le premier prix pour une tablette tactile sur laquelle pourraient être installés des jeux interactifs pour évaluer le langage de l'enfant est d'une quarantaine d'euros, soit moins de la moitié. La réticence des médecins est compréhensible. On leur demande toujours plus de temps de travail pour faire du soin, du suivi, de la prévention. On leur fixe des objectifs à atteindre, on leur donne des recommandations à suivre, mais il faut acheter soi-même les outils.

Trois médecins ont d'ailleurs gardé le test ERTL 4 dont ils se servaient à la PMI. Deux médecins travaillant en cabinet de groupe ont acheté la mallette Sensory Baby Test, plus chère mais ayant tous les outils pour évaluer le développement neurosensoriel de l'enfant, et les frais sont partagés entre les associés.

Enfin, nous pensons que la notion d'outil ou de test pour évaluer le langage est assez restrictive en soi. Les outils destinés à l'évaluation de la vision ou de l'audition sont simples. Ils permettent de dire si oui ou non il y a un strabisme, oui ou non un déficit auditif... Alors que l'évolution du langage est très variable d'un enfant à l'autre, sans pour autant qu'il y ait un trouble du langage chez l'un d'eux. Se référer uniquement à un outil « simple » de passation « rapide », est-ce suffisamment fiable pour dire si oui ou non il y a un risque de trouble du langage ? Si le parent, le médecin ou l'instituteur évoque une inquiétude, nous ne pensons pas que le résultat au test modifie la finalité : la prescription d'un bilan orthophonique, plus complet, plus rigoureux, plus précis. D'un autre côté, si le médecin a un doute mais que le parent n'est pas inquiet, le test permettrait en cas de résultat anormal de valoriser le rôle de repérage du médecin. Le parent peut alors prendre conscience d'un potentiel trouble du langage chez l'enfant. À l'inverse, un test qui s'avère normal pourrait décrédibiliser le médecin auprès des parents. Enfin, devant une production de langage qui semble dans la norme pour l'âge, nous ne croyons pas à l'intérêt de prendre du temps pour passer ce test. Il est probable que nous ne tiendrions pas compte du score final s'il était faible. L'enfant serait fatigué, n'aurait pas envie, le parent serait pressé... Autant de facteurs environnementaux qu'il faudrait prendre en compte dans le score final. Le langage est difficilement quantifiable dans un laps de temps aussi court que l'est une consultation de médecine générale. Il est également nécessaire de souligner que ce test n'est pas adapté aux enfants bi ou plurilingues. Or, une personne sur quatre en France a entendu ses parents parler une autre langue que le français dans son enfance, que ce soit une langue étrangère ou une langue régionale (notamment breton ou alsacien)(31). Cela renforce l'idée d'un outil trop restrictif.

Dans ces circonstances, nous pensons que la passation de l'ERTL 4 de façon systématique chez tous les enfants de la tranche d'âge concernée est inadaptée à la médecine libérale actuelle. Les

médecins de notre enquête ne restent pas sous outil, puisqu'ils ont déclaré utiliser surtout le carnet de santé pour les repères évolutifs du langage, ainsi que des imagiers, livres ou jouets, pour entrer en communication avec l'enfant par le jeu. Malgré le manque de rigueur et l'individualité de la méthode, nous pensons que les connaissances sur le développement du langage, les repères du carnet de santé et l'expérience répétitive de la pratique pédiatrique permettent d'affiner suffisamment le regard du praticien pour un repérage efficace en matière de langage, en coordination avec les autres acteurs concernés.

3. La formation et l'expérience, deux moteurs essentiels

Les médecins ayant participé à l'enquête sont unanimes : la pratique de la pédiatrie est une activité à part entière, qui ne s'improvise pas. Réaliser le suivi de l'enfant nécessite de connaître les repères d'acquisition du développement moteur, cognitif et neurosensoriel, de savoir évaluer ces acquisitions et d'orienter vers les professionnels concernés en cas de suspicion d'anomalie. Le rapport humain est également prépondérant en pédiatrie : évaluer un nourrisson ou un enfant implique de créer une relation de confiance avec celui-ci, ainsi qu'avec sa famille.

Pour les médecins interrogés, créer du lien avec un enfant et sa famille s'apprend avec le temps, par l'expérience. Ils adaptent leur discours en fonction de l'âge de l'enfant, cherchent à communiquer avec lui dès qu'il peut verbaliser sa pensée, vont adapter leur consultation pour créer une ambiance de jeu... Se mettre au niveau de l'enfant permet d'entrer en relation avec lui. La pédiatrie ne requiert pas seulement la confiance du patient, mais également celle de ses parents, qui est parfois difficile

à obtenir, notamment sur la question du langage. Que ce soit pour rassurer un parent trop inquiet ou pour alarmer un parent dans le déni, l'enquête montre que le médecin a du mal à légitimer son opinion concernant l'évolution du langage de l'enfant concerné. Avoir de solides connaissances et de multiples expériences, professionnelles ou personnelles, permet alors de donner plus de poids à l'avis médical. Ainsi, être parent d'un enfant ayant eu un trouble du langage, spécifique ou non, ou avoir une expérience professionnelle en PMI a favorisé la sensibilité des médecins concernés aux troubles du langage et amélioré leur repérage. En dehors de ces deux particularités, les compétences des interrogés ont été acquises par la formation théorique, puis par la répétition des consultations de suivi pédiatrique. C'est en ayant une patientèle jeune régulière que les médecins améliorent la qualité de leurs évaluations du développement de l'enfant et décèlent plus facilement les éventuelles anomalies. La plupart des enquêtés, au fil de leur expérience, a mis en place des moyens mnémotechniques personnalisés ou utilise certains supports qui facilitent leur repérage, permettant ainsi de le systématiser à leur échelle individuelle. L'ERTL 4 a été conçu pour harmoniser le repérage des troubles du langage entre tous les médecins concernés, généralistes ou pédiatres. Notre travail constate que, en matière de repérage des troubles du langage, ce sont surtout la répétition des évaluations et le vécu des médecins qui ont construit leurs représentations et leurs opinions, et qui prédominent largement sur le test de référence validé.

Répéter les pratiques pour ensuite les systématiser implique de les avoir apprises au préalable. Tous les médecins enquêtés déplorent la faiblesse de leur formation médicale initiale sur ce sujet. Pour connaître les particularités du développement neurosensoriel de l'enfant et de son évaluation, ils ont volontairement choisi de suivre une formation, après l'obtention de leur doctorat ou une fois installé. Un médecin a obtenu le diplôme universitaire de Santé de l'enfant, les autres ont surtout participé à des soirées de Formation Médicale Continue dans le cadre du Développement Personnel

Continu (DPC). L'apprentissage y est essentiellement théorique, la pratique se réalisant de retour au cabinet. Le choix des formations de DPC est vaste et libre, il est donc difficile de sensibiliser tous les médecins généralistes par ce biais. Cela reste une option intéressante pour les médecins intéressés par le suivi pédiatrique souhaitant acquérir ou perfectionner des connaissances sur le sujet, mais elle n'est pas généralisable à l'ensemble des médecins généralistes installés.

De plus, comme l'ont souligné quatre médecins enquêtés, le manque de valorisation de la pédiatrie en médecine générale est un frein non négligeable à la généralisation des pratiques de repérage des troubles du développement neurosensoriel de l'enfant. Intégrer le suivi d'une patientèle pédiatrique dans son activité professionnelle implique à l'heure actuelle de la part du médecin un certain investissement. Relationnel d'abord, puisque nous avons vu qu'il était essentiel d'avoir une relation de confiance avec l'enfant et sa famille. Il faut si besoin savoir travailler avec les professionnels de la petite enfance, comme l'instituteur, et les autres acteurs de santé de l'enfant. Un investissement financier ensuite, avec la nécessité de participer à des formations et d'acheter le matériel adéquat pour pouvoir faire un dépistage optimal. Enfin, le plus gros investissement est probablement celui du temps passé, puisque les consultations de suivi pédiatrique sont généralement plus longues que les autres et sont sur rendez-vous, demandant un minimum d'organisation des plages de consultation. Les médecins de notre enquête ont accepté ces contraintes car ils apprécient cette partie de leur activité. Pour les autres généralistes libéraux, il est difficile de croire que les seules incitations financières actuelles comme la ROSP pour augmenter la part de suivi pédiatrique suffisent à modifier leurs habitudes. Les formations de DPC n'étant pas imposées, il nous paraît indispensable d'améliorer la formation médicale initiale en pédiatrie afin que les jeunes généralistes puissent mettre en pratique leurs compétences dès la fin de l'internat.

Cette formation médicale initiale est d'autant plus importante qu'elle a besoin des médecins libéraux pour les terrains de stage en ambulatoire. Dans notre enquête, cinq médecins interrogés étaient Maître de Stage Universitaire (MSU). La transmission de savoir y est importante : les généralistes installés transmettent aux internes leur expérience de terrain, et les internes transmettent aux libéraux leur savoir théorique récent, actuel, qui oblige les MSU à réfléchir à leurs pratiques et éventuellement mettre à jour leurs connaissances. Même si, d'après les constatations des MSU interrogés, les internes sont pour le moment plus intéressés par la partie technique de la pédiatrie, la vaccination par exemple, nous pouvons aisément imaginer qu'un enseignement mettant l'accent sur le développement neurosensoriel de l'enfant lors de l'internat de médecine générale aura des répercussions sur les MSU au travers du stage ambulatoire. À l'instar des formations de DPC, devenir MSU est une démarche volontaire de la part des généralistes installés. Seule la formation médicale initiale est généralisable à l'ensemble des futurs médecins généralistes, d'où l'importance de s'intéresser aux jeunes afin d'espérer améliorer les pratiques futures.

4. Un travail en réseau, des rôles différents

L'évaluation du langage de l'enfant ne peut se faire qu'en partenariat : partenariat avec les parents, partenariat avec l'instituteur, partenariat avec l'orthophoniste. Chaque acteur du repérage, du diagnostic et de la prise en charge a un rôle différent à jouer. Pourtant, pour les médecins interrogés, il est souvent difficile de trouver sa place dans ce système.

Au travers de nos résultats, on peut constater une certaine confusion dans les fonctions de chacun. Les enquêtés ont pour la plupart décrit avoir une place prépondérante partagée avec les parents en

âge préscolaire, puis une place secondaire après la scolarisation, l'instituteur devenant le principal acteur de repérage. Lorsqu'ils ont évoqué les facteurs de risque ou diagnostics différentiels d'un trouble du langage, ils ont surtout cité le dépistage d'une surdité dans la petite enfance.

Au cours des entretiens, la notion de bilan orthophonique demandé par l'instituteur était souvent mentionnée. Une difficulté de langage est repérée à l'école, et les parents viennent voir le médecin traitant pour prescrire ce bilan, puisqu'il est le seul à pouvoir le faire. Les représentations des instituteurs et des parents concernant le repérage des troubles du langage de l'enfant n'étaient pas étudiées ici. On devine néanmoins au travers du discours des médecins que pour les parents et les instituteurs, la seule fonction du médecin généraliste est de prescrire le bilan orthophonique. Certains médecins exprimaient également cette opinion. Pourtant, lorsque des troubles du langage sont suspectés, le bilan médical a une importance majeure. Le médecin traitant doit rechercher d'éventuels diagnostics différentiels et comorbidités puis orienter les bilans complémentaires en fonction des résultats. Concernant les diagnostics différentiels, la plupart des enquêtés disaient suspecter une pathologie responsable de troubles du langage (trouble du spectre autistique et surdité principalement) bien avant la scolarisation. Les enfants étaient déjà pris en charge au moment de l'entrée à l'école. Les troubles du langage repérés par l'instituteur étaient donc très probablement des troubles spécifiques du langage, nécessitant un bilan orthophonique, ce qui réduit la fonction du médecin traitant à celle de prescripteur d'orthophonie. Pourtant, le repérage par l'école ne doit pas empêcher le médecin recevant la demande d'évaluer l'audition, les fonctions cognitives, le comportement et l'articulé dentaire de l'enfant.

Médecins, parents et instituteurs (puis orthophonistes) doivent travailler ensemble, et chacun a sa fonction. Or, nos résultats montrent plutôt que les rôles sont confus et que instituteurs et parents,

parfois médecins eux-mêmes, n'ont pas conscience de l'intérêt de l'évaluation médicale dans les troubles du langage, ni de sa réévaluation après une prise en charge adaptée. Il est également utile de rappeler que le médecin traitant a un rôle d'accompagnement des familles et de coordinateur des soins, ce qui est peu évoqué dans les résultats de notre enquête.

B. Forces et faiblesses de l'étude

1. Forces

L'originalité de notre travail vient de la population étudiée. Chercher à comprendre les pratiques et les attentes de médecins investis et formés dans l'évaluation du développement de l'enfant permet de soulever de nouveaux aspects à prendre en compte pour améliorer les pratiques générales. Comme nous le détaillons dans le chapitre *Comparaison avec la littérature existante*, les travaux réalisés jusqu'ici mettaient essentiellement en avant les lacunes des médecins généralistes en termes de compétence et de connaissance pour expliquer l'absence de suivi des recommandations concernant le repérage des troubles du langage. En centrant résolument notre travail sur une population de médecins formés et investis dans l'évaluation du langage, nous avons pu aller au-delà de ces résultats. Notre enquête a non seulement permis de clarifier et d'approfondir les limites de la pratique actuelle, mais elle a également fait émerger des perspectives sur les améliorations possibles. Nous constatons alors que le critère de « manque de compétence » ne justifie pas à lui seul le défaut de systématisation des pratiques et du suivi des recommandations.

Une autre force de notre travail réside dans le fait que le développement neurosensoriel de l'enfant, dont le langage fait partie, est au cœur de l'actualité. De l'actualité médicale d'abord : la formation médicale initiale des médecins généralistes a évolué depuis 2017 à Strasbourg. Elle propose aux internes de médecine générale une formation pratique dédiée au développement neurosensoriel de l'enfant que nous détaillons dans le chapitre *Implication pour la recherche et la pratique*. De l'actualité nationale ensuite : le gouvernement a créé une commission d'experts réunis pour la première fois le 19 septembre 2019 autour de la question des *1000 premiers jours de la vie de l'enfant* (32). Les besoins de l'enfant avant 3 ans se placent au cœur de l'action du gouvernement. Les mesures et les moyens mis en œuvre qui en découleront impacteront probablement les politiques publiques actuelles et tous les professionnels en lien avec la petite enfance, afin de permettre aux parents de répondre au mieux aux besoins de leurs enfants.

Enfin, la recherche qualitative est basée sur une dimension relationnelle, qui permet d'explorer des aspects d'un sujet peu étudiés jusqu'alors. L'analyse inductive fait apparaître de nouvelles dimensions concernant une problématique précise (30), ce qui correspond en tous points à notre travail. Une relation implique des échanges entre individus. Le rôle personnel du chercheur est une force et une faiblesse lors de la conduite de l'entretien. Son passé, sa relation aux autres, ses connaissances et ses rencontres sont autant de ressources qui ont permis l'élaboration continue de cet échantillonnage unique, et ont influencé sa faculté à mener les échanges (33).

2. Faiblesses

Notre étude comporte nécessairement des faiblesses.

La population de médecins étudiés étant volontairement sélective sur certains critères, l'échantillon n'est pas représentatif de la population générale des médecins généralistes français. Comme nous le précisons précédemment, ce biais de sélection était nécessaire à l'étude du sujet qui nous intéressait.

La parité n'est pas respectée dans notre échantillon (67% de femmes) alors que les femmes représentent au 1er janvier 2018 48.2% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (34), et 43% dans le Bas-Rhin en 2015 (35). Le département du Bas-Rhin étant principalement urbain, trouver des médecins généralistes répondant aux critères de sélection en milieu rural a été difficile. Seul le type d'exercice a une répartition quasi égale.

Les médecins entretenus pour l'enquête étaient ceux qui correspondaient aux critères de sélection établis au préalable, et parmi ces médecins, ceux qui ont répondu aux sollicitations du chercheur. Il est probable que les médecins généralistes femmes se sentent plus concernées par le développement neurosensoriel de l'enfant, ce qui explique leur forte présence dans notre échantillon. De plus, l'analyse inductive nécessite une procédure d'échantillonnage constructiviste (30): tous les médecins n'ont pas été contactés en même temps, mais au fur et à mesure des recommandations de contacts par des médecins précédemment interviewés. Les entretiens se sont déroulés en fonction des disponibilités de chacun, jusqu'à saturation des données, sans chercher à être représentatif de la population de médecins généralistes, puisque la représentativité n'est pas un objectif de la recherche qualitative. Les résultats obtenus ne peuvent

donc être généralisables à l'ensemble des médecins généralistes répondants aux critères de sélection.

Ensuite, les conditions d'entretien n'étaient pas identiques. Certains médecins avaient prévu une plage horaire large, après leurs consultations ou sur un temps de repos, alors que d'autres avaient une contrainte horaire liée à leur activité professionnelle. Cela a probablement influencé les échanges entre le chercheur et l'enquêté.

Enfin, réaliser une enquête par entretiens induit inévitablement quelques biais.

À la fois force et faiblesse de la recherche qualitative, le facteur humain est le principal responsable des biais apparaissant au cours de l'entretien. Du côté du chercheur, la modification de l'ordre des questions, l'influence dues à ses attentes, le ton de sa voix, son attitude, son interaction avec les autres, sa subjectivité, la mauvaise compréhension des réponses de l'enquêté peuvent induire les échanges et les interactions avec ce dernier. Du côté de l'enquêté, la gêne éprouvée, la mauvaise compréhension des questions, la contrainte de temps peuvent influencer le discours.

Après les biais liés à l'entretien, c'est leur analyse qui engendre un biais d'interprétation inévitable lors d'une approche qualitative. Le processus de codage inclut forcément une part de subjectivité liée à l'interprétation des données par le chercheur. L'absence de double codage expose notre travail à un risque de surinterprétation, malgré l'effort du chercheur d'analyser les verbatims de la façon la plus complète et sincère possible.

C. Comparaison avec la littérature existante

Notre travail s'est attelé à comprendre les pratiques et représentations des médecins généralistes investis dans le suivi pédiatrique concernant le repérage des troubles du langage de l'enfant.

1. L'ERTL 4, un test inadapté à la médecine générale

Nos résultats montrent principalement que les recommandations d'utilisation du test validé de référence, l'ERTL 4, sont inappropriées à la médecine générale. Les médecins de notre enquête sont minoritaires à posséder ce test, et aucun d'entre eux ne l'utilise de façon systématique à 4 ans.

Ce constat est également présent dans la littérature. Une étude de 2010 portant sur la faisabilité des dépistages recommandés chez l'enfant de deux à six ans (4) note que 6% seulement des médecins généralistes de l'enquête estimaient la passation de l'ERTL 4 faisable en consultation, et 2% uniquement l'utilisaient déjà. Deux thèses de médecine évoquant des médecins généralistes connaissant l'ERTL 4 et formés à son utilisation appuient de façon quantitative nos résultats. Celle de 2013 souligne que 25% des médecins généralistes inclus dans l'étude l'utilisaient de façon intégrale à 3 mois d'une formation de DPC, 36 % de façon partielle et toujours de manière ciblée (36). Ces résultats confirment que le défaut d'utilisation de l'ERTL4 n'est pas lié à un problème de formation, puisque même formés, seul un médecin sur quatre l'utilisait, et ce à très court terme après la formation. La thèse de 2016 réalisée en Maine-et-Loire et Sarthe constate que 41,7% des inclus l'utilisaient parfois ou souvent et 58,3% rarement ou jamais (5).

À défaut d'utiliser l'ERTL 4 à 4 ans, les médecins de notre enquête évoquaient principalement l'avis des parents et l'utilisation d'imagiers pour évaluer le langage de l'enfant, surtout avant 3 ans. Ces

données sont comparables à l'étude de 2010 (4) : 48% des médecins de l'échantillon ont déclaré réaliser le dépistage à 3 ans contre 30% à 4 ans, en utilisant principalement l'entretien libre avec les parents (à 68%) et la description d'une image par l'enfant (à 39%).

La grande différence de notre travail par rapport à ces recherches réside dans l'originalité de la sélection de nos participants. Nous avons en effet volontairement choisi des praticiens déjà sensibilisés à l'évaluation du langage de l'enfant, et qui pour la majorité s'était formée au repérage des troubles du langage de différentes manières. Ce n'est pas le cas dans la littérature, qui justifie notamment le défaut d'utilisation du test ERTL 4 par le manque de connaissances et de compétences des généralistes concernant le développement neurosensoriel de l'enfant(4–6,37,38). La thèse de 2016 citée précédemment notait que 64,9% des médecins généralistes déclaraient se sentir peu ou pas du tout à l'aise sur le sujet du développement du langage de l'enfant (5). Ces résultats nous ont guidés dans le choix de notre échantillon, puisque nous souhaitons nous distinguer de ces précédents travaux nous basant sur des pratiques concrètes de repérage. Il fallait pour cela supprimer le facteur « manque de connaissances ». Explorer la réalité de terrain du repérage des troubles du langage de l'enfant par les médecins généralistes impliquait de connaître au préalable les repères du développement du langage et d'effectuer ce repérage en pratique courante.

2. Le repérage des troubles du langage avant 3 ans

Les médecins de notre enquête estimaient que les enfants étaient plus accessibles pour le suivi du développement avant 3 ans, et préféraient se baser sur leur langage à cet âge pour décider du besoin ou non de rééducation. Un article de la revue *Pediatrics* de 2007 encourage cette démarche

(39). Ses résultats montrent que le dépistage des troubles du langage réalisé sur les enfants de 15 et 24 mois, décrit comme un ensemble de questions uniformes posées aux parents avec des éléments de test sur l'enfant, associé à une prise en charge précoce si nécessaire améliorerait les performances de langage à 8 ans et réduisait le nombre d'enfants entrant en éducation spécialisée. Une revue de la littérature internationale de 2008 sur la pertinence du dépistage des troubles du langage oral de l'enfant de moins de 3 ans en soins primaires (40) a relevé que 7 études sur 17 constataient une amélioration significative des performances en langage pour une rééducation débutée avant 3 ans pendant une durée de 8 semaines à 9 mois. Elle soulignait également que les interventions avec guidance parentale étaient aussi efficaces que les interventions orthophoniques. Ces données, qui promeuvent un repérage et une prise en charge des troubles du langage plus précoces que ne le font les recommandations actuelles françaises mériteraient d'être approfondies afin d'affiner les pratiques actuelles.

3. Un besoin de formation régulière pour la mise en pratique

Enfin, les médecins de notre enquête s'accordent sur le fait qu'il était nécessaire de mettre à jour leurs connaissances afin de réaliser correctement le suivi de l'enfant. Cela passait d'abord par le suivi d'une formation sur le repérage des troubles du langage dans le cadre du DPC ou de manière informelle avec un collègue orthophoniste. L'impact d'une formation à l'ERTL 4 suivie par les médecins généralistes sur leurs pratiques a été étudiée dans une thèse de médecine en 2013 (36) : 88% des généralistes ayant répondu à l'enquête ont changé de « regard sur les troubles des apprentissages et les relations avec le réseau de prise en charge » après la formation. Ce résultat s'accorde avec les nôtres. Les médecins avaient besoin de repères sur le développement du langage pour s'en préoccuper en consultation, repères qu'on imagine étudiés lors d'un tel enseignement.

Rappelons que malgré cette formation à l'utilisation optimale de l'ERTL 4, la réalité de terrain montrait à 3 mois que les recommandations n'étaient pas pratiquées.

Nos enquêtés estimaient également que devenir Maître de Stage Universitaire, à savoir accueillir externes et internes au sein du cabinet, était un excellent moyen de réviser sa pratique, par le questionnement et les connaissances des internes en stage. Ce constat se retrouve à plus grande échelle dans une thèse de 2011 (41) : dans cette étude quantitative sur la formation continue des médecins généralistes, l'accueil des étudiants faisait partie de la formation pour 87% des maîtres de stages, pour différentes raisons : « *Confrontation entre le savoir théorique "frais" de l'étudiant et l'expérience du maître de stage, justification de ses choix, discussion des démarches diagnostiques ou thérapeutiques, obligation de rigueur, prise de conscience de sa pratique...* ». Face à cet engouement, nous espérons que les médecins des nouvelles générations, ayant eu la chance de bénéficier de stages au sein de cabinets, seront encore plus nombreux à accueillir des internes.

D. Implication pour la recherche et la pratique

1. Un besoin d'outils adaptés à la pratique courante

Puisque le test ERTL 4 est très largement boudé par les médecins généralistes, pour les raisons citées précédemment, harmoniser les pratiques de repérage des troubles du langage implique de trouver des outils adaptés à la pratique courante, qui soient simples, rapides, et utilisables avant l'âge de 3

ans, âge auquel les enfants sont plus accessibles par le médecin généraliste, et auquel les interventions sont potentiellement aussi voire plus efficaces.

Dans la catégorie des tests validés, il existe déjà les IFDC à 12, 18 et 24 mois, qui recherchent une évolution du langage dans le temps et se basent sur l'appréciation des parents. 85% des médecins généralistes interrogés dans une thèse de 2013 évaluant sa faisabilité en pratique courante étaient favorables à son utilisation lors de la consultation des 24 mois (37). Néanmoins, 15% seulement déclaraient souhaiter l'utiliser en systématique, et 57% de façon ciblée. Or, comme pour l'ERTL 4, un repérage implique d'être systématique : le test n'est valide que s'il est utilisé chez tous les enfants, et pas seulement en cas de doute. De plus, ce test est certes fourni par le médecin qui calcule le score final, mais à destination des parents, qui ont le rôle principal d'évaluateur du langage dans ce cas. Pour une évaluation objective, le parent doit pouvoir comprendre les consignes du test, ce qui implique d'être à l'aise avec le français, la lecture et l'écriture. Les IFDC peuvent rapidement s'avérer complexes pour beaucoup de familles vivant en France. Les IFDC sont l'adaptation française du *MacArthur-Bates Communicative Development Inventories*, également adapté dans de multiples autres langues (42). Dans l'idéal, le langage pourrait être évalué dans la langue maternelle, mais ces adaptations ont été créées par différents organismes, parfois payants et demandant de multiples manipulations pour être accessibles, ce qui est inimaginable en consultation. Les IFDC n'ont jamais été cités par les médecins de notre enquête, ni par l'enquêteur, puisque nous nous intéressions à la mise en pratique des recommandations, et ils n'en font pas partie. La notion de test avant 3 ans reste très compliquée en pratique courante, car le développement du langage est très variable d'un enfant à l'autre, tout comme la compliance de l'enfant d'une consultation à l'autre.

Les médecins de notre enquête ont déclaré utiliser des imagiers, des livres avec des illustrations de la vie quotidienne pour faire parler les enfants entre 2 et 3 ans. Nous pourrions imaginer un imagier standard avec des références simples pour les enfants, tels que les animaux, les moyens de transports, les jouets basiques (bébé, vélo...) qu'il faudrait nommer ou montrer. Il est possible en combinant relativement peu de mots de survoler l'ensemble des phonèmes de la langue française.

Il est également probable que montrer des images de scènes de vie quotidienne générant une émotion forte chez l'enfant, comme un enfant qui se fait mal, un autre faisant le clown, ou se faisant gronder, permettraient rapidement au médecin de savoir si l'enfant comprend ce qu'il voit, au mieux par son expression verbale directement, au minimum par son langage non verbal, qui ne peut être indifférent à l'émotion qu'il ressent.

La problématique persiste : même si l'imagier est le même pour tous, quand est-il du résultat ? Sans notion de score chiffré, il reste influencé par une certaine subjectivité de l'évaluateur. A contrario, établir un score ne suffirait probablement pas à le considérer comme étant assez fiable, comme nous le constatons avec l'ERTL 4. Le langage est un domaine trop complexe pour être réduit à un chiffre. Par contre, il s'intègre parfaitement au concept d'Evidence Based Medicine, ou médecine basée sur les faits : la décision clinique se base sur trois composantes, que sont l'expérience clinique du praticien, les meilleures données actuelles de la recherche et les préférences du patient (43).

Nous estimons que réaliser cette évaluation du langage avant l'âge de 3 ans vise l'objectif essentiel de repérer de façon plus systématique et plus précoce les comorbidités risquant d'influencer la construction du langage et des apprentissages. Comme le décrit le concept de la médecine factuelle, il n'est pas nécessaire d'avoir des tests objectifs et chiffrés pour faire de la médecine de qualité.

S'intéresser au langage entre 2 et 3 ans, c'est s'intéresser au développement global de l'enfant, à ses capacités de compréhension, de communication, d'interaction avec les autres, grâce à son

langage verbal et corporel. Cette évaluation globale du neurodéveloppement fait complètement partie du rôle du médecin traitant de l'enfant.

À l'heure actuelle, les généralistes de notre étude, comme ceux des différents travaux sur les troubles du langage, utilisent les repères du carnet de santé pour les aider dans leur évaluation globale du développement. Ses repères sont présents à 2, 4, 9, 24 mois, 3 et 4 ans. Ils sont peu détaillés, et ne fournissent aucune information sur la conduite à tenir en cas de trouble d'un ou plusieurs éléments du neurodéveloppement. Les prises en charge sont variables d'un médecin à l'autre, avec le risque d'un retard et d'une inégalité de soins. Estimant que le carnet de santé présentait des lacunes, certains des médecins interrogés ont créé et intégré dans leur logiciel médical des fiches détaillées présentant les repères de chaque sphère du développement âge par âge. Même si la méthode est artisanale, elle était décrite comme une aide précieuse, rapide, précise et efficace pour à la fois ne rien oublier d'évaluer lors de la consultation et à la fois pouvoir repérer précocement un trouble dans un ou plusieurs domaines de compétences. Comme nous le verrons à la fin de ce chapitre, l'utilisation des logiciels médicaux pour transmettre et généraliser les guides de bonne pratique mériterait sérieusement d'être étudiée.

La HAS a édité en 2017 un guide de prise en charge des TSA afin justement d'harmoniser le parcours de santé de ces enfants et de limiter les inégalités d'accès aux soins (19). Les rôles de chacun des acteurs, parents, instituteur et médecin traitant, y sont clairement définis, tout comme la conduite à tenir en fonction du trouble repéré. Dans ce guide, les signes d'alerte et actions à mettre en œuvre concernant le langage commencent dès 18 mois (*Annexe 2*). Ces informations sont d'une grande aide pour le médecin traitant, encore faut-il qu'il sache qu'elles existent et qu'il prenne le temps

d'aller les chercher, car aucun renseignement ne lui est transmis spontanément. Si nous voulons systématiser le repérage des troubles du langage et harmoniser le parcours de santé, il n'est pas seulement utile d'établir un guide d'organisation des soins, il est également indispensable de communiquer ces informations à tous les professionnels concernés.

Un nouvel outil d'aide au repérage des troubles du neurodéveloppement (TND) à destination des médecins traitants, sorti en été 2019, présente des points de repères et des signes d'alerte plus détaillés et précis sur le développement du langage et le développement global de l'enfant de 6 mois à 7 ans (44). Dans le cadre de la stratégie nationale autisme au sein des TND pour 2018-2022, un nouveau « *dispositif de repérage des écarts inhabituels de développement est mis en place auprès des médecins* » depuis l'été 2019 (45). Il concerne les enfants de moins de 7 ans. Le médecin traitant aiguille l'enfant suspect de présenter des TND vers de nouvelles plateformes de coordination et d'orientation. Ce sont elles qui ensuite mettent en œuvre le parcours de bilan et d'intervention précoce afin de garantir à l'enfant et à sa famille une prise en charge optimale et sécurisée, et limiter ainsi les errances diagnostiques dont l'enfant est la première victime. Quatorze structures ont été ainsi créées sur le territoire durant l'été 2019 (46). Il est en prévu trente d'ici 2022. L'outil d'aide destiné aux médecins de premier recours (médecin généraliste, pédiatre, médecin de PMI) dans leur repérage de ces TND se présente sous la forme d'un livret contenant des informations sur l'intérêt de cet outil, sur l'utilisation adéquate, sur les signes d'alerte à rechercher âge par âge et sur la conduite à tenir en fonction des compétences non acquises (44). Les repères de développement y sont plus détaillés que dans le carnet de santé, et doivent permettre au médecin de repérer plus facilement et précocement un TND, sans attendre qu'il y ait absence de langage à 2 ou 3 ans ou des soucis de scolarisation par exemple.

L'inconvénient principal reste la charge administrative supplémentaire demandée aux médecins traitants : il faut imprimer ce livret de vingt pages, compléter les pages correspondantes

(antécédents, comportements puis compétences), remplir le formulaire d'adressage puis l'envoyer à la plateforme de coordination correspondante. Même si cet outil est un excellent support de repérage, le travail chronophage qu'il génère risque de freiner son utilisation. Il est dommage de constater que la mise en place de cet outil ne soit pas allée au bout de son ambition : à l'heure où les logiciels des médecins offrent de plus en plus de fonctionnalité, et où le recours à l'internet permet des procédures rapides et simplifiées, on pourrait sans peine imaginer une utilisation plus fonctionnelle et plus en accord avec la technologie actuelle. Concevoir des outils d'aide au repérage sans prendre en compte ce que les médecins utilisent le plus au quotidien, les logiciels médicaux et l'internet, est à risque d'obtenir des résultats bien en deçà de ceux espérés. Enfin, comme pour le guide de la HAS sur les TSLA, l'utilisation de ce livret ne pourra être effective que si les médecins de première ligne sont conscients de son existence. Une campagne de communication à son sujet est indispensable si nous voulons harmoniser les pratiques des généralistes et améliorer le parcours de soins de ces enfants.

2. Améliorer la formation pour améliorer les pratiques

Nous recherchions pour notre étude des médecins investis dans le suivi pédiatrique. Tous ont déclaré que leur expérience du repérage des troubles du langage, et du développement neurosensoriel en général, provenait de formations théoriques encadrées ou non (formation de DPC, collègue orthophoniste, recherche personnelle), et/ou de leur vécu personnel ou professionnel. Cela démontre une réelle nécessité d'enseignement de cette thématique qui, pour être généralisée à l'ensemble des praticiens, doit être réalisé au cours de la formation médicale initiale. À l'époque du recueil de nos données, il n'existait pas pour les internes en médecine

générale de Strasbourg d'enseignement sur l'évaluation du développement neurosensoriel de l'enfant, comme l'ont souligné la majorité des enquêtés.

Depuis 2017 et la réforme du 3^e cycle (47), la maquette du DES de médecine générale impose un stage ambulatoire de six mois auprès de médecins généralistes ayant une activité pédiatrique régulière, à la place du stage de trois mois en pédiatrie couplé à trois mois de gynécologie en milieu hospitalier (48). Ce nouveau stage devrait plonger les internes au cœur de la pratique pédiatrique ambulatoire, et notamment mettre l'accent sur le suivi du développement de l'enfant de manière concrète, afin que tous soient capables de réaliser ce suivi dès le début de leur activité.

Concernant la formation théorique, le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Strasbourg a pris les choses en main. Couplé au nouveau stage Santé de l'Enfant, il a instauré deux jours par semestre d'enseignement consacré à l'évaluation des troubles neurosensoriels et du neurodéveloppement de l'enfant et encadré par les professionnels de santé concernés par ces troubles (orthophonistes, orthoptistes, médecins généralistes). Grâce au sujet de notre étude, nous avons eu l'occasion fin 2018 de participer à l'élaboration du premier atelier langage de cette nouvelle formation, et de le coanimer avec une orthophoniste, afin d'éclairer les étudiants sur le rôle de chacun et la mise en pratique en cabinet libéral. Ce fût une expérience enrichissante, tant par les échanges avec l'orthophoniste sur les pratiques actuelles, que sur ceux avec les étudiants. Nous avons pu constater que ces derniers étaient plutôt intéressés par les aspects techniques de la pratique (facturation, remboursement de l'orthophonie par l'Assurance maladie, protocole de soins) que par les aspects humains et relationnels nécessaires à l'évaluation du langage de l'enfant. Les stages ambulatoires, de médecine générale et de pédiatrie, devraient certainement aider les internes à développer leurs compétences relationnelles, compensant ainsi

les côtés technique et théorique enseignés au cours du cursus universitaire. Une thèse portant sur l'impact de cette formation auprès des étudiants est actuellement en cours. Il serait également intéressant d'évaluer l'évolution des pratiques lorsque cette génération d'internes sera pour la plupart installée en libéral.

Certains de nos enquêtés sont actuellement MSU pour ce stage Santé de l'Enfant. Ils expriment une réelle volonté de transmission de compétences et de réflexion sur leur pratique courante. À ce jour, le recrutement peut s'avérer complexe en raison du peu de généralistes ayant une activité pédiatrique régulière. Pourtant, la qualité et l'uniformité de la formation de terrain des internes dépendent du nombre de médecins MSU. Nous estimons qu'il est indispensable de promouvoir et de valoriser le statut de MSU, afin de motiver davantage les médecins à s'investir dans ce rôle. Les échanges entre les compétences du médecin expérimenté et le savoir théorique récent de l'étudiant n'en seront que plus bénéfiques pour l'enfant.

Enfin, les formations pluriprofessionnelles sont essentielles au bon fonctionnement du travail en réseau. Elles existent déjà dans le cadre du DPC et sont majoritairement axées sur le rôle du médecin traitant, l'utilisation des tests de repérage comme l'ERTL 4 et l'intérêt de l'orthophonie. Les animateurs comme les participants sont des professionnels de la santé. Or, comme nous l'avons notifié précédemment, ils ne sont pas les seuls acteurs du repérage. Actuellement, les informations sur le repérage des troubles du langage et le rôle des différents acteurs sont propres à chaque profession : les enseignants sont formés par l'Education Nationale, les professionnels de santé entre eux, et les parents par leurs recherches personnelles ou par les conseils de leur entourage. Nous croyons que c'est ce manque d'uniformité qui fait défaut au médecin généraliste. Il est compréhensible qu'il soit difficile pour le médecin de réaliser un test de repérage rapide en

consultation lorsque le parent ou l'instituteur suspecte un trouble du langage. Ce peut être perçu comme un manque de confiance dans la parole de l'autre, ce qui risquerait d'altérer la relation médecin-patient. Toutefois, son rôle de dépistage des comorbidités et des diagnostics différentiels serait plus légitime si les autres acteurs connaissaient sa nécessité.

Inclure un « médecin expert » dans la formation des enseignants sur les troubles du langage, un « enseignant expert » dans la nouvelle formation des internes ou dans une formation de DPC, en association avec l'expert du diagnostic et de la prise en charge qu'est l'orthophoniste, valoriserait le rôle de chacun et optimiserait le travail en réseau. Le repérage des troubles du langage de l'enfant nécessite l'expertise de chaque profession concernée, dans un travail conjoint. C'est en se sentant légitime d'exercer ses compétences que le médecin peut s'impliquer dans son rôle soignant.

3. Impliquer les parents et la famille pour un meilleur repérage

Cette légitimité passe également par le regard que portent les parents sur le rôle du généraliste dans l'évaluation du langage de leur enfant. Notre travail a montré que bien souvent, les médecins ne se sentaient pas considérés comme de réels acteurs de repérage, mais plutôt comme des prescripteurs de soins, ce qui avait tendance à les décourager.

Les formations pluriprofessionnelles sont essentielles au travail en réseau des professions concernées par le langage de l'enfant. N'oublions pas que les parents, en tant que premiers experts de leur enfant, devraient également avoir accès à toutes ces informations. Leur inquiétude et leur questionnement concernant un aspect du développement de leur enfant ont autant de poids que ceux des autres acteurs de repérage. Sur la question du langage, ce n'est pourtant pas vers le médecin traitant de leur enfant qu'ils vont le plus souvent se tourner. Le parcours de soins peut

ainsi être court-circuité par méconnaissance du sujet, ici l'évolution du langage de l'enfant et ses troubles, et méconnaissance de l'importance du dépistage des comorbidités et des diagnostics différentiels.

Ces informations, le médecin formé au développement neurosensoriel de l'enfant peut les délivrer, mais puisqu'il n'est pas l'interlocuteur privilégié, sera-t-il entendu ? Sensibiliser les parents ne peut être l'affaire d'un professionnel isolé, mais doit provenir d'une prise de conscience plus sociétale. Cette dernière est au cœur de l'actualité. Depuis le 19 septembre 2019 et l'installation de la commission d'experts des 1000 premiers jours de la vie de l'enfant, le développement de l'enfant de la grossesse à 2 ans est devenue une priorité de l'action publique (32). L'objectif du gouvernement est d'améliorer l'accompagnement des parents afin de lutter contre les « inégalités de destin ». Il s'agit concrètement de regrouper toutes les bonnes pratiques et de proposer un consensus scientifique qui servirait de référentiel pour le développement de l'enfant. Ce référentiel serait le même pour tous les parents, afin que tous les enfants aient les mêmes compétences et les mêmes chances de réussite à l'entrée à l'école. Les compétences langagières dépendent notamment de l'environnement psychoaffectif de l'enfant, de ses interactions familiales. Informer les parents de leur influence sur le développement du langage de leur enfant et accompagner spécifiquement les familles les plus démunies permettront de limiter ces grandes différences de compétences langagières.

De plus, si les parents connaissent les enjeux du développement global de l'enfant d'âge préscolaire, connaissent les repères de l'évolution du langage et du neurodéveloppement, et connaissent le rôle de repérage du médecin traitant de leur enfant, ils se tourneront vers lui pour chercher des réponses

à leurs questions. Ainsi, même s'il se sent actuellement peu compétent en matière de développement du jeune enfant, le médecin cherchera les informations pour répondre à la demande du patient. Les scandales sanitaires, qui provoquent toujours le questionnement intense des patients, imposent aux médecins d'avoir des connaissances scientifiques solides sur lesquelles baser leur discours. De la même manière, le fait que ce soit le parent qui aborde la question du langage en consultation devrait motiver les médecins à chercher des réponses.

Enfin, en plus de leur rôle dans le développement initial du langage et de leur rôle de repérage d'un trouble éventuel, les parents sont aussi acteurs de la prise en charge lorsqu'un trouble est avéré. En effet, si le trouble du langage est peu sévère et isolé, le médecin traitant ou l'orthophoniste à l'issue du bilan peut proposer une guidance parentale. Il s'agit pour les parents de stimuler les compétences langagières de leur enfant, en appliquant à la maison les conseils de communication donnés : parler vraiment à l'enfant, prendre le temps de l'écouter et de le laisser répondre, reformuler les paroles de l'enfant en utilisant un vocabulaire plus précis, des phrases construites et une articulation exacte. Une évaluation de contrôle de l'efficacité de cette guidance parentale est réalisée trois à six mois plus tard. En cas d'échec, la rééducation orthophonique est l'étape supérieure de prise en charge. Pour que cette pratique de soins soit optimale, il est nécessaire que le médecin traitant ait suffisamment confiance en ses compétences pour guider efficacement les parents, et que parents et médecins se fassent mutuellement confiance. Il faut pour cela revenir aux perspectives d'amélioration précédemment citées : améliorer les compétences médicales dès la formation initiale et promouvoir l'information de la société.

IV. CONCLUSION

La maîtrise du langage oral est un prérequis à une qualité de vie satisfaisante, en permettant à la fois de communiquer et d'accéder au langage écrit. Il est bien établi dans la littérature que repérer les enfants présentant un déficit langagier permet de dépister d'éventuelles comorbidités et de mettre en place une prise en charge orthophonique précoce, afin d'augmenter leurs chances d'atteindre un niveau de communication de qualité.

Ce repérage des troubles du langage implique les parents de l'enfant, le système éducatif par l'intermédiaire des enseignants et le monde médical par l'intermédiaire du médecin suivant l'enfant, que ce soit le généraliste, le pédiatre ou la PMI -médecin et infirmier- jusqu'à 6 ans.

Dans le monde médical, les recommandations existantes privilégient, en plus de quelques repères d'acquisition à évaluer, la réalisation de l'ERTL 4, test d'évaluation du langage à effectuer en consultation avec l'enfant aux environs de son quatrième anniversaire.

Les études réalisées jusqu'ici soulignent une faible utilisation de l'ERTL 4 en médecine générale, ainsi qu'un manque d'investissement des praticiens vis-à-vis du développement du langage. Elles montrent que les généralistes ont des lacunes théoriques et pratiques à ce sujet, et préconisent le renforcement des formations initiale et continue.

Notre travail s'est attaché à comprendre les méthodes et déterminer les moyens de repérage d'un trouble du langage dans un échantillon de médecins généralistes dont la patientèle pédiatrique est plus importante que la moyenne nationale, dont l'intérêt pour la pratique pédiatrique est élevé,

et qui ont choisi de renforcer leur formation initiale sur le développement neurosensoriel de l'enfant par des actions de formation continue sur ce sujet.

Nos résultats amènent de nouvelles perspectives aux références existantes.

En effet, bien que les médecins interrogés connaissent les recommandations et ont appris à utiliser le principal outil à leur disposition, à savoir l'ERTL 4, ils ne l'intègrent que peu à leur pratique, et jamais de la façon préconisée. A ce test, ils préfèrent le dialogue direct avec l'enfant, s'aidant éventuellement de supports tels que des jouets ou des livres.

Le carnet de santé est un outil apprécié pour les repères chronologiques d'acquisition du langage. Ces critères, au même titre que les signes d'alerte, sont bien intégrés par les médecins de l'enquête. Mais il se fient davantage à leur expérience professionnelle voire personnelle, et au contexte entourant l'enfant, ayant bien conscience de la grande variabilité individuelle du développement du langage, plus présente encore si l'enfant baigne dans un environnement plurilingue. Ils font par ailleurs facilement confiance à l'avis de l'instituteur et au bilan diagnostique de l'orthophoniste.

Malgré l'autocritique du manque de rigueur et de systématisation de leurs pratiques, ils sont globalement satisfaits de leur fonctionnement actuel. Ils se sentent néanmoins limités dans leur rôle de repérage des troubles du langage, principalement par les parents qui ont tendance à réduire leur place à la simple prescription du bilan orthophonique. Ils sont également restreints par l'organisation de leur consultation et leur pratique pédiatrique. Dans les textes, l'âge idéal de 4 ans pour repérer et prendre en charge un trouble spécifique du langage est peu compatible avec la réalité de terrain, qui présente un faible effectif de cette tranche d'âge en consultation de suivi.

En se basant sur la pratique de cet échantillon de médecins ayant largement intégré le suivi des enfants à leur quotidien de médecin de famille, nous pouvons imaginer des perspectives qui amélioreraient la qualité de l'évaluation du langage et le repérage de ses troubles par le généraliste.

Eveiller l'intérêt de ce dernier par des formations dans le cadre du DPC est finalement peu probant. Il existe de multiples formations dans de multiples domaines, et les priorités sont variables.

La pratique médicale étant largement informatisée, l'évaluation des compétences sensorielles pourrait se généraliser par une application intégrée au logiciel médical, qui indiquerait au médecin les items à vérifier selon l'âge, les signes d'alerte à repérer, les conduites à tenir et les informations à donner aux parents. Certains médecins l'ayant expérimentée par leurs propres moyens en sont pleinement satisfaits. Quant à l'ERTL 4, il est globalement peu adapté à la médecine générale, du fait de l'âge de passation, de l'ergonomie, de l'accessibilité. Avoir un outil standardisé est souvent une nécessité pour les médecins comme pour la santé publique. Sans chercher absolument à établir un score, la conception d'un test d'évaluation plus simple, plus ludique et moins formaté, plus interactif et plus accessible à destination des enfants d'environ 3 ans serait plus acceptable pour les généralistes.

Sensibiliser la population générale par des campagnes de santé publique comme il en existe sur d'autres sujets permettrait d'améliorer l'attention de l'entourage de l'enfant, acteur essentiel du repérage surtout en âge préscolaire. Le nouveau *Parcours 1000 jours* concrétise cette perspective. Il est également nécessaire de rappeler à tous le rôle de chacun, notamment celui du médecin, le seul professionnel coordinateur des soins habilité à dépister des comorbidités. La coopération de tous les acteurs, parents, instituteurs, médecins et orthophonistes est indispensable afin d'agir dans l'intérêt de l'enfant.

Enfin, l'évolution des pratiques passe par la nouvelle génération de praticiens. Le Département de Médecine Générale de Strasbourg l'a bien compris et la formation médicale initiale a été repensée. Le stage « Santé de l'enfant », couplé à la formation sur le développement neurosensoriel et ses troubles, devrait sensibiliser les internes sur le sujet et, par leur intermédiaire, les médecins MSU.

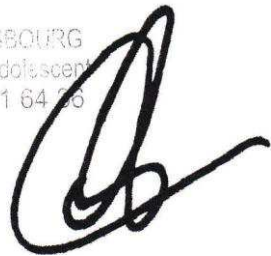
Il serait intéressant d'évaluer les pratiques des jeunes médecins généralistes ayant bénéficié de ces nouvelles dispositions. En attendant, rappelons-nous qu'une des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale est l'approche globale, bio-psycho-sociale, du patient. Celle de l'enfant nécessite de s'intéresser à l'ensemble de ses compétences psychiques, motrices et sensorielles, afin de lui garantir les meilleures conditions de santé possibles pour ses futurs apprentissages.

VU

Strasbourg, le 26 Juillet 2019
Le président du Jury de Thèse

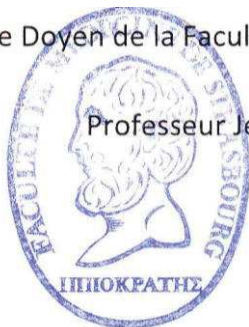
Professeur Carmen SCHRÖDER

Professeur Carmen M. SCHRODER
P.U. - P.H.
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
Tél : 03 88 11 63 18 - Fax : 03 88 11 64 06
N° RPPS : 1000472105 5



VU et approuvé
Strasbourg, le 19 AOÛT 2019

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg



Professeur Jean SIBILIA

Pour le Doyen,
L'Assesseur
Pr Bernard GOICHOT



ANNEXES

ANNEXE 1

Définition des troubles spécifiques du langage selon le DSM-IV et la CIM-10

I. DSM IV (chapitre "troubles de la communication")

I.1. Trouble du langage de type expressif : Critères diagnostiques

- A. Les scores obtenus sur des mesures standardisées du développement des capacités d'expression du langage sont nettement au-dessous : des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales d'une part ; de ceux obtenus sur des mesures standardisées du développement des capacités réceptives du langage d'autre part. La perturbation peut se manifester sur le plan clinique par des symptômes tels que : vocabulaire notablement restreint, erreurs de temps, difficultés d'évocation des mots, difficultés à construire des phrases d'une longueur ou d'une complexité appropriées au stade du développement.
- B. Les difficultés d'expression interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.
- C. Le trouble ne répond pas aux critères du trouble de langage de type mixte réceptif expressif ni à ceux d'un trouble envahissant du développement
- D. S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions.

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

- A. Les scores obtenus sur des mesures standardisées du développement des capacités expressives et réceptives du langage sont nettement au-dessous des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales. Les symptômes incluent ceux du Trouble du langage de type expressif ainsi que des difficultés à comprendre certains mots, certaines phrases ou des catégories spécifiques de mots comme les termes concernant la position dans l'espace.
- B. Les difficultés d'expression et de compréhension du langage interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.
- C. Le trouble ne répond pas aux critères d'un Trouble envahissant du développement.

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

1.3. Trouble phonologique : critères diagnostiques

- A. Incapacité à utiliser les phonèmes normalement acquis à chaque stade du développement compte tenu de l'âge et de la langue du sujet (par exemple, erreurs dans la production des phonèmes, leur utilisation, leur représentation ou leur organisation ; cela inclut, de manière non limitative, des substitutions d'un phonème par un autre, ou des omissions de certains phonèmes, comme ceux en position finale).
- B. Les difficultés dans la production des phonèmes interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.
- C. S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions.

II. CIM-10

II.1. Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation

L'utilisation par l'enfant des phonèmes est inférieure au niveau correspondant à son âge mental, mais avec un niveau linguistique normal.

II.2. Trouble de l'acquisition du langage de type expressif

Les capacités de l'enfant à utiliser le langage oral sont nettement inférieures au niveau correspondant à son âge mental, mais la compréhension du langage se situe dans les limites de la normale. Le trouble peut s'accompagner d'un trouble de l'articulation.

II.3. Trouble de l'acquisition du langage de type réceptif

Les capacités de l'enfant à comprendre le langage sont inférieures au niveau correspondant à son âge mental. Dans la plupart des cas, le versant expressif est, lui aussi, nettement perturbé et il existe habituellement des troubles phonétiques.

ANNEXE 2

Signes d'alerte à l'intention du médecin de premier recours et actions à mettre en œuvre en cas de difficultés d'acquisition du langage oral.

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
AVANT 3 ANS		
À 18 mois	Aucun mot significatif, absence de babillage	- Éliminer d'emblée un doute sur l'audition Éliminer un trouble de communication verbale et non verbale: absence de jeu de « faire semblant » ou d'imitation, de pointage proto-déclaratif, d'attention partagée pouvant représenter une alerte vers un trouble du spectre de l'autisme
À 24 mois	- langage très pauvre - pas d'association de mots - n'a pas l'air de bien comprendre alors qu'il communique bien (regard, gestes, etc.) - compréhension altérée	- Examen clinique, audition - Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (surtout en cas de vulnérabilité familiale, d'antécédents familiaux ou de prématurité)
À 3 ANS ET APRÈS si plainte isolée sur le langage oral		
3 ans / 4 ans et demi	Si critère de sévérité: - pas de langage intelligible pour les personnes non proches (les parents ou la fratrie peuvent parfois comprendre) - pas de phrase constituée (verbe, complément ou sujet-verbe) - compréhension altérée	- Examen clinique - Diagnostic différentiel (audition/ communication) - Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (+/- autres)
4 ans et demi - 5 ans	Si langage insuffisant mais sans signe de gravité	- Réponse pédagogique préventive - Guidance parentale - Suivi 6 mois par le médecin de l'enfant - Bilan orthophonique et rééducation si pas de progrès ou trouble persistant du langage à 5 ans

HAS. Les parcours de soins : comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?

ANNEXE 3

Guide d'entretien

Présentation de l'étude

Caractéristiques du médecin enquêté :

Concernant le médecin	Concernant l'exercice de la médecine générale
- Ancienneté en médecine libérale :	- Lieu d'exercice : rural ou urbain
- Pourcentage d'activité pédiatrique :	- Exercice seul ou en groupe
- Formation complémentaire sur le développement de l'enfant :	- Consultations de pédiatrie sur ou sans rendez-vous

Liste de questions

- Que pensez-vous de la place du médecin généraliste dans l'évaluation du développement du langage de l'enfant ?
- Comment cela se passe-t-il pour vous en pratique ? Utilisez-vous des outils ?
- Quels sont vos critères de repérage d'un trouble du langage ? (ex absence de langage à 2 ans, inintelligible à 3 ans, inquiétude parentale ou de l'instituteur...)
- Que pensez-vous de votre méthode ?
- Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer dans votre pratique de repérage ?
- Comment intégrez-vous le plurilinguisme dans votre évaluation ? Considérez-vous ces enfants plus à risque ?
- Comment définiriez-vous la relation que vous entretenez avec les orthophonistes ?
- Que pensez-vous de leur travail ?
- Connaissez-vous l'ERTL 4, outil recommandé par la HAS dans le repérage des troubles du langage chez l'enfant de 3 ans 9 mois à 4 ans 6 mois ? Qu'en pensez-vous ?
- Quelles seraient vos suggestions pour sensibiliser les médecins généralistes au repérage des troubles du langage de l'enfant ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Vallée L, Dellatolas G. Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Paris: Plan triennal interministériel 2001-2004 Ministères chargés de l'éducation nationale et de la santé. Rapport de la commission d'experts; 2005.
2. Les troubles du langage et des apprentissages [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 4 juin 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/les-troubles-du-langage-et-des-apprentissages>
3. Salamon R, Momas I, Tran B, Haury B. Objectifs de santé publique. Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions. Paris: Haut Conseil de la Sante Publique; 2010 avr. (Avis et rapports).
4. Guillemet J, Baron C, Bouquet E, Paré F, Tanguy M, Fanello S. Les dépistages recommandés chez l'enfant de deux à six ans. Étude de faisabilité et pratiques en médecine générale. J Pédiatrie Puériculture. juin 2010;23(3):125-30.
5. Beltran Guillerm P. Etat des lieux de la prise en charge des troubles du langage chez l'enfant en médecine de ville en Maine-et-Loire et en Sarthe. [Thèse d'exercice, Médecine Pédiatrique]. Université d'Angers. Faculté de Médecine; 2016.
6. Aubin J. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant: enquête auprès de médecins généralistes du Maine et Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2008.
7. Touzin M. Troubles du langage oral chez l'enfant de 3 ans. Arch Pédiatrie. mai 2014;21(5, Supplement 1):307-8.
8. Société Française de Pédiatrie. Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. Guide pratique. [Internet]. Direction Générale de la Santé; 2007. Disponible sur: <http://op17.fr/les-troubles-de-levolution-du-langage-chez-lenfant-guide-pratique>
9. Delahaie M. L'évolution du langage chez l'enfant. De la difficulté au trouble. INPES; 2004.
10. Hieulle M, Moinard S. Relation entre oralité verbale et oralité alimentaire du babillage aux premiers mots. [Certificat de capacité d'orthophoniste]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1, Institut des sciences et techniques de réadaptation; 2015.
11. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. Paris: ANAES. Service des recommandations et références professionnelles; 2001.
12. Billard C. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification. EMC - Oto-Rhino-Laryngol. mai 2004;1(2):126-31.
13. Albaret J, Castelnau P. Place des troubles de la motricité dans les troubles spécifiques du langage oral. Developpements. 2009;n° 1(1):5-13.

14. Bijeljac-Babic R, Vidard M. Le bilinguisme chez l'enfant [Internet]. La tête au carré. 2017. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/la-tete-au-carre/la-tete-au-carre-05-avril-2018>
15. Couëtoux-Jungman F, Wendland J, Aidane E, Rabain D, Plaza M, Lécuyer R. Bilinguisme, plurilinguisme et petite enfance, Summary. *Devenir*. juill 2010;22(4):293-307.
16. Kohl M, Beauquier-Maccotta B, Bourgeois M, Clouard C, Donde S, Mosser A, et al. Bilinguisme et troubles du langage chez l'enfant : étude rétrospective. *Psychiatr Enfant*. 2008;51(2):577-95.
17. Duchêne A. Plurilinguisme et parole troublée: tensions autour d'une double stigmatisation sociale. *Lang Prat*. déc 2009;(44):60-70.
18. Santé Publique France. Troubles dys. Centre de référence pour la région Alsace [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/troubles_langage/pres_centres.asp
19. Haute Autorité de Santé. Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages? Paris: HAS. Les parcours de soins; 2017.
20. 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 quatre et six ans. *Arch Pédiatrie*. déc 2003;10(12):1061-7.
21. Les principales mesures de la loi [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 21 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/article/les-principales-mesures-de-la-loi>
22. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Paris: HAS. Service de recommandations professionnelles; 2005.
23. Sauvadet C. Troubles du langage oral chez l'enfant: repérage, dépistage, prise en charge et place du médecin généraliste [Thèse d'exercice, Médecine Générale]. Université Henri Poincaré, Faculté de Médecine de Nancy; 2010.
24. Rosp du médecin traitant de l'enfant [Internet]. L'Assurance Maladie. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-enfant>
25. Conseil Départemental du Bas-Rhin. Bilan de santé à l'école maternelle [Internet]. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.bas-rhin.fr/solidarites/enfance/maternitesante-l-enfant/bilan-sante-a-l-ecole-maternelle>
26. Ville et Eurométropole de Strasbourg. Consultations de prévention [Internet]. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/consultations-prevention>

27. Inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC). [Internet]. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire; [cité 14 mai 2019]. Disponible sur: <https://afpa.org/outil/inventaires-francais-developpement-communicatif/>
28. Alla F, Guillemain F, Colombo M, Roy B, Maeder C. Valeur diagnostique de ERTL4: un test de repérage des troubles du langage chez l'enfant de 4 ans. Arch Pédiatrie. oct 1998;5(10):1082-8.
29. Mousset M. L'examen du langage. In: Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 2e éd. Paris, France: Presses Universitaires de France; 2004. p. 633-51. (Quadrige).
30. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Rech Qual. 2006;26(2):18.
31. Coroller C. «En France, le bilinguisme est courant». Libération [Internet]. 30 oct 2009 [cité 10 sept 2019]; Disponible sur: https://next.liberation.fr/vous/2009/10/30/en-france-le-bilinguisme-est-courant_590830
32. Installation de la commission des 1000 premiers jours de la vie de l'enfant [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 20 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/installation-de-la-commission-des-1000-premiers-jours-de-la-vie-de-l-enfant-428421>
33. Olivier De Sardan J. La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Academia-Bruylant; 2008. 368 p.
34. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2018. [Internet]. [cité 12 juin 2019] p. 62. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
35. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Alsace. Situation en 2015. [Internet]. [cité 11 juin 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1ej6kog/atlas_alsace_2015.pdf
36. Cousinet-Adamowicz I. Evaluation de l'impact d'une formation de médecins généralistes à l'utilisation de l'outil ERTL4 sur les pratiques de repérage des Troubles du Langage Oral. [Thèse d'exercice, Médecine Générale]. Université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines, UFR des sciences de la Santé Simon Veil; 2013.
37. Petruka J. L'évaluation du langage oral chez les enfants de deux ans par le médecin généraliste: pratiques actuelles et avis sur l'utilisation de l'Inventaire Français du Développement Communicatif version courte de 24 mois. [Thèse d'exercice, Médecine Générale]. [Lille]: Université du droit et de la santé, Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2014.

38. Frémont A. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de moins de 3 ans: les Inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC) sont-ils utilisables par les médecins généralistes en pratique quotidienne? Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Haute-Normandie [Thèse d'exercice, Médecine Générale]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2014.
39. Van Agt H, Van Der Stege H, Ridder-Sluiters H, Verhoeven L, Koning H. A Cluster-Randomized Trial of Screening for Language Delay in Toddlers: Effects on School Performance and Language Development at Age 8. *Pediatrics*. 1 déc 2007;120(6):1317-25.
40. Saltzmann Burdet C. Pertinence du dépistage des troubles du langage oral de l'enfant de moins de 3 ans en soins primaires: revue de la littérature [Thèse d'exercice, Médecine]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2008.
41. Cordonnier P. La formation continue des médecins généralistes, à l'aube du développement professionnel continu: Réflexions à partir d'une enquête informatique auprès de 2407 médecins [Thèse d'exercice, Médecine Générale]. Université de Strasbourg, Faculté de médecine; 2011.
42. MacArthur-Bates Communicative Development Inventories [Internet]. MacArthur-Bates CDI. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: <http://mb-cdi.stanford.edu/index.html>
43. Evidence-Based Medicine: EBM [Internet]. Bibliothèques Universitaires, Université Paris Descartes. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: [//parisdescartes.libguides.com/ebm/ebm_accueil](http://parisdescartes.libguides.com/ebm/ebm_accueil)
44. Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées. Repérage des troubles du neurodéveloppement chez les enfants de moins de 7 ans. [Internet]. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/troubles-du-neurodeveloppement-chez-lenfant-des-plateformes-de-coordination-dans-14-departements>
45. Les plateformes de coordination [Internet]. Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. 2019 [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/comprendre-l-autisme-au-sein-des-troubles-du-neuro-developpement/du-reperage-au-diagnostic/plateformes-tnd>
46. L'Assurance maladie. Troubles du neurodéveloppement chez l'enfant : des plateformes de coordination dans 14 départements [Internet]. [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/troubles-du-neurodeveloppement-chez-lenfant-des-plateformes-de-coordination-dans-14-departements>
47. La réforme du 3e cycle [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2017 [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/etudiants-internes/etudes-medecine/reforme-3e-cycle>
48. Stages [Internet]. DMG Strasbourg, Département de Médecine Générale. 2017 [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/stages/>

Université
de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : DUPONT

Prénom : Camille

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance
des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas
de déclaration erronée ou incomplète.*

Signature originale :

A Wolfisheim, le 21/06/2019

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Introduction : Les troubles du langage oral (TLO) de l'enfant nécessitent un repérage précoce et une prise en charge adaptée afin d'éviter tout retentissement sur la scolarité et la qualité de vie. Le médecin de l'enfant est un des acteurs principaux de ce repérage. Les études sur les pratiques en médecine générale montrent un manque d'investissement dans l'évaluation du langage et une méconnaissance de l'utilisation de l'ERTL 4, seul outil d'évaluation du langage recommandé à réaliser vers les 4 ans de l'enfant. L'objectif de notre travail était de déterminer les méthodes de repérage des TLO de médecins généralistes investis dans le suivi pédiatrique, afin d'améliorer la généralisation des pratiques.

Méthode : Les données ont été recueillies par entretien semi-directif auprès de 12 médecins généralistes dont l'évaluation du langage fait partie de la pratique pédiatrique courante.

Résultats : Les médecins interrogés ont une bonne maîtrise des repères d'acquisition du langage. Malgré les recommandations concernant l'ERTL 4, ils préfèrent se fier à leur expérience professionnelle et à leur intuition, trouvant cet outil peu adapté à la médecine générale actuelle. Ils évaluent le langage via l'interrogatoire des parents et la communication directe avec l'enfant. Ils sont conscients de leur rôle mais se sentent limités, par les parents qui restreignent leur place à la prescription d'orthophonie, par l'organisation de la consultation et par leur pratique pédiatrique, les enfants de 4 ans représentant un faible effectif de leur patientèle.

Conclusion : Généraliser le repérage des TLO nécessite de valoriser le rôle du médecin généraliste, en créant des outils d'évaluation plus appropriés à sa pratique et en sensibilisant la population sur la place de chacun des acteurs. Le stage « Santé de l'enfant » de la réforme du 3^e cycle couplé à la nouvelle formation initiée par le DMG de la Faculté de Médecine de Strasbourg lancent le mouvement vers l'amélioration du suivi neurosensoriel de l'enfant.

Rubrique de classement : médecine générale

Mots-clés : trouble du langage, pédiatrie, médecine générale, ERTL 4

Président : Professeur Carmen SCHRÖDER

Assesseurs : Docteur Pauline CORDONNIER

Professeur Anne DANION-GRILLIAT

Professeur Sylvie ROSSIGNOL

Invité : Docteur Claire DUMAS

Adresse de l'auteur : 6 B rue de la deuxième Division Blindée 67202 Wolfisheim