

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 14 octobre 2019 à Poitiers
par **Madame Marie ABALLEA**

**Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant par les
médecins généralistes de Poitou-Charentes :
enquête de pratique**

Composition du jury

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Membres : Monsieur le Professeur Xavier DUFOUR
Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET
Monsieur le Docteur François BIRAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Christophe INGRAND

Le Doyen,

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

• **Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie

- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie
- EUGENE Michel, physiologie
- GIL Roger, neurologie
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- HERPIN Daniel, cardiologie
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
- TOUCHARD Guy, néphrologie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro- entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et je vous en remercie sincèrement. Merci également pour la richesse de vos enseignements lors de mon stage d'externe dans votre service de pneumologie.

Aux membres du jury, Mme le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET, Monsieur le Professeur Xavier DUFOUR et Monsieur le Docteur François BIRAULT,

Merci de me faire le plaisir et l'honneur de siéger dans ce jury. Valérie, merci également d'avoir rendu possible ma participation à la FMC sur le dépistage des troubles neurosensoriels chez l'enfant. Cette formation m'a permis un grand bond dans la compréhension de mon sujet.

A Monsieur le Docteur Christophe INGRAND,

Tu as accepté de diriger cette thèse et je t'en remercie chaleureusement. Merci également de m'avoir fait partager ton expérience et ta passion de la médecine générale pendant mon internat. Je suis sensible à la confiance que tu me témoignes en me confiant régulièrement ton cabinet.

Au Docteur Valérie TRANCHÉE-VERGÉ,

Merci pour ta gentillesse, tes conseils, et la diffusion du questionnaire à tes contacts.

Au Docteur Alain DE BROCA,

Je te remercie pour tes conseils avisés concernant le questionnaire. Le précieux cadeau de tes ouvrages relatifs à la petite enfance m'a bien aidée à cerner mon sujet.

Au Professeur Pierre INGRAND,

Je vous remercie de m'avoir reçue pour répondre à mes questions de statistiques ainsi que pour vos conseils sur l'analyse de mes données.

A Adahé,

Je te suis reconnaissante d'avoir « épluché » avec moi ma base de données, ta proposition d'aide était la bienvenue.

Au Docteur Philippe LATRY, de la DRSM de Nouvelle Aquitaine et au Docteur Stéphanie BÉZAT-BLANCO de la CPAM de la Vienne,

Même si l'accès aux contacts des médecins généralistes et à la base de données des ROSP n'a pas été possible, je tiens à vous remercier vivement pour la disponibilité et l'énergie que vous avez déployées pour répondre à mes questions et me guider dans les méandres administratifs de l'assurance maladie.

A mes amis de la faculté de médecine et de l'internat, Morgane, Naira, Marlaine, Marion, Pauline, Hélène, Estelle, et toutes celles et ceux que je ne cite pas ici mais qui ont rendu mon épopée estudiantine tellement plus agréable. **A Anne-Sophie,** pour qui j'ai une pensée émue et que j'aurais aimé avoir auprès de moi aujourd'hui.

A Pierre, Julie et Sam,

Merci de m'accompagner sur le chemin de l'amitié depuis de nombreuses années. Le meilleur reste à venir !

A ma « belle-famille ours » de Bourges,

Je suis heureuse de partager avec vous cette étape importante et l'accomplissement de mes études de médecine.

A ma famille et plus particulièrement à mes parents, Dominique et Pierre,

Merci pour votre aide tout au long de cette thèse et pour votre amour. Maman, merci pour les plateaux-repas « grey's anatomy » et les « sessions reboostage » quand le moral flanchait. Papa, les tables de multiplications n'auraient pas la même saveur sans toi, merci pour ta disponibilité sans faille et tes conseils avisés.

A Yann,

Merci pour ta patience et le bonheur que tu m'apportes tous les jours !

GLOSSAIRE

BMT : Batterie Modulable de tests

BREV : Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives

BSEDS : Bilan de Santé Evaluation du Développement pour la Scolarité

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CNNSE : Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant

CRTL A : Centre hospitalier de Référence pour les Troubles du Langage et des Apprentissages

DPL3 : Dépistage et Prévention du Langage à 3 ans

EDA : Evaluation Des fonctions cognitives et des Apprentissages

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

ERTL6 : Epreuve de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages à 6 ans

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

IFDC : Inventaire Français du développement communicatif

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

Infirmier(e) ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

QLC : Questionnaire Langage et Comportement

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

TSLO : Troubles spécifiques du langage oral

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 9 |
| GENERALITES | 10 |
| 1. Les troubles du langage oral : définition et classification | 10 |
| 1.1. Définition du langage | 10 |
| 1.2. Grandes étapes de l'acquisition du langage | 10 |
| 1.3. Classification des troubles du langage | 11 |
| 2. Epidémiologie des troubles du langage chez l'enfant | 13 |
| 2.1 Prévalence | 13 |
| 2.2 Enjeux scolaires et socio-professionnels | 14 |
| 3. Le dépistage des troubles du langage oral : définition et recommandations françaises .. | 16 |
| 3.1. Notions de repérage, de dépistage et de diagnostic | 16 |
| 3.2. Ce dépistage doit-il être systématique ou bien ciblé ? | 16 |
| 3.3. A quel(s) âge(s) faut-il dépister les troubles du langage oral ? | 17 |
| 3.4. A quel professionnel est confié le dépistage des troubles du langage oral ? | 17 |
| 3.5. Quels sont les tests recommandés ? | 20 |
| 4. L'Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans (ERTL4) | 21 |
| 5. La ROSP : généralités et spécificités pédiatriques | 23 |
| MATERIELS ET METHODES | 25 |
| 1. Méthodologie de la recherche bibliographique | 25 |
| 2. Maquette de l'étude | 25 |
| 2.1. Premier volet de l'étude : Un questionnaire adressé aux médecins généralistes | 25 |
| 2.2. Second volet de l'étude : enquête sur les rémunérations sur objectif de santé publique (ROSP) | 26 |
| 3. Enquête auprès des médecins | 26 |
| 3.1. Critères d'inclusion | 26 |
| 3.2. Critères d'exclusion | 27 |
| 3.3. Réalisation du questionnaire | 27 |
| 3.4. Diffusion du questionnaire à la population cible | 29 |
| 3.5. Méthode d'analyse des résultats | 30 |

| | |
|---|-----------|
| RESULTATS..... | 32 |
| 1. Profil des médecins répondants | 33 |
| 2. Fréquence de dépistage des troubles du langage | 35 |
| 3. Caractéristiques des médecins dépistant régulièrement les troubles du langage..... | 35 |
| 4. A quel(s) âge(s), les médecins dépistent-ils ? De manière systématique ?..... | 38 |
| 5. A quels outils de dépistage ont recours les médecins ? | 39 |
| 6. Formations et connaissances des médecins répondants en matière de dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant..... | 44 |
| 7. Freins au dépistage des troubles du langage selon les médecins répondants..... | 47 |
| 8. A qui incombe la mission de dépister les troubles du langage oral, selon les médecins répondants ?..... | 48 |
| 9. La connaissance et l'utilisation de l'ERTL4 | 50 |
| 10. La ROSP est-elle un levier efficace sur le dépistage des troubles du langage oral et l'utilisation de l'ERTL4 ? | 53 |
| 11. Promotion du dépistage des troubles du langage et autres remarques sur le dépistage des troubles du langage oral et sur l'ERTL4 | 55 |
| DISCUSSION | 57 |
| 1. Discussion sur la méthode - cohérence interne..... | 57 |
| 1.1. Représentativité de notre échantillon de médecins | 57 |
| 1.2. Autres biais méthodologiques | 58 |
| 1.3. Au total, notre échantillon de médecins surreprésente les pratiques les plus conformes aux recommandations | 59 |
| 2. Discussion sur les résultats et comparaison à la littérature - cohérence externe | 59 |
| 2.1. Fréquence de dépistage des troubles du langage oral et utilisation d'outils de dépistage validés | 59 |
| 2.2. Formation des médecins généralistes au dépistage | 61 |
| 2.3. Faisabilité des tests recommandés, en cabinet de médecine générale..... | 62 |
| 2.4. Accès aux outils validés de dépistage et coûts de ces outils | 64 |
| 2.5. Valorisation financière du dépistage des troubles du langage..... | 64 |
| 2.6. Impact des ROSP en matière de dépistage des troubles du langage oral..... | 65 |
| 2.7. Difficulté à revoir les enfants pour évaluer le langage | 67 |
| 2.8. Articulation PMI-Médecine de ville en matière de dépistage des troubles du langage ... | 69 |
| CONCLUSION | 71 |
| TABLE DES ILLUSTRATIONS..... | 76 |
| ANNEXES..... | 78 |
| RESUME..... | 92 |
| SERMENT | 93 |

INTRODUCTION

Le dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant est un enjeu de santé publique, de par la fréquence de ces troubles et leurs conséquences scolaires et socio-professionnelles.

Il existe des recommandations récentes concernant ce dépistage en médecine générale. De plus, la convention médicale avec l'Assurance Maladie comprend depuis 2016 un nouvel indicateur portant sur le dépistage des troubles du langage et l'ERTL4 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à quatre ans). Cet indicateur intégré au titre de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) vise à promouvoir ce dépistage auprès des médecins généralistes.

Plusieurs enquêtes de pratiques ont déjà été réalisées dans d'autres régions concernant le dépistage des troubles du langage oral et ses modalités. Il en ressort que les médecins généralistes estiment être responsables du dépistage des troubles du langage mais qu'il leur manque des compétences afin de le réaliser correctement. De plus, les outils standardisés, tels que l'ERTL4 sont relativement peu connus et utilisés.

Toutefois aucune de ces études n'a été réalisée en Poitou-Charentes. Elles n'abordent pas non plus l'impact de la nouvelle convention médicale de 2016 sur la fréquence et la qualité du dépistage des troubles du langage oral.

L'objectif principal de cette thèse est de savoir si les médecins généralistes de Poitou-Charentes dépistent les troubles du langage oral et avec quelle fréquence. Les objectifs secondaires sont de savoir quels outils ils utilisent pour cela, avec quel bagage théorique et quelles difficultés pratiques et enfin de déterminer si l'inscription de ce dépistage dans le dispositif de la ROSP en 2016 a fait évoluer leurs pratiques.

GENERALITES

1. Les troubles du langage oral : définition et classification

1.1 Définition du langage

Le langage est le principal vecteur de la communication interhumaine et permet aux hommes « d'exprimer leur pensée [...] au moyen d'un système de signes vocaux et éventuellement graphiques (la langue) » (Larousse). Il y a donc un langage oral, auquel nous nous intéresserons principalement au cours de cette thèse, et un langage écrit.

Le langage s'organise autour de quatre axes : la phonologie, autrement dit les différents sons ou phonèmes, le lexique (le vocabulaire), la syntaxe (la grammaire, soit l'association des éléments du langage entre eux) et enfin la pragmatique, c'est-à-dire le sens général du discours. Il convient d'explorer le versant réceptif du langage en vérifiant la bonne compréhension mais également son versant expressif, c'est-à-dire la manière dont s'exprime l'enfant. (1)

1.2 Grandes étapes de l'acquisition du langage

Nous rappellerons ici brièvement les principales étapes du développement langagier, ce chapitre ayant déjà été largement abordé dans plusieurs articles (2), ouvrages (3) (4) et thèses (5) (6). Un tableau récapitulatif plus complet des grandes étapes d'acquisition du langage issu de la Société Française de Pédiatrie (1) est présenté en annexe 1.

- Le nourrisson commence par vocaliser (a-e-a-e) entre 0 et 3 mois, puis son gazouillis s'enrichit progressivement et il se met à babiller vers 6 mois, initialement de façon rudimentaire (« aga », « areu »), puis de manière canonique (« ba-ba-ba », « ta-ta-ta ») (7) ;
- Vers 8 mois, l'enfant commence à comprendre certains mots de l'adulte (« non ») et à réagir à son prénom. Les premiers mots surviennent généralement entre 10 et 12 mois (« papa », « maman ») ;
- Entre 18 et 24 mois, il y a une « explosion lexicale » et l'enfant commence à associer deux mots. A 24 mois, il connaît entre 50 et 100 mots et commence à utiliser le « moi » (3) ;
- Les premières phrases apparaissent entre 2 et 3 ans ;

- A 2 ans et demi - 3 ans, l'enfant connaît son nom complet, au moins 3 couleurs et les parties du corps ; il utilise le « je » (3) ;
- L'enfant de 4 ans possède un lexique d'environ 1800 mots et adopte la stratégie « essais-erreurs en matière d'apprentissage grammatical et syntaxique » (3). Il comprend les phrases longues et les récits simples (1).

1.3 Classification des troubles du langage

Sur le plan étiologique, on distingue les troubles spécifiques du langage oral des troubles secondaires :

- Les troubles secondaires du langage oral peuvent être entièrement expliqués par une pathologie primitive. Il peut s'agir (8) :
 - D'une pathologie ORL : la surdité doit être la première cause à rechercher en cas de déficit du développement langagier ;
 - D'une atteinte cérébrale, comme certains types d'épilepsie ou en cas d'infirmité motrice cérébrale ;
 - D'un trouble neuropsychiatrique tels que l'autisme ou autre trouble envahissant du développement, ou une déficience mentale. Les carences psycho-affectives peuvent également être responsables d'un retard du développement du langage oral, chez l'enfant (2).

- Les troubles spécifiques du langage oral (TSLO) se définissent comme des troubles dont l'étiologie reste inconnue après avoir éliminé toutes les causes précédemment évoquées (2). De manière synthétique, on distingue dans les recommandations françaises les TSLO fonctionnels et les TSLO structurels :
 - Les TSLO fonctionnels sont de simples retards isolés, transitoires, ne touchant généralement que le versant expressif du langage, sans atteinte de la structure même du langage et d'évolution spontanément favorable avant ou autour de l'âge de 6 ans :
 - Troubles de l'articulation de type zozotement ou chuintement ;
 - Retard de parole (simplification des phonèmes type « pestacle ») ;

- Retard de langage (décalage dans la chronologie du développement langagier mais langage restant harmonieux) ;

Avant 5-6 ans, il est difficile d'anticiper l'évolution d'un trouble du langage oral. Le recul et la surveillance permettent alors le diagnostic de retard simple (2) et il est préférable de débiter la prise en charge sans attendre en cas de doute. En effet, Pour les TSLO fonctionnels persistants (au-delà de 4 ou 5 ans en fonction du trouble), un traitement orthophonique est indiqué, notamment dans le cas des retards de langage qui s'amendent spontanément mais lentement, exposant les enfants concernés à des difficultés pour l'acquisition du langage écrit.

- Les TSLO structurels sont représentés par les dysphasies de développement. Il s'agit de troubles sévères et durables persistant bien au-delà de 6 ans et qui concernent environ 1% de la population scolaire. Ces troubles se traduisent par un décalage d'au moins 20 points entre le QI verbal et le QI de performance normal ou supérieur (8). Les dysphasies peuvent toucher le versant expressif mais également associer des troubles de la compréhension et de la syntaxe. Elles peuvent s'améliorer avec la mise en route rapide d'une rééducation orthophonique intensive, d'où l'intérêt d'un dépistage précoce.

La figure 1 récapitule les différentes étiologies des troubles du langage oral :

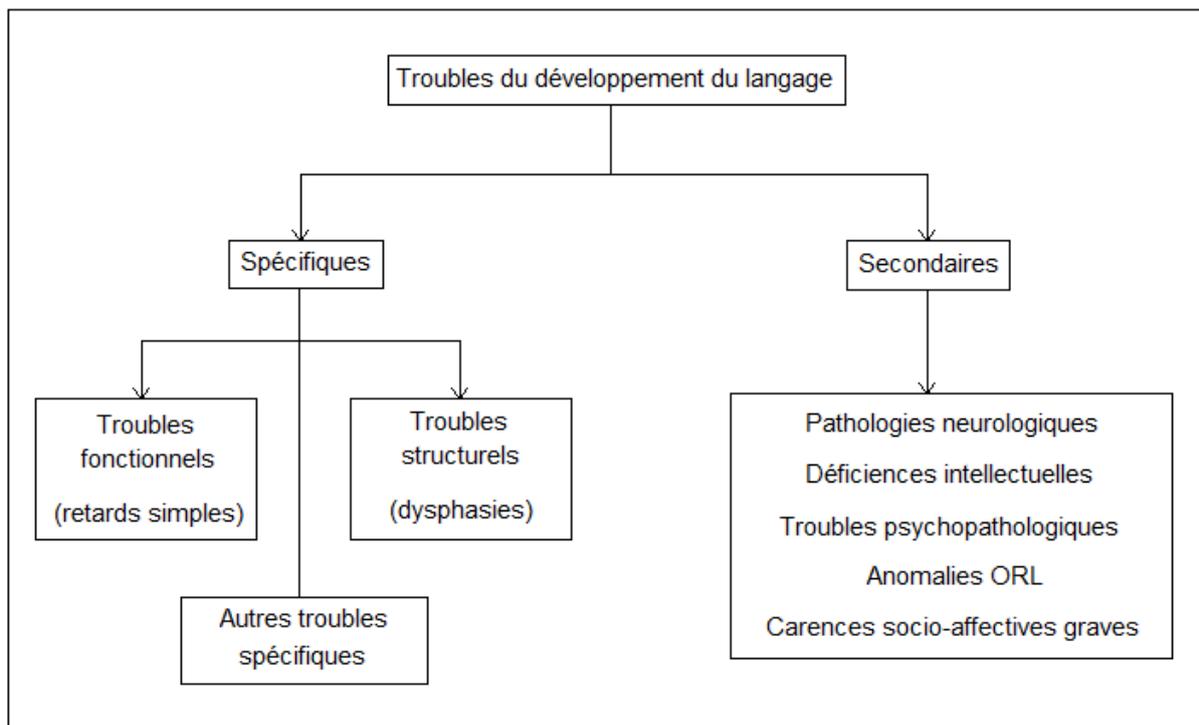


Figure 1: Classification des troubles du développement du langage (9).

2. Epidémiologie des troubles du langage chez l'enfant

2.1 Prévalence

La prévalence des troubles du langage chez l'enfant varie selon les études, en fonction des groupes étudiés, mais également de la définition des troubles utilisée par les auteurs (trouble spécifique du langage, trouble du langage et/ou de la parole, dysphasie...) et du « seuil de détection » ou percentile choisi pour définir ces différents troubles. Du fait des spécificités linguistiques (phonèmes, syntaxe...), chaque pays (ou groupe de pays partageant une langue commune) utilise ses propres tests de dépistage et ses propres seuils pour repérer les troubles du langage. Malgré ces disparités culturelles, les taux de prévalence pour les enfants concordent entre 5 et 10 % d'une population d'âge.

Dans l'enquête de Silva, considérée comme la principale enquête épidémiologique prospective (10) et menée en 1987 sur environ 1000 enfants Néo-Zélandais, 7,6% des enfants de 3 ans présentent un trouble du langage oral (- 2 écarts types) (11). Dans une revue de la littérature de 1998, portant sur 21 études menées dans des pays anglophones J. Law et J. Boyle estiment la prévalence médiane des troubles de la parole ou du langage à 5,9% pour la tranche d'âge 2-7 ans (12).

Cette « fourchette » de prévalence est confirmée dans le rapport français de Ringard pour le ministère de l'éducation nationale en 2000 qui estime que 5% des enfants présenteraient un déficit du langage et de la parole dont 1% un trouble sévère du langage oral (13). On estime également que tous les ans, en France, plus de 40 000 enfants vont présenter des formes graves de troubles du langage, responsables de troubles d'apprentissages durables (8).

En 2001, et toujours en France, une enquête portant sur des enfants Lyonnais de 4-5 ans retrouve un taux de 8,2% pour les troubles de l'acquisition du langage (IC à 95 % [3,6 %-15,6 %]) (14).

Une seconde étude menée en 2010 sur 1227 enfants de 3-4 ans dans le cadre du « Bilan de santé PMI » en Hauts-de-Seine révèle un taux de 4,3 % d'enfants orientés vers un orthophoniste ou déjà suivi sur le plan orthophonique. La prévalence des troubles du langage parmi ces enfants est probablement sous-estimée étant donné que pour 13,2 %

d'entre eux, le dépistage des troubles du langage n'était pas strictement normal et nécessitait une réévaluation à 6-12 mois, sans prise en charge immédiate (15).

2.2 Enjeux scolaires et socio-professionnels

Les troubles du langage oral font le lit d'autres troubles d'apprentissage à l'école primaire. En effet, les enfants concernés sont davantage à risque d'échec scolaire ou d'illettrisme, de troubles psycho-affectifs, de problèmes d'intégration sociale et d'insertion professionnelle.

L'enquête de Silva montre que 40% des enfants déficitaires sur le plan du langage oral à 3 ans et demi, présentent un trouble du langage oral et/ou écrit ou une déficience mentale à l'âge de 7 ans et demi. Cette évolution défavorable n'est objectivée que dans 5% des cas dans le groupe des enfants non déficitaires à 3 ans et demi. (11)

En cas de trouble du langage, les enfants sont donc secondairement en difficulté en lecture mais également en écriture et en mathématiques (16). Dans l'étude de Guillaud-Bataille, menée à Lyon en 1999 (14), les enfants de 4-5 ans en difficulté pour le langage étaient cinq fois plus à risque d'avoir un problème de comportement (IC à 95% [2,5-12]).

Les troubles du langage oral sont effectivement fortement prédictifs d'un ou plusieurs autres troubles d'apprentissage ultérieurs, et notamment d'un déficit en lecture à l'école élémentaire. Dans une étude datant de 1991, la quasi-totalité des enfants diagnostiqués dysphasiques à l'âge de 5 ans étaient « mauvais lecteurs » à 8 ans, contre 25% pour les enfants diagnostiqués avec un retard de langage et donc en moindre difficultés pour le langage oral (17). A noter que dans la population générale pédiatrique, le taux de dyslexie est d'environ 5 %, toutes langues confondues, avec quelques variations selon les études et les langues (de 1% à 12%) et 5 à 7% environ pour la France (18). Ces chiffres illustrent l'importance de la corrélation entre le niveau du déficit langagier initial et la fréquence du trouble d'apprentissage secondaire.

Par ailleurs, l'enfant en difficulté pour communiquer peut développer des troubles psycho-affectifs secondaires ainsi qu'une mauvaise estime de lui-même et de l'anxiété susceptibles d'accentuer encore ses difficultés scolaires : c'est le cercle vicieux des troubles d'apprentissage (Figure 2). Il est donc essentiel de repérer rapidement ces enfants, avant l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, compte tenu qu'une prise en charge précoce des troubles du langage permet de les améliorer significativement. (19).

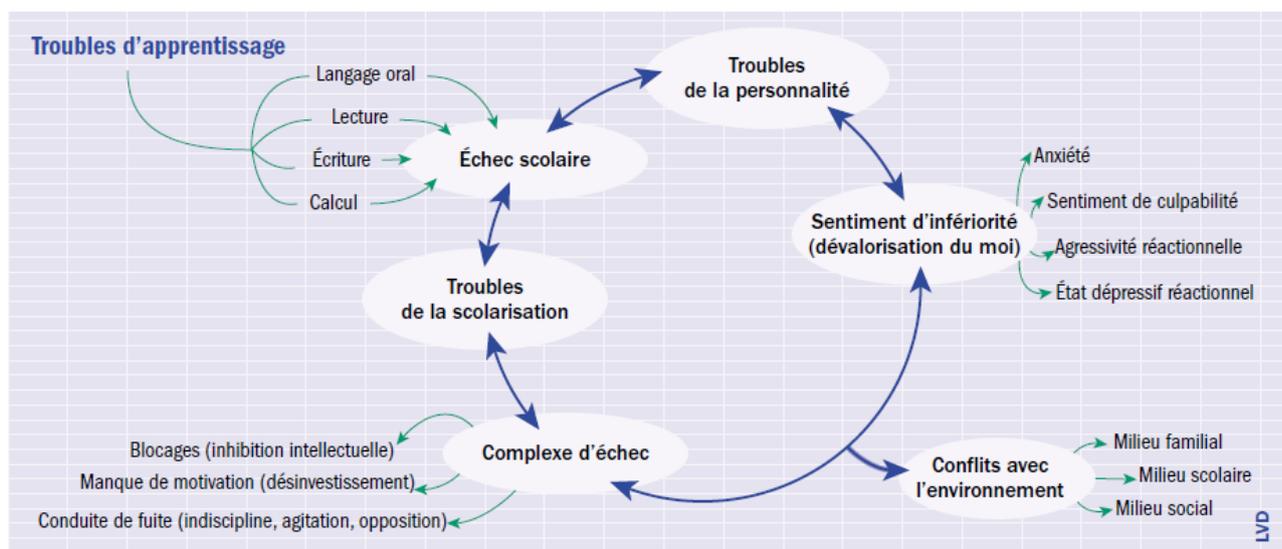


Figure 2 : Le cercle vicieux des troubles d'apprentissage (ADSP, 1999). (8)

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) estime que les enfants qui n'acquièrent jamais le langage écrit représentent 5 à 10 % de la population scolaire. Ces derniers, une fois adultes, se retrouvent souvent pénalisés sur le plan professionnel du fait de leurs troubles d'apprentissage. Il s'avère en effet que les personnes ayant des difficultés en lecture et en écriture sont de 4 à 12 fois plus à risque de connaître le chômage que les autres. (8)

Outre l'intérêt médico-social, le dépistage et la prise en charge précoce des troubles du langage a également un intérêt économique dans la mesure où ils permettent (8) :

- une meilleure orientation scolaire des enfants en difficultés avec à la clef une diminution des redoublements ; le coût du redoublement en primaire et collège est estimé à 1 milliard d'euros par an, en France (20) ;
- de diminuer l'errance diagnostique et donc le coût supporté par les familles et l'état en cas de prise en charge médico-psychologiques « coûteuses et inefficaces » ;
- de favoriser l'insertion professionnelle et donc de diminuer le coût du chômage.

3. Le dépistage des troubles du langage oral : définition et recommandations françaises

3.1 Notions de repérage, de dépistage et de diagnostic

La commission d'experts du plan d'action triennal interministériel 2001-2004 pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage retient trois niveaux d'action différents : le repérage, le dépistage et le diagnostic (21) :

- Le repérage relève de la compétence des enseignants, des parents, voire du médecin de famille. Si les troubles du langage persistent plusieurs mois, l'enfant doit être adressé « aux personnels compétents ». La frontière est parfois floue entre le repérage et le dépistage ;
- Le dépistage est spécifiquement médical. Réalisé par le médecin scolaire, le médecin généraliste, le pédiatre, ou l'orthophoniste, il permet d'identifier précocement, dans une population *a priori* en bonne santé, l'existence d'un déficit linguistique. Le second objectif du dépistage est d'orienter le choix des investigations complémentaires afin de proposer une prise en charge adaptée ;
- Le diagnostic est pluridisciplinaire puisque les troubles associés doivent être éliminés. Les intervenants sont donc multiples et dépendent de l'étiologie suspectée : orthophoniste, psychologue, neuro-pédiatre, pédopsychiatre, etc... Ces bilans peuvent être réalisés en ville ou bien dans un Centre hospitalier de Référence pour les Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTLA).

3.2 Ce dépistage doit-il être systématique ou bien ciblé ?

La question fait l'objet de débat au sein des professionnels de la santé publique :

- La HAS recommande un dépistage systématique des troubles du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans (22).
- Dans un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) datant de 2002, les auteurs estiment qu'une campagne de dépistage systématique est à risque de voir les bilans se succéder « à la hâte, par des acteurs mal formés et surchargés » et suggèrent qu'un dépistage ciblé des troubles du langage serait plus adapté (23) ;
- En 2013, la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant fait le compromis suivant : A défaut d'un dépistage systématique accessible à tous, elle recommande que le dépistage des troubles du langage soit au moins organisé de

manière systématique pour les enfants issus d'un milieu défavorisé, dans la mesure où ces troubles y sont plus fréquents (24).

3.3 A quel(s) âge(s) faut-il dépister les troubles du langage oral ?

Avant l'âge de 3 ans - 3 ans et demi, le système phonologique et syntaxique se développe très différemment d'un enfant à l'autre et l'enfant ne maîtrise pas encore la structure fondamentale de sa langue maternelle (10).

Il existe des tests francophones étalonnés pour les très jeunes enfants, comme les Inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC) à 12, 18 et 24 mois. Du fait de la grande diversité développementale et de la difficulté à explorer le langage avant 3 ans, la HAS recommande de rechercher ces troubles à partir de 3 ans (22). De même, le dépistage et la prise en charge doivent avoir lieu avant l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, c'est-à-dire avant l'âge de 6 ans, pour espérer une évolution favorable (23).

Pour autant, les professionnels de la petite enfance ne sont pas dispensés de vigilance chez les enfants plus jeunes. Avant l'âge de 3 ans, ce suivi d'inscrit surtout dans la recherche d'un trouble du développement (25). En effet, certains signes précoces, tels qu'une inintelligibilité ou un défaut de compréhension constituent des motifs d'alertes et doivent motiver des examens complémentaires et une prise en charge rapide. Les principaux signes d'alerte sont présentés en annexe 2 dans un tableau récapitulatif issu de la Société Française de Pédiatrie. (1)

3.4 A quel professionnel est confié le dépistage des troubles du langage oral ?

Comme vu précédemment, le dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant est le fruit d'un travail collaboratif et pluridisciplinaire. Le tableau 1 récapitule le rôle de chaque acteur dans ce processus de dépistage.

| FONCTIONS | REPERAGE | DEPISTAGE | DIAGNOSTIC Typologique et Etiologique >3 ans |
|------------------------------|--|--|--|
| | 3-4 ans 5-6 ans | 3-4 ans 5-6 ans | |
| Acteurs concernés | Famille Enseignants Médecins de famille* : Psychologues | Médecins de PMI Médecins de l'Education Nationale Médecins de famille** Orthophonistes | Equipes Pluridisciplinaires Centres de référence |

* : Pédiatres ; Médecins Généralistes

** : Pédiatres ou Médecins Généralistes formés à l'utilisation des tests.

Tableau 1 : Acteurs impliqués dans les troubles d'apprentissage du langage (21).

Le dépistage des troubles du langage peut donc être réalisé par différents professionnels médicaux : le médecin généraliste, le pédiatre, le médecin de PMI et le médecin scolaire. Mais dans les faits, quels professionnels sont les plus sollicités pour ce dépistage?

En pratique, selon le Sommelet (26), les pédiatres ne suivent régulièrement que 20% des enfants de 0 à 18 ans et prennent en charge ponctuellement 40 à 60% des enfants de 0 à 2 ans. A partir de 2-4 ans, les médecins généralistes assurent le suivi de 80% des enfants. Plus l'enfant grandit plus c'est le médecin généraliste qui assure le suivi et non le pédiatre.

Dans une enquête de 2000 en Franche-Comté portant sur plus d'1,5 millions d'actes de pédiatrie (27) le rapport est de quatre enfants vus par le médecin généraliste pour un enfant vu par le pédiatre avant l'âge de un an, puis de 12 pour 1 (de 1 à 4 ans), puis de 37 pour 1 (de 5 à 9 ans).

Les médecins de PMI assurent un suivi médical axé sur la prévention pour les enfants de moins de 6 ans. En moyenne, seule 20% de la population pédiatrique est couverte par les consultations en centre de PMI (26). Le bilan des 4 ans à l'école maternelle est également réalisé par les médecins de PMI et son taux de couverture national était de 67% en 2012, avec néanmoins de grandes disparités en fonction des départements (de 30% à 97% de la classe d'âge) (28).

Contactés, les différents services de PMI de la région nous ont fourni leur taux de couverture pour les bilans PMI à l'école maternelle : en 2018 ce taux était respectivement de

97% dans les Deux-Sèvres, 92% en Charente-Maritime, 75% dans la Vienne, et 37% en Charentes où les effectifs de médecins de PMI ne permettent pas une couverture exhaustive du territoire. Il s'agit ici du taux d'enfants vus en bilan de santé PMI, et non du taux de réalisation du dépistage du langage lors de ce bilan, ce dernier pourcentage n'ayant pu être obtenu pour tous les départements. En effet, le langage n'est pas exploré à chaque fois lors de ces bilans PMI. La timidité et/ou la non compliance de certains enfants peuvent rendre l'exploration du langage difficile. Dans ce cas, les parents sont invités à reconsulter ultérieurement en PMI ou auprès du médecin généraliste pour évaluer le langage de leur enfant. De plus, les méthodes de dépistage des troubles du langage diffèrent en fonction des centres de PMI et des intervenants : ERTL4 ou planche d'images à décrire ou mots à répéter, etc...

Les médecins scolaires dépistent les troubles neurosensoriels et les troubles du langage au cours de la 6^{ème} année. Ils interviendraient dans plus de 80% des écoles maternelles. Les examens pratiqués ensuite en CM2 et en 3^{ème} ne sont pas réalisés systématiquement (26).

Par ailleurs, la CNNSE¹ propose dans son rapport de 2013 de déléguer certaines actions de dépistage aux personnels paramédicaux, sous la responsabilité du médecin coordonnateur (24). En pratique, cette délégation du dépistage aux professionnels paramédicaux est relativement peu organisée en médecine de ville.

Au total, la collaboration et la complémentarité entre les différents acteurs du dépistage est primordiale (généraliste, pédiatre, médecin de PMI et médecin scolaire). Les recommandations vont plutôt dans le sens d'un suivi par le pédiatre aux âges charnières (26) et d'un bilan des 4 ans réalisé par le médecin de PMI. Cependant, dans la mesure où les enfants en âge d'être dépistés pour le langage sont plus fréquemment suivis par un médecin généraliste qu'un pédiatre et que la couverture des bilans de PMI n'est pas exhaustive, les médecins généralistes doivent être en mesure d'effectuer ce dépistage eux-mêmes. De même, l'HAS recommande que le bilan des 6 ans soit « réalisé en santé scolaire, conformément au Code de la santé publique » mais précise qu'à défaut, le dépistage sera mené « en médecine de ville » (22).

¹ Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant

3.5 Quels sont les tests recommandés ?

Il existe une multitude de tests francophones à destination des enseignants, des médecins ou autres professionnels de l'enfance. Dans la mesure où les outils de repérage ou de dépistage sont essentiellement conçus pour les enseignants avant 4 ans et pour les professionnels de la santé scolaire après 5 ans, nous les décrirons rapidement pour ces deux tranches d'âge. Dans le chapitre suivant, nous détaillerons plus spécifiquement l'ERTL4, test plus formel et destiné plus spécifiquement aux médecins généralistes, pour les enfants d'environ 4 ans. En résumé, la commission d'experts du plan triennal interministériel 2001-2004 recommande d'utiliser les outils suivants (21) :

- Entre 3 et 4 ans, le repérage est réalisé essentiellement par l'interrogatoire des parents, à l'aide de deux questionnaires:
 - Le DPL3 (Dépistage et Prévention du Langage à 3 ans) conçu par Coquet et son équipe : Il s'agit d'une grille de 10 questions appréhendant la socialisation, la communication, le graphisme et le langage de l'enfant de 3 ans à 3 ans et 6 mois. Selon le score obtenu, l'enfant est classé dans la catégorie « satisfaisant », « à surveiller » ou « à risques ». Le DPL3 n'est pas à proprement parler un test de dépistage, mais est validé par la HAS comme outil de repérage et est destiné à l'usage des enseignants. L'utilisation du DPL3 a par la suite été élargie aux médecins en consultation médicale sans qu'il y ait de données disponibles concernant cet élargissement de la cible des utilisateurs (22).
 - Le QLC (Questionnaire Langage et Comportement), créé par Chevrie-Muller s'adresse aux enseignants de petite section de maternelle et couvre l'évaluation d'aptitudes ou de comportements tels que le jeu, la sociabilisation, la motricité, la parole ou la compréhension chez les enfants de 3 ans et 6 mois à 3 ans et 8 mois. Il s'agit d'un questionnaire plus rigoureusement validé que le DPL3 mais plus complexe et plus long (29 questions) ; il nécessite une formation préalable à son utilisation (2).
 - A l'âge de 3 ans, le groupe d'experts de la HAS recommande plutôt aux médecins d'explorer le langage grâce aux 3 questions suivantes : l'enfant fait-il des phrases, emploie-t-il des articles et conjugue-t-il des verbes ?
- A l'âge de 4 ans, il est possible de mettre l'enfant dans une situation d'évaluation plus formelle. Ce sont des outils « type ERTL4 » (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans) qui sont recommandés (22). (Cf. Chapitre suivant « ERTL4 »)

- A l'entrée en CP :
 - L'ERTLA6 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages à 6 ans), conçue par Roy et Maeder. Ce test est utilisé par les pédiatres et les médecins scolaires. Il dure 20 minutes et renseigne, entre autres, sur les capacités langagières, graphiques, praxiques et mnésiques ;
 - Le BSEDS (Bilan de Santé Evaluation du Développement pour la Scolarité), créé par Zorman, est conçu pour les enseignants et les professionnels de la santé scolaire (médecins scolaires, infirmières et psychologues scolaires). Le BSEDS explore les compétences visuelles, la conscience phonologique et le langage oral de l'enfant à 5-6 ans afin d'anticiper d'éventuelles difficultés dans le développement ultérieur du langage écrit.

- Pour les enfants de 4 à 9 ans, la HAS recommandait en 2005 d'avoir recours à la BREV (Batterie Rapide d'Evaluation des fonctions cognitives), conçue par Billard. Ce test d'une quinzaine de minutes permettait une évaluation plus globale de l'enfant en explorant en sus du langage oral, la mémoire, la lecture, le calcul et l'attention. La BREV a par la suite été remplacée par l'EDA (Evaluation Des fonctions cognitives et des Apprentissages) puis tout récemment par la BMT-i (Batterie Modulable de Tests informatisée), par Billard et son équipe. La BMT-i explore les mêmes capacités que la BREV mais sous forme informatisée à l'aide d'une tablette tactile et les différentes épreuves dépendent de l'âge de l'enfant (de 4 à 11 ans). La HAS ne s'est pas encore prononcée concernant la validité de la « Batterie Modulable de Test ».

4. L'Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans (ERTL4)

L'ERTL4 est destiné aux médecins et à la PMI. Elle permet de passer rapidement en revue la parole, la voix et le langage et est validée pour les enfants âgés de 3 ans et 9 mois à 4 ans et 6 mois (Annexe 3). Cet outil a été confectionné et validé entre 1992 et 1996 par une équipe de Nancy (Roy et Maeder) composée de professionnels de l'enfance : médecins de PMI et de santé publique, pédiatres et orthophonistes. Sa durée de passation est d'environ 5 minutes, selon le fabricant.

Le test est composé de 3 exercices obligatoires (21) :

- « L'épreuve des nains et des indiens » invite l'enfant à répéter 7 mots et 7 « non-mots » pluri-syllabiques et permet entre autre de juger des capacités phonéto-articulatoires de l'enfant ;

- « L'épreuve du petit chien » explore le lexique de l'enfant et sa capacité à se repérer dans l'espace (le chien est dans sa niche, ou dessus, à côté, etc...) ;
- « L'épreuve de la toilette » consiste en la description d'une image par l'enfant afin d'étudier le lexique, la syntaxe et la cohérence du discours.

Deux épreuves facultatives peuvent ensuite être proposées :

- L'épreuve de « la voix chuchotée » au cours de laquelle l'enfant se voit poser une question à voix basse, ce qui permet de confirmer des problèmes d'audition ou de compréhension ;
- L'épreuve des messages est la répétition de deux phrases complètes, à la recherche de troubles phonologiques ou linguistiques ou bien de troubles de la mémoire ou de l'attention.

Au terme de ces cinq épreuves, et selon le nombre et la sévérité des échecs à chaque exercice, l'enfant est classé dans :

- Le profil « vert » quand son langage est satisfaisant ;
- Le profil « orange » quand l'enfant nécessite une surveillance médicale avec réévaluation six mois plus tard ; à noter que lors de cette réévaluation à 6 mois, 80% de ces enfants ont bien progressé et migrent dans le « profil vert », alors que 20% d'entre eux se retrouvent dans le « profil rouge » ;
- Le profil « rouge » si un trouble de langage est suspecté et qu'une prise en charge immédiate est nécessaire.

La sensibilité de l'ERTL4 est de 73%² tandis que sa spécificité est de 91%³ (29). La Valeur Prédictive Négative est de 95%⁴ mais la Valeur Prédictive Positive n'est qu'à 58%⁵, expliquant que la prévalence des troubles dépistés soit de 16,9%, donc supérieure à la prévalence attendue. Cet outil ne donne pas d'information sur le profil du trouble (spécifique ou non, déficit de compréhension ou d'expression du langage) (2).

L'ERTL4 est un test recommandé par la HAS, mais il est également cité dans la nouvelle convention de l'assurance maladie de 2016, comme nous allons le voir ci-dessous.

² Ce test est positif chez 73% des enfants porteurs d'un trouble du langage

³ 91% des enfants sans trouble du langage ont un test normal

⁴ Un test normal permet d'éliminer à 95% un trouble du langage

⁵ 58% des enfants dont le test est anormal ont effectivement un trouble du langage

5. La ROSP : généralités et spécificités pédiatriques

La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) est un nouveau mode de rémunération des médecins libéraux français, versée par l'Assurance Maladie en fonction de l'atteinte ou non d'objectifs fixés. Elle généralise lors de la convention médicale de 2011 une mesure expérimentée antérieurement, le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI). La ROSP concerne les médecins généralistes conventionnés et déclarés en tant que « médecins traitants » par leurs patients, mais également certains spécialistes : cardiologues, médecins vasculaires, gastro-entérologues, hépatologues, pédiatres et endocrinologues. Il s'agit d'un paiement « à la performance » venant s'ajouter au « paiement à l'acte » habituel des médecins libéraux et qui permet de diversifier le mode de rémunération des médecins tout en favorisant des actions en santé publique. L'adhésion à ce dispositif s'est généralisée à l'ensemble des médecins libéraux, sauf opposition du praticien dans les trois mois suivant la signature de la convention de 2011. Très peu de praticiens ont affiché leur opposition et la majorité est donc aujourd'hui considérée comme adhérente et bénéficie des revenus complémentaires issus de la ROSP.

Les indicateurs ROSP ont été revus lors de la dernière convention médicale en 2016. La ROSP « médecin traitant de l'adulte » comprend 29 indicateurs parmi des thématiques de « suivi des pathologies », de « prévention » et d'« efficacité ».

La nouvelle convention médicale de 2016 a également vu l'apparition d'indicateurs pédiatriques qui constitue un volet « ROSP médecin traitant de l'enfant » (Annexe 4). Cette rémunération concerne les médecins traitants déclarés pour les enfants de moins de 16 ans, soit en majorité des médecins généralistes (88%) et des pédiatres (12%) (30). Il existe dix indicateurs différents classés entre le « suivi des pathologies » et la « prévention ». Parmi eux, on retrouve l'indicateur « Part des patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles de langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autres) ». Trois autres indicateurs explorent le dépistage chez l'enfant : ils concernent l'obésité, les troubles visuels et auditifs et l'examen bucco-dentaire.

Certains indicateurs sont déclaratifs, dont celui relatif au dépistage des troubles du langage ; d'autres sont renseignés automatiquement par la sécurité sociale. En fonction du nombre d'objectifs remplis, du taux de réalisation pour chaque objectif (objectif cible ou intermédiaire) mais également de la progression par rapports aux années antérieures, le

médecin se voit attribuer un nombre de points, puis une rémunération sur la base de 7 € par point (31). La ROSP est calibrée sur un nombre moyen de 600 patients et est ensuite pondérée selon la taille réelle de la patientèle ayant fait la déclaration « médecin traitant », pour chaque médecin généraliste. Pour l'année 2017, la rémunération moyenne des médecins traitants s'élevait à 4522 € (32).

Au total, le dépistage des troubles du langage est un enjeu de santé publique et est, à ce titre, soutenu par les instances de santé.

L'objectif principal de cette thèse est de décrire les pratiques de dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant par les médecins généralistes de Poitou-Charentes et de déterminer si ces derniers utilisent des outils de dépistage particuliers, notamment l'ERTL4.

MATERIELS ET METHODES

1. Méthodologie de la recherche bibliographique

Pour rassembler la bibliographie nécessaire à ce travail de thèse, nous avons principalement utilisé les mots clés « dépistage + langage », « dépistage + langage + médecin généraliste », « troubles du langage + ERTL4 », « ERTL4 », sur le Service Commun de Documentation de Poitiers, Google™, Google Scholar™ et Elsevier-Masson™. Nous avons également exploré la bibliographie de documents tels que les articles de recherche, les recommandations de bonne pratique et les thèses en rapport avec notre sujet afin de diversifier et de densifier nos sources bibliographiques.

2. Maquette de l'étude

Ce travail se proposait initialement de mobiliser deux enquêtes complémentaires.

2.1 Premier volet de l'étude : Un questionnaire adressé aux médecins généralistes

Le premier volet de l'étude était une enquête de pratique auprès des médecins exerçant la médecine générale ambulatoire en région Poitou-Charentes. Nous avons choisi une approche semi-quantitative et avons mené une étude observationnelle et descriptive par le biais d'un questionnaire auto administré adressé aux médecins généralistes de Poitou-Charentes :

- L'objectif principal était de savoir si les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes dépistent les troubles du langage oral chez l'enfant.
- Les objectifs secondaires étaient :
 - De déterminer à quel(s) âge(s) ils réalisent ce dépistage et quels outils ils utilisent ;
 - De savoir s'ils connaissent l'ERTL4 et y ont plus fréquemment recours depuis l'inscription du dépistage des troubles du langage dans les ROSP en 2016.
 - De déterminer s'ils sont formés aux troubles du langage et à leur dépistage et si certains facteurs sont des freins au dépistage des troubles du langage d'une part, et à l'utilisation de l'ERTL4 d'autre part.

2.2 Second volet de l'étude : enquête sur la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP)

Nous souhaitons compléter la première étude en analysant les résultats de la ROSP pour les médecins généralistes de Poitou-Charentes. Il s'agissait d'une enquête transversale par requêtage sur le Système d'Information de l'Assurance Maladie (SNIRAAM) visant à répondre aux questions suivantes pour les années 2017 et 2018, sur la région Poitou-Charentes :

- Quelle proportion de praticiens a documenté l'indicateur « dépistage des troubles du langage » dans les ROSP ? et cette proportion progresse-t-elle ?
- Pour les répondants, quelle part de leur patientèle 3-5 ans a bénéficié de ce dépistage ?
- En quoi ces données diffèrent-elles selon les profils des praticiens (âge/sexe/exercice urbain – rural/) ?

Pour accéder à cette base de données de l'Assurance Maladie, nous avons initialement contacté la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Poitiers, puis la Direction Régionale du Service Médical (DRSM de Bordeaux). Pour cela, nous avons réalisé une note de cadrage afin d'expliquer succinctement notre projet et pourquoi nous sollicitons un étayage logistique et documentaire de la part de l'assurance maladie (Annexe 5). Nous avons par la suite transmis cette note de cadrage à nos interlocuteurs de la CPAM et de la DRSM afin d'appuyer notre demande. Après plusieurs semaines de rendez-vous téléphoniques et d'échange de mails, il s'est avéré que les bases de données des ROSP n'étaient malheureusement pas mobilisables localement. Il eût alors fallu solliciter directement la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) avec des difficultés d'accès et un délai prévisionnel de requêtage et d'analyse des données incompatibles avec l'agenda de notre étude. Nous avons donc décidé de renoncer à ce second volet.

3. Enquête auprès des médecins

3.1. Critères d'inclusion

Médecins généralistes :

- Exerçant la médecine générale dite « de ville » ;
- En ambulatoire ;
- Avec une patientèle pédiatrique (même en faible proportion) ;

- Dans l'ancienne région Poitou-Charentes ;

Nous souhaitions initialement inclure les médecins généralistes de la Nouvelle Aquitaine et non de la région Poitou Charentes, qui n'existe plus administrativement depuis la loi « NOTRe »⁶. Malheureusement, tous les conseils de l'ordre départementaux de Nouvelle Aquitaine n'étaient pas en mesure de diffuser notre questionnaire. De plus, en l'absence de possibilité de diffusion par l'assurance maladie, il était très difficile de contacter suffisamment de médecins de la grande région. Pour une question d'organisation et de quantité de travail, nous avons donc restreint la population étudiée aux médecins généraliste de l'ancienne région Poitou-Charentes.

3.2. Critères d'exclusion

Médecins :

- Généralistes n'exerçant pas la médecine de ville (angiologie, urgentiste, hospitaliers, PMI exclusifs, scolaires...);
- Spécialistes et notamment pédiatres ;
- N'exerçant plus la médecine générale : médecins retraités ;
- Dont la patientèle est exclusivement adulte et qui ne sont donc pas concernés par les dépistages pédiatriques.

3.3. Réalisation du questionnaire

Notre questionnaire contenait 28 questions et la durée de passation était estimée à 5-6 minutes (Annexe 6). Deux questions en début de questionnaire permettaient de repérer les médecins ne remplissant pas les critères d'inclusion. Les médecins étaient automatiquement redirigés vers la fin du questionnaire s'ils répondaient :

- « Non » à la question : « Etes-vous médecin généraliste, en exercice, pratiquant régulièrement la médecine dite "de ville", en ambulatoire ? »
- Ou bien s'ils répondaient « Patientèle exclusivement adulte » à la question : « Quel pourcentage de votre pratique représente la pédiatrie (< 16 ans) ? »

Six questions permettaient de renseigner les caractéristiques du médecin répondant (installé/remplaçant, âge, sexe, département d'exercice, exercice Rural/ urbain/ semi-urbain). Le questionnaire ayant été également diffusé par le biais du Collège des

⁶ loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant Nouvelle Organisation Territoriale de la République

Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage de Poitou-Charentes, nous avons ajouté la question « Etes-vous maître de stage des universités ? ». Ces différents paramètres nous permettaient de discuter secondairement la représentativité de notre échantillon.

Onze questions à choix multiples exploraient la pratique et les connaissances des médecins généralistes en matière de dépistage des troubles du langage. Pour six de ces questions, une rubrique « autre » était proposée aux répondants qui pouvaient y rédiger une réponse supplémentaire s'ils le souhaitaient.

La deuxième partie du questionnaire concernait le test ERTL4. Elle comportait six questions à choix multiples qui exploraient l'utilisation de l'ERTL4 et ses freins selon les médecins répondants.

Deux questions ouvertes facultatives proposaient aux répondants de donner leur avis sur le dépistage des troubles du langage et sa promotion.

La dernière question invitait les médecins qui le souhaitaient à laisser leurs coordonnées téléphoniques afin d'être rappelés pour témoigner de leur pratique au cours d'un entretien téléphonique semi-dirigé. Ce 3ème volet de l'étude était envisagé dans le cas où très peu de médecins répondraient au questionnaire, rendant difficile l'interprétation des résultats. Cela n'a pas été le cas, nous n'avons donc pas eu besoin de réaliser ces entretiens téléphoniques semi-dirigés.

Les médecins ayant déclaré dépister les troubles du langage « jamais ou rarement » étaient dirigés vers une page différente du questionnaire. Il ne leur a pas été posé les questions concernant l'âge des enfants au dépistage, le type de consultation (dédiée ou lors d'une pathologie aigüe sans rapport), ni sur les outils de dépistage utilisés, dans la mesure où ces médecins n'étaient pas (ou très peu) concernés par ces questions, et pour faciliter leur adhésion au questionnaire. Mises à part ces trois questions, le questionnaire était le même que celui des médecins dépistant plus souvent, soient 25 questions au lieu de 28.

3.4. Diffusion du questionnaire à la population cible

Il existe pour ce genre d'enquête deux limites opérationnelles majeures : la première est que les médecins sollicités ont peu de temps ; la seconde, s'agissant d'une thèse professionnelle, est que la durée d'investigation est par nature contrainte, un seul investigateur (le thésard) y consacrant une part limitée de son temps. Un questionnaire auto-administré volontairement réduit (5-6 minutes) accessible par internet nous a donc semblé être le moyen de diffusion le plus adapté à la pratique quotidienne des médecins généralistes dont la grande majorité est informatisée. En outre, cela permettait d'éviter les coûts d'affranchissement. Nous avons utilisé la plateforme *Google Forms™* pour créer et diffuser notre questionnaire.

Nous souhaitions avoir une base de données exhaustive afin d'optimiser la représentativité de notre étude. Aussi, nous avons le projet de mobiliser la base des praticiens conventionnés, les non conventionnés étant rares, *a fortiori* en médecine générale. Le seul fichier d'adresses mail permettant de contacter l'ensemble des praticiens conventionnés est détenu par l'assurance maladie. Malheureusement, nous n'avons pas obtenu l'accord des CPAM pour disposer de ces fichiers.

A défaut d'une base de données exhaustive disponible, et afin d'atteindre un maximum de médecins généralistes, nous avons eu recours à plusieurs bases de données que nous espérions complémentaires. En effet, la diffusion par les seuls conseils de l'ordre départementaux de Poitou-Charentes ne permettait d'atteindre qu'un nombre limité de médecins, comme détaillé ci-après. La diffusion s'est ensuite faite « de proche en proche », les médecins contactés par mail étant invités à diffuser le questionnaire à leurs contacts ciblés par l'étude.

Au total, ont donc été sollicités :

- Les fichiers mail des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) :
 - Le CDOM de la Vienne proposait d'envoyer le questionnaire uniquement aux médecins généralistes ayant donné leur accord pour recevoir des questionnaires de thèse, soit 48 médecins ;
 - Les CDOM de la Charente et des Deux-Sèvres ont diffusé le questionnaire de thèse à tous les médecins généralistes inscrits au conseil de l'ordre dans leur

- département, individuellement, par le biais de leur mailing liste, soit respectivement 200 et 225 médecins environ ;
- Le CDOM de la Charente-Maritime proposait de déposer le questionnaire de thèse sur son site internet, sans envoi individuel par mail aux médecins ;
 - Dans tous les cas, les CDOM ne transmettaient aucunement les mails des médecins interrogés et ont donc été les intermédiaires à la diffusion du questionnaire ;
- Les fichiers mail des promotions d'internes de médecine générale de 2014 et 2015 pour la faculté de Poitiers. A noter que ces fichiers n'étaient plus disponibles pour les promotions antérieures à 2014 et que les promotions postérieures à 2015, toujours en cours d'internat, n'ont pas été sollicitées, l'exercice régulier de la médecine générale étant un critère essentiel pour intégrer notre étude ;
 - Le fichier des maîtres de stage universitaires par le biais du COGEMS (Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage) comptant 388 médecins (en 2017) ;
 - Le fichier mail des médecins adhérents au syndicat MG France, pour la région Poitou-Charentes et le fichier mail des adhérents à l'organisme de Formation Médicale Continue MG FORM, pour la région Poitou-Charentes ont également été mobilisés avec l'aide d'un médecin ayant répondu à l'étude, par la « méthode du proche en proche ».

Les questionnaires ont été diffusés le 4 avril 2019, avec une relance aux différents conseils de l'ordre début mai 2019. Le mail envoyé aux médecins comportait un message expliquant notre démarche (Annexe 6), suivi du lien vers le questionnaire en ligne. Le mail contenait également, en pièce jointe, le questionnaire en version papier pour les médecins préférant ce support au support numérique. Dans le cas du questionnaire papier, les médecins étaient invités à le renvoyer par voie postale, mail ou fax. Les réponses au questionnaire ont été recueillies du 4 avril 2019 au 6 juillet 2019 par un seul investigateur, moi-même.

3.5. Méthode d'analyse des résultats

Les résultats de l'enquête ont été stockés sous forme de tableurs Excel, puis analysés à l'aide de la version 3.1 du logiciel *R* via l'application *GMRC Shiny Stats™* du CHU de Strasbourg (2017) pour les questions à un choix, *d'Excel™* pour les questions à choix multiples et du logiciel d'analyse *Epi Info™* pour les croisements de variables qualitatives ordinales.

S'agissant de variables qualitatives, nous avons décrit ces dernières à l'aide des effectifs et des proportions de chaque modalité.

Lorsque nous avons croisé plusieurs variables qualitatives nominales et que les effectifs le permettaient, nous avons eu recours au test paramétrique du Chi². Lorsque les conditions d'applications ne permettaient pas une utilisation du Chi², le test exact de Fisher a été réalisé.

Pour faciliter les réponses des médecins interrogés et avoir ainsi un plus grand nombre de réponses, nous avons choisi de recueillir certaines variables de manière qualitative. Nous avons par exemple demandé aux médecins dans quelle classe d'âge ils se trouvaient et non pas leur âge précis afin de ne pas paraître trop intrusifs. De même, dans un souci de commodité, nous leur avons proposé différents intervalles de pourcentages quand il leur était demandé d'indiquer leur taux de patientèle pédiatrique. Ainsi nous avons fait le choix de perdre en précision pour certaines informations recueillies afin d'avoir en contrepartie un questionnaire plus facile à remplir et maximiser le taux de réponses. Lorsque nous avons croisé ces variables qualitatives ordinales (âge, taux de patientèle pédiatrique et fréquence de dépistage), nous avons utilisé le test de tendance de Mantel-Haenszel.

Pour toutes les analyses, le risque de première espèce alpha a été fixé à 5%.

RESULTATS

Au cours de la période de recueil, nous avons reçu 103 questionnaires par le biais du questionnaire en ligne et 10 questionnaires au format papier. Après avoir exclus les médecins ne répondant pas aux critères d'inclusion de l'étude, il restait 106 questionnaires éligibles à l'analyse, comme l'illustre le diagramme des flux (figure 3).

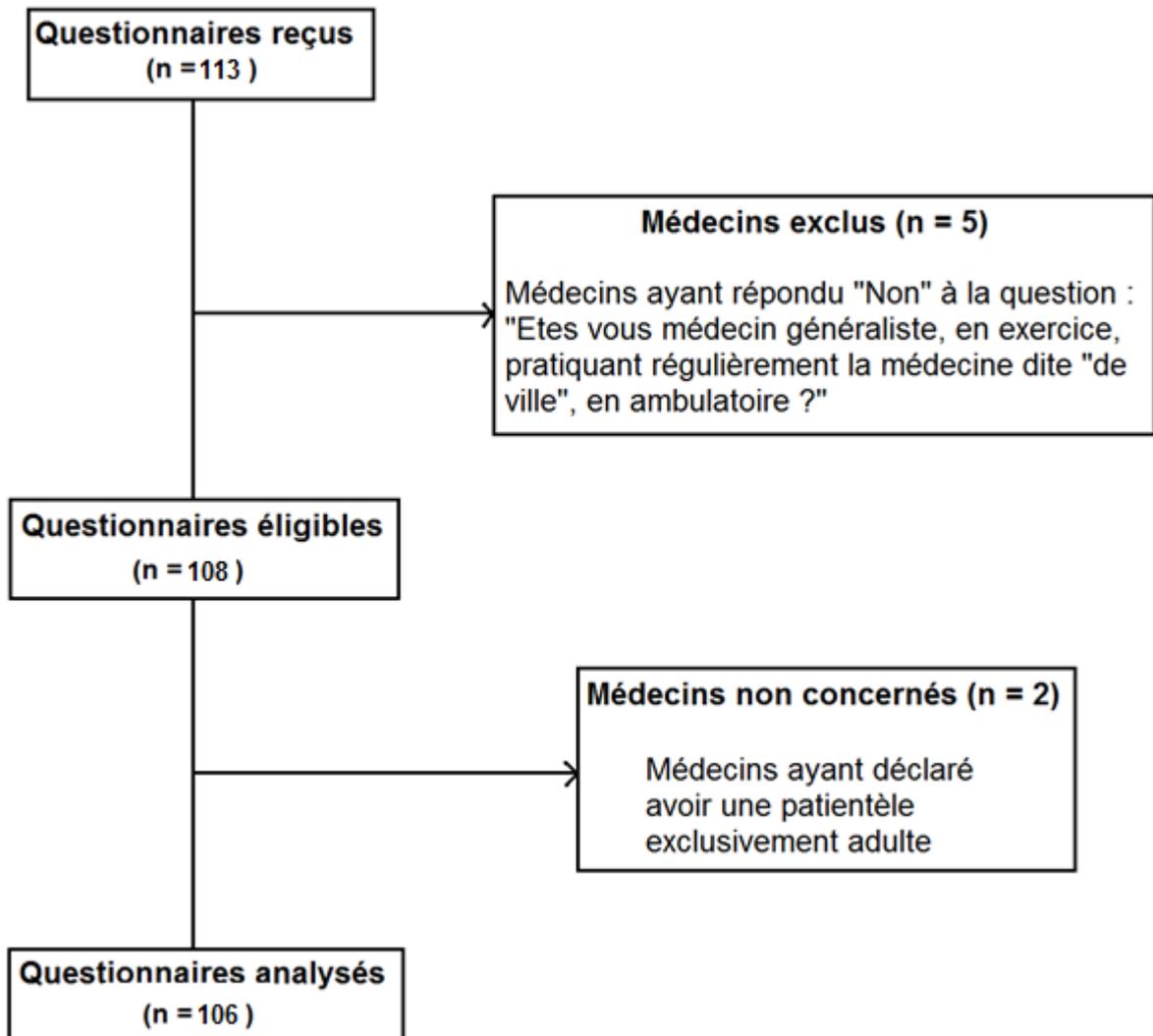


Figure 3: Diagramme des flux.

1. Profil des médecins répondants

Parmi les 106 médecins inclus dans l'étude, 42% sont des hommes (n=44 médecins) et 58% des femmes (n=62). Les médecins répondants sont relativement jeunes puisque 54% (n=57) d'entre eux ont moins de 40 ans ; 46% ont 40 ans ou plus (n=49) (Figure 4).

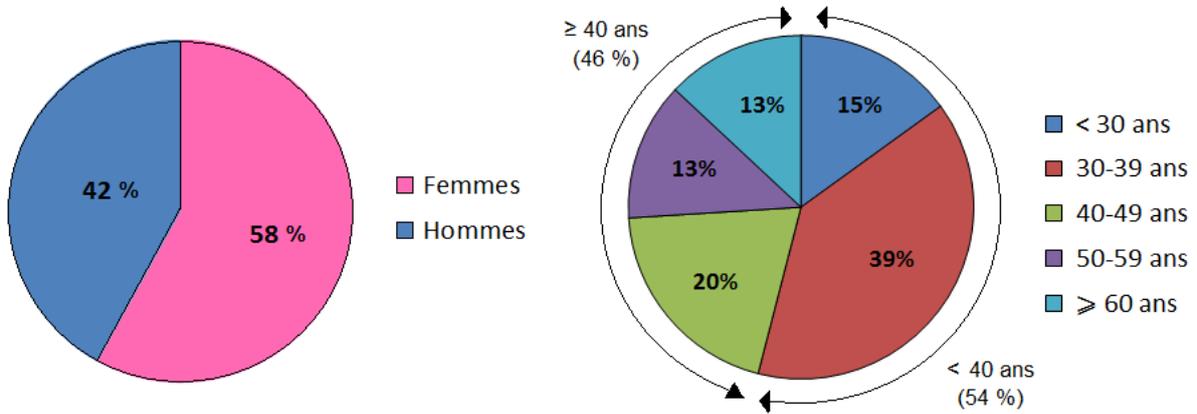


Figure 4 Répartition des médecins répondants par sexe (à gauche) et par âge (à droite).

Les médecins répondants exercent principalement dans la Vienne (39%, n=41) et dans les Deux-Sèvres (35%, n=37). 18 médecins sont originaires de Charente (soit 17%) et 10 médecins de Charente-Maritime (soit 9%). 24 médecins exercent en zone urbaine, 42 médecins en zone semi-urbaine et 40 médecins en zone rurale, soit respectivement 23%, 39% et 38% (Figure 5).

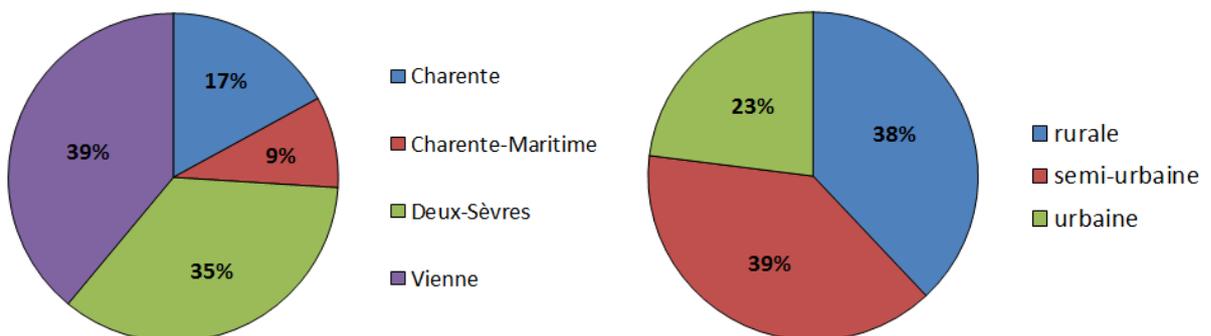


Figure 5 : Répartition des médecins répondants par département (à gauche) et zone d'exercice (à droite).

83 médecins sont installés, soit 78%, tandis que 19 effectuent des remplacements, soit 18%. Trois médecins sont adjoints au sein d'un cabinet médical et un médecin s'est dit en « cumul emploi-retraite ». N'ayant pas plus d'information sur le mode d'exercice de ces 4 médecins permettant de les classer, soit parmi les médecins installés, soit parmi les remplaçants, nous ne les avons pas comptabilisés lors des analyses croisées en fonction du « type d'exercice installé/remplaçant » (figure 6).

Par ailleurs, nous avons diffusé notre questionnaire par le biais du Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage du Poitou-Charentes (COGEMS). Nous avons donc demandé aux médecins s'ils étaient maîtres de stage des universités auprès d'externes ou d'internes en médecine, ou non. Parmi les 106 médecins répondants, 39 sont maîtres de stage, soit 37% (Figure 6).

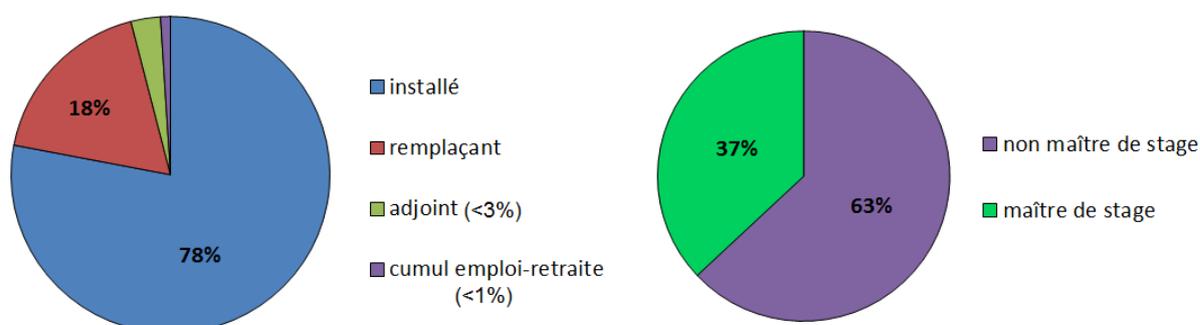


Figure 6 : Répartition des médecins répondants par type d'exercice « installé/remplaçant » (à gauche) et proportion de ces médecins accueillant des étudiants en stage (à droite).

Pour 70% des médecins répondants, la pédiatrie (<16 ans) représente 5 à 25% de leur patientèle (n=74 médecins). 22% des médecins reçoivent entre 25 et 50% d'enfants à leur cabinet (n=23). Environ 5% des médecins voient moins de 5% d'enfants (n=6) et environ 3% des médecins voient plus de 50% d'enfants en consultation (n=3) (Figure 7).

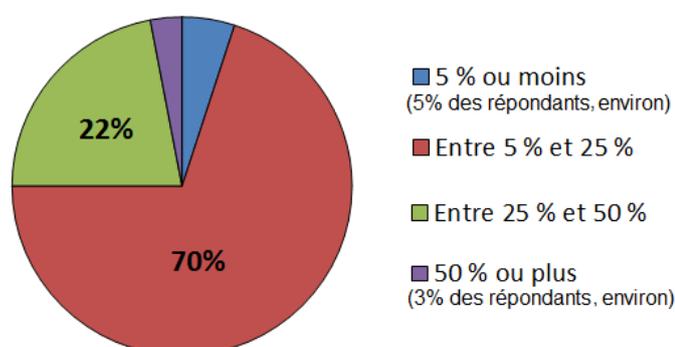


Figure 7 : répartition des médecins répondants par taux de patientèle pédiatrique.

2. Fréquence de dépistage des troubles du langage

Au total, 6 médecins ont déclaré ne jamais pratiquer ce dépistage (soit environ 6% de l'effectif total), 13 médecins dépistent rarement (12%), 52 médecins parfois (49%), 23 souvent (22%) et 12 très souvent (11%) (Figure 8). Dans notre échantillon, il y a donc 82% des médecins qui dépistent les troubles du langage au moins « Parfois ».

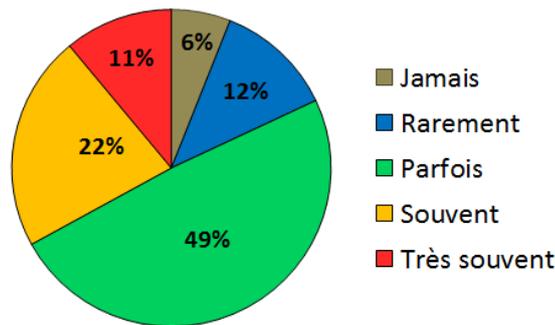


Figure 8 : répartition des 106 médecins répondants par fréquence de dépistage des troubles du langage.

3. Caractéristiques des médecins dépistant régulièrement les troubles du langage

Nous avons ensuite essayé d'établir le profil des médecins qui réalisent fréquemment ce dépistage. L'âge, le sexe et le mode d'exercice « Installé/Remplaçant » ne sont pas significativement corrélés à la fréquence de réalisation du dépistage. En revanche, le taux de patientèle pédiatrique, la formation au dépistage et le statut de maître de stage sont liés à la fréquence de dépistage des troubles du langage.

Comme attendu, les médecins dont le taux de patientèle pédiatrique est le plus important ont tendance à dépister plus fréquemment les troubles du langage chez l'enfant (Figure 9).

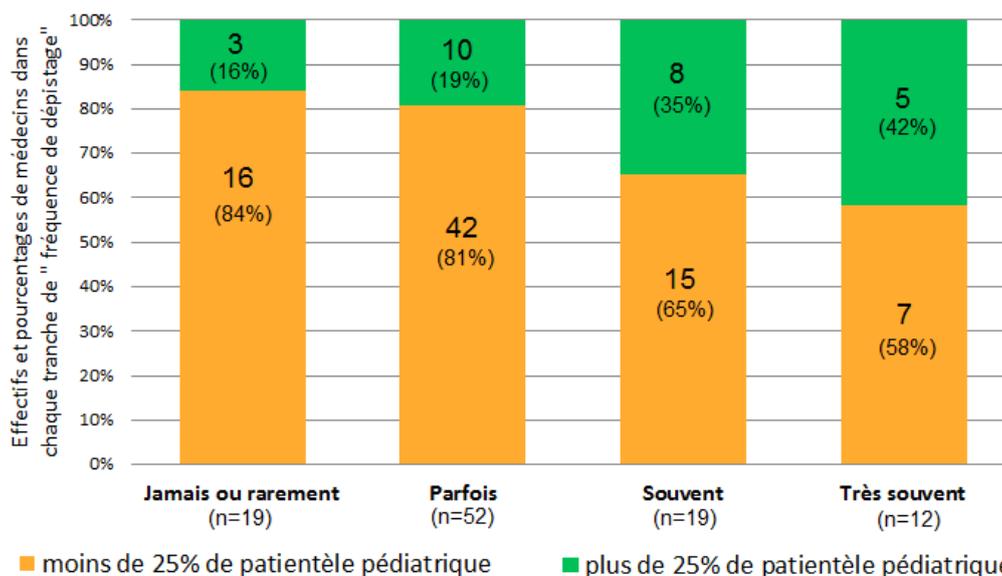


Figure 9 : Taux de patientèle pédiatrique en fonction de la fréquence de dépistage des troubles du langage, en effectifs (étiquette haute) et en pourcentage pour chaque groupe de fréquence (étiquette basse).

De même, la fréquence de dépistage est significativement différente en fonction du statut « maître de stage universitaire » ou non des médecins répondants ($p < 0,05$). En effet, alors que les « non maîtres de stage » se répartissent autour de la valeur médiane « Parfois », selon une loi gaussienne, les « maîtres de stage » sont proportionnellement plus nombreux à dépister « parfois » « souvent » et « très souvent », et uniquement deux maîtres de stage dépistent « rarement ou jamais » les troubles du langage oral, parmi les 39 maîtres de stage de notre échantillon (Figure 10).

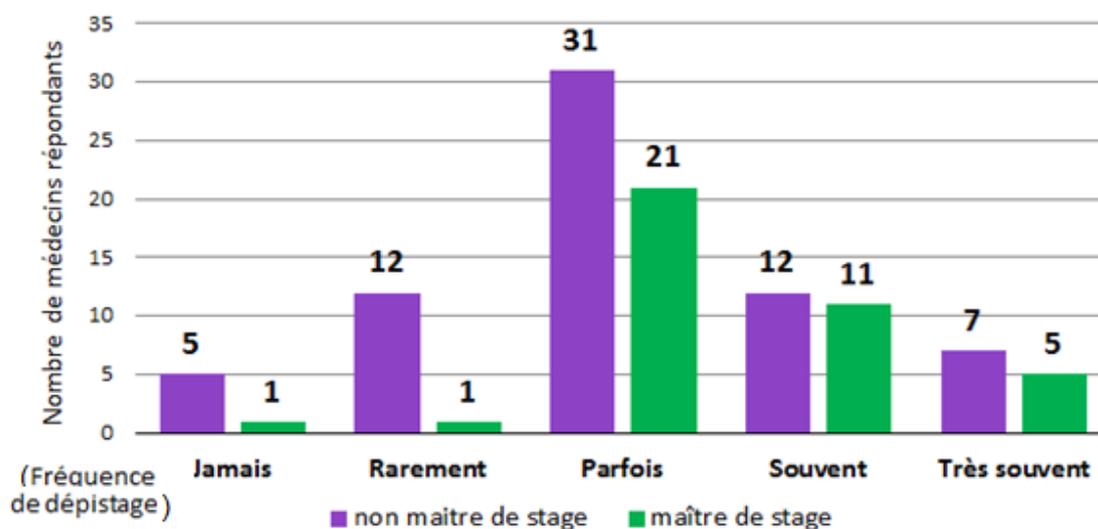


Figure 10 : Fréquence du dépistage des troubles du langage en fonction du statut de maître de stage

Les médecins qui se sont formés secondairement à ce dépistage (avec la formation professionnelle continue, congrès, revues médicales ou autre) dépistent plus fréquemment les troubles du langage oral que les médecins non formés ou n'ayant eu que la formation initiale à la faculté de médecine (Figure 11).

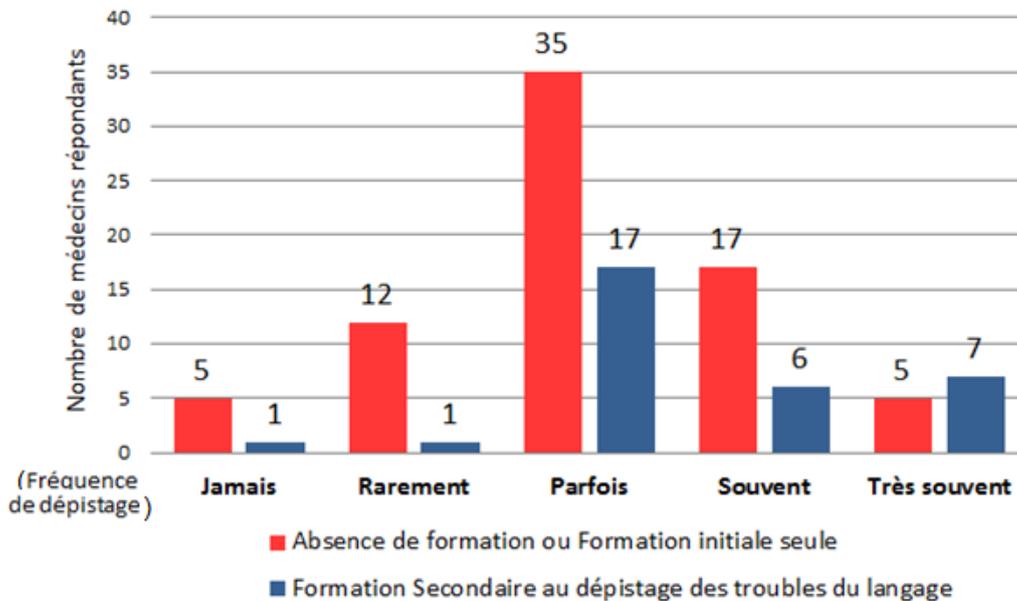


Figure 11 : Fréquence du dépistage des troubles du langage oral en fonction de la formation.

Les courbes de fréquence de dépistage en fonction, d'une part du statut de maître de stage et, d'autre part de la formation, présentent des similitudes notables. Nous avons donc testé l'hypothèse que la formation au dépistage est un facteur de confusion et que les maîtres de stage dépistent plus souvent car ils ont davantage bénéficié de formations secondaires pour réaliser ce dépistage. Contrairement à ce que nous attendions, les maîtres de stage n'ont pas suivi significativement plus de formations secondaires que les autres médecins de notre échantillon (Figure 12).

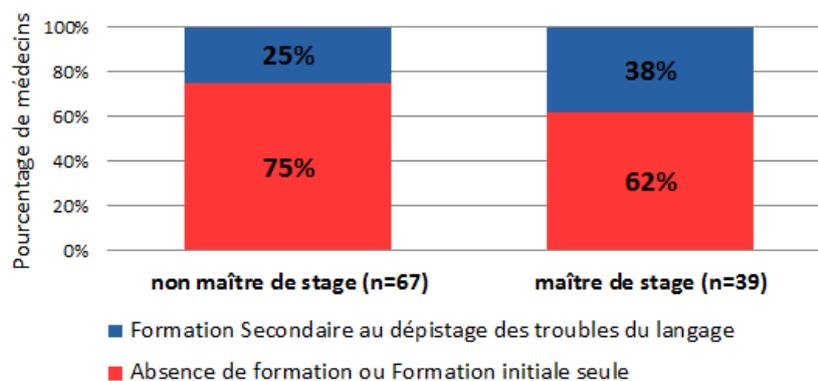


Figure 12 : Formation au dépistage chez les maîtres de stages universitaires et les non maîtres de stage.

4. A quel(s) âge(s), les médecins dépistent-ils ? De manière systématique ?

Comme nous l'avons vu plus haut, 87 médecins répondants dépistent au moins « parfois » les troubles du langage oral. Ces médecins ont secondairement été interrogés sur leurs pratiques de dépistage.

Parmi eux, 51 médecins dépistent les enfants de moins de 3 ans (59%), 73 les enfants de 3 à 6 ans (84%), et 6 dépistent également les troubles du langage après 6 ans (7%) (Figure 13). Les 6 médecins ayant déclaré dépister après 6 ans dépistent également avant 3 ans et entre 3 et 6 ans. 84% des médecins répondants sont donc en accord avec les recommandations de la HAS, qui préconise de réaliser ce dépistage entre 3 et 6 ans.

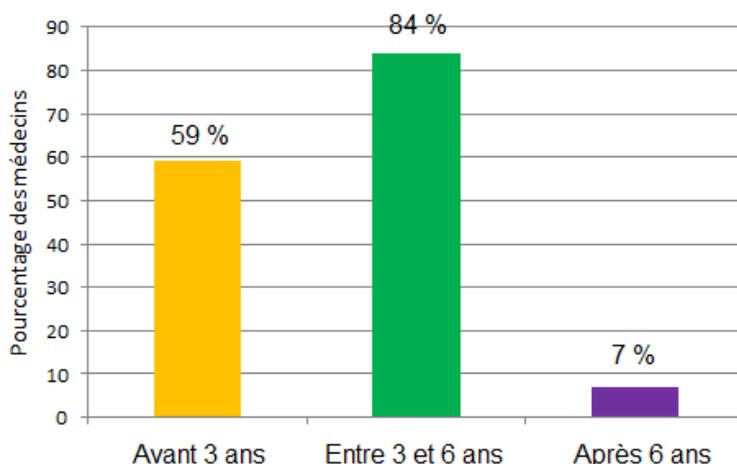


Figure 13 : populations d'âge ciblées par les médecins répondants pour le dépistage des troubles du langage oral (parmi les 87 médecins dépistant au moins « parfois »).

Sur les 87 médecins interrogés, 33 dépistent les troubles du langage oral de manière systématique (31%) et 67 le font mais non systématiquement (63%). Ces derniers dépistent à la demande des parents pour 61 % d'entre eux et/ou à la demande de l'école (57%), mais surtout en cas de suspicion d'un trouble (90%) (Figure 14).

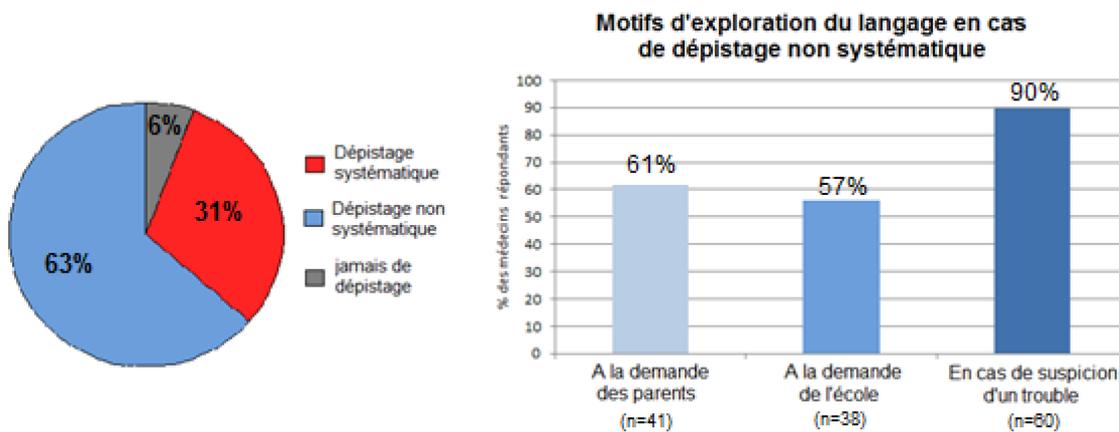


Figure 14 : Pourcentage des médecins dépistant de manière systématique ou non (à gauche) et motifs de dépistage pour les médecins ne dépistant pas de manière systématique (à droite).

En pratique, la majorité des médecins répondants (58%) effectuent généralement ce dépistage à l'occasion d'une consultation de suivi systématique (vaccin, certificat de sport, visite obligatoire...). Un peu moins de 41% le réalisent indifféremment lors d'une consultation systématique ou bien lors d'une consultation pour une pathologie aiguë sans rapport. Enfin, un seul médecin dépiste généralement les troubles du langage lors d'une consultation aiguë (Figure 15).

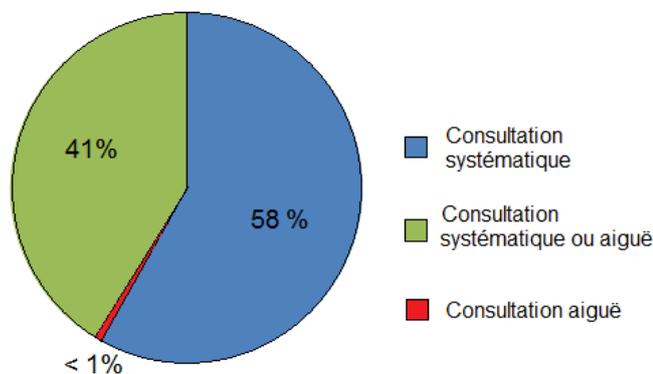


Figure 15 : Type de consultation durant laquelle les médecins répondants effectuent généralement le dépistage des troubles du langage oral.

5. A quels outils de dépistage ont recours les médecins ?

Les médecins n'ont pas tous recours à des tests standardisés pour le dépistage des troubles du langage. Parmi les 87 médecins ayant répondu à ce groupe de questions, 81 observent l'enfant pendant la consultation (93%), 77 interrogent les parents (89%), 71 interrogent l'enfant (82%) et 45 médecins lui demandent de décrire une ou plusieurs images

(52%) (Figure 16). Concernant cette dernière méthode de dépistage, un médecin a précisé avoir recours à la planche d'image issue de la mallette « Sensory Baby Test ».

Le Sensory Baby Test est un kit ayant vocation à explorer le développement psychomoteur des enfants à 9, 24 et 36 mois. L'utilisation de la planche d'image ne constitue pas un test standardisé pour l'exploration du langage ; elle est initialement prévue pour le test auditif à « la voix chuchotée » mais peut effectivement être un support l'exploration du langage.

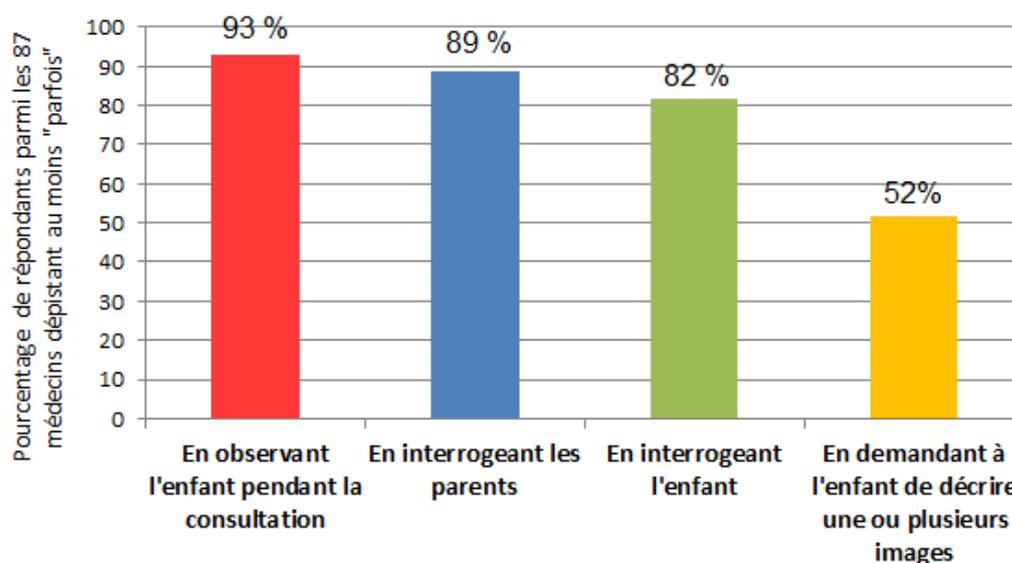


Figure 16 : moyens non standardisés d'exploration du langage utilisés par les 87 médecins dépistant au moins « parfois ».

Vingt-quatre médecins ont recours à un ou plusieurs outils standardisés de dépistage, soit 27% des 87 médecins qui dépistent au moins « parfois ». Parmi ces outils, l'ERTL4 est le plus utilisé (n=19 médecins, soit 22% des « médecins dépistants »), suivi du DPL3 (n=8, soit 9%) et de l'ERTL6 (n=2, soit environ 2%) (Figure 17). Un médecin utilise le questionnaire FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes) à 18 mois; et un médecin utilise l'EDA (Evaluation Des fonctions cognitives et des Apprentissages de 4 à 11 ans) qui correspond à la nouvelle BREV, comme vu précédemment dans le chapitre « Généralités ». Aucun médecin n'a déclaré utiliser le Questionnaire Langage et Comportement (QLC), à 3 ans et demi.

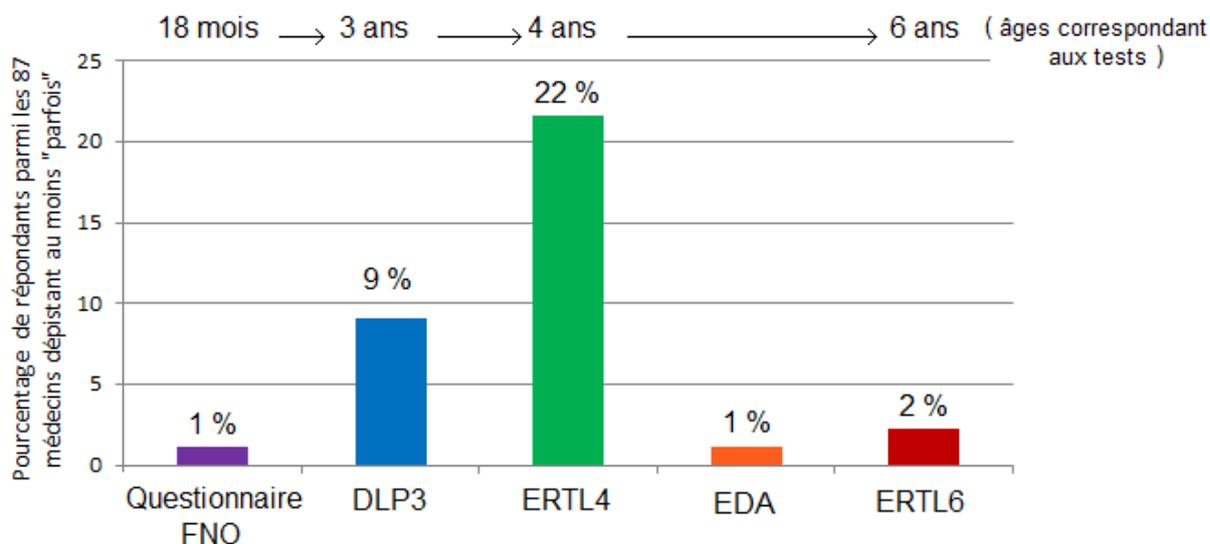


Figure 17 : Tests standardisés d'exploration du langage utilisés par les 87 médecins dépistant au moins « parfois ».

Plus les médecins dépistent et plus ils ont significativement tendance à recourir à des outils standardisés (type DLP3 ou ERTL4), en complément des méthodes non standardisées d'observation et d'interrogatoire (Figure 18). Les 13 médecins ne dépistant que rarement les troubles du langage oral n'ont pas été interrogés sur ces questions, mais nous avons considéré, confortés par les résultats exposés en Figure 18, qu'ils utilisent des tests standardisés de manière négligeable, les rares fois où ils explorent le langage. Partant de ce constat, nous avons rapporté nos résultats relatifs aux tests standardisés à l'ensemble des 106 médecins de notre échantillon : environ 23% des médecins répondants ont recours à un ou plusieurs tests standardisés ; 18% utilisent l'ERTL4 et 8% utilisent le DLP3 (Figure 19).

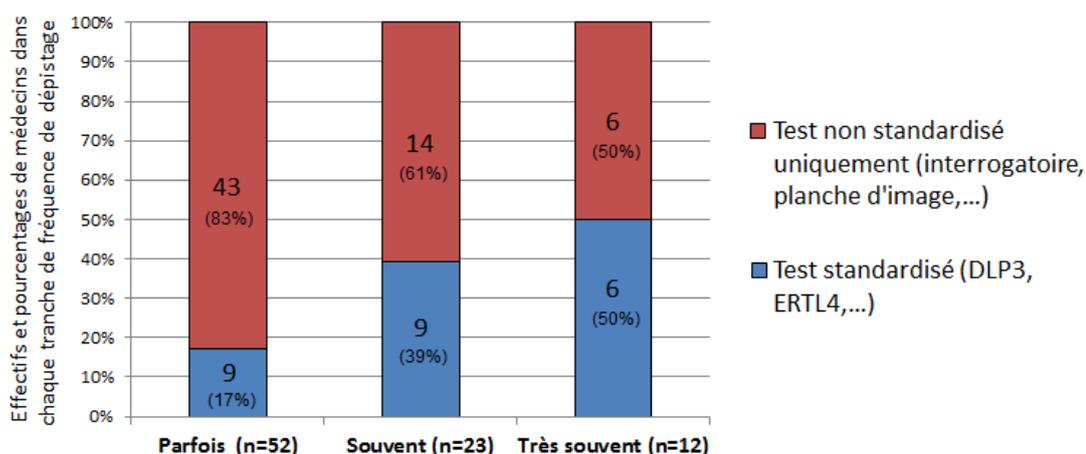


Figure 18 : Nombre de médecins ayant recours à des tests standardisés ou non standardisés, en fonction de la fréquence de dépistage des troubles du langage, en effectifs (étiquette haute) et en pourcentage pour chaque groupe de fréquence (étiquette basse).

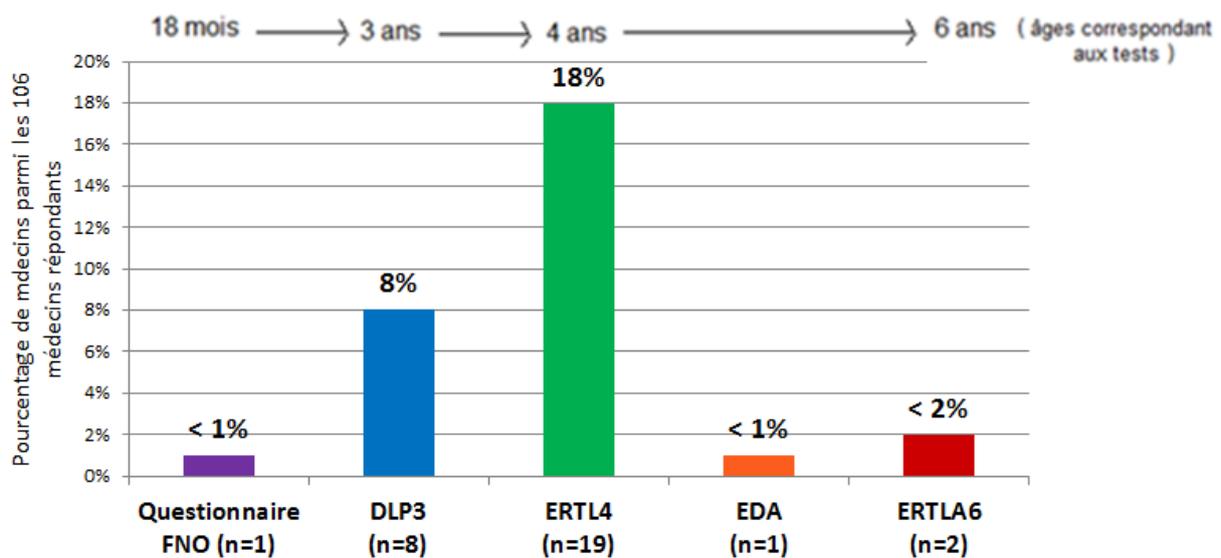


Figure 19 : fréquence d'utilisation des tests standardisés d'exploration du langage oral parmi les 106 médecins répondants.

Outre la fréquence de dépistage, d'autres facteurs sont corrélés à l'utilisation des outils standardisés : les médecins qui y recourent ont plus souvent une formation secondaire au troubles du langage (Figure 20), une patientèle pédiatrique nombreuse (Figure 21) et ils sont plus souvent maîtres de stage universitaires (Figure 22).

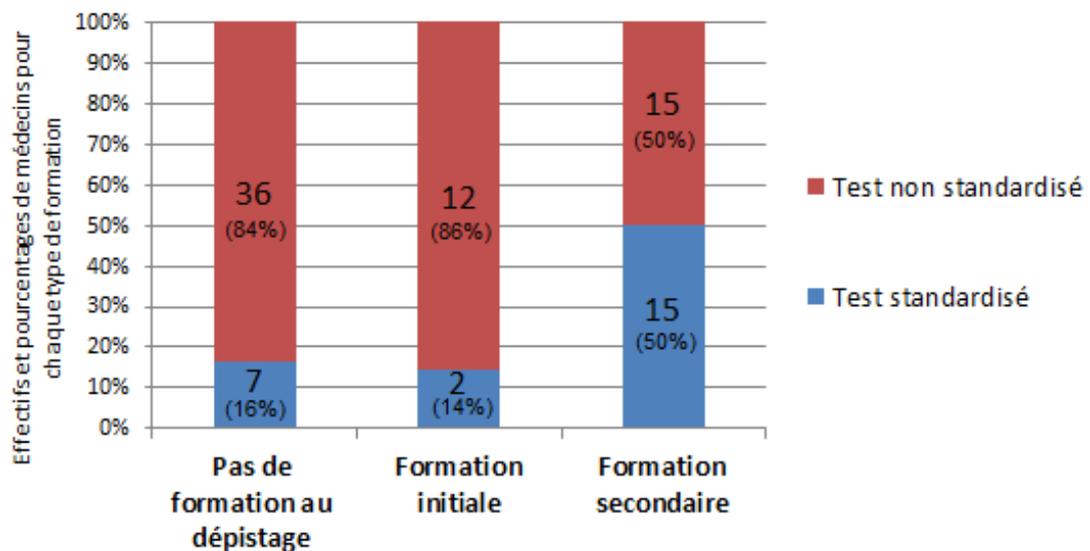


Figure 20 : Nombre de médecins ayant recours à des tests standardisés ou non, en fonction du type de formation, en effectifs (étiquette haute) et en pourcentage pour chaque groupe de formation (étiquette basse).

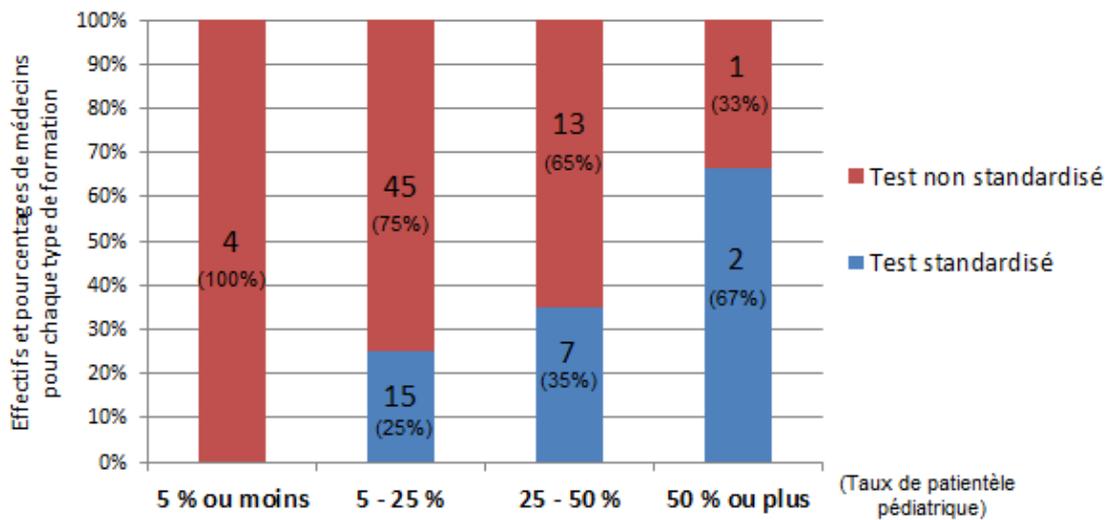


Figure 21 : Nombre de médecins ayant recours à des tests standardisés ou non standardisés, en fonction du taux de patientèle pédiatrique, en effectifs (étiquette haute) et en pourcentage pour chaque groupe de formation (étiquette basse).

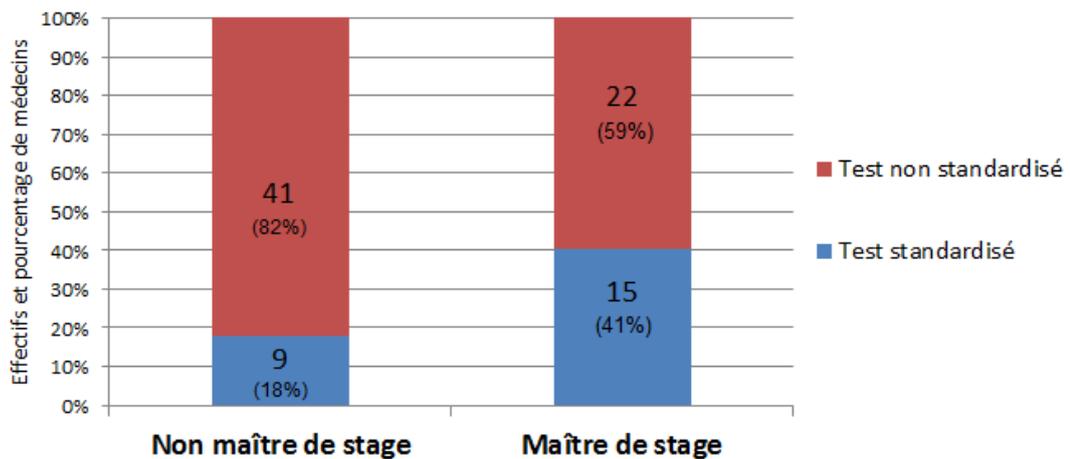


Figure 22 : Nombre de médecins ayant recours à des tests standardisés ou non, en fonction de leur statut de maître de stage des universités ou non ; en effectifs (étiquette haute) et en pourcentage pour chaque groupe "maître de stage" et "non maître de stage" (étiquette basse).

6. Formations et connaissances des médecins répondants en matière de dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant

Parmi les 106 médecins répondants, 49 ont déclaré avoir reçu une formation au dépistage des troubles du langage oral, soit 46% ; 54% se disent donc non formés à ce dépistage. Parmi les médecins ayant reçu une formation, 21 médecins déclarent avoir été formés lors de leurs études (formation initiale), 26 par le biais de la formation médicale continue et 4 en lisant des revues médicales. Parmi eux, 3 médecins cumulent la formation initiale et la formation médicale continue et 1 médecin cumule la formation initiale et la formation via les revues médicales. Deux autres médecins se sont formés par des moyens différents : la pratique de bilans scolaires en maternelle par un médecin à temps partiel en PMI et la participation à un diplôme inter-universitaire « de santé de l'enfant », pour un second médecin (Figure 23). Au total, les médecins répondants étaient 16% à avoir reçu uniquement une formation initiale pendant leurs études et 30% à avoir eu une formation secondaire (avec ou sans formation initiale) (Figure 23).

Il nous semble important de préciser que le médecin effectuant un temps partiel en PMI nous a confirmé avoir répondu au questionnaire en se basant sur sa pratique de médecin généraliste de ville et non sur sa pratique de médecin de PMI ; c'est pourquoi nous l'avons inclus dans cette étude.

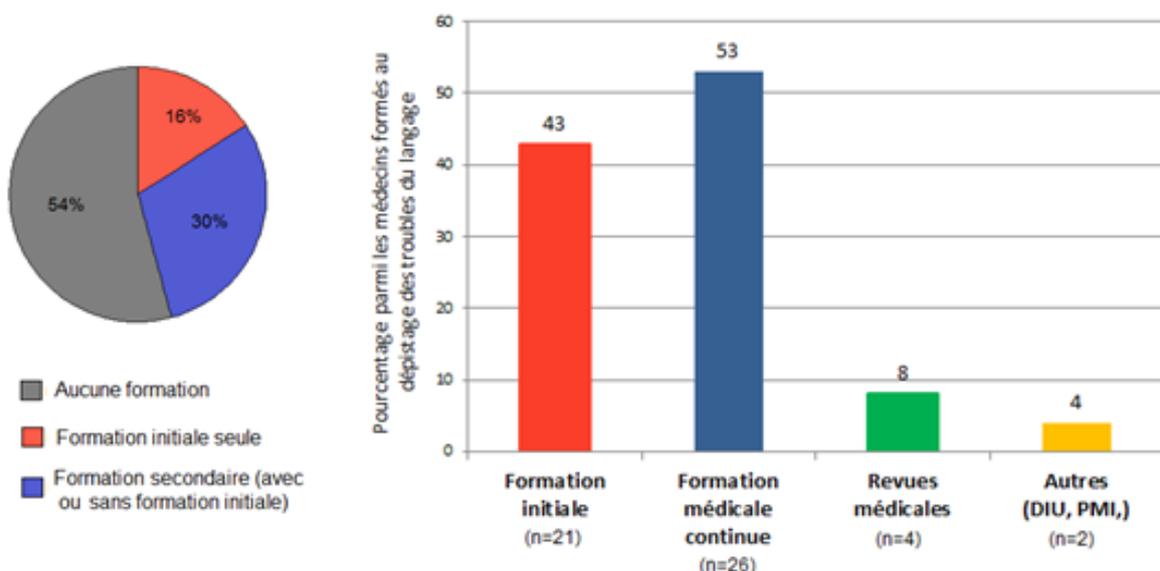


Figure 23 : Médecins formés au dépistage des troubles du langage parmi tous les médecins répondants (à gauche) et type de formation reçue parmi les 49 médecins formés (à droite).

Seuls 21 des 106 médecins interrogés, soit 20%, ont reçu une formation au dépistage des troubles du langage pas le biais de la faculté de médecine. On aurait donc pu s'attendre à ce que les autres médecins se forment après la fin de leurs études. Les résultats de notre enquête montrent au contraire que seuls 33% des médecins n'ayant pas bénéficié de la formation initiale se sont formés secondairement (Figure 24).

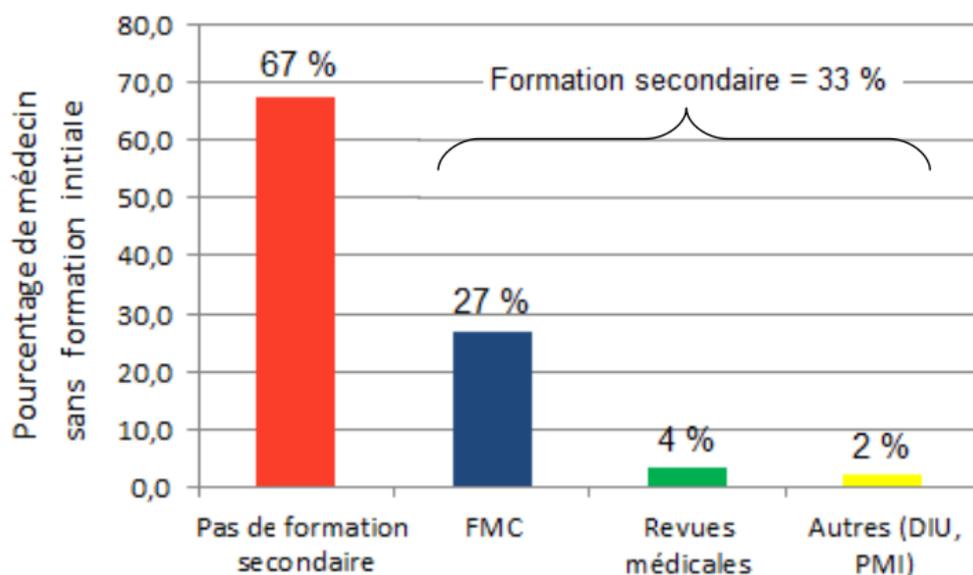


Figure 24 : Part des médecins répondants non formés initialement et ayant suivi une formation secondaire au dépistage des troubles du langage oral.

Seuls 30% des médecins répondants s'estiment à l'aise avec les différentes étapes d'acquisition du langage (n=32 médecins). Cette proportion a tendance à augmenter chez les médecins ayant bénéficié d'une formation initiale, et encore davantage en cas de formation secondaire (Figure 25).

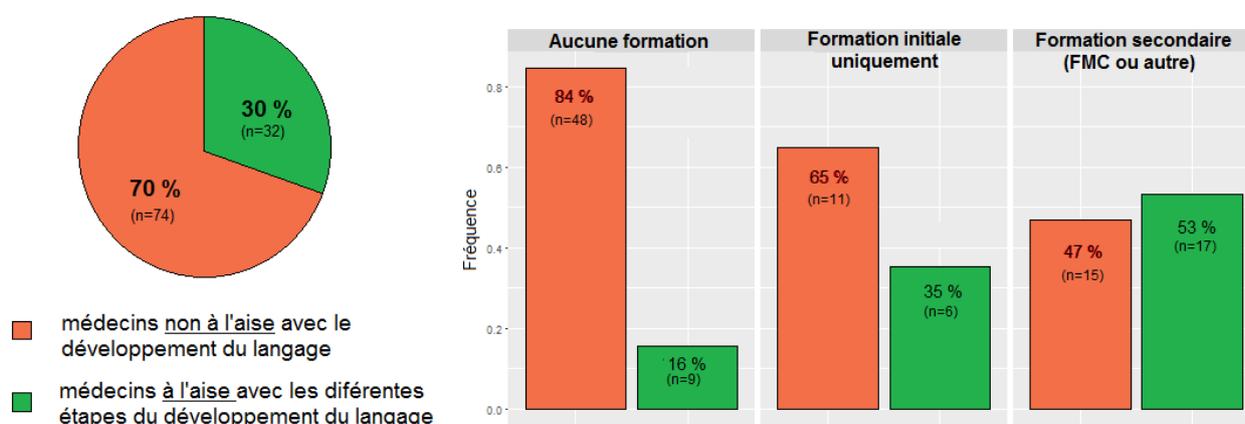


Figure 25 : Aisance des médecins avec les différentes étapes d'acquisition du langage (à gauche) et en fonction de leur formation aux troubles du langage (à droite).

Nous avons ensuite interrogé les médecins pour savoir s'ils savent repérer les signes d'alertes concernant le langage d'un enfant de 4 ans (figure 26). Tous les items proposés en réponse à la question « Quel(s) signe(s) vous alerteraient concernant le langage d'un enfant de 4 ans ? » sont des signes d'alerte à 4 ans, hormis la présence de troubles d'articulation (de type « ch/s » ou « tr/cr ») et l'absence d'accord du verbe. Les troubles de l'articulation ou les confusions dans les sons peuvent initialement faire l'objet d'une surveillance à 4 ans mais doivent motiver une prise en charge orthophonique s'ils sont très prononcés, ou s'ils persistent à 4ans ½ - 5 ans (33) (34).

A 4 ans, le « style télégraphique » des enfants s'amende progressivement et leur développement syntaxique suit la stratégie « essai-erreur ». L'absence d'accord du verbe n'est donc pas un signe d'alerte à cet âge, d'autant que la grammaire n'est enseignée qu'à partir du CE1. Plus de 85% des médecins ont bien repéré que l'absence d'intelligibilité ou la difficulté à comprendre des consignes simples sont des signes qui doivent interpeler concernant le langage d'un enfant de 4 ans. En revanche, les médecins ne sont que 60% à s'inquiéter d'une faible utilisation des pronoms personnels et d'une mimogestualité compensatoire importante, qui sont pourtant également des signes d'alerte.

Un médecin précise en commentaire libre qu'il s'inquiète en cas d'isolement ou d'agressivité de l'enfant, ou si ce dernier parle peu ou ne construit pas de phrase. Un second médecin ajoute le « regard fuyant » aux signes qui l'alertent concernant le langage à 4 ans.

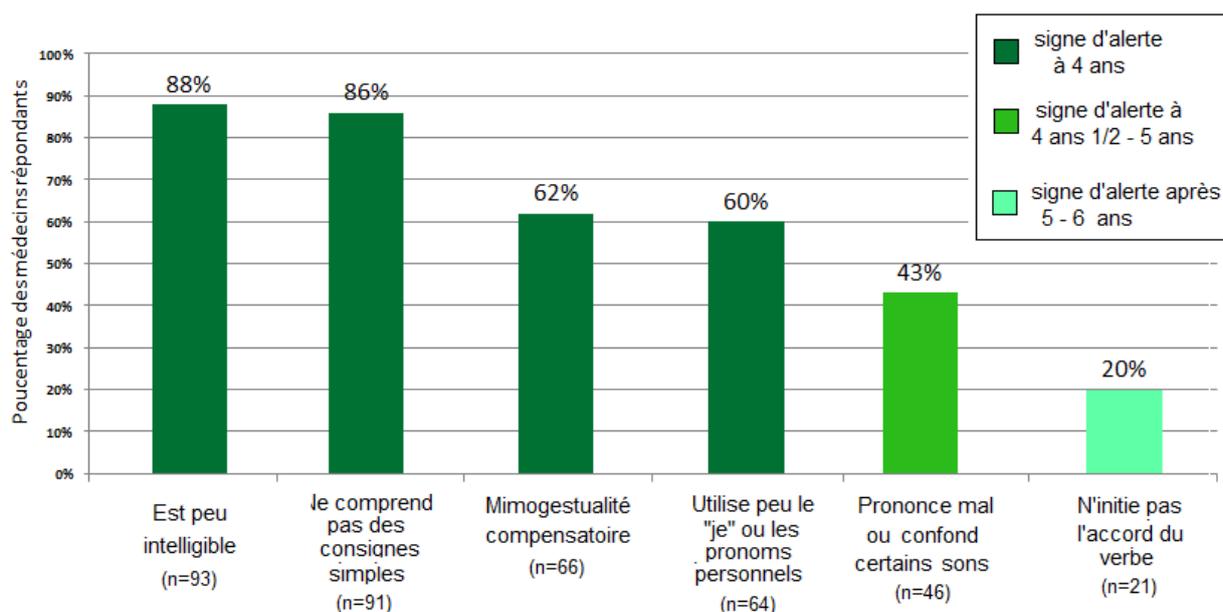


Figure 26 : signes alertant les médecins répondants concernant le langage d'un enfant de 4 ans.

7. Freins au dépistage des troubles du langage selon les médecins répondants

Seuls 7 des 106 médecins interrogés ne voient aucun frein au dépistage des troubles du langage oral. Les autres médecins, soit plus de 93% de l'échantillon de médecins décrivent à l'inverse des difficultés dans la réalisation de ce dépistage.

Le premier frein est le manque de formation (79% des répondants, n=84 médecins) ; en seconde position vient le manque de temps (53% des répondants, n=56), puis l'absence de matériel pour effectuer ce dépistage (42%, n=45), l'absence de consultation dédiée à cette activité (36%, n=38) et enfin l'absence de cotation et donc de rémunération (hors ROSEP) pour cette activité (25%, n=27).

Le risque de « doublon » en cas de dépistage déjà réalisé par le pédiatre ou le médecin de PMI n'est considéré comme un frein au dépistage que par 12% des médecins répondants (n=13 médecins) (Figure 27).

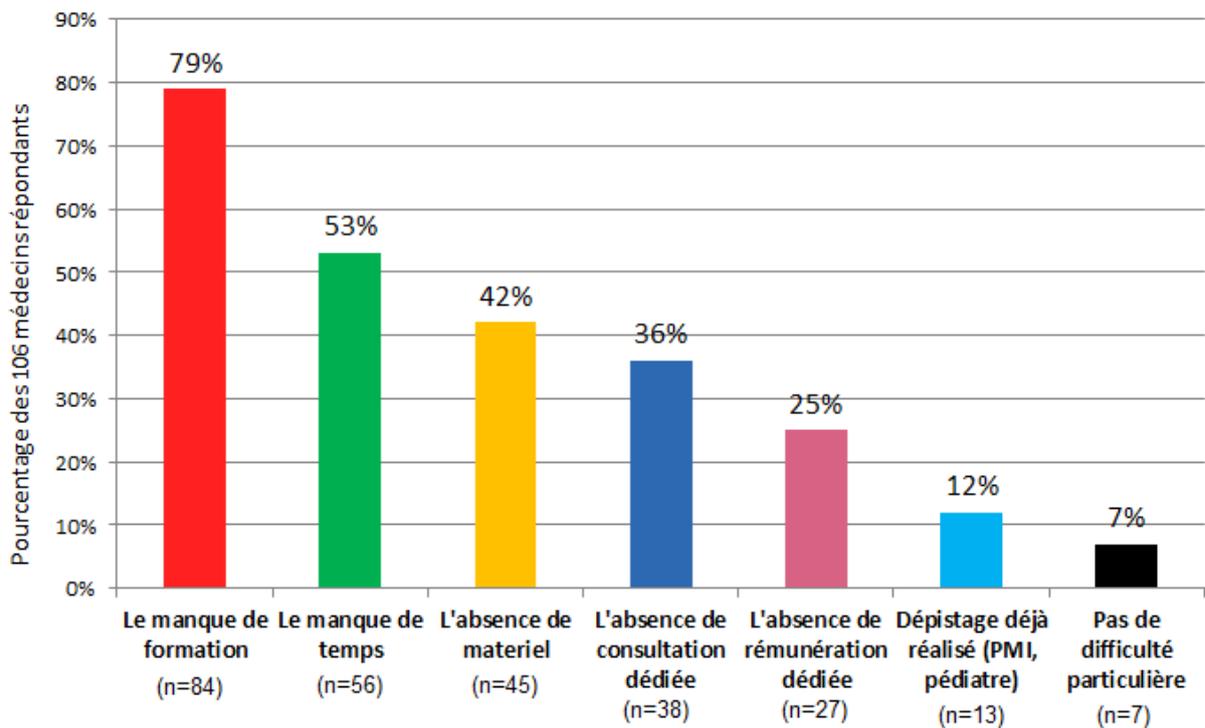


Figure 27 : Paramètres considérés comme des freins au dépistage des troubles du langage oral, par les médecins répondants.

8. A qui incombe la mission de dépister les troubles du langage oral, selon les médecins répondants ?

Les médecins pouvaient classer le rôle du médecin généraliste, du pédiatre et du médecin de PMI en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} intention, avec la possibilité de les mettre sur le même plan ou bien de hiérarchiser leur responsabilité dans ce dépistage.

Selon 86% des médecins répondants, le dépistage des troubles du langage oral relève en première intention de la responsabilité du médecin généraliste. Le médecin de PMI et le pédiatre sont également des acteurs de premier plan pour respectivement 71% et 67% des répondants (Figure 28). Aucun des médecins interrogés n'a déclaré que ce dépistage n'est pas le rôle du médecin généraliste. *A contrario*, 2 médecins pensent que ce n'est pas le rôle du pédiatre et 2 autres médecins que ce n'est pas le rôle du médecin de PMI.

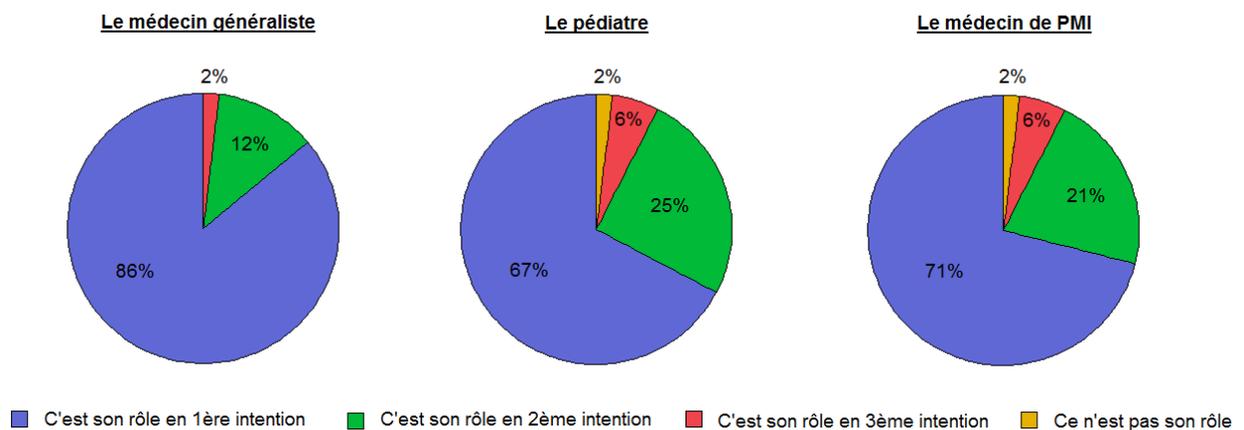


Figure 28 : Professionnels de santé ayant pour rôle le dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant, selon les médecins répondants.

47% des médecins considèrent que le dépistage des troubles du langage oral incombe tout autant au médecin généraliste qu'au pédiatre ou au médecin de PMI. Les 53 autres pourcents considèrent donc que ce rôle incombe davantage à un/des praticiens plutôt qu'à un autre : 38% penchent plutôt pour le médecin généraliste, tandis que 15% considèrent que c'est plutôt le rôle du pédiatre ou du médecin de PMI (Figure 29).

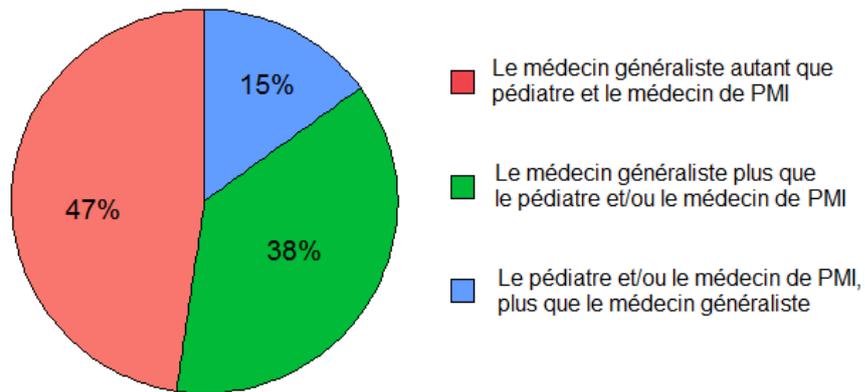


Figure 29 : Hiérarchisation de la responsabilité des professionnels de santé concernant le dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant, selon les 106 médecins répondants.

Au cours de ce travail, nous avons sollicité les services de PMI des quatre départements de la région Poitou-Charentes afin d'obtenir leur taux de couverture du bilan de PMI à l'école maternelle, bilan au cours duquel les enfants de 3-4 ans bénéficient, entre autres, d'un dépistage des troubles du langage oral.

Ainsi, en 2018, 97% des enfants de 3-4 ans ont été vus lors de ce bilan dans les Deux-Sèvres, contre 92% en Charentes Maritime, 75% dans la Vienne, et 37% en Charentes. Dans l'ensemble, les médecins répondants ne connaissent pas le taux de couverture pour le bilan de PMI dans leur département, sauf en Deux-Sèvres où près d'un quart des médecins ont à l'esprit que le taux de couverture est très élevé, et en Charentes où un tiers des médecins estiment de manière adéquate ce taux entre 25 et 49% (Figure 30).

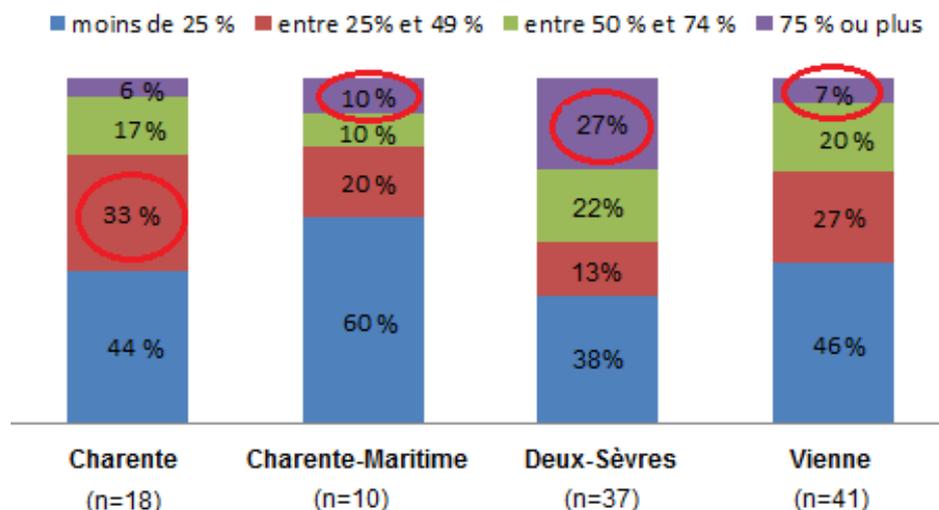


Figure 30 : Pourcentage de médecins répondants par département et leur réponse à la question « A votre avis, quel est la proportion des enfants de 3 - 4 ans vus en bilan de santé par la PMI, en école maternelle, dans votre département ? » (La bonne réponse est entourée en rouge, pour chaque département).

9. La connaissance et l'utilisation de l'ERTL4

Nous avons montré *supra* qu'environ 18% des 106 médecins interrogés utilisent l'ERTL4, et donc que 82% n'y ont pas recours. Par ailleurs, 31% des médecins répondants ne connaissent pas l'ERTL4 (Figure 31). Les médecins connaissent surtout ce test par le biais de la formation secondaire (27% des médecins avec la FMC⁷ et 11% avec la littérature médicale) et/ou via les ROSP (21% des médecins répondants) (Figure 32).

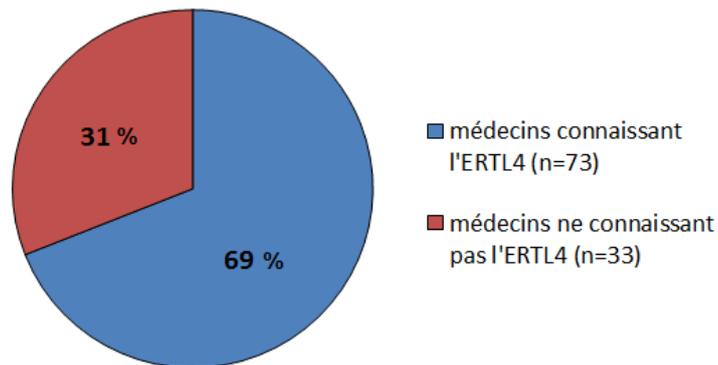


Figure 31 : pourcentage de médecins répondants ayant entendu parler de l'ERTL4.

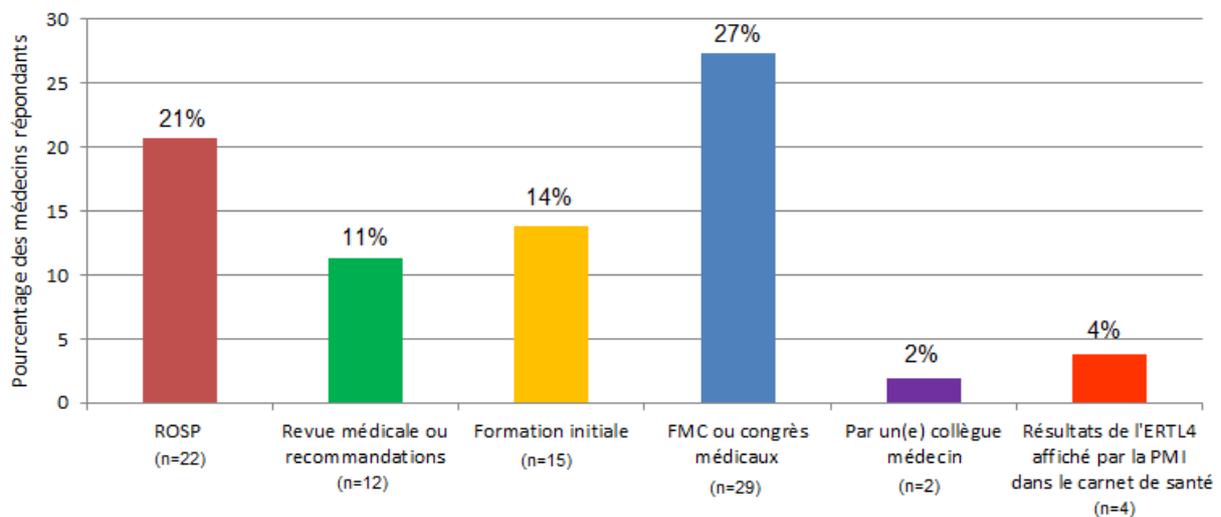


Figure 32 : vecteurs de connaissance de l'ERTL4 pour les médecins répondants

⁷ Formation Médicale Continue

Sur les 79 médecins répondants de moins de 50 ans (et dont la formation initiale était donc concomitante ou ultérieure à la création de l'ERTL4), 15 se rappellent avoir entendu parler de ce test au cours de leurs études, soit 19%. Plus les médecins sont jeunes et plus ils témoignent avoir reçu une formation initiale concernant l'ERTL4 (Figure 33). En négligeant le biais de mémorisation (les médecins ayant terminé leurs études il y a plus longtemps ne se souviennent peut-être pas y avoir abordé l'ERTL4), ces résultats suggèrent que l'ERTL4 est de plus en plus abordé lors de la formation initiale des médecins.

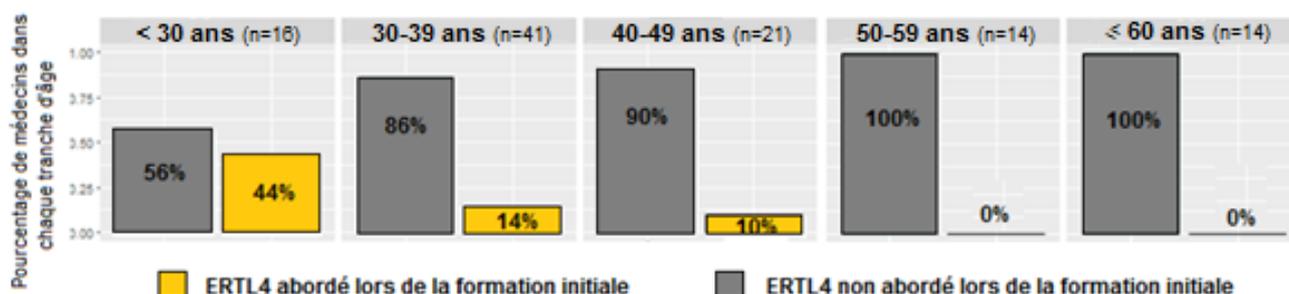


Figure 33 : Pourcentage de médecins ayant abordé l'ERTL4 au cours de leurs études (faculté et stages, en fonction de leur âge).

Parmi tous les médecins répondants, 76% se disent prêts à intégrer l'ERTL4 de façon systématique (n=80 médecins) contre que 12% qui n'y sont pas prêts (n=13) et 12% qui ne se prononcent pas (n=13) (Figure 34).

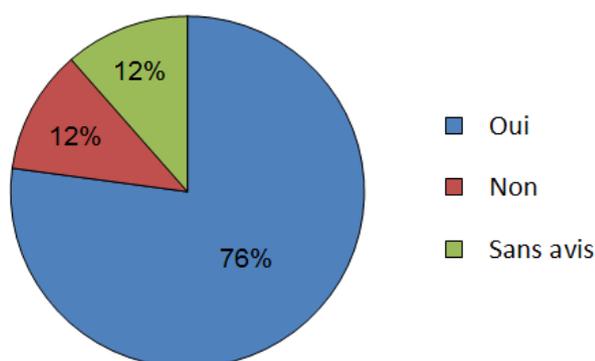


Figure 34 : Part des médecins prêts à intégrer l'ERTL4 dans leur pratique, de manière systématique.

Concernant les freins à l'utilisation de l'ERTL4, « l'absence de formation à l'utilisation de ce test » est le frein le plus cité par les médecins répondants (66% d'entre eux), suivi du « manque de temps, même en cas de consultation dédiée au dépistage » (48%). Les médecins répondants sont ensuite 46% à regretter l'absence de cotation spécifique valorisant la passation de l'ERTL4, durant la consultation. Le prix de ce test (125 euros) est également un frein majeur à son utilisation pour plus d'un tiers des médecins (37%). Au contraire, la faible valorisation financière de l'ERTL4 via les ROSP n'est un frein que pour 9% des répondants. La possible non-compliance à l'ERTL4 des enfants examinés est citée par 23% des médecins.

Quatre médecins ont par ailleurs précisé qu'ils ne considèrent pas la passation de l'ERTL4 comme relevant de la responsabilité du médecin. Trois médecins mettent en lumière que malgré la page des 4 ans dans le carnet de santé, rares sont les parents qui amènent leur enfant en consultation de médecine générale pour réaliser les dépistages des 4 ans.

Deux médecins des Deux-Sèvres expliquent que ce test est déjà réalisé par la PMI à l'école et qu'il y a donc un risque de doublon. Enfin, un médecin trouve que l'ERTL4 n'est pas le moyen le plus simple pour dépister les troubles du langage oral (Figure 35).

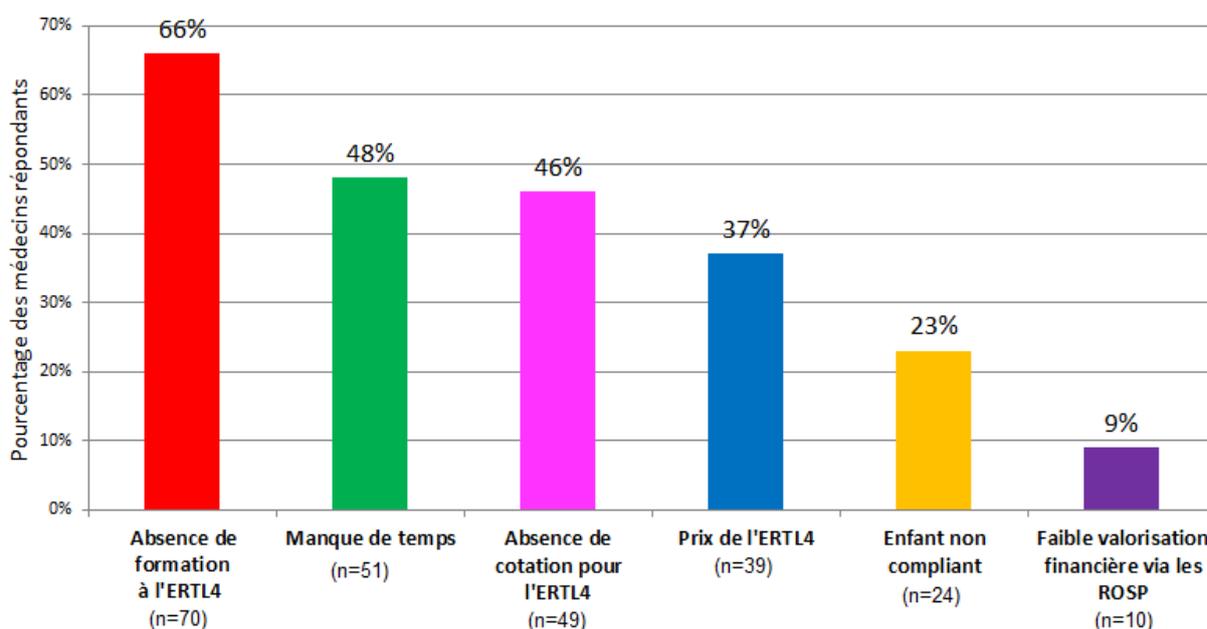


Figure 35 : Freins à l'utilisation de l'ERTL4 selon les 106 médecins répondants.

10. La ROSP est-elle un levier efficace sur le dépistage des troubles du langage oral et l'utilisation de l'ERTL4 ?

76 médecins répondants (soit 72% de l'effectif) sont concernés par la ROSP avant et après 2016 : Il s'agit des médecins installés, de plus de 30 ans, n'ayant pas déclaré une installation postérieure à 2016 et n'ayant pas déclaré refuser la ROSP.

Parmi ces 76 médecins, 32% (n=24 médecins) pensent que l'inscription de l'ERTL4 dans la ROSP permet de faire connaître efficacement ce test, contre 46% (n=35) de l'avis contraire et 22% (n=17) sans avis (Figure 36).

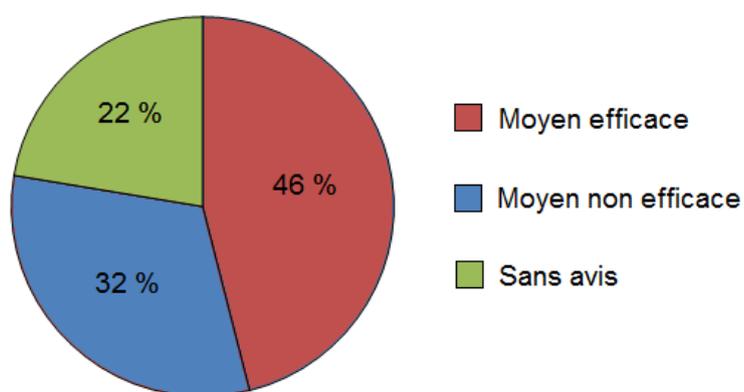


Figure 36 : Part des médecins pensant que les ROSP sont un moyen efficace de faire connaître le test ERTL4.

En effet, seuls 9 médecins déclarent dépister plus fréquemment les troubles du langage oral depuis la nouvelle convention de 2016 et donc la promotion de ce dépistage par les ROSP, soit 12% des médecins concernés par les ROSP. De même, 7 médecins (soit 9% de l'effectif concerné) déclarent avoir recours à l'ERTL4 de manière plus fréquente, depuis 2016 (Figure 37).

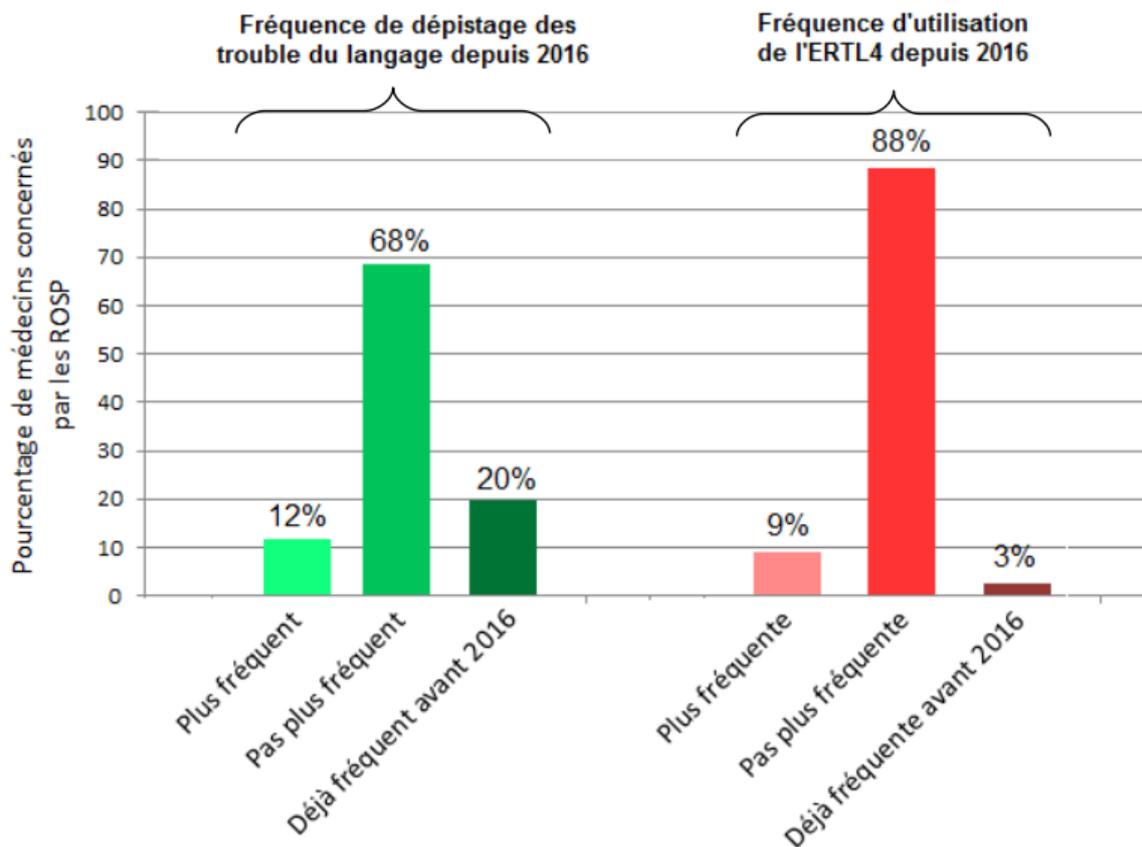


Figure 37 : Différence entre la fréquence de dépistage des troubles du langage d'une part, et la fréquence d'utilisation de l'ERTL4 d'autre part, avant et après la convention médicale de 2016 (parmi les 76 médecins concernés par la ROSP).

Nous avons contacté le fabricant du test ERTL4 pour l'interroger sur une éventuelle hausse des commandes de l'ERTL4 depuis 2016. Celui-ci nous a confirmé une augmentation de l'ordre de + 50% des commandes émanant des médecins généralistes depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle ROSP, en France.

Nos résultats nous amènent néanmoins à penser que l'effet incitatif de l'inscription de ce dépistage dans les ROSP reposant sur l'utilisation de l'ERTL4 est pour l'instant limité, en ce qui concerne les médecins ayant participé à notre enquête.

11. Promotion du dépistage des troubles du langage et autres remarques sur le dépistage des troubles du langage oral et sur l'ERTL4

A la fin du questionnaire, tous les médecins répondants avaient la possibilité de partager leurs remarques et d'expliquer ce qui, selon eux, permettrait de promouvoir le dépistage des troubles du langage oral, chez l'enfant. 54 médecins ont partagé une ou plusieurs remarque(s). Nous avons regroupé leurs réponses comme suit :

- Améliorer la formation des médecins :
 - Initier les médecins aux étapes de l'acquisition du langage et à ses troubles, mais également à l'utilisation des outils de dépistage ; par exemple en rendant obligatoire la formation initiale, en augmentant l'offre de Formation médicale continue sur ce sujet ou par des informations de la PMI ;
 - Former les médecins à orienter vers le correspondant adéquat ;
- Mettre en place une consultation obligatoire dédiée au dépistage des troubles des acquisitions, en tiers payant ;
- Créer une Cotation et rémunérer la réalisation du dépistage des troubles du langage oral ;
- Favoriser la coordination entre les professionnels de santé :
 - Réseau médecin généraliste-PMI, avec notamment un retour écrit des bilans de la PMI et des sollicitations au médecin généraliste à prendre le relais si besoin. En effet, deux médecins ont expliqué réaliser l'ERTL4 quand ils n'en trouvent pas la trace dans le carnet de santé ;
 - Un partenariat avec les orthophonistes est également plébiscité par certains médecins répondants.
- Améliorer la prise en charge une fois le trouble du langage dépisté en réduisant les délais d'attente pour une consultation d'orthophonie ou auprès du CRTLA (Centre Référent des Troubles du Langage et des Apprentissages) ;
- Déléguer le dépistage des troubles du langage oral ou le réorganiser :
 - Déléguer ce dépistage aux infirmier(e)s ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe), aux médecins scolaires ou aux infirmier(e)s scolaires, proposer un bilan orthophonique systématique au même titre que le programme « M'T dents » pour la prévention des caries, par exemple ;

- Réorganiser le dépistage des troubles du langage avec un repérage rapide par le médecin généraliste, suivi d'une orientation vers un pédiatre en cas de doute pour qu'il réalise l'ERTL4 ;
- Promouvoir ce dépistage auprès des médecins et des familles par des campagnes de sensibilisation, avec notamment une page dédiée au langage dans le carnet de santé ;
- Remarques des médecins répondants concernant le dépistage et plus précisément le test ERTL4 :
 - 5 médecins expriment des doutes concernant la simplicité et le temps de passation de l'ERTL4. Parmi eux, aucun n'utilise d'outils standardisé de dépistage et trois ne connaissent pas l'ERTL4.
 - A l'inverse, un médecin qui dépiste « très souvent », de manière systématique et qui manie plusieurs outils standardisés (ERTL4, ERTL6, BREV) précise en commentaire qu'il trouve l'ERTL4 « très facile et rapide à faire passer ».

DISCUSSION

1 Discussion sur la méthode - cohérence interne

1.1 Représentativité de notre échantillon de médecins

Au cours de ce travail, nous avons rencontré plusieurs limites méthodologiques. La principale est liée au choix d'une enquête par questionnaire auto-administré, adressée à un échantillon de généralistes sélectionnés à partir d'une base de sondage non exhaustive (faute d'accès à une base plus complète) et répondant sur la base du volontariat.

Les médecins ayant participé à notre enquête sont dans l'ensemble plus jeunes, plus souvent des femmes et des maîtres de stage que dans la population des médecins généralistes de Poitou-Charentes (35).

L'échantillon des répondants n'est donc pas représentatif :

- Les répondants exercent principalement dans la Vienne et les Deux-Sèvres. Les médecins généralistes de Charente-Maritime sont largement sous-représentés dans notre étude (9% des répondants) alors qu'ils représentent 40% des médecins généralistes de Poitou-Charentes (35).
- Selon les données fournies par les conseils départementaux de l'ordre des médecins de Poitou-Charentes, le taux moyen de remplaçants parmi les médecins généralistes libéraux et mixtes est de 16%, en Poitou-Charentes. Ce taux de remplaçants était comparable, à 18% dans notre échantillon de médecins interrogés.
- En 2017, il y avait en Poitou-Charentes 299 médecins maîtres de stage des universités (36), soit 18% des médecins généralistes libéraux ou mixtes de Poitou-Charentes. Il y a donc environ deux fois plus de maîtres de stage (37%) dans notre échantillon de médecins que dans la population générale.
- Les médecins de moins de 40 ans représentent 54% de notre échantillon et sont donc très surreprésentés par rapport aux 12,5% de médecins de cette classe d'âge, en Poitou-Charentes. La proportion de médecins femmes est également supérieure parmi les médecins répondants (58% dans l'échantillon contre 36% dans la population générale) (Figures 38 et 39).

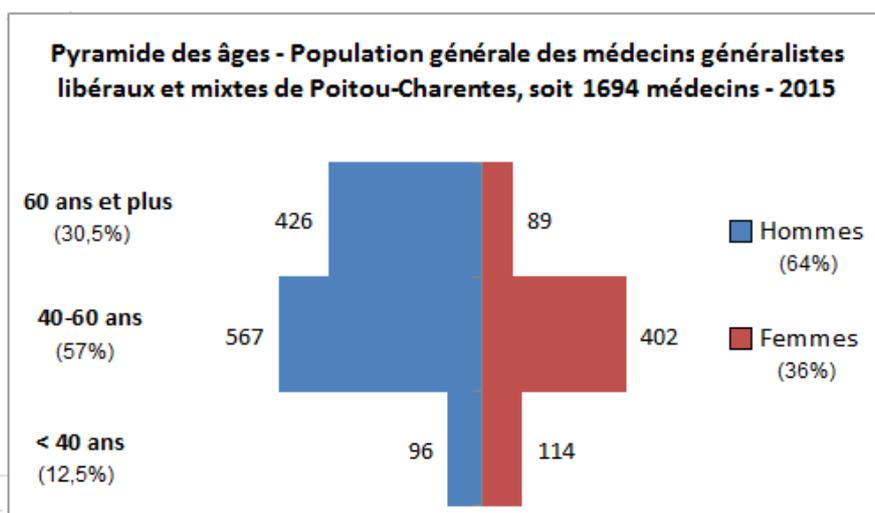


Figure 38 : Pyramides des âges (en effectifs sur la pyramide et en pourcentage entre parenthèses) chez les 1694 médecins généralistes de Poitou-Charentes, selon les données du CNOM en 2015 (35).

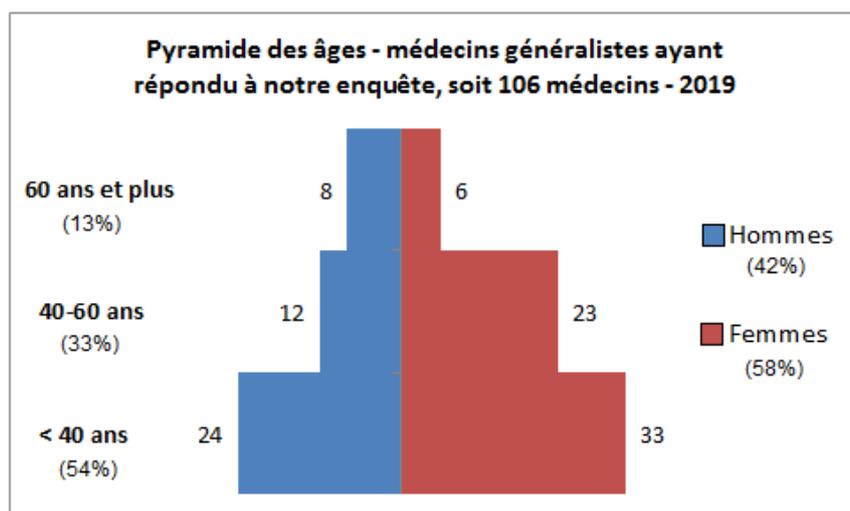


Figure 39 : Pyramides des âges (en effectifs sur la pyramide et en pourcentage entre parenthèses) chez les 106 médecins généralistes ayant participé à notre enquête.

1.2 Autres biais méthodologiques

- Le biais de recrutement est notre principal biais méthodologique, en l'absence de tirage au sort des répondants à partir d'une base de données exhaustive ; nous n'avons malheureusement pas eu accès à une telle base ;
- Le biais de mémorisation, concernant par exemple l'existence d'une formation initiale ou pas ;
- Le biais de désirabilité : malgré un traitement anonyme des données, la réponse supposée la plus désirable par l'enquêteur peut être privilégiée par les répondants ;
- Le biais d'interprétation : par soucis de praticité et de clarté, nous avons formulé les questions de manière la plus simple et la plus courte possible. Cette concision s'est faite

au prix d'un manque de précisions exposant certaines questions à un biais d'interprétation par les médecins répondants.

- Enfin, notre enquête recherche l'existence d'une pratique (dépistage ou non, utilisation d'un test standardisé ou non) mais ne présage pas de la qualité du dépistage et de l'orientation qui s'en suit. Ainsi, un médecin peut déclarer réaliser l'ERTL4 mais le réaliser de manière incorrecte ou incomplète sans que nous ayons la possibilité de le vérifier.

1.3 Au total, notre échantillon de médecins surreprésente les pratiques les plus conformes aux recommandations

Du fait de nos faibles effectifs et de l'absence de représentativité, nous sommes donc dans l'impossibilité d'extrapoler nos résultats à l'ensemble des médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Cependant, ces résultats permettent de donner une tendance sur les pratiques de dépistage des médecins généralistes de moins de 40 ans, les plus engagés dans la formation des étudiants en région Poitou-Charentes. On peut faire l'hypothèse que l'application des recommandations de dépistage récentes est meilleure dans cet échantillon proche de la formation initiale ou formateur lui-même, que dans la population générale. Nos résultats surreprésentent donc probablement les pratiques de dépistage les plus conformes, dans la région.

2 Discussion sur les résultats et comparaison à la littérature - cohérence externe

2.1 Fréquence de dépistage des troubles du langage oral et utilisation d'outils de dépistage validés

L'intérêt d'un test standardisé pour le dépistage du langage oral est de pouvoir explorer le langage de manière reproductible, en s'affranchissant au maximum de la subjectivité « opérateur dépendante », en couvrant l'ensemble des paramètres du langage (phonologie, syntaxe, lexique...) et en reposant sur une sensibilité et une spécificité documentées. L'ERTL4 a une bonne Valeur Pronostique Négative (VPN=95%). Ce test permet donc de rassurer de manière fiable les parents si son interprétation débouche sur un « profil vert ». L'utilisation d'un test validé est également un bon moyen de classer les enfants en catégories de « vigilance » : langage normal/ langage à surveiller/ enfant à adresser tout de suite. Le médecin réalisant le test peut ensuite en confiance adresser vers le spécialiste adéquat (orthophoniste, ORL, neuro-pédiatre) en cas de test « inquiétant » et uniquement dans ce cas. L'avantage est également de désengorger les consultations de ces spécialistes et

permettre ainsi des délais de prise en charge plus acceptables pour les enfants qui en ont véritablement besoin.

Dans notre enquête, 82% des médecins répondants dépistent les troubles du langage oral, ne serait-ce que « parfois », et un tiers les dépistent souvent ou très souvent. Ces taux atteignent respectivement 98% et 67% dans la thèse du Dr Sandrine LANGELLA, en 2013 (5). Le travail de cette dernière se basait sur les déclarations de pratiques de 128 médecins généralistes picards. Ces taux supérieurs ne peuvent être comparés à nos résultats faute de données décrivant le taux de patientèle pédiatrique et le taux de maître de stage dans cette enquête picarde ; nous savons seulement que les répondants étaient plus âgés et plus souvent des hommes que dans notre enquête.

Cependant, la plupart des médecins ont recours à des méthodes non standardisées, comme par exemple l'interrogatoire des parents ou de l'enfant, ou l'utilisation d'une planche d'image. Environ un quart des médecins de notre enquête (27% des «médecins dépistants » et 23% du total de notre échantillon de médecins) utilisent un ou plusieurs outils standardisés, principalement l'ERTL4 (18% de notre échantillon) et le DLP3 (8% de notre échantillon). Dans sa thèse de médecine menée en 2016 sur 120 médecins généralistes franciliens (37), le Dr Marine NAUDIN retrouvait 6% d'utilisation pour l'ERTL4 et 1% pour le DLP3 parmi les médecins répondants. Dans la thèse de 2013, c'était moins de 1% des médecins qui utilisaient un outil standardisé (ERTL4 ou DLP3) (5).

L'utilisation de ces tests reste peu fréquente, mais est plus importante dans notre enquête que dans d'autres thèses similaires. La forte participation des maîtres de stage universitaires à notre étude est probablement une des explications à ce constat. D'une part, les médecins maîtres de stage universitaires ayant répondu à notre questionnaire explorent plus souvent le langage que les non maîtres de stage ; d'autre part, ils recourent davantage aux outils standardisés de dépistage (41% des maîtres de stage contre 18% des non maîtres de stage). Nos résultats sont donc probablement surestimés et doivent être nuancés. Contrairement à nous, les auteurs des deux thèses de 2013 et 2016 n'ont pas recherché si les répondants étaient maîtres de stage ou non.

Le facteur chronologique rentre également peut-être en jeu et il est raisonnable de penser qu'au fil des années, ces outils validés sont mieux connus et potentiellement plus utilisés (cf. *infra*).

On peut légitimement se questionner sur ce faible taux de recours à des outils standardisés de dépistage, alors même que les pratiques de notre échantillon de médecins sont plus conformes aux recommandations et que certains tests validés sont recommandés par la HAS depuis 2005.

2.2 Formation des médecins généralistes au dépistage

Une première explication à la faible utilisation des tests standardisés pour le dépistage des troubles du langage est le défaut de formation à ce sujet. Il s'agit en effet du premier frein à l'utilisation de l'ERTL4 évoqué par les médecins de notre enquête (66% des répondants). Les médecins ayant reçu une formation secondaire (FMC ou autre) ont significativement plus recours aux tests standardisés de dépistage que ceux n'ayant pas de formation ou juste la formation initiale. De manière générale, les médecins de notre étude sont peu formés à l'exploration du langage chez l'enfant. Plus de la moitié des répondants (54%) disent n'avoir reçu aucune formation concernant ce dépistage, ni à la faculté ni après et seuls 30% ont pris l'initiative de se former secondairement (à l'aide de la Formation médicale continue, notamment). Ce dernier chiffre peut traduire un désintérêt pour ce dépistage, ou bien une méconnaissance des enjeux du langage oral sur le développement des autres acquisitions (lecture, écriture), mais également un manque de temps pour se former. L'offre de formations complémentaires pour les médecins généralistes est de plus en plus fournie et diversifiée mais la faible disponibilité des médecins liée à leur charge de travail limite l'accès à ces enseignements.

Le défaut de formation explique que 70% des répondants de notre enquête se sentent mal à l'aise avec les étapes du développement du langage. Ce chiffre est comparable à celui obtenu par le Dr LANGELLA dans sa thèse (5) avec 79% des médecins mal à l'aise dans ce domaine.

Pour ce qui est de la connaissance des outils standardisés et notamment de l'ERTL4, 69% des répondants à notre enquête déclarent connaître ce test ; principalement par le biais de la formation initiale et secondaire (47% des répondants), en adéquation avec les 46% de médecins se déclarant formés plus généralement à l'exploration du langage, et par le biais de la ROSEP et du bouche-à-oreille donc avec probablement une moindre connaissance de cet outil (pour 22% des répondants). Il n'est cependant pas possible de connaître réellement leur degré de connaissance concernant cet outil, ni de distinguer les médecins qui le connaissent précisément de ceux qui le connaissent juste de nom et qui n'en ont aucune

expérience. A l'inverse, seuls 30% des médecins connaissaient l'ERTL4, dans l'étude de faisabilité des dépistages du Dr Guillemet portant sur 90 médecins généralistes des Côtes-d'Armor, en 2010 (38). Avec toutes les réserves qu'impose l'absence de comparabilité des échantillons de ces enquêtes, on peut supposer que l'ERTL4 est de plus en plus connu, ne serait-ce qu'en raison de l'inscription de ce test dans la ROSP du médecin généraliste en 2016 (cf. *infra*).

Il semble important de diffuser plus amplement les recommandations en matière de dépistage des déficits du langage, d'autant plus que, parmi les médecins qui s'en enquêtent, la moitié disent en tenir compte dans leur activité (38). Dans ce but, il serait souhaitable d'intensifier la formation des étudiants en médecine en matière d'exploration du langage, mais également la formation des maîtres de stages universitaires qui formeront à leur tour leurs futurs confrères.

Cependant, le défaut de formation à l'ERTL4 ne semble pas être le seul facteur freinant son utilisation. L'impact d'une formation (de type FMC) à cet outil a été étudié dans une thèse de 2013 par le Dr Isabelle COUSINET-ADAMOWICZ (39) : après avoir été formés spécifiquement à l'ERTL4, 39% des médecins n'utilisaient toujours pas ce test dans leur pratique et 32% l'utilisaient mais partiellement.

2.3 Faisabilité des tests recommandés, en cabinet de médecine générale

Notre enquête illustre bien le paradoxe du recours à l'ERTL4 par les médecins généralistes. Il existe en effet un certain engouement de nos répondants pour l'ERTL4 (76% d'entre eux se disent prêts à l'intégrer dans leurs pratiques, de manière systématique) alors que le taux effectif de son utilisation est de seulement 18%.

Une synthèse effectuée en 2000 par les auteurs de l'ERTL4 retrouvait que les professionnels étaient à 87 % satisfaits par cet outil (22). Dans notre étude, les médecins généralistes trouvent ce test utile et aimeraient l'utiliser mais la moitié d'entre eux considèrent que le facteur temps reste très limitant, et ce, même en cas de consultation dédiée au dépistage. Dans la thèse du Dr Isabelle COUSINET-ADAMOWICZ évoquée plus haut (39), 71% des médecins déclaraient avoir encore des difficultés à utiliser cet outil, même après y avoir été spécifiquement formé ; la majorité de ces médecins en difficulté évoquaient la gestion du temps (37%) et la difficulté à coter les différents items de ce test en vue de son interprétation (23%).

Si les fabricants du test annoncent une durée de passation de l'ERTL4 de l'ordre de 5 minutes (40), d'autres études retrouvent des durées plus longues. Pour les médecins généralistes interrogés par le Dr Isabelle COUSINET-ADAMOWICZ, la durée médiane était juste inférieure à 10 minutes pour la passation et l'interprétation de l'ERTL4, et inférieure à 20 minutes pour l'ensemble du dépistage, incluant la passation et l'interprétation de l'ERTL4, ainsi que la discussion avec les parents (39). Rappelons que dans cette étude, les médecins étaient formés à l'utilisation de ce test (FMC).

Le DPL3⁸ et le QLC⁹ sont des questionnaires initialement construits pour les enseignants et non pour les médecins ; le QLC notamment comprend plusieurs questions sur le comportement à l'école. En ce sens, l'utilisation du QLC en consultation de médecine générale semble difficile, même avec l'aide des parents. Le questionnaire DPL3 est composé de 10 questions, il est moins rigoureusement validé que le QLC (2) mais paraît plus facile et rapide à utiliser, en médecine générale.

Concernant les enfants plus grands, l'ERTL6 est utilisable au cabinet du généraliste pour explorer le langage des enfants de 6 ans mais dure tout de même une vingtaine de minutes. La BREV¹⁰ nécessite également 15 minutes de passation et ce test a été remplacé depuis par l'EDA¹¹ puis en janvier 2019 par la BMT-i¹² sur laquelle la HAS ne s'est pas encore prononcée. Quant au BSEDS¹³, son temps de passation d'environ 1h est incompatible avec la réalité de l'exercice de la médecine générale, d'autant plus que ce test nécessite une formation d'au moins 3 jours avant de le maîtriser (41). C'est pourquoi il n'est utilisé que par le service de santé scolaire et en pratique, jamais en cabinet de médecine générale.

Au vu de la difficulté et de la durée de certains de ces tests, et compte tenu des contraintes horaires en cabinet de médecine générale, on comprend pourquoi certains médecins généralistes sont tentés d'utiliser des moyens de dépistage moins standardisés et plus rapides (interrogatoire et planche d'images). Pour les médecins souhaitant avoir recours à un test validé de dépistage se pose alors la question de l'accès à ces outils et notamment la question de leur coût.

⁸ Dépistage et prévention du langage à 3 ans (3 ans - 3 ans 6 mois)

⁹ Questionnaire Langage et Comportement (3 ans 6 mois - 3 ans 8 mois)

¹⁰ Batterie Rapide d'Evaluation des fonctions cognitives (4 ans - 9 ans)

¹¹ Evaluation Des fonctions cognitives et des Apprentissages (4 ans - 11 ans)

¹² Batterie Modulaire de Tests informatisée (moyenne section de maternel – classe de 5^{ème})

¹³ Bilan de Santé et d'Evaluation du Développement pour la Scolarité (5 ans – 6 ans)

2.4 Accès aux outils validés de dépistage et coûts de ces outils

La difficulté d'accès aux tests est un frein notable à l'exploration du langage dans notre enquête : 42% des médecins évoquent l'absence de matériel de dépistage au cabinet et 37% mentionnent le prix élevé de l'ERTL4.

Parmi les outils standardisés de dépistage des troubles du langage oral utilisables par les médecins généralistes et recommandés par la HAS, le DPL3, l'ERTL4, l'ERTLA6 et la BREV sont payants pour le médecin qui souhaite se les procurer. Le DLP3 est disponible au prix de 23 euros ; l'ERTL4 et l'ERTLA6 coûtent chacun 125 euros; la BREV n'est plus éditée et sa nouvelle version, la BMT-i coûte 395 euros¹⁴. D'autres tests sont disponibles gratuitement, mais ils visent un public très jeune (<2 ans) par rapport aux âges de dépistage recommandés (IFDC¹⁵) ou bien ils s'adressent davantage aux enseignants (QLC) ou à la médecine scolaire (BSEDS), comme vu précédemment.

L'ERTL4 étant recommandé par la HAS depuis 2005, et promu par l'Assurance Maladie avec son inscription dans la ROSP en 2016, il serait légitime d'en faciliter l'accès. Pour faire le parallèle, le Test de Diagnostic Rapide (TDR) pour les angines à Streptocoque est distribué gratuitement aux médecins généralistes par l'Assurance Maladie. Ce procédé de mise à disposition du « Strepta-test » s'inscrit dans la lutte contre l'antibiorésistance qui est également un objectif de Santé Publique figurant dans la ROSP du médecin généraliste. A ce titre, un accès facilité voire gratuit à l'ERTL4, et/ou à d'autres tests recommandés serait légitime et permettrait probablement un meilleur taux de réalisation de ce dépistage.

2.5 Valorisation financière du dépistage des troubles du langage

Dans notre enquête, l'absence de rémunération dédiée est davantage un frein à l'utilisation de l'ERTL4 (pour 46% des répondants) qu'au dépistage des troubles du langage en général (25% des répondants). Il s'agit donc de rémunérer à sa juste valeur, d'une part l'investissement pédagogique, le recours aux tests standardisés étant significativement corrélé au degré de formation, dans notre enquête et, d'autre part, le temps passé en consultation à réaliser ces tests. En outre, le dépistage des troubles du langage s'effectue rarement seul et s'accompagne souvent des autres dépistages (audition, vue...) ce qui conduit obligatoirement à une consultation longue.

¹⁴ Il s'agit des prix indiqués par les fabricants, au 21/09/19

¹⁵ Inventaire Français du Développement Communicatif

Comme vu précédemment, près de la moitié des médecins de notre étude réclament la création d'une cotation pour la passation de l'ERTL4, donnant droit à une rémunération spécifique. Actuellement, la convention médicale permet le remboursement de deux actes techniques de dépistage sensoriel chez les enfants, qui peuvent être cotés à la condition qu'ils soient réalisés avec des tests validés (42) :

- Le dépistage de la surdité avant l'âge de 3 ans (Sensory Baby Test ou autre) et dont le tarif de responsabilité est de 48,51€
- L'examen de la vision binoculaire (Test de Lang) et dont le tarif est de 25,32€.

Aucune cotation n'existe actuellement pour la passation d'un test validé de dépistage des troubles du langage. Pourtant la ROSP du médecin généraliste vise à promouvoir trois dépistages (vision, audition et langage). L'accent est même mis sur la promotion de l'exploration du langage puisque l'atteinte de l'objectif cible (taux > 95% des enfants de 3-5 ans) est valorisée de 20 points¹⁶ alors que l'atteinte du même objectif pour le dépistage des troubles visuels ET auditifs (groupés) est gratifié également de 20 points.

On pourrait s'attendre en toute cohérence, à ce que l'Assurance Maladie valorise à l'identique le dépistage des troubles du langage, comme le dépistage des déficits visuels et auditifs, par une cotation spécifique à l'acte (inscrite dans la CCAM), en sus de la tarification forfaitaire via les ROSP. Comme nous le verrons plus loin, la ROSP est en effet peu incitative et ne peut constituer à elle seule, un levier financier suffisant.

2.6 Impact des ROSP en matière de dépistage des troubles du langage oral

De manière générale, les évaluations conduites sur la « ROSP adulte » dans les premières années ont mis à jour des effets positifs sur l'organisation des cabinets et sur la prise en charge des maladies chroniques. Les indicateurs relatifs à la prévention ont par contre progressé de manière plus limitée, notamment ceux relatifs à la vaccination et au dépistage (43).

Dans son travail de thèse de 2015, le Dr Baptiste DUNET a interrogé 111 médecins généralistes de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe (44). La moitié des médecins affirmaient « tricher » dans leurs déclarations de résultats à l'assurance maladie, surtout par incapacité technique à obtenir les données nécessaires, et à peine 19% déclaraient avoir changé leur

¹⁶ 1 point rapporte 7 euros pour une patientèle de référence de 600 patients de moins de 16 ans.

pratique depuis la création de la ROSP. La rémunération semble être un levier important : dans plusieurs autres thèses, presque 80 % des médecins trouvaient la prime trop faible pour changer leurs pratiques (45) (46).

Notre travail fait le même constat, et malgré un certain optimisme des médecins répondants concernant le caractère promotionnel des ROSP (46% pensent ce moyen efficace pour promouvoir l'ERTL4), seuls 12% des médecins concernés par les ROSP dépistent plus souvent les troubles du langage oral depuis 2016. La « publicité » induite par les ROSP ne profite pas non plus significativement à l'utilisation de l'ERTL4, dont la fréquence n'a crû que de 9% parmi les médecins de notre échantillon.

Nous souhaitions obtenir la base de données brute de la ROSP pour donner un second point de vue à notre enquête de pratique mais n'y avons pas eu accès. A ce jour, les moyennes nationales et départementales ne sont pas non plus disponibles pour les indicateurs déclaratifs. Nous n'avons donc pas non plus eu accès à ces moyennes pour l'indicateur « *Part des patients MT¹⁷ de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre)* ». Toutefois, même si cette requête avait abouti, il aurait été légitime de se questionner sur la cohérence des résultats avec la réalité des pratiques, s'agissant d'un indicateur déclaratif, sans possibilité de contrôle de la qualité du codage ni de l'effectivité du taux déclaré.

Ensuite, la valorisation financière de la ROSP est très faible pour ce dépistage. La rémunération de 7 euros par point est calibrée sur une base de 600 patients ; elle est ensuite recalculée selon la taille réelle de la patientèle. Théoriquement, un médecin généraliste ayant réalisé un test du langage chez 600 enfants dont il est le médecin traitant est donc rémunéré à hauteur de 140 euros pour ce seul dépistage, au titre de la ROSP pédiatrique... La rémunération réelle est encore plus désincitative en pratique puisque, pour l'ensemble des dix indicateurs pédiatriques valorisables au titre de la ROSP, les médecins généralistes n'ont reçu en moyenne que 153 euros pour l'année 2018...

En résumé, avec 3 ans de recul sur la ROSP pédiatrique et 7 ans pour la ROSP adulte, il ressort que ce levier est peu mobilisateur pour faire évoluer significativement les pratiques de dépistage chez l'enfant. En l'absence de rémunération attractive, en cotation à l'acte

¹⁷ Médecin Traitant

comme avec la ROSP, le seul levier auquel les autorités de santé peuvent recourir est un levier moral. Cependant, même en levant le frein financier et en améliorant la formation, la faisabilité et l'accessibilité des outils de dépistage, il reste un frein majeur, contre lequel la bonne volonté des médecins généralistes continue de butter : leur difficulté à revoir les enfants à l'âge où le langage doit être exploré.

2.7 Difficulté à revoir les enfants pour évaluer le langage

Si les parents se montrent relativement « assidus » pour les examens systématiques avant deux ans, les consultations de suivi ultérieures sont en revanche souvent négligées, d'autant plus qu'il n'y a pas de vaccin obligatoire entre 2 et 6 ans. Les médecins expriment donc des difficultés à faire revenir les enfants en consultation pour évaluer le langage. Cette difficulté est d'autant plus prégnante que les tests standardisés sont validés pour des tranches d'âge précises. Par exemple, si un enfant consulte en dehors de la fourchette d'âge 3 ans et 9 mois – 4 ans et 6 mois, l'ERTL4 ne peut être réalisé qu'au prix d'une perte de fiabilité quant à l'interprétation des résultats.

Les médecins ne voient souvent les enfants de plus de 2 ans que dans le cadre de consultations pour motif aigu durant lesquelles les actions de dépistages sont limitées par l'état de santé de l'enfant et le temps de consultation. Restent les consultations d'aptitude au sport, dont les honoraires sont en théorie non remboursables par la sécurité sociale lorsque l'obtention du certificat est le seul motif de consultation, mais qui permettent pourtant de rencontrer l'enfant en dehors d'un contexte aigu pour faire le point sur sa santé. L'utilisation de cette consultation « de sport » pour explorer le langage des enfants se heurtent à deux principales limites :

- Les enfants qui s'inscrivent en club de sport ont souvent plus de 6 ans (école primaire); la consultation d'aptitude au sport ne permet donc pas d'atteindre la population ciblée par le dépistage des troubles du langage, soit la tranche d'âge 3-6 ans.
- Depuis 2016, un nouveau certificat est demandé tous les 3 ans pour renouveler la licence de sport, contre une fois par an auparavant, permettant de libérer du temps médical mais impliquant un nombre moins important de visites médicales pour les enfants.

Le dépistage des troubles du langage ne peut donc pas porter efficacement sur ces consultations allouées à l'établissement du certificat d'aptitude au sport. Il paraît alors essentiel de promouvoir le dépistage des troubles du langage auprès des professionnels de

santé, mais également auprès des parents, afin que ces derniers comprennent l'importance des consultations systématiques pour leur enfant, même après 2 ans.

Parmi les médecins que nous avons interrogés dans notre enquête, un tiers est entravé dans sa pratique du dépistage des troubles du langage par l'absence de consultation dédiée. Comme dans notre étude, les 13 médecins interrogés en focus groupe lors de la thèse de 2018 du Dr Gyasi plébiscitent majoritairement la création d'une consultation dédiée pour réaliser ce dépistage (6). Ils allaient même au-delà en proposant d'y intégrer l'ERTL4 et de le rendre ainsi systématique et obligatoire.

Néanmoins, le Dr Guillemet et son équipe expliquent que des consultations dédiées ou des visites obligatoires à 3 et 4 ans ne seraient pas une solution adaptée, dans la mesure où elles s'ajouteraient à un nombre conséquent de consultations pour des médecins déjà surchargés, dans un contexte démographique défavorable (38). Cette équipe de recherche suggère alors un « transfert de compétences vers « un personnel formé », recoupant ainsi nos résultats. En effet, des médecins ayant répondu à notre enquête se disent favorables au développement des postes d'infirmie(re)s type ASALEE¹⁸ et à une meilleure coordination entre les structures déjà existantes (médecine scolaire, PMI, pédiatres,...). Le rapport de 2013 de la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant va dans ce sens en recommandant la délégation d'actions de dépistage aux personnels paramédicaux, sous la responsabilité du médecin coordonnateur (24). En pratique, cette délégation du dépistage aux professionnels paramédicaux est organisée en PMI mais très peu en médecine de ville.

En France, de nombreux services de PMI n'ont pas suffisamment de médecins pour effectuer les bilans de 4 ans à l'école maternelle (28). La réalisation de l'ERTL4 est donc parfois entièrement de la responsabilité des infirmières puéricultrices de PMI qui réalisent ce bilan. Ces dernières s'acquittent parfaitement de cette tâche, comme le montre une étude de 2016 menée en Isère sur 940 enfants, et dans laquelle, 75% des enfants orientés vers un orthophoniste par les infirmières de PMI avaient effectivement un trouble du langage relevant de l'orthophonie (25).

Au même titre, des infirmier(e)s ASALEE et d'autres professionnels paramédicaux formés à l'ERTL4 ou à d'autres outils validés seraient en mesure de réaliser l'exploration du

¹⁸ Action de Santé Libérale En Equipe

langage chez les enfants quand cela n'a pas été fait par la PMI. L'instauration d'un tel dispositif requiert une bonne articulation entre la PMI et la médecine de ville. En effet, la première étape est de repérer les enfants « n'ayant pas eu de bilan » par la PMI ou dont le bilan impose une réévaluation ultérieure du langage par le médecin traitant (profils orange et rouge à l'ERTL4).

2.8 Articulation PMI-Médecine de ville en matière de dépistage des troubles du langage

Dans notre enquête, les médecins soulignent l'importance du réseau PMI-Médecine de ville. Le dialogue entre ces deux entités semble perfectible, dans la mesure où la moitié des répondants ne connaissent pas le niveau de couverture pour le bilan de PMI dans son département. Certains médecins réclament un retour écrit des bilans de la PMI et des sollicitations à prendre le relais pour les dépistages, si besoin. Dans l'étude de Guillemet en 2010 (38), 40% des médecins généralistes interrogés disaient ne pas être informés directement des résultats des bilans réalisés par la PMI ou la médecine scolaire. Pourtant, les deux tiers des répondants expliquaient tenir compte de ces visites des 4 ans (par la PMI) et des 6 ans (par la médecine scolaire) pour organiser leurs actes de dépistage.

Il existe effectivement un nombre non négligeable d'enfants dépistés « à risque » pour le langage lors du bilan PMI des 4 ans et par la suite « perdus de vue » malgré les conseils donnés aux parents par l'équipe de PMI (consultation d'orthophonie en cas de « profil rouge » ou « réévaluation par le médecin traitant en cas de « profil orange »). Dans la thèse du Dr Jeangeorges-Charvolin, 7% des enfants orientés par la PMI vers un spécialiste au terme du bilan des 4 ans (tous dépistages confondus) n'avaient finalement pas consulté de spécialiste (25). Nous n'avons pas retrouvé de données renseignant le taux d'enfants non revus par le médecin généraliste lorsque le médecin de PMI l'avait conseillé aux parents. Cependant, vue la rareté du motif « dépistages à 4 ans » en consultation de médecine général, il est légitime de s'attendre à une proportion non négligeable pour ce paramètre.

En 2015, le Dr Kiener a réalisé pour sa thèse des focus groupes avec sept médecins de PMI et neuf médecins généralistes, dans le département de la Vienne (47). Les médecins souhaitaient « renforcer les liens existants avec les partenaires médicaux », en adéquation avec les objectifs du schéma petite enfance 2015-2019 du Conseil Général de la Vienne (48). Ils étaient notamment demandeurs de rencontres entre les généralistes et les médecins de

PMI lors de sessions de FMC et d'une meilleure diffusion des écrits (mails, courriers, contre rendus des bilans) entre PMI et médecine de ville.

Par ailleurs, la ROSP incite les médecins généralistes à dépister les troubles du langage chez l'intégralité de leur patientèle pédiatrique de 3-5 ans. Cette pratique pose la question des « redondances de dépistage », notamment à l'âge de 4 ans, dans les départements où la couverture PMI est excellente. En effet, le médecin généraliste ne devrait-il pas, dans cette situation, privilégier la coordination du parcours de soins de l'enfant plutôt que la réalisation directe du dépistage ? Son rôle serait davantage de s'assurer que le langage a été exploré de manière répétée, par exemple par le pédiatre avant 4 ans, la PMI à 4 ans et le médecin scolaire à 6 ans, et de ne l'explorer lui-même (ou un professionnel paramédical formé) qu'en l'absence de preuve de dépistage antérieur. Par la suite, le suivi de l'enfant porteur d'un trouble du langage et la vérification de l'effectivité de la prise en charge devrait être également une prérogative essentielle du médecin traitant.

CONCLUSION

Notre enquête avait pour but de faire l'état des lieux des pratiques de dépistage des troubles du langage oral par les médecins généralistes de Poitou-Charentes. Malgré l'absence de représentativité de notre échantillon, les maîtres de stage étant surreprésentés dans notre échantillon, nos résultats sont globalement comparables aux études déjà réalisées dans d'autres régions.

Dans notre enquête, la grande majorité des médecins répondants dépistent les troubles du langage oral, mais rares sont ceux qui ont recours à des outils de dépistage validés (ERTL4 ou autres), alors que l'emploi de ces tests est recommandé par les instances de Santé publique, notamment de la HAS. L'absence de formation, de temps et de valorisation financière pour cet acte de dépistage sont les principaux freins à l'utilisation des tests standardisés.

Le levier de la ROSP pédiatrique, créé avec la convention médicale de 2016, valorise les recommandations de la HAS sur le dépistage des troubles du langage oral ainsi qu'une meilleure connaissance des outils de dépistage validés. L'incitation financière est cependant dérisoire et n'a permis qu'un accroissement très limité du recours à ces tests parmi les répondants. La littérature ne fait état d'aucune autre étude mesurant l'impact de la ROSP sur l'utilisation effective des outils validés de dépistage des troubles du langage oral.

L'amélioration des pratiques pourrait passer par un renforcement de la formation des médecins, un accès plus facile à des outils standardisés, facilement utilisables et correctement valorisés financièrement, une étroite collaboration entre la PMI et les médecins libéraux ainsi que la délégation d'actions de dépistage aux personnels paramédicaux. Il pourrait s'agir d'un dispositif dans lequel les enfants nécessitant une (ré)-évaluation du langage par le médecin traitant seraient clairement identifiés par la PMI ; l'information serait ensuite transmise au réseau de ville (pédiatre/médecin généraliste et/ou professionnel paramédical) et les enfants seraient convoqués afin d'éviter les « perdus de vue ».

Enfin, il serait pertinent de compléter notre approche par une seconde étude, populationnelle cette fois, c'est-à-dire sur les enfants et non plus sur les médecins, pour connaître le taux de réalisation effectif de ce dépistage, et savoir qui l'a réalisé et avec quel outil. Le carnet de santé de ces enfants, s'il est correctement documenté, pourrait être mobilisé afin de s'affranchir des biais inhérents aux enquêtes déclaratives.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Société Française de Pédiatrie.** Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant : Guide pratique. mars 2007.
2. **Billard, Catherine.** Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification. Paris : EMC (Elsevier Masson), 2007.
3. **de Broca, Alain.** *Le développement de l'enfant.* 6ème édition. s.l. : Elsevier Masson, 2017. pp. 141-167.
4. **Delahaie, Marc.** *L'évolution du langage de l'enfant. De la difficulté au trouble. Guide ressources pour les professionnels.* Saint-Denis : Inpes, 2009.
5. **Langella, Sandrine.** Dépistage des troubles du langage oral de l'enfant de 3 à 6 ans en médecine générale : état des lieux en Picardie. [thèse de médecine]. Amiens : s.n., 2013.
6. **Gyasi, Béatrice.** Quels sont les freins rapportés par les médecins généralistes du Lot-et-Garonne sur l'utilisation du test ERTL4 en consultation courante ? [Thèse de médecine]. Poitiers : s.n., 2018.
7. **Pédia.doc.** Tableau résumé du suivi de l'enfant. [En ligne] [Citation : 18 septembre 2019.] <http://pediadoc.fr/tableau>.
8. **Vaivre-Douret, Laurence et Tursz, Anne.** Les troubles d'apprentissage chez l'enfant : Un problème de santé publique ? *ADSP.* mars 1999, 26, pp. 23-66.
9. **Frémont, Amélie.** 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 ? [Thèse de médecine générale]. Rouen : s.n., 2014.
10. **Billard, Catherine.** Les troubles de l'apprentissage du langage chez l'enfant. *Act. Méd. Int. - Neurologie (4) n° 3, avril 2003* Les troubles de l'apprentissage du langage chez l'enfant C. *Billard* Plate-forme.*
11. **Silva, Phil A, Williams, Sheila et McGee, Rob.** Developmental language delay from 3 to 7 years and its significance for low intelligence and reading difficulties at age 7. *Developmental Medicine & Child Neurology.* 1983, 25, pp. 783-93.
12. **Law, James, Boyle, James et Harris, Frances.** Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language & Communication Disorders.* April 2000, Vol. 35, 2, pp. 165-188.
13. **Ringard, Jean-Charles.** *A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique.* Ministère de l'éducation nationale. Paris : s.n., février 2000.

14. **Guillaud-Bataille, Jean-Michel et coll.** Troubles du comportement social et du langage. Prévalence et association chez l'enfant de 4 à 5 ans en milieu scolaire. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. Elsevier, 2001, 49, pp. 397-403 .
15. **Bois, Corinne et Guillemot, Gérard.** Bilans de santé PMI 3-4 ans à l'école maternelle dans les Hauts-de-Seine, France : Synthèse des études 2005 et 2010 et perspectives. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. octobre 2014, 29, pp. 482-490.
16. **Aram, Dorothy M. et Nation, James E.** Preschool language disorders and subsequent language and academic difficulties. March 1980, Vol. 13, pp. 159-170.
17. **Menyuc, Paula et al.** Predicting reading problems in at-risk children. *Journal of Speech and Hearing Research*. 1991, Vol. 34, pp. 893-903.
18. **Inserm.** *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie – Bilan des données scientifiques*. Paris : Les éditions Inserm, 2007. pp. 175-190, Expertise collective.
19. **Coste-Zeïtoun, Delphine et coll.** Évaluation ouverte de l'efficacité de la prise en charge en milieu spécialisé de 31 enfants avec un trouble spécifique sévère du langage oral/écrit. *Revue Neurologique*. 2005, 161, pp. 299-301.
20. **Benhenda, Asma et Grenet, Julien.** Combien coûte le redoublement dans l'enseignement primaire et secondaire en France ? *Les notes de l'IPP- Institut des Politiques Publiques*. Janvier 2015, 17.
21. **Dellatolas, Georges et Vallée, Louis.** *Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*. Ministères chargés de l'éducation nationale et de la santé. Plan triennal interministériel 2001-2004. Remis le 1er octobre 2005.
22. **Haute Autorité de Santé - Service des recommandations professionnelles.** *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans*. septembre 2005. pp. 49-70, Argumentaire.
23. **Inspection Générale des Affaires Sociales; Inspection Générale de l'Education Nationale.** *Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social Sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage*. Janvier 2002.
24. **Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant.** *Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages*. 2013.
25. **Jeangeorges Charvolin, Ambre.** *Bilans de santé des enfants de 3-4 ans de l'année scolaire 2015-2016 dans le territoire de Bièvre-Valloire : résultats et perspectives*. Grenoble : s.n., 2018. Thèse de médecine.

26. **Sommelet, Danièle.** *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé.* Ministère des solidarités, de la Santé et de la Famille. 2006. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent.
27. **Bocquet, Alain.** Comparaison des prescriptions des pédiatres et des médecins généralistes : une étude en population en Franche-Comté sur la base de données de la caisse régionale d'assurance maladie. *Archives de pédiatrie.* 2005, 12, pp. 1688–1696.
28. **Peyron, Michèle.** *pour sauver la PMI, agissons maintenant !* Ministère des solidarités et de la santé. Mars 2019.
29. **Maeder, Christine et Roy, Brigitte.** Detecting language disorders in 4-year-old French children. An application of the ERTL-4. *Child: Care, Health and Development.* 2000, Vol. 26, 2, pp. 129-136.
30. **Assurance Maladie.** De premiers résultats prometteurs pour la Rosp « médecin traitant de l'enfant ». *ameli.fr.* [En ligne] 26 juillet 2018.
<https://www.ameli.fr/vienne/medecin/actualites/de-premiers-resultats-prometteurs-pour-la-rosp-medecin-traitant-de-lenfant>.
31. **Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.** *Guide méthodologique - Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) Médecins traitants de l'adulte.* 2017.
32. **Caisse Nationale d'Assurance Maladie.** *La Rémunération sur objectifs de santé publique en 2018 – Bilan à 1 an du dispositif.* 25 avril 2018. Dossier de presse.
33. **Société Française de Pédiatrie.** Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant - Guide pratique. [En ligne] Mars 2007. [Citation : 17 Juillet 2019.]
34. **Roy, Arnaud, Lodenos, Vincent et Mazeau, Michèle.** *Difficultés de langage oral et si c'était un trouble dys ?* s.l. : Retz, 2017.
35. **Conseil national de l'Ordre des médecins.** La démographie médicale en région Poitou-Charentes : Situation en 2015. *Atlas régionaux de la démographie médicale.* 2015.
36. **Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage du Poitou-Charentes.** Liste MSU Poitou Charentes - 2017. *cogemspc.fr.* [En ligne] [Citation : 14 septembre 2019.]
http://www.cogemspc.fr/cogems/liste_msu.pdf.
37. **Naudin, Marine.** *Dépistage des troubles de la vision, de l'audition et du langage à l'âge de 3-4 ans : état des lieux des pratiques des médecins généralistes franciliens.* Paris : s.n., 2018. Thèse de médecine.
38. **Guillemet, Jean-Marc et col.** Les dépistages recommandés chez l'enfant de deux à six ans. Étude de faisabilité et pratiques en médecine générale. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture.* Juin 2010, Vol. 23, pp. 125-130.

39. **Cousinet-Adamowicz, Isabelle.** 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 de médecine]. Versailles : s.n., 2013.
40. **Com-Medic.** ERTL4- Épreuves de repérage des troubles du langage utilisables lors du bilan médical de l'enfant de 4 ans. *com-medic.com*. [En ligne] [Citation : 16 septembre 2019.] <http://com-medic.com/index.php/catalogue/gamme-medicale/ertl4.html>.
41. **Egaud, Christine.** *étude professionnelle : utilisation optimale du BSEDS 5-6 : de l'interet d'une formation continue des médecins de l'éducation nationale.* Ecole Nationale de la Santé Publique-Médecin de l'éducation nationale. Rennes : s.n., 2005.
42. **mgfrance.** Nomenclature : Les cotations Enfants & Ados. <https://www.mgfrance.org>. [En ligne] 4 juin 2019. [Citation : 15 septembre 2019.] <https://www.mgfrance.org/exercice/toute-la-nomenclature/les-majorations-enfants>.
43. **Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.** *Rémunération sur objectifs de santé publique : une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. Bilan à 3 ans.* 27 avril 2015. Dossier de presse. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_2014-150427.pdf (consulté le 20/09/19).
44. **Dunet, Baptiste.** *Quelle est l'influence de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) sur la pratique des médecins généralistes?* Angers : s.n., 2015. Thèse de médecine.
45. **Soussain, Olivier.** *La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : ça marche ? Bilan de la ROSP de 2012 à 2016 à partir des données de la Sécurité Sociale concernant les médecins généralistes de Martinique.* Université des Antilles : s.n., 2018. Thèse de médecine.
46. **Chho, Carine.** *Les changements comportementaux induits par la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).* Université de Paris XI : s.n., 2015. Thèse de médecine.
47. **Kiener, Maud.** *Collaboration entre médecins généralistes et médecins de PMI : enquête qualitative par focus group dans la Vienne.* Poitiers : s.n., 2015. Thèse de médecine.
48. **Conseil Général de la Vienne.** *Schéma Enfance & Famille 2015-2019 - Axe de travail n°12 : Développer et conforter le partenariat dans les domaines de la santé et de la prévention.* Poitiers : s.n., 2015.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

| | |
|--|----|
| Figure 1 : classification des troubles du développement du langage (9)..... | 12 |
| figure 2 : le cercle vicieux des troubles d'apprentissage (adsp, 1999). (8) | 15 |
| figure 3 : diagramme des flux. | 32 |
| figure 4 répartition des médecins répondants par sexe (à gauche) et par âge (à droite). | 33 |
| figure 5 : répartition des médecins répondants par département (à gauche) et zone d'exercice (à droite) | 33 |
| figure 6 : répartition des médecins répondants par type d'exercice « installé/remplaçant » (à gauche) et proportion de ces médecins accueillant des étudiants en stage (à droite). | 34 |
| figure 7 : répartition des médecins répondants par taux de patientèle pédiatrique..... | 34 |
| figure 8 : répartition des 106 médecins répondants par fréquence de dépistage des troubles du langage. | 35 |
| figure 9 : taux de patientèle pédiatrique en fonction de la fréquence de dépistage des troubles du langage, en effectifs (étiquette haute) et en pourcentage pour chaque groupe de fréquence (étiquette basse). | 36 |
| figure 10 : fréquence du dépistage des troubles du langage en fonction du statut de maître de stage | 36 |
| figure 11 : fréquence du dépistage des troubles du langage en fonction de la formation secondaire au dépistage de ces troubles | 37 |
| figure 12 : formation au dépistage chez les maîtres de stages universitaires et les non maîtres de stage. | 37 |
| figure 13 : populations d'âge ciblées par les médecins répondants pour le dépistage des troubles du langage oral (parmi les 87 médecins dépistant au moins « parfois »)..... | 38 |
| figure 14 : fréquence de médecin dépistant de manière systématique ou non (à gauche) et motifs de dépistage pour les médecins ne dépistant pas de manière systématique (à droite). | 39 |
| figure 15 : type de consultation durant laquelle les médecins répondants effectuent généralement le dépistage des troubles du langage oral..... | 39 |
| figure 16 : moyens d'exploration du langage par les 87 médecins répondant qui dépistaient au moins « parfois »..... | 40 |
| figure 17 : tests standardisés d'exploration du langage utilisés par les 87 médecins répondants qui dépistaient au moins « parfois ». | 41 |
| figure 18 : nombre de médecins ayant recours à des tests standardisés ou non standardisés, en fonction de la fréquence de dépistage des troubles du langage, en effectifs (étiquette haute) et en pourcentage pour chaque groupe de fréquence (étiquette basse). | 41 |
| figure 19 : fréquence d'utilisation des tests standardisés d'exploration du langage oral parmi les 106 médecins répondants..... | 42 |
| figure 20 : nombre de médecins ayant recours à des tests standardisés ou non standardisés, en fonction du type de formation, en effectifs (étiquette haute) et en pourcentage pour chaque groupe de formation (étiquette basse). | 42 |

| | |
|--|----|
| figure 21 : nombre de médecins ayant recours à des tests standardisés ou non standardisés, en fonction du taux de patientèle pédiatrique, en effectifs (étiquette haute) et en pourcentage pour chaque groupe de formation (étiquette basse)..... | 43 |
| figure 22 : nombre de médecins ayant recours à des tests standardisés ou non standardisés, en fonction de leur statut de maître de stage des universités ou non ; en effectifs (étiquette haute) et en pourcentage pour chaque groupe "maitre de stage" et "non maître de stage (étiquette basse)..... | 43 |
| figure 23 : médecins formés au dépistage des troubles du langage parmi tous les médecins répondants (à gauche) et type de formation reçue parmi les 49 médecins formés (à droite). | 44 |
| figure 24 : part des médecins répondants non formés initialement et ayant suivi une formation secondaire au dépistage des troubles du langage oral. | 45 |
| figure 25 : aisance des médecins avec les différentes étapes d'acquisition du langage (à gauche) et en fonction de leur formation aux troubles du langage (à droite). | 45 |
| figure 26 : signes alertant les médecins répondants concernant le langage d'un enfant de 4 ans. | 46 |
| figure 27 : paramètres considérés comme des freins au dépistage des troubles du langage oral, par les médecins répondants. | 47 |
| figure 28 : professionnels de santé ayant pour rôle le dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant, selon les médecins répondants. | 48 |
| figure 29 : hiérarchisation de la responsabilité des professionnels de santé concernant le dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant, selon les 106 médecins répondants. | 49 |
| figure 30 : pourcentage de médecins répondants par département et leur réponse à la question « a votre avis, quel est la proportion des enfants de 3 et 4 ans vus en bilan de santé par la pmi, en école maternelle, dans votre département ?" (la bonne réponse est entourée en rouge, pour chaque département)..... | 49 |
| figure 31 : pourcentage de médecins répondants ayant entendu parler de l'ertl4..... | 50 |
| figure 32 : vecteurs de connaissance de l'ertl4 pour les médecins répondants..... | 50 |
| figure 33 : pourcentage de médecins ayant abordé l'ertl4 au cours de leurs études (faculté et stages). | 51 |
| figure 34 : part des médecins prêts à intégrer l'ertl4 dans leur pratique, de manière systématique..... | 51 |
| figure 35 : freins à l'utilisation de l'ertl4 selon les 106 médecins répondants. | 52 |
| figure 36 : part des médecins pensant que les rosp sont un moyen efficace de faire connaître le test ertl4. | 53 |
| figure 37 : différence entre la fréquence de dépistage des troubles du langage d'une part, et la fréquence d'utilisation de l'ertl4 d'autre part, avant et après la convention médicale de 2016 (parmi les 76 médecins concernés..... | 54 |
| figure 38 : pyramides des âges (en effectifs sur la pyramide et en pourcentage entre parenthèses) chez les 1694 médecins généralistes de poitou-charentes, selon les données du cnom en 2015 (35)..... | 58 |
| figure 39 : pyramides des âges (en effectifs sur la pyramide et en pourcentage entre parenthèses) chez les 106 médecins généralistes ayant participé à notre enquête. | 58 |

ANNEXES

Annexe 1 : Les étapes de l'acquisition du langage (Société Française de Pédiatrie, 2007) (1)

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

**Annexe 2 : Les pathologies à suspecter en fonction des signes d'appel
(Société Française de Pédiatrie, 2007) (1)**

| Quand s'inquiéter ? | Signes d'appel | Pathologie(s) à suspecter |
|---------------------------------|---|---|
| À tout âge | Ne semble pas réagir au bruit. Présente des infections ORL récurrentes. A des difficultés pour comprendre ou répondre de façon appropriée. | Surdité. |
| | Ne comprend pas le langage du quotidien. Communique très peu malgré son désir de communiquer ou faute de désir de communiquer. Ne fait pas ou peu de progrès de langage malgré la socialisation. | Troubles envahissants du développement (autisme, ...). D ficiency intellectuelle. |
| | Interpelle par son comportement (s'isole, se replie sur soi ou s'oppose, agresse) ou par des plaintes somatiques répétées. | Troubles du langage oral ou écrit. Troubles envahissants du développement (autisme, ...). D ficiency intellectuelle. Troubles anxieux, dépressifs, ... |
|   15 mois | Ne fait pas de tentative pour dire des mots. Ne pointe pas du doigt. N'a pas d'attention conjointe. | Surdité. Retard de langage. D ficiency intellectuelle. Troubles envahissants du développement (autisme, ...). |
|   2 ans | Ne comprend pas le langage même simple. Ne dispose pas de 50 mots de vocabulaire. Ne dispose que d'un nombre restreint de consonnes. | |
|   2 ans 6 mois | N'est pas capable de réaliser une consigne verbale simple. N'associe pas deux mots pour faire une phrase. Est très peu compréhensible par l'entourage. | |
| | H siste beaucoup quand il parle. | B galement. |
|   3 ans | A des difficultés pour comprendre les phrases hors contexte. Ne fait pas de phrase à trois éléments (sujet + verbe + complément). A des difficultés pour trouver le bon mot pour exprimer ses idées. N'est compris que par son entourage. | Surdité. Retard de langage. D ficiency intellectuelle. Retard de parole. Dysphasie. |
|   partir de 4 ans | Garde des difficultés pour comprendre le langage quand les phrases sont longues, complexes ou abstraites. Dispose d'un vocabulaire restreint et imprécis. Ne fait que des phrases courtes ou mal construites. A du mal à raconter des  v nements simples et récents. Simplifie des mots, ce qui le rend peu intelligible. | |
| | Répète des sons plusieurs fois avant de parler. Se bloque en début de phrase. | B galement. |
|   partir de 4 ans 6 mois | Prononce mal certains sons. | Trouble d'articulation. |
|   partir de 5 ans | N'organise correctement ni sa parole, ni son langage sur le versant expression. A des difficultés pour comprendre. | Retard de langage. D ficiency intellectuelle. Dysphasie. Risque de difficultés d'apprentissage de l'écrit. |
| | Ne s'intéresse pas à la forme sonore du langage : ne perçoit pas les rimes, le nombre de syllabes dans un mot (conscience phonologique). | |
| En fin de CP | A des difficultés dans l'apprentissage de la lecture. | Retard du langage écrit. D ficiency intellectuelle. Troubles visuels et auditifs. |
|   partir du CE2 | Ne maîtrise pas la lecture et/ou l'écriture. | Dyslexie. Dysorthographe. |

Annexe 4 : Tableau des indicateurs ROSP médecin traitant de l'enfant

| Thème | Sous-thèmes | Indicateurs | Objectif intermédiaire | Objectif cible | Seuil minimal | Nombre de points |
|----------------------------------|---|--|------------------------|----------------|---------------|------------------|
| Suivi des pathologies chroniques | Asthme | Part des patients MT de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traités par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes | 43% | ≥ 70% | 5 patients | 35 |
| | | Part des patients MT de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle | 25% | ≥ 60% | 5 patients | 35 |
| Prévention | Obésité | Part des patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an (Déclaratif) | 80% | ≥ 95% | 5 patients | 20 |
| | Vaccination | Part des patients MT de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR | 50% | ≥ 80% | 5 patients | 35 |
| | | Part des patients MT de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C | 43% | ≥ 83% | 5 patients | 35 |
| | Antibiorésistance | Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3è ou 4è génération parmi les patients MT de moins de 4 ans traités par antibiotiques | 52% | ≤ 11% | 5 patients | 35 |
| | | Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3è ou 4è génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques | 31% | ≤ 7% | 5 patients | 35 |
| | Dépistage des troubles sensoriels | Part des patients MT de 4 à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs (Déclaratif). | 80% | ≥ 95% | 5 patients | 20 |
| | Dépistage des troubles des apprentissages | Part des patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre) (Déclaratif) | 80% | ≥ 95% | 5 patients | 20 |
| Suivi bucco-dentaire | Part des patients MT de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire | 69% | ≥ 83% | 5 patients | 35 | |

Annexe 5 : Note de cadrage adressée à nos interlocuteurs de la CPAM et de la DRSM, en complément de la demande d'accès à la base de donnée des ROSP d'une part et de la diffusion aux médecins généralistes conventionnés d'autre part. L'étude prévoyait initialement de porter sur la Nouvelle Aquitaine et non le Poitou-Charentes.

Eléments de la problématique

Les troubles du langage concernent 5 à 10 % de la population des 3-5 ans en France. Non pris en charge, ces troubles peuvent évoluer vers des troubles des apprentissages, type dysphasie, dyslexie, dysorthographe.... Qui représentent ¼ des causes d'échec scolaire. Des prises en charge existent pour ces enfants, mais encore faut-il que leur trouble du langage soit dépisté.

Il existe des recommandations récentes concernant le dépistage des troubles du langage chez l'enfant, en médecine générale. De plus, la convention médicale de 2016 a vu apparaître de nouveaux indicateurs dans le modèle de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), tel que la « Part des patients de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté : épreuve de repérage des troubles du langage à quatre ans (ERTL4) ou autre ».

La question du dépistage des troubles du langage en médecine générale a fait l'objet de plusieurs thèses au cours desquelles les médecins traitants ont pu être interrogés¹⁹ : les médecins généralistes estiment que le dépistage des troubles du langage est leur rôle mais qu'il leur manque des compétences afin de le réaliser correctement. Les enquêtes de pratique montrent que les médecins généralistes dépistent peu les troubles du langage en pédiatrie et que l'ERTL4 est très peu connue/utilisée.

Toutefois aucune de ces études n'a été réalisée en grande Aquitaine. Par ailleurs, elles n'abordent pas l'impact de la nouvelle convention médicale de 2016 sur la fréquence et la qualité du dépistage des troubles du langage oral.

¹⁹ Meurthe et Moselle (2010), Picardie (2013), Strasbourg (2005), Nord Isère (2010), Nord pas de Calais (2014), région parisienne (2014)

C'est pourquoi il apparaît utile de mesurer l'état des pratiques des médecins généralistes en Nouvelle Aquitaine, et si le levier de la ROSP contribue à renforcer ce dépistage et notamment l'utilisation de l'ERTL4.

Objectif de la thèse

Décrire les pratiques de dépistage des troubles du langage chez l'enfant par les médecins généralistes de la Grande Aquitaine et déterminer si ces derniers utilisent des outils de dépistage particuliers, notamment l'ERTL4.

Éléments de méthode

La qualité des enquêtes en médecine générale peut être compromise en cas d'absence de base de sondage satisfaisante et de tirage au sort de l'échantillon : les praticiens répondants sont souvent des praticiens volontaires ce qui introduit un biais de sélection ; la qualité de l'investigation peut être également altérée après un tirage au sort bien conduit, en raison des faibles taux de réponse des praticiens (biais de représentativité). Sur une base de sondage départementale de plusieurs centaines de praticiens, on peut n'obtenir que quelques dizaines de réponses, *a fortiori* si le questionnaire est soumis sous format papier. Les thèses consultées ont buté sur ces obstacles.

Il existe par ailleurs deux limitations opérationnelles majeures : la première est que les médecins sollicités par ce genre d'enquête ont peu de temps ; la seconde, s'agissant d'une thèse professionnelle, est que la durée d'investigation est par nature contrainte, un seul investigateur – le thésard – y consacrant une part limitée de son temps. Force est de recourir à des enquêtes auto-administrées, sous forme de questionnaires accessibles par internet.

Le présent travail souhaite autant que faire se peut contourner ces difficultés méthodologiques en s'appuyant sur des bases de données exhaustives et identifiant les médecins pratiquant la médecine ambulatoire. Un questionnaire auto-administré volontairement réduit (vingt-huit questions ; durée totale inférieure à six minutes) accessible directement après un contact mail auprès des médecins correctement identifiés semble être le moyen de diffusion le plus adapté à la pratique quotidienne des médecins généralistes dont la grande majorité est informatisée. En outre, cela permet d'éviter les coûts d'affranchissement.

La base de données doit être exhaustive. Après contact avec les conseils de l'Ordre des médecins, il apparaît que les bases de données qui peuvent être mobilisées ne concernent que

les médecins volontaires pour être contactés. En outre, certaines bases mail ordinaires contiennent les coordonnées de tous les médecins généralistes qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, voire des spécialistes, sans possibilité de trier « propre » de la population cible. Enfin, en l'absence de mise à disposition de la base de données et sachant que le questionnaire est rempli de manière anonyme, il n'y a pas de relance ciblée possible des non-répondants.

Une autre base de données apparaît plus adaptée : la base des praticiens conventionnés (les non conventionnés sont rares *a fortiori* en médecine générale). Il convient d'obtenir l'accord de l'assurance maladie pour soutenir ce travail et la mise à disposition de sa base de données pour la diffusion.

Par ailleurs, le SNIRAAM comporte des données médico-administratives destinées à la rémunération des professionnels et aux fonctions de tiers payant de l'assureur. Celles-ci pourraient être mobilisées pour une requête ciblée sur l'indicateur ROSP sur 2 années 2017 et 2018 qui compléterait l'approche transversale plus qualitative réalisée par interrogation directe des praticiens. Si les réponses des médecins aux indicateurs ROSP ne sont pas intégrées au SNIRAAM, il conviendra de définir la base de données à mobiliser ainsi que les démarches à suivre pour y accéder.

Maquette des enquêtes :

Ce travail se propose de mobiliser deux enquêtes complémentaires :

- Une enquête de pratique auprès des médecins exerçant la médecine générale ambulatoire en région Nouvelle Aquitaine. Il s'agit d'une enquête descriptive, transversale et qualitative conduite sur la base de données de l'assurance maladie (questionnaire envoyé par mail aux médecins généralistes) :
 - Son objectif principal est d'explorer la réalité de la pratique de dépistage des médecins généralistes
 - Les objectifs secondaires sont :
 - De déterminer à quel(s) âge(s) ils réalisent ce dépistage ;
 - De déterminer les outils de dépistage des troubles du langage qu'ils utilisent dans leur cabinet de médecine générale ;
 - D'estimer la proportion de médecins ayant eu une formation sur les troubles du langage et leur dépistage ;

- D'essayer d'établir un « profil » des médecins généralistes qui réalisent ce dépistage (âge, sexe, proportion d'activité pédiatrique, rural/urbain, formé au trouble du langage) ;
- De déterminer si les médecins généralistes connaissent l'ERTL4 et par quel biais ;
- De déterminer les freins au dépistage des troubles du langage d'une part, et à l'utilisation de l'ERTL4 d'autre part ;
- De déterminer si les médecins dépistent plus fréquemment et utilisent plus l'ERTL4 depuis l'inscription de ce dépistage dans les ROSP en 2016.
 - o Une enquête transversale par requêtage sur le système d'information de l'assurance maladie (SNIRAAM ou autre) visant à répondre aux questions suivantes pour les années 2017 et 2018, sur la région Grande Aquitaine :
 - Quelle proportion de praticiens a documenté l'indicateur « dépistage des troubles du langage » dans les ROSP ? et cette proportion progresse-t-elle ?
 - Pour les répondants, quelle part de leur patientèle 3-5 ans a bénéficié de ce dépistage ?
 - En quoi ces données diffèrent-elles selon les profils des praticiens (âge/sexe/exercice urbain – rural/ ...) ?

Les critères d'inclusions :

Médecins généralistes

- Exerçant la médecine générale dite « de ville »
- En ambulatoire
- Avec une patientèle pédiatrique (même en faible proportion)

Critères de non inclusion :

- Médecins généralistes n'exerçant pas la médecine de ville (angiologie, urgentiste, hospitaliers, PMI, scolaires...)
- Médecins spécialistes et notamment pédiatres
- Médecins retraités

Annexe 6 : Questionnaire de thèse et son mot d'accompagnement

Chère Consœur, Cher Confrère,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, et sous la direction du Dr Christophe Ingrand, je m'intéresse au dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant par les médecins généralistes de Poitou-Charentes.

Ce questionnaire de Thèse s'adresse aux médecins généralistes de Poitou-Charentes. Il dure environ 5 minutes. Les réponses sont recueillies de manière anonyme et permettent de répondre aux questions suivantes :

- Les médecins généralistes de Poitou-Charentes dépistent-ils les troubles du langage chez l'enfant ? Si oui, avec quels outils ?
- Connaissent-ils et utilisent-ils le test recommandé ERTL4, chez l'enfant de 4 ans ?

Merci beaucoup pour votre participation !!

Bien confraternellement,

Marie Aballéa

PS : Ci joint, une version papier du questionnaire si vous préférez y répondre par ce support. Dans ce cas, la réponse est à adresser par voie postale [adresse postale] ou par mail [adresse mail].

**Questionnaire de thèse - Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant par les
médecins généralistes de Poitou-Charentes**

1) Etes-vous médecin généraliste, en exercice, pratiquant régulièrement la médecine dite "de ville", en ambulatoire ? :

OUI

NON

2) Vous êtes :

INSTALLÉ

REMPLOCANT

3) Quel pourcentage de votre pratique représente la pédiatrie (< 16 ans) ?

- Patientèle exclusivement adulte > 16 ans
- 5 % ou moins
- Entre 5 et 25 %
- Entre 25 et 50 %
- 50 % ou plus

4) Fréquence du repérage des troubles du langage chez l'enfant dans votre pratique ?
(une réponse possible) :

- Jamais ou rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

5) Explorez-vous le langage (plusieurs réponses possibles) :

- De façon systématique
- A la demande des parents
- A la demande de l'école
- Si vous avez un doute sur l'existence d'un trouble
- Jamais
- Autre :

6) Quel(s) signe(s) vous alerteraient concernant le langage d'un enfant de 4 ans ?

- Ne comprend pas les consignes simples
- Est peu/pas intelligible
- Prononce mal ou confond certains sons : ch/s, tr/cr,
- Utilise peu le "je" ou les pronoms personnels
- N'initie pas l'accord du verbe
- Recherche d'autres moyens d'expression (mimogestualité)
- Autre :

7) Vous sentez-vous à l'aise avec les différentes étapes d'acquisition du langage ?

OUI

NON

8) Avez-vous reçu une formation concernant le repérage ou le dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant (plusieurs réponses possibles) ?

- Non
- Oui, lors de mes études de médecine (internat/externat)
- Oui, par le biais de la FMC (Formation médicale continue)
- Oui, par le biais de revue(s) médicale(s)
- Autre(s) :

Si vous dépistez les troubles du langage chez l'enfant (même peu souvent) :

9) A quel âge effectuez-vous préférentiellement ce repérage ou dépistage ? (Plusieurs réponses possibles) :

- Avant 3 ans (pré-scolaire)
- Entre 3 et 6 ans (école maternelle)
- Après 6 ans (école primaire)

10) Vous effectuez généralement ce repérage ou dépistage des troubles du langage :

- Au cours d'une consultation pour une pathologie aiguë sans rapport
- Au cours d'une consultation systématique (vaccin, certificat de sport, visite obligatoire...)
- Indifféremment au cours d'une consultation aiguë ou systématique
- Autre :

11) Comment repérez-vous ou dépistez-vous les troubles du langage ? (plusieurs réponses possibles) :

- En observant l'enfant pendant la consultation
- En interrogeant l'enfant
- En interrogeant les parents
- En demandant à l'enfant de décrire une ou plusieurs images
- Avec le DLP3 (Dépistage et Prévention Langage à 3 ans)
- Avec le QLC (Questionnaire Langage et Comportement)
- Avec l'ERTL4 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans)
- Avec l'ERTLA6 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages à 6 ans)
- Avec la BSEDS5-6 (Bilan de Santé Evaluation du Développement pour la Scolarité)
- Avec la BREV (Batterie Rapide d'Evaluation des fonctions cognitives)

Autre(s) :

Pour tous les répondants, que vous dépistiez les troubles du langage ou non :

12) Quels sont, pour vous, les freins à ce dépistage ? (Plusieurs réponses possibles)

- Je ne vois pas de difficultés particulières
- Ce n'est pas le rôle du médecin généraliste
- Le manque de formation concernant les troubles du langage
- Le manque de temps
- L'absence de consultation dédiée à cette activité de repérage / dépistage
- Le manque de matériel pour effectuer cette activité
- L'absence de cotation adéquate (et donc de rémunération) pour cette activité
- Cette activité est déjà effectuée par un autre médecin (notamment PMI)
- Autre(s) :

13) Selon vous, à qui incombe le rôle de dépister les troubles du langage chez l'enfant ?
(Possibilité de cocher plusieurs fois la même colonne) :

| | C'est son rôle en 1ère intention | C'est son rôle en 2ème intention | C'est son rôle en 3ème intention | Ce n'est pas son rôle |
|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Le médecin généraliste | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le pédiatre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le médecin de PMI | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si vous avez répondu "ce n'est pas son rôle" pour les 3 professionnels proposés à la question précédente, à qui incombe ce rôle de dépistage, selon vous ?

.....
.....

14) A votre avis, quel est la proportion des enfants de 3 et 4 ans vus en bilan de santé par la PMI, en école maternelle, dans votre département ?

- Moins de 25 %
- Entre 25 et 49 %
- Entre 50 et 74 %
- 75 % ou plus

Depuis 2016, de nouveaux indicateurs sont apparus dans le modèle de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), tels que la « Part des patients de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage des troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre)».

15) Connaissez-vous l'ERTL4 ? (plusieurs réponses possibles) :

- Non
- Oui, j'en ai entendu parler lors de mes études
- Oui, j'en ai entendu parler lors de FMC/congrès médicaux
- Oui, en ai entendu parler dans une revue médicale ou en lisant les recommandations
- Oui, j'ai découvert (ou redécouvert) l'existence de l'ERTL4 via les ROSP
- Oui, autre(s) :

L'ERTL4 se présente sous la forme d'un kit permettant d'explorer en une dizaine de minutes divers aspects du langage.

16) Effectuez-vous davantage de dépistage des troubles du langage depuis leur inscription dans les ROSP en 2016 :

- Oui, je dépiste plus fréquemment les troubles du langage
- Non, je ne dépiste pas plus fréquemment les troubles du langage oral
- Non, je dépistais déjà très souvent avant les ROSP de 2016

17) Utilisez-vous davantage l'ERTL4 depuis son inscription dans les ROSP en 2016 :

- Oui, j'utilise plus souvent l'ERTL4
- Non, je n'utilise pas plus souvent l'ERTL4
- Non, j'utilisais déjà très souvent l'ERTL4 avant les ROSP de 2016

18) Seriez-vous prêt(e) à intégrer l'ERTL4 de façon systématique dans votre pratique ?

OUI

NON

SANS AVIS

19) Pour vous, quels sont les freins à l'utilisation de l'ERTL4 (plusieurs réponses possibles):

- Le prix d'achat de l'ERTL4 pour les médecins
- Je considère que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste de réaliser l'ERTL4
- L'absence de formation à l'utilisation de ce test
- Le manque de temps (même en cas de consultation dédiée au dépistage)
- L'absence de cotation spécifique pour la réalisation de ce test en consultation
- La faible valorisation financière via les ROSP
- La possible non compliance de l'enfant
- Autre(s) :

20) Selon vous, l'inscription de l'ERTL4 dans les ROSP permet-elle de faire connaître efficacement ce test ?

OUI

NON

SANS AVIS

21) Selon vous, quels autres moyens permettraient de promouvoir le dépistage des troubles du langage.....
.....
.....

22) Autres remarques concernant le dépistage des troubles du langage et/ou l'ERTL4 :
.....
.....
.....

Dernières questions pour mieux vous connaître :

23) Etes-vous : UN HOMME UNE FEMME

24) Quel âge avez-vous :

- moins de 30 ans
- entre 30 et 39 ans
- entre 40 et 49 ans
- entre 50 et 59 ans
- 60 ans et plus

25) Dans quel département exercez-vous actuellement la médecine générale? :

- Charente
- Charente-Maritime
- Deux-Sèvres
- Vienne

26) Vous exercez dans une zone démographique plutôt :

URBAINE SEMI-URBAINE RURALE

27) Etes-vous maître de stage des universités (auprès d'internes ou d'externes en médecine) ?

OUI NON

28) Accepteriez-vous que je vous contacte pour témoigner de votre pratique lors d'un entretien téléphonique d'une dizaine de minute ? (les analyses issues de ces entretiens seront également anonymisées par la suite). Si oui, merci d'indiquer votre numéro de téléphone et/ou mail ci-dessous :
.....

RESUME

Introduction : Les troubles du langage oral concernent environ 7 % des enfants de 3 à 5 ans en France et peuvent avoir des conséquences psycho-affectives et socio-professionnelles graves. Leur dépistage est donc un enjeu de santé publique et les autorités de santé recommandent d'utiliser des outils standardisés. L'objectif principal de notre enquête était de savoir si les médecins généralistes de Poitou-Charentes dépistent les troubles du langage oral et à quelle fréquence. Les objectifs secondaires étaient de savoir quels outils ils utilisent pour cela, avec quel bagage théorique et quelles difficultés pratiques et enfin de déterminer si l'inscription de ce dépistage dans le dispositif de la ROSP en 2016 a fait évoluer leurs pratiques.

Matériel et méthode : Nous avons choisi une approche semi-quantitative et avons mené une étude observationnelle, descriptive et transversale par le biais d'un questionnaire informatique auto administré adressé aux médecins généralistes de Poitou-Charentes.

Résultats : Au terme de la période de recueil, 106 questionnaires ont pu être analysés. Les répondants sont en majorité des femmes et des moins de 40 ans; la proportion de maître de stage est relativement conséquente. 82% des médecins répondants dépistent les troubles du langage oral ne serait-ce que « parfois » et 33% les dépistent souvent ou très souvent. Parmi les médecins qui dépistent, seuls 27% ont recouru à un ou plusieurs outils standardisés de dépistage (soit 23% du total des médecins répondants). L'ERTL4 et le DPL3 sont utilisés par respectivement 18% et 8% des médecins répondants. 54% des répondants n'ont jamais été formés au dépistage des troubles du langage oral. Les principaux freins à ce dépistage sont le manque de formation des médecins, de temps et de rémunération. Depuis la création de la ROSP pédiatrique, 12% des médecins concernés par ce dispositif explorent plus souvent le langage et 9% utilisent davantage l'ERTL4.

Conclusion : Les médecins répondants dépistent les troubles du langage oral mais la plupart du temps sans recourir aux outils validés et recommandés par la HAS. Le levier de la ROSP n'est pas suffisamment incitatif pour être effectif. Une optimisation de la formation, de la rémunération et de la collaboration entre professionnels pourrait améliorer les pratiques.

Mots-clés : Dépistage, Troubles du langage oral, Médecin généraliste, ERTL4, ROSP

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure 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. Admis dans 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 le crime. Respectueux et reconnaissant 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 fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

