



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

L'évaluation du langage oral chez les enfants de deux ans par le médecin généraliste : pratiques actuelles et avis sur l'utilisation de l'Inventaire Français du Développement Communicatif version courte de 24 mois.

Présentée et soutenue publiquement le 7 Janvier 2014 à 18h00
Au Pole Recherche

Par Juliette PETRUKA

Jury

Président : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET
Assesseurs : Monsieur le Professeur Louis VALLEE
Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Directrice de Thèse : Madame le Professeur Marie-Laure CHARKALUK

TABLE DES MATIERES :

1. INTRODUCTION.....	12
1.1 Généralités.....	12
1.2 Les étapes du langage oral du jeune enfant.....	13
1.3 Les troubles du langage oral.....	14
1.4 L'évaluation du langage oral par le médecin généraliste.....	16
1.5 Repérage des troubles du langage oral à 2 ans.....	17
1.6 L'Inventaire Français du Développement Communicatif version courte à 24 mois.....	18
1.7 Objectif du travail de thèse.....	19
2. MATERIELS ET METHODES.....	20
2.1 Population étudiée.....	20
2.2 Le questionnaire de thèse	21
2.3 Questions supplémentaires concernant l'IFDC en pratique.....	22
2.4 Méthodes statistiques.....	23
3. RESULTATS.....	24
3.1 Population étudiée	24
3.2 La consultation de l'enfant de 2 ans	26
3.2.1 Les inquiétudes parentales concernant l'enfant de 2 ans	26
3.2.2 La consultation de suivi des 24 mois	26
3.3 Pratiques actuelles concernant l'évaluation du développement de l'enfant et de son langage oral au cours de la consultation des 24 mois.....	27
3.3.1 Le temps d'évaluation du développement psychomoteur au cours de la consultation des 2 ans.....	27
3.3.2 L'opinion sur l'évaluation du langage oral au cours de la consultation de suivi de l'enfant à 2 ans.....	28
3.3.3 L'évaluation en pratique du langage à 2 ans par le médecin généraliste.....	30

3.3.4	Le dépistage d'un trouble du langage à 2 ans en soins primaires.....	31
3.3.5	L'orientation de l'enfant présentant des troubles du langage à 2 ans.....	32
3.5	L'IFDC version courte de 24 mois en soins primaires.....	32
3.5.1	Les avantages à utiliser l'IFDC version courte de 24 mois en soins primaires.....	33
3.5.2	Les freins possibles à l'utilisation de l'IFDC version courte à 24 mois.....	34
3.5.3	L'avis des médecins généralistes concernant la place de l'IFDC en soins primaires.....	36
3.6	Essai de l'IFDC version courte à 24 mois.....	38
3.6.1	L'utilisation en pratique de l'IFDC version courte à 24 mois.....	38
3.6.2	L'information sur l'évaluation du langage à 2 ans par l'étudiant en stage ambulatoire.....	39
4.	Discussion.....	40
4.1	Résultats principaux	40
4.1.1	La place de l'évaluation du langage oral des enfants de 2 ans au cours de la consultation des 24 mois par le médecin généraliste.....	41
4.1.2	Le repérage des troubles du langage oral par le médecin généraliste.....	42
4.1.3	Les parents et le langage de leur enfant.....	44
4.1.4	L'IFDC version courte de 24 mois utilisé par le médecin généraliste.....	45
4.1.5	L'accompagnement de l'enfant et de ses parents.....	46
4.2	Limites et forces de l'étude	47
4.2.1	Les limites	47
	La population étudiée.....	47
	Le questionnaire de thèse et les questions supplémentaires.....	48
4.2.2	Les forces.....	50
	La population étudiée.....	50
	Le questionnaire de thèse.....	50
4.3	Comparaison avec des travaux similaires.....	51
4.3.1	L'intérêt des médecins généralistes concernant le langage de l'enfant.....	51
4.3.2	La conduite des médecins généralistes devant un trouble du langage oral	52
4.3.3	La pertinence du dépistage précoce des troubles du langage chez les enfants de moins de 3 ans en soins primaires.....	53
4.3.4	Les questionnaires parentaux.....	55

4.4 Réflexions et perspectives.....	56
4.4.1 L'IFDC pour le médecin généraliste	56
4.4.2 L'IFDC pour la famille.....	57
4.4.3 Formation des médecins généralistes à l'évaluation du langage.....	58
4.4.4 Développer la formation initiale sur le développement normal et pathologique du jeune enfant.....	59
4.4.5 Sensibiliser les parents au développement du langage de leur enfant.....	60
4.4.6 Développer la relation entre les médecins généralistes et les centres spécialisés.....	61
4.4.7 Proposition d'une cotation spécifique pour les consultations de santé de suivi du développement.....	62
4.4.8 Création d'un lien direct vers l'IFDC-version courte-24 mois	63
Conclusion.....	64
Bibliographie	67
Annexes.....	72

ANNEXES

- Annexe 1 : L'Inventaire français du développement communicatif version courte à 24 mois73
- Annexe 2 : Grille d'évaluation des résultats74
- Annexe 3 : L'Inventaire français du développement communicatif version courte à 12 mois.....75
- Annexe 4 : L'Inventaire français du développement communicatif version courte à 18 mois.....76
- Annexe 5 : Accord du CNIL.....77
- Annexe 6: Message par courriel adressé aux médecins généralistes.....79
- Annexe 7 : Questionnaire de thèse.....80
- Annexe 8 : Questions supplémentaires aux médecins volontaires.....86
- Annexe 9 : Le certificat de santé des 24 mois.....88
- Annexe 10 : L'examen des 24 mois du carnet de santé.....89
- Annexe 11 : Les Centres d'Action médico-sociale précoces.....90

1. INTRODUCTION

1. 1 Généralité

L'être humain est fondamentalement un être social destiné à vivre en relation étroite avec ses congénères. La capacité d'entrée dans le monde social repose sur le développement de la communication entre les êtres¹. Le langage est la capacité spécifique de l'espèce humaine, à communiquer. C'est un acte physiologique, psychologique et social qui se développe dès les premiers mois de vie². Quand le développement du langage est harmonieux, l'enfant passe par différentes étapes afin d'acquérir les capacités nécessaires au développement de son être, de sa personnalité, de sa réussite scolaire et de son intégration sociale³. Un retard du développement du langage peut être le symptôme d'un trouble sensoriel (audition), de troubles du développement ou des interactions, ou être un mode d'entrée dans un trouble spécifique du langage. Les étapes du développement du langage doivent donc faire partie du suivi du développement global de l'enfant dès les premiers mois, notamment au cours des consultations obligatoires de santé.

Vers 18-24 mois, l'enfant entre dans sa phase linguistique pendant laquelle se réalise l'Explosion Lexicale selon Bassano, étape essentielle pour enclencher l'assemblage des mots, la coordination, la grammaire et l'apparition des premières phrases⁴. La période de développement du langage préscolaire nécessite donc toute l'attention des parents, acteurs du développement langagier de l'enfant, mais aussi des professionnels de santé dont le médecin traitant, qui est dans 98% des cas déclaré comme le médecin référent de la famille⁵.

Le médecin traitant dans sa pratique ambulatoire, doit pouvoir repérer les troubles du langage de l'enfant le plus tôt possible afin de l'accompagner dans une prise en charge adaptée. Cependant, le médecin généraliste n'a pas actuellement d'outil de référence pour

évaluer le langage oral chez l'enfant de 24 mois⁶. Nous lui proposons par cette thèse, de décrire sa pratique concernant l'évaluation du langage oral à 24 mois et de découvrir un outil validé de repérage des compétences langagières de l'enfant de 2 ans : l'Inventaire Français du Développement Communicatif version courte à 24 mois (annexe 1).

1. 2 Les étapes du langage oral du jeune enfant :

Le langage est constitué d'un versant réceptif et d'un versant expressif. Le versant réceptif comporte la compréhension lexicale, grammaticale et phonologique alors que le versant expressif représente la parole.

Pour évaluer le langage du jeune enfant, il faut tenir compte du rythme des acquisitions des compétences langagières⁷:

- Premières vocalisations entre 2 et 3 mois: «gazouillis»
- A partir de 6 mois, on peut entendre les « lallations » du nourrisson
- à 8 mois: c'est le début du babillage avec des syllabes redoublées : c'est le début du babillage canonique.
- vers 13-15 mois apparaissent les premiers mots reconnaissables puis les holophrases : un mot qui exprime à lui seul une idée.
- dès 18 mois, l'enfant est capable de comprendre et d'utiliser 50 mots différents⁷. Cette étape est essentielle pour enclencher l'assemblage des mots, dont la combinaison de 2 mots qui doit être acquise à 24 mois, la grammaire et l'apparition des premières phrases. C'est le début de sa phase linguistique.
- l'explosion du vocabulaire se situe entre 18 et 24 mois (de 100 à 200 mots produits), l'enfant peut alors produire jusque 10 nouveaux mots par jour⁴! Le développement morphosyntaxique, c'est-à-dire les variations de formes des mots en fonction des règles de combinaison dans un énoncé, se réalise à partir de 2 ans, au stade moyen des 50 mots. L'enfant réalise alors ses premières phrases⁸.

- Entre 2 et 3 ans, l'apparition de la syntaxe permet l'apparition du nom, du verbe et l'utilisation du pronom sujet.
- A 3 ans, l'enfant moyen fait des énoncés de 3 à 4 mots et a un stock lexical d'environ 1000 mots.

Parmi les indices les plus importants d'un bon développement du langage on retient : la diversité lexicale (le nombre de mots différents), la production de mots (le nombre total de mots), la longueur moyenne d'énoncé (indice de maturité syntaxique), l'utilisation des pronoms sujet, des déterminants marqueurs du nom, des prépositions, le début de l'accord du verbe⁷.

1. 3 Les troubles du langage oral :

En marge du développement normal peuvent se produire des retards simples ou des troubles du langage.

Un retard est le développement structuré d'une compétence de manière plus lente que chez les individus normaux (par rapport à une référence de modèle d'acquisition d'une compétence qui précise des repères et des âges de développement)⁸.

Le retard simple du langage correspond au langage d'un enfant plus jeune, il ne persiste pas, est non structurel, et guérit avant l'âge de 6 ans avec ensuite pour certains une dyslexie⁹.

Un trouble constitue un développement anormal dans sa structure, c'est-à-dire que l'organisation des compétences et des étapes successives est anormale. Un retard de développement qui se stabilise devient un trouble. Inversement, un trouble se manifeste d'abord par un retard de développement. Au début, il n'est pas toujours facile de faire la différence.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), il existe différents troubles du langage⁶:

- les troubles dits secondaires, symptomatiques ou associés :

Le retard mental est la cause la plus fréquente, mais les autres causes sont nombreuses : la surdité, la paralysie des organes de la voix, une infirmité motrice cérébrale, les troubles de la communication (en particulier les troubles envahissants du développement), les carences psychoaffectives et socioculturelles. Idéalement, le diagnostic médical d'un déficit sensoriel, auditif ou visuel, d'une pathologie ORL, d'une maladie neurologique ou d'un problème psychiatrique grave (« trouble envahissant du développement ») doit être fait le plus tôt possible, avant l'entrée de l'enfant dans le système scolaire (entre 2 et 3 ans)⁸.

- Les troubles dits spécifiques, non symptomatiques, idiopathiques :

Ces troubles sont propres au fonctionnement cérébral et intéressent uniquement et principalement le développement et l'apprentissage du langage. Ils sont dans ce cas ontogéniques car constitutionnels du développement neurologique de l'enfant. Ils n'intéressent pas ou beaucoup moins le développement des autres fonctions cognitives et donc les autres apprentissages. La dysphasie ou trouble spécifique du développement du langage oral (TSDLO) est un trouble persistant du langage qui affecte la compréhension et/ou l'expression d'un message verbal. Il n'est pas la conséquence d'un manque de stimulation, d'un déficit sensoriel, par exemple auditif, ni d'une déficience intellectuelle. Au contraire, ces enfants ont un désir de communiquer et présentent souvent une intelligence normale. Ces troubles du langage peuvent avoir des répercussions dans plusieurs sphères de la vie de l'enfant puisque ce dernier peine à s'exprimer et/ou à comprendre. Il est important d'insister sur le fait que les dysphasies sont des pathologies durables qui accompagnent l'enfant tout au long de la vie et dont l'expression va évoluer en fonction du potentiel propre de chaque enfant et de la prise en charge proposée⁷.

1. 4 L'évaluation du langage oral par le médecin généraliste :

La maîtrise du langage fait partie intégrante du développement global de l'enfant que le médecin traitant a pour mission de surveiller⁸. Avant 9 mois, le médecin généraliste assure 50 % des actes de suivi de la santé de l'enfant. Puis, de 9 à 30 mois, il assure 66% des actes de suivi de l'enfant, il est donc un acteur principal pour dépister et prévenir les troubles du langage oral de l'enfant le plus tôt possible¹⁰. De plus, les enfants de la naissance à l'âge de deux ans sont suivis pour 50% des cas par le médecin généraliste (50% par le pédiatre) puis c'est le médecin généraliste qui suit les enfants après 2 ans dans 80% des cas¹¹.

Depuis l'année 1985, 3 examens préventifs obligatoires de suivi du jeune enfant sont demandés aux parents et leur médecin traitant, avec la réalisation d'un certificat de santé dans les 8 jours après la naissance, réalisé le plus souvent à la maternité, au 9ème mois et au 24ème mois, âges clé du développement de l'enfant¹². L'évaluation du langage fait partie intégrante de l'évaluation du développement de l'enfant. C'est pourquoi depuis 2006, la nouvelle version des carnets de santé introduit des repères du langage pour les parents aussi importants que les repères psychomoteurs pour chaque âge de l'enfant des premières syllabes entre 4 et 9 mois, jusqu'à la production des premières phrases à 24 mois¹³.

Nous avons donc décidé de centrer notre travail sur l'évaluation du langage à l'âge de 2 ans, période à laquelle l'enfant est examiné dans le cadre de son suivi (certificat de santé obligatoire) et âge auquel il existe des repères simples du développement harmonieux du langage oral (stock lexical et combinaison de mots).

1. 5 Repérage des troubles du langage oral à 2 ans :

Selon l'HAS, il n'y a pas, à ce jour, d'outil de référence pour le dépistage des troubles du langage oral généralisable en médecine de ville en 2005 avant l'âge de 3 ans⁶. On notera qu'il est pour le moment conseillé d'utiliser le test de Brunet Lézine révisé dont la réalisation est fortement chronophage en médecine de ville et nécessite une bonne maîtrise de l'outil. En pratique, la mise en œuvre de ce test concerne plus particulièrement les psychologues. Or un retard de langage avant l'âge de 3 ans peut se normaliser mais, pour 50% de ces enfants, il peut évoluer vers un trouble du langage persistant¹⁴.

En 2005, la société française de pédiatrie ambulatoire a validé un questionnaire parental court permettant de situer les compétences du développement communicatif de l'enfant de 8 à 30 mois, les IFDC : Inventaires français du développement communicatif¹⁴. Ils sont adaptés en français à partir des inventaires du développement de la communication de MacArthur-Bates. Le système des inventaires du développement communicatif de MacArthur-Bates utilise des données naturalistes pour les comparaisons descriptives et normatives par un rapport des parents plutôt que par des observations directes. Ces inventaires fournissent aux parents une liste de mots, de gestes et d'expressions que les très jeunes enfants sont susceptibles de connaître. Les parents cochent ceux que leurs enfants utilisent ou comprennent. Cette approche fournit un instrument de mesure pour les enfants de moins de trois ans¹⁵. Cet outil validé est traduit dans 40 langues différentes et est utilisé de manière internationale. Il a été adapté en français par Sophie Kern, psycholinguiste spécialisée dans le langage du jeune enfant sous le nom des Inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC). Les questionnaires longs sont destinés à des études scientifiques permettant d'évaluer les aspects quantitatifs et qualitatifs du développement langagier de l'enfant à partir d'items de la communication : description des gestes communicatifs, de la compréhension et la production des mots jusqu'à l'acquisition des bases grammaticales¹⁶. La version courte de ces questionnaires est réalisée à partir

d'une sélection d'items en fonction de la fréquence d'acquisition des items pour les âges de 12, 18 et 24 mois¹⁷. Ce questionnaire est à remplir par les parents, ce qui permet de décrire la communication des enfants dans un cadre familial.

L'utilisation du questionnaire de l'IFDC de 24 mois lors de la consultation des 2 ans peut être un outil favorable à l'évaluation des compétences langagières précoces de l'enfant avant son entrée en milieu scolaire, afin de demander un avis complémentaire et/ou un suivi plus régulier si des signes d'alertes se présentent¹⁸.

1. 6 l'Inventaire Français du Développement Communicatif version courte à 24 mois. (Annexe 1, 2, 3 et 4)

Cités dans le « guide pratique des troubles du langage chez l'enfant » de 2007 écrit par la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Société Française de Pédiatrie (SFP), les inventaires français du développement communicatif (IFDC) ont été adaptés des inventaires du développement de la communication de MacArthurs-Bates par le laboratoire Dynamique du langage du CNRS et les pédiatres de l'Association française de pédiatrie ambulatoire et de la Société européenne de pédiatrie ambulatoire¹⁹. Ils sont basés sur des questionnaires parentaux retraçant le développement gestuel et langagier du nourrisson et du jeune enfant.

Les questionnaires courts permettent une évaluation rapide des aspects quantitatifs du développement communicatif (nombre de gestes réalisés, de mots produits et/ou compris, longueur moyenne des énoncés). Selon une étude sur les inventaires de MacArthur-Bates, le questionnaire parental simple semble le plus adapté aux contraintes de la pratique ambulatoire car il est difficile d'évaluer l'enfant en consultation²⁰. En effet, l'enfant ne coopère pas toujours, la production verbale peut être insuffisante et le temps de

consultation est limité. Leurs exploitations ne prennent que quelques minutes et reposent sur une feuille d'évaluation avec des repères en percentiles (du 10^e au 90^e) ou en pourcentages (annexe 2). Les résultats de l'étude de validation permettent de reconnaître comme significatifs deux items inférieurs ou égaux au 10^e percentile à un âge donné : champs lexical inférieur à 28 mots – pas de combinaison de mots¹⁹.

Le questionnaire des 24 mois version courte consiste à connaître le nombre de mots compris et utilisés par l'enfant (annexe 1). L'imitation n'est pas prise en compte mais le mot est considéré comme acquis même si la prononciation n'est pas exacte¹⁹.

La fiabilité de cette méthode est en principe maximisée par la forme de l'enquête qui se présente comme un questionnaire fermé destiné aux parents, observateurs à plein temps de leur enfant. Les questionnaires de 12 et 18 mois sont recommandés pour réaliser une trajectoire du développement communicatif de l'enfant (annexe 3 et 4). Cependant nous avons choisi de nous limiter au questionnaire des 24 mois car il n'y a pas, à ce jour, de données sur l'appropriation des IFDC version courte par les médecins généralistes et l'âge de 24 mois est un âge clé pour l'examen du développement de l'enfant par le médecin généraliste.

1. 7 Objectif du travail de thèse :

- Analyser la réalisation de l'évaluation de développement du langage oral au cours de la consultation des enfants de 2 ans en soins primaires par les médecins généralistes, maitres de stages des universités de médecine du NORD-PAS-DE-CALAIS.
- Recueillir l'avis des médecins généralistes, maitres de stages des universités du Nord-Pas-de-Calais sur l'inventaire français du développement communicatif à 24 mois version courte.

2/ MATERIELS ET METHODES :

L'enquête a été menée entre le mois d'aout et le mois d'octobre 2013.

2.1 Population étudiée :

Avec l'accord du Collège National de Médecine Générale, notre enquête s'est portée vers les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, Maitres de Stage des Universités en médecine générale (MSU) qui participent à la formation et l'enseignement des étudiants aux cours de leur 3^{ème} cycle des études médicales.

Les MSU en Médecine Générale ont un rôle d'enseignement, de formation et d'accueil des internes de médecine générale en stages ambulatoires, afin de permettre à l'interne d'approfondir et d'adapter ses connaissances pratiques en soins primaires²¹. Ils doivent, pour ce faire, avoir un exercice principal en médecine générale d'au moins 3 ans et participer entre autres à la formation médicale continue afin d'enrichir aux mieux leurs connaissances et celles de leurs étudiants²². Nous avons donc interrogé les MSU du Nord-Pas-de-Calais de l'université de Lille 2 et les MSU de la Faculté libre de médecine. Les deux facultés de médecine du Nord-Pas-de-Calais ont donc été concernées par l'étude.

Ainsi, 221 médecins généralistes, ayant donné leur accord pour répondre aux questionnaires de thèses et MSU du Nord-Pas-de-Calais, ont reçu notre questionnaire. La population étudiée est ainsi volontairement hétérogène, à la fois rurale et urbaine, avec des patientèles mixtes, et des activités variées. Ces médecins sont des médecins généralistes installés, et exerçant en libéral.

Les médecins de PMI ne sont pas inclus dans l'étude pour éviter le biais de connaissances pédiatriques et d'activités spécialisées.

2.2 Le questionnaire de thèse

(annexes 5, 6 et 7)

Afin d'obtenir un nombre important de réponses au questionnaire de thèse, nous avons décidé de l'envoyer par e-mail, sous forme d'un lien vers le questionnaire internet. Les médecins généralistes peuvent ainsi répondre directement au questionnaire en le lisant et l'envoyer facilement en cliquant sur « envoi » à la fin du questionnaire. L'utilisation de la voie informatique a nécessité l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (la CNIL) (annexe 5).

Le questionnaire envoyé par mail via le site *google drive*, est rempli en ligne de manière anonyme pour que les réponses soient le plus sincères possible. Il a été envoyé le 29 juillet 2013 suivi de plusieurs mails de rappel afin d'optimiser le nombre de réponses pour l'enquête. A chaque rappel, les médecins ayant répondu favorablement à l'essai de l'utilisation de l'outil proposé par mon questionnaire de thèse et m'ayant adressé leur adresse mail, n'ont pas fait partie des relances.

Le questionnaire était volontairement concis et les questions principalement fermées à choix multiples afin de faciliter la tâche des médecins généralistes et l'exploitation des résultats. Certaines questions, indexées d'une étoile, étaient « obligatoires » pour permettre l'envoi du questionnaire. Le temps de l'enquête est d'environ 9 minutes pour 17 questions avec un lien direct pour accéder à l'outil proposé : l'Inventaire Français du Développement Communicatif version courte de 24 mois.

Le questionnaire est divisé comme suit :

- Une première partie concernant le sexe, la durée d'exercice et la part de pratique de

l'activité pédiatrique dans son activité de médecin généraliste.

- Une deuxième partie concernant les consultations en soins primaires autour de la consultation des 2 ans : les motifs des consultations à cet âge et la réalisation de la consultation des 2 ans avec le remplissage du certificat de santé obligatoire des 24 mois, la durée et l'intérêt de l'évaluation de la communication de l'enfant dans le suivi du développement psychomoteur ainsi que la pratique actuelle de chaque médecin face à un trouble du langage.

- Une troisième partie se portant sur l'Inventaire Français du Développement Communicatif des 24 mois version courte en soins primaires, sa connaissance et l'intérêt qu'il peut avoir en médecine de ville. Cette partie commence par présenter succinctement l'IFDC version courte de 24 mois et invite les médecins généralistes à accéder à cet outil par un lien direct du site « santé.gouv » qui permet d'avoir de nouvelles informations sur son utilisation et de pouvoir télécharger et imprimer le questionnaire des 24 mois. Ce lien permet également la découverte des questionnaires de 12 et 18 mois si le médecin généraliste est intéressé.

2.3 Questions supplémentaires concernant l'IFDC en pratique :

(annexe 8)

Dans un second temps, les médecins ayant accepté de tester l'IFDC version courte à 24 mois et ayant donné leur adresse mail, ont été recontactés afin d'obtenir leur avis sous forme d'un questionnaire de 7 questions à choix multiples et une dernière question à réponse libre permettant une analyse sincère mais également afin d'obtenir leur commentaire libre concernant ce nouvel outil.

Le questionnaire renvoyé aux médecins se composait comme suit :

-une première partie concernant l'intérêt porté à la découverte d'un nouvel outil

d'évaluation réalisable en médecine de ville.

- une seconde partie concernant l'utilisation de l'IFDC version courte à 24 mois au cours de la période de recherche (environ 1 à 2 mois et demi selon le délai de réponse des médecins) ainsi que les résultats obtenus au questionnaire au cours de la consultation et leur projet d'utilisation maintenant que le médecin s'est approprié l'outil.
- une troisième partie concernant les pratiques et connaissances de l'évaluation du langage chez les étudiants en médecine en stage dans leur cabinet.
- une dernière question à commentaire libre pour connaître les envies de formation et de découverte des médecins généralistes sur l'évaluation du langage du jeune enfant.

2.4 Méthodes statistiques :

Tous les questionnaires reçus par internet ont pu être analysés afin de réaliser les statistiques exclusivement descriptives. Les statistiques ont été calculées par le Docteur Marie-Laure Charkaluk et moi-même.

Les variables qualitatives étaient décrites sous forme de pourcentages avec leurs intervalles de confiance respectifs. Les variables quantitatives étaient décrites par leur moyenne et leur médiane.

3. RESULTATS :

3.1 La population étudiée :

Deux cent vingt-et-un questionnaires ont été envoyés une première fois aux médecins Maîtres de Stage universitaires du Nord-Pas-de-Calais. Parmi eux, 105 médecins ont répondu au questionnaire et 56 médecins ont accepté de tester l'IFDC version courte à 24 mois et d'être recontactés via leur adresse mail. La deuxième partie du questionnaire a pu être envoyée à 32 médecins car seules 32 adresses-mail étaient valides et indiquées à l'emplacement prévu pour cela. Le taux de participation de l'enquête est donc de 48% dont 32% ont pu être recontactés pour la deuxième partie de l'enquête (Figure 1). Toutes les réponses ont pu être exploitées pour les calculs statistiques.

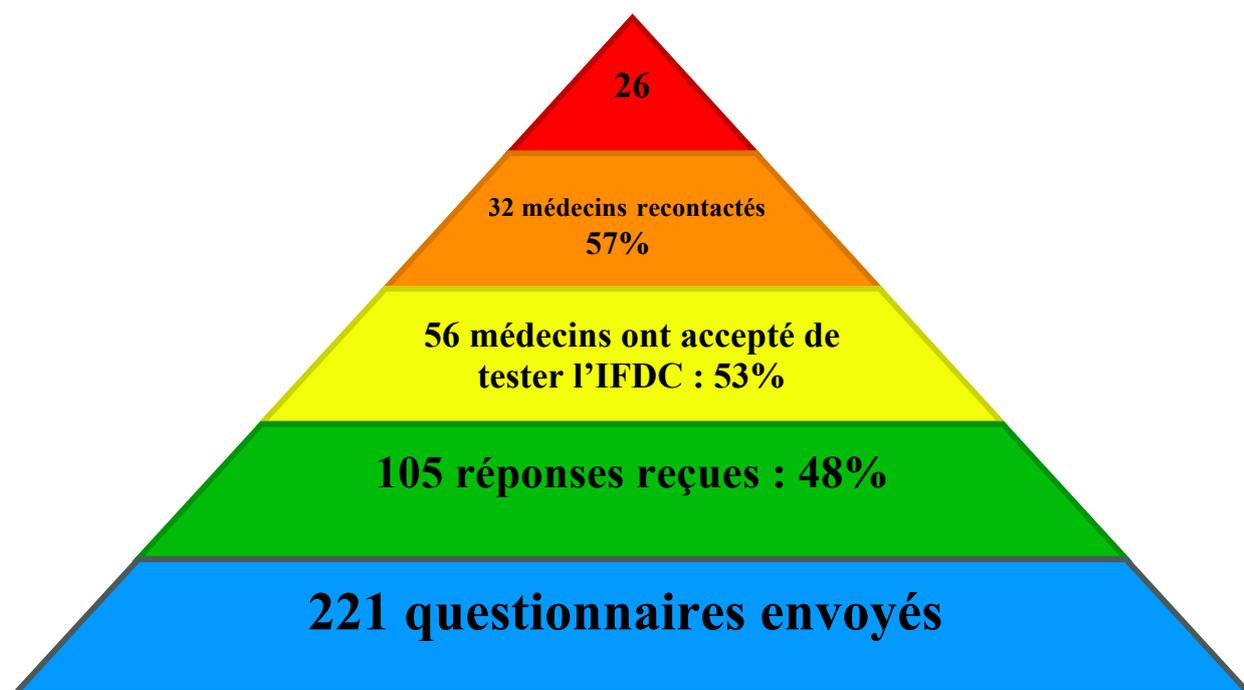


Figure 1 : Population étudiée

Dans la population de médecins étudiée, nous retrouvons : 63% d'hommes et 37% de femmes dont l'exercice médical est pratiqué depuis plus de 20 ans dans 58% (IC à 95% [51 ; 67]) des cas (Questions 1 et 2).

La part de l'activité consacrée au suivi des enfants de moins de 2 ans est de 1 à 15% pour 71% (IC à 95% [63 ; 79]) des médecins interrogés, soit 75 médecins. Puis, 23 médecins estiment leur activité pédiatrique entre 15 et 25% soit 22% (IC à 95% [14; 30]) des médecins interrogés et 5 médecins l'estiment entre 25 et 50% de la part d'activité de consultations : 4%, (IC à 95% [2 ; 6]). (Question 3) (Figure 2)

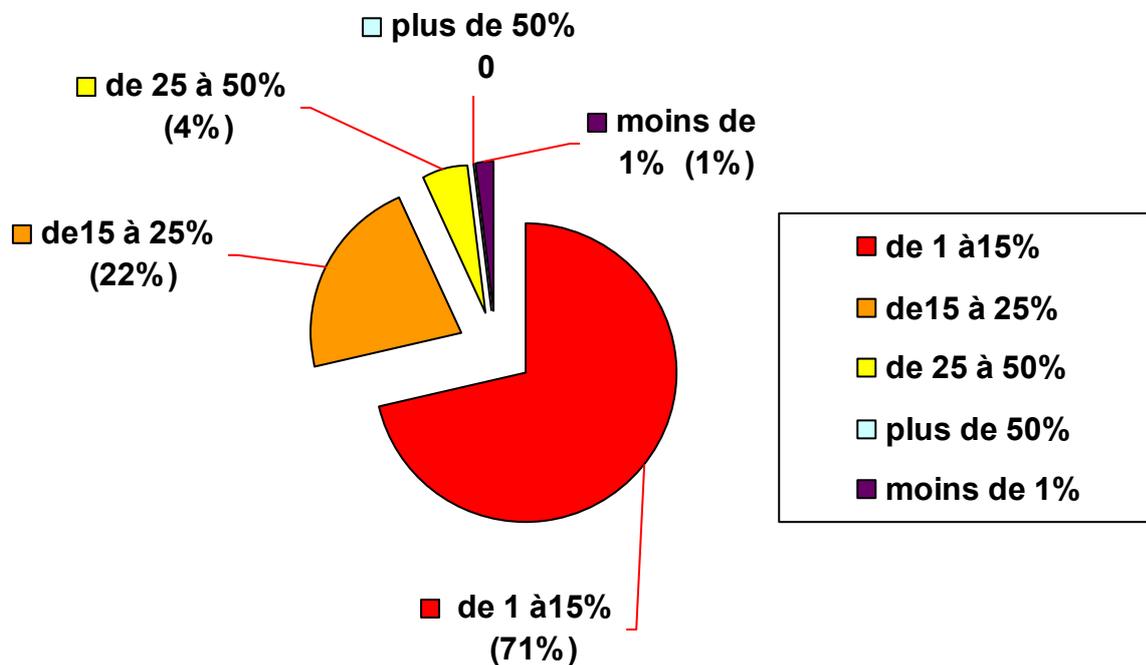


Figure 2 : Part d'activité pédiatrique.

3. 2 La consultation de l'enfant à 2 ans

3.2.1 : Les inquiétudes parentales concernant l'enfant à 2 ans (Question 4):

Selon les médecins de notre étude, les inquiétudes parentales pour les enfants entre 17 et 24 mois sont très diversifiées. Les médecins généralistes estiment que, pour ¼ des consultations pédiatriques à cet âge, les pathologies aiguës représentent la première inquiétude parentale : 79 d'entre eux ont répondu « maladies répétées » (ORL, pulmonaire, digestif, cardio-respiratoire). On retrouve ensuite les troubles de l'alimentation et du sommeil selon 45 médecins soit 14% des réponses. Puis suivent les troubles du comportement, les troubles du développement moteur (la marche) et les troubles de l'acquisition de la propreté avec respectivement 13%, 12% et 11% des réponses des médecins. Enfin, les anomalies du développement du langage représentent 9% des inquiétudes parentales selon les médecins interrogés soit en dernière position par rapport à nos propositions.

3.2.2 : La consultation de suivi des 24 mois (Question 5) :

La consultation de suivi du développement normal de l'enfant à 24 mois est toujours d'actualité pour les médecins généralistes de notre étude puisque 36% (IC à 95% [27 ; 45]), d'entre eux, réalisent systématiquement cette consultation de suivi à 24 mois avec remplissage du certificat de santé obligatoire, et 45% (IC à 95% [35 ; 54]) des médecins la réalisent pour 50 à 75% des enfants, (Figure 3).

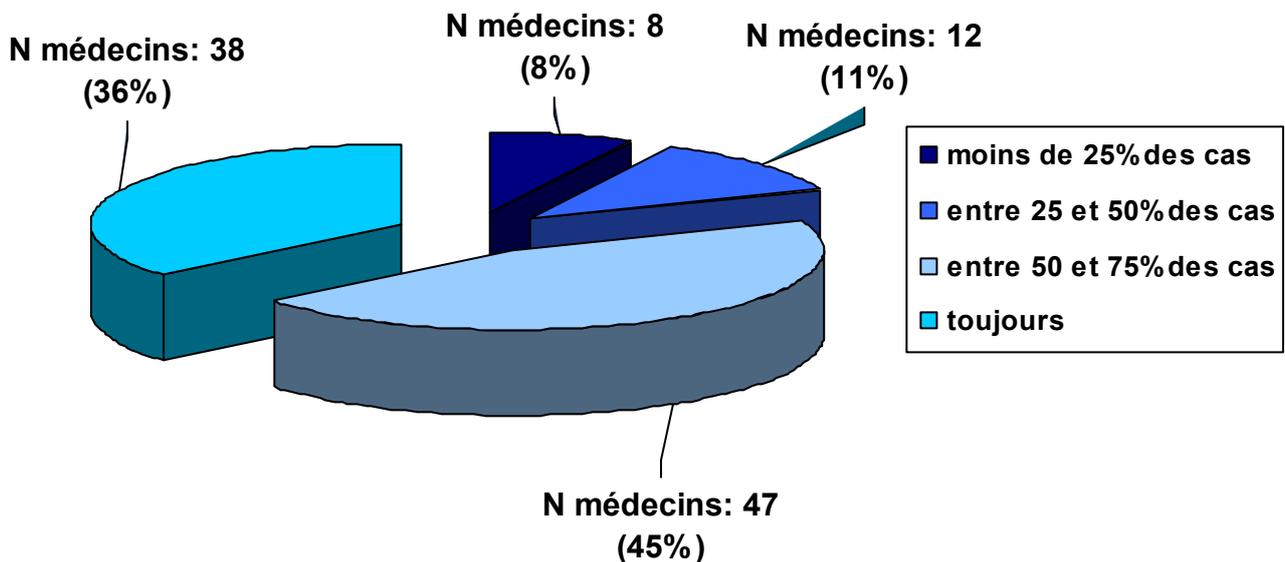


Figure 3 : Consultation de santé des 2 ans

3.3 Pratiques actuelles concernant l'évaluation du développement de l'enfant et de son langage oral au cours de la consultation des 24 mois:

3.3.1 : Le temps d'évaluation du développement psychomoteur au cours de la consultation des 2 ans (Question 6).

Pour 50 % des médecins généralistes interrogés, le temps de consultation pour évaluer le développement psychomoteur de l'enfant à 2 ans est de 5 à 10 minutes et 16% (IC [9 ; 23]) d'entre eux consacrent moins de 5 minutes pour réaliser cette évaluation (Figure 4). Un médecin a ajouté en commentaire que son évaluation du développement psychomoteur se réalise « de l'entrée dans le bureau de consultation à la sortie » et 4 médecins ont ajouté que leur temps d'évaluation dépendait des troubles et des inquiétudes parentales.

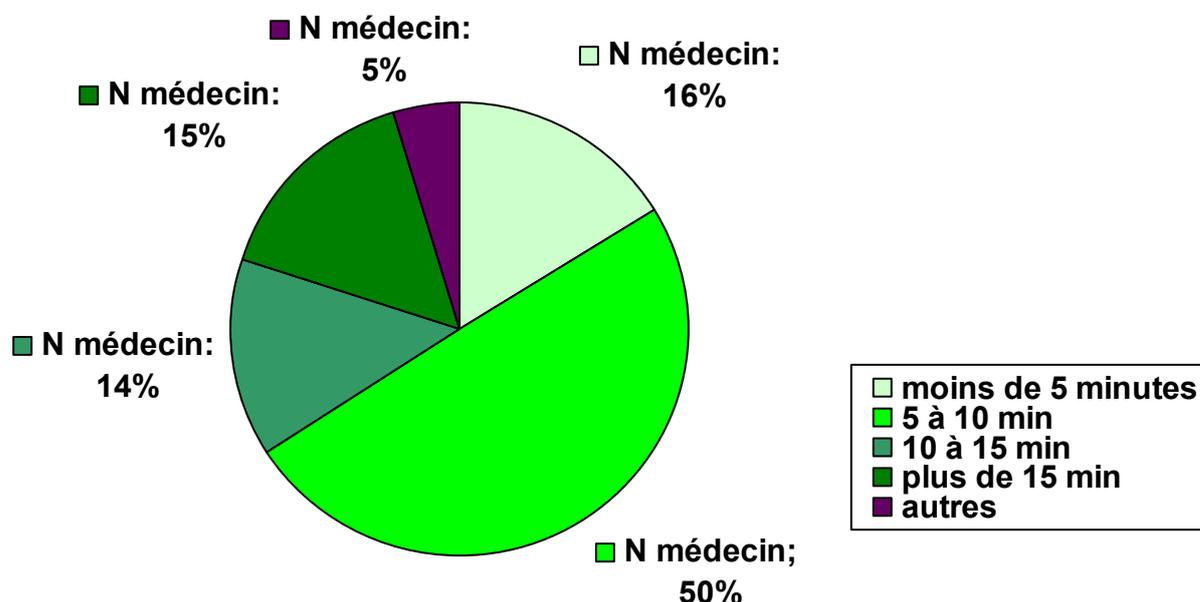


Figure 4 : Temps d'évaluation du développement psychomoteur à 2 ans.

3.3.2 Opinion sur l'évaluation du langage au cours de la consultation de suivi de l'enfant à 2 ans (Question 7).

Selon 63% (IC [54 ; 72]) des médecins interrogés, l'évaluation du langage est importante à réaliser à l'âge de 2 ans, et 15% (IC [8 ; 22]) pensent que cette évaluation est indispensable à cet âge. Il y a donc 77% (IC [69 ; 85]) des médecins généralistes, soit 81 médecins ayant répondu à l'enquête, qui estiment que le langage doit être évalué à l'âge de 2 ans. Il y a cependant 3 médecins interrogés qui estiment que l'évaluation du langage est inutile à cet âge et 20% qui la trouvent peu importante (Figure 5).

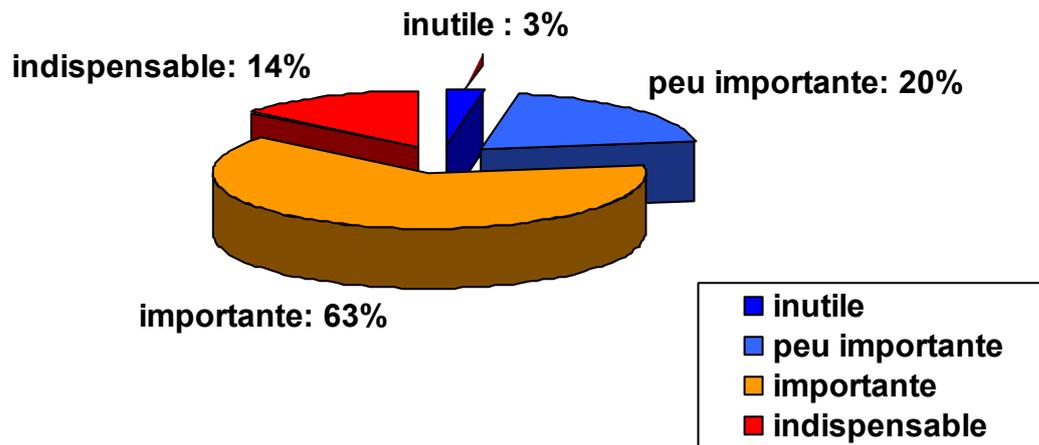


Figure 5 : Importance de l'évaluation du langage à 2 ans.

La durée estimée concernant l'évaluation du langage chez l'enfant de 2 ans par les médecins interrogés est estimée à 4.8 minutes en moyenne avec un écart type de 4.2 : une réponse minimale à 1 minute et une réponse maximale à 30 minutes. La médiane se situe à 5 minutes (Figure 6).

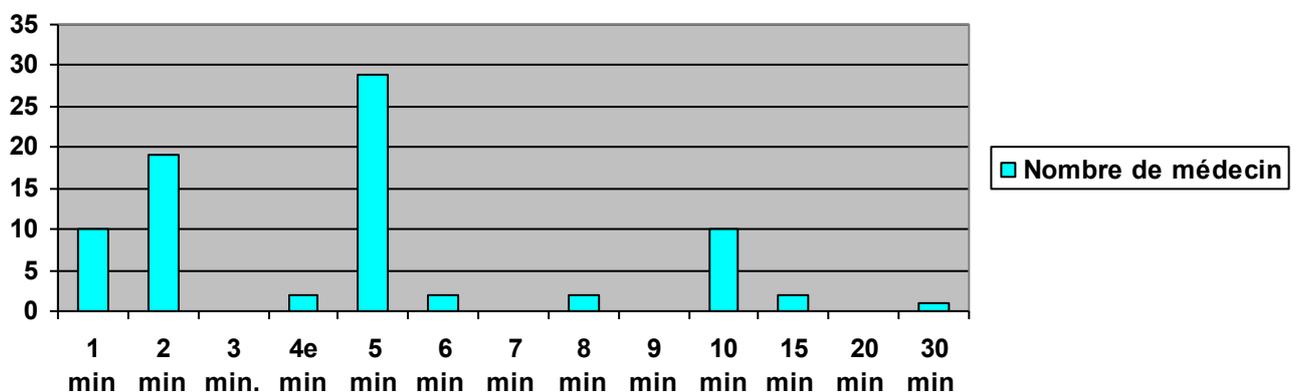


Figure 6 : Temps d'évaluation du langage à 2 ans

3.3.3 L'évaluation en pratique du langage à 2 ans par le médecin généraliste (Question 8)

L'évaluation du langage pour chaque médecin traitant est basée, pour les $\frac{3}{4}$ des médecins, sur 3 modalités :

- sur l'observation de l'enfant au cours de la consultation,
- sur la communication directe avec l'enfant,
- sur des questions aux parents concernant le développement communicatif de leur enfant.

Pour cette évaluation, la grande majorité des médecins interrogés ne connaissent pas d'outil ni d'échelle d'évaluation du langage pour les enfants de 2 ans. Seuls 7 médecins généralistes interrogés ont cité un outil qu'ils connaissaient, soit : 7% (IC [2 ;12]) des médecins ayant répondu :

- L'échelle de Brunet Lézine révisée est citée 1 fois
- L'échelle de Denver est citée 2 fois
- Le carnet de santé pour 4 médecins.

Pour les réponses, les médecins répondent : « aucune », « néant », « rien ».

En pratique courante, les outils utilisés cités par les médecins sont :

- Un petit livre autour duquel l'enfant et le médecin discutent pour 1 médecin.
- Un imagier est cité 1 fois.
- Le dialogue verbal et gestuel de l'enfant est cité 1 fois.
- Le carnet de santé est cité 3 fois
- Un médecin fait la remarque que « la clinique prime sur toutes les échelles ».

3.3.4 Le dépistage d'un trouble du langage chez un enfant de 2 ans, sans antécédent de prématurité, de trouble ORL ou neurologique avéré en soins primaires (Questions 9 et 10).

Dans notre enquête, nous avons demandé aux médecins généralistes si, au cours de leur pratique en soins primaires, ils avaient déjà dépisté un trouble du langage chez un enfant de 2 ans et nous retrouvons 59% (IC [50 ; 68]) de réponses positives et 7% répondent rencontrer fréquemment des enfants ayant un trouble du langage à cet âge. 21% (IC [17 ; 25]) des médecins interrogés répondent ne jamais avoir dépisté un trouble du langage chez un enfant de 2 ans et 13% (IC [7 ; 19]) disent ne jamais avoir dépisté un trouble du langage tout âge confondu (Figure 7).

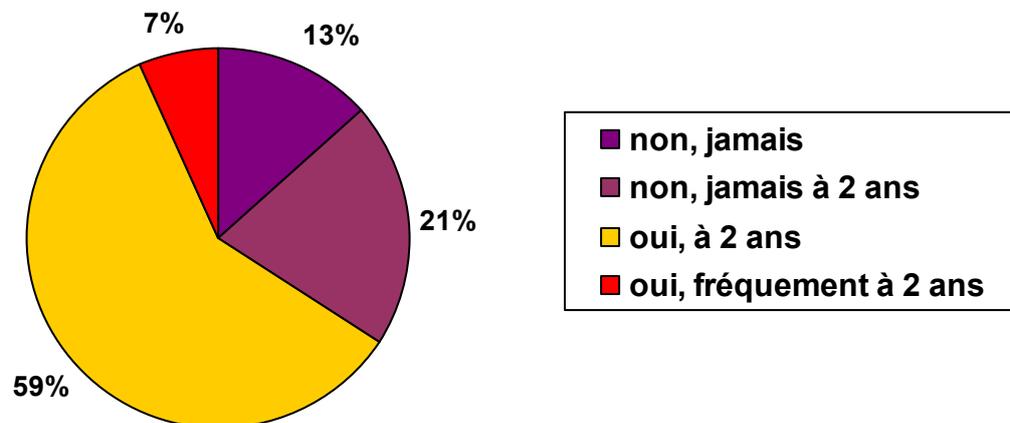


Figure 7 : Dépistage de trouble du langage chez l'enfant de 2 ans.

Leurs sources d'informations en cas de doute diagnostique sur un retard de langage à 2 ans est dans 84% (IC [77-91]) un confrère spécialiste. Internet arrive en deuxième position avec seulement 10% des réponses et 4% des médecins interrogés demandent à un confrère en médecine générale. Seulement 2% se tournent vers une source bibliographique.

3.3.5 L'orientation de l'enfant présentant des troubles du langage à 2 ans

(Question 11) :

Nous retrouvons 67% (IC [58 ; 76]) des médecins interrogés qui adressent l'enfant à un spécialiste en cas de troubles du langage dépistés vers l'âge de 2 ans soit 72 médecins. 19% (IC [12 ; 26]) ont répondu proposer une nouvelle consultation de contrôle et le même pourcentage a conseillé une observation parentale simple jusqu'à la prochaine consultation. Seuls 3 médecins ont demandé une observation parentale avec une grille d'évaluation.

Certains médecins ont exprimé des remarques à la question :

- « J'évalue l'audition et l'envoie chez l'ORL si le trouble du langage est isolé et dans le cas contraire, je l'envoie au CAMSP ou en neuropédiatrie ».
- « Cela dépend de la stimulation familiale ».
- « Cela dépend du bilan médical préalable ».

Quand les médecins généralistes interrogés orientent l'enfant, ils se tournent pour 41% d'entre eux vers l'orthophoniste, 35% vers l'ORL et 18% vers le neuropédiatre. Les 6% restant ont répondu dans la case « autres » que cela dépendait des troubles du langage perçus.

3. 5 L'IFDC version courte de 24 mois en soins primaires.

Nous avons demandé aux médecins généralistes s'ils connaissaient l'existence des Inventaires Français du Développement Communicatif et la réponse a été pratiquement unanime : 98% ont répondu négativement. Les 2% ayant répondu positivement ont eu connaissance de cet outil d'évaluation au cours d'une FMC et sur internet (question 12).

Les questions suivantes ont été posées après présentation de l'IFDC version courte de 24 mois via un lien hypertexte présent dans le questionnaire.

3. 5.1 Les avantages à utiliser l'IFDC version courte à 24 mois (question 13)

Selon les médecins interrogés, les avantages de l'utilisation de cet outil existent.

Dans les avantages mis en avant, on retrouve par ordre de fréquence (Figure 8) :

- « Il permet d'impliquer les parents dans la surveillance et le développement du langage de leur enfant », cité 56 fois soit 28% des réponses données.
- « Il est un outil utile en cas de doute diagnostique concernant le développement du langage de l'enfant à 2 ans » pour 55 médecins soit 26% des réponses.
- « Il permet d'évaluer l'enfant donc son contexte habituel » pour 39 médecins soit 18% des réponses.
- « Il permet une mesure objective du langage de l'enfant » pour 34 médecins, soit 16%.
- Enfin « il permet une évaluation rapide du langage oral de l'enfant de 2 ans » pour 25 médecins soit 12%.

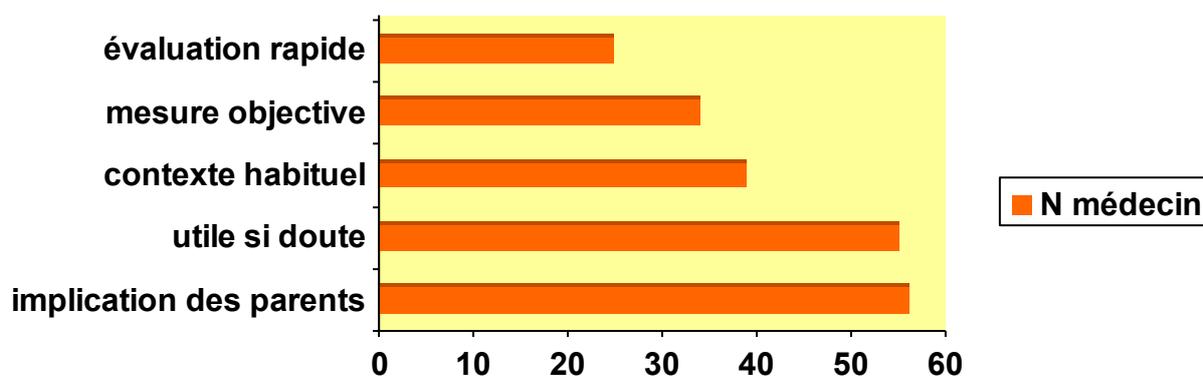


Figure 8 : Avantages de l'IFDC version courte de 24 mois selon les médecins généralistes.

Nous avons également reçu d'autres propositions de points positifs soulevés par les médecins interrogés :

- « Il est reproductible »
- « Il est à faire totalement par les parents »
- « Il faut que je m'habitue à ce nouvel outil mais c'est certainement possible ».

3. 5.2 Les freins possibles à l'utilisation de l'IFDC version courte à 24 mois

(Questions 14 et 15).

Le manque de temps a été cité par 76 médecins de l'enquête soit 47% des réponses citées et 72% (IC [63 ; 81]) des médecins de l'enquête. Puis, pour 35 médecins, la difficulté peut venir de leur manque de maîtrise de cet outil soit 22% des réponses et 33% (IC [24 ; 42]) des médecins interrogés. Par contre, l'interrogation concernant la fiabilité de l'IFDC version courte de 24 mois et son problème d'impression ne représentent respectivement que 12% (20 médecins) et 5% (8 médecins) des réponses (Figure 9).

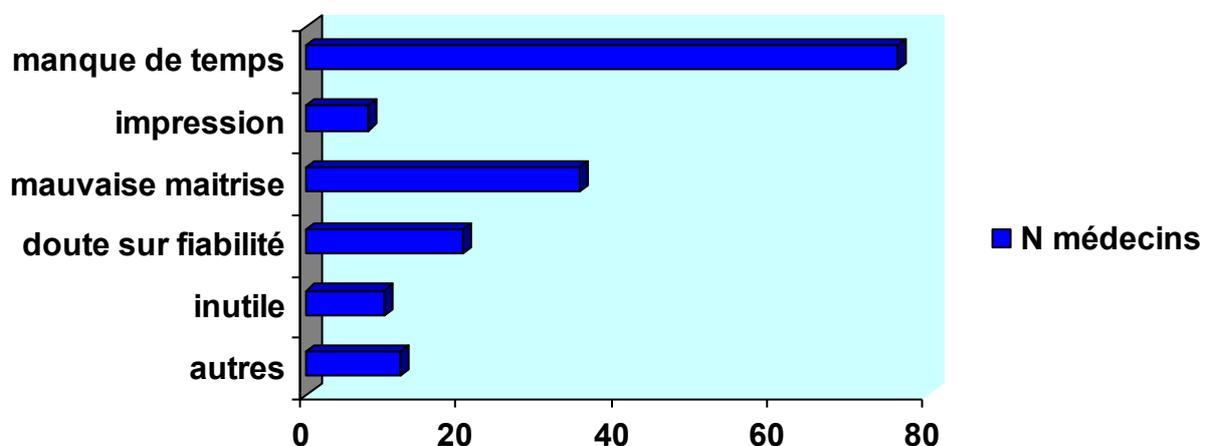


Figure 9 : Inconvénients de l'utilisation de l'IFDC version courte à 24 mois.

Les inconvénients soulevés par les médecins en commentaire libre sont :

- « Le vocabulaire est trop complexe pour les parents. »
- « L'implication des parents des enfants en milieu socio-économique défavorable est malheureusement très faible dans le développement du vocabulaire ».
- « Il n'est pas nécessaire dans ma pratique »
- « Je n'y trouve pas d'intérêt »
- « Je doute sur la fiabilité des données mémorisées par les parents ».

Du côté de la famille, les difficultés possibles selon les médecins interrogés sont pour 39% (IC [30 ; 48]) d'entre eux « la compréhension du questionnaire », puis 22% ont répondu « le retour du questionnaire rempli ». Enfin, 17% des médecins traitants de l'enquête pensent également que « le refus ou la réticence à remplir le questionnaire par les parents » peut être une des difficultés de l'utilisation de l'IFDC version courte à 24 mois. L'impression du questionnaire et la langue parlée sont citées comme difficulté pour la famille par 9% des médecins traitants (Figure 10).

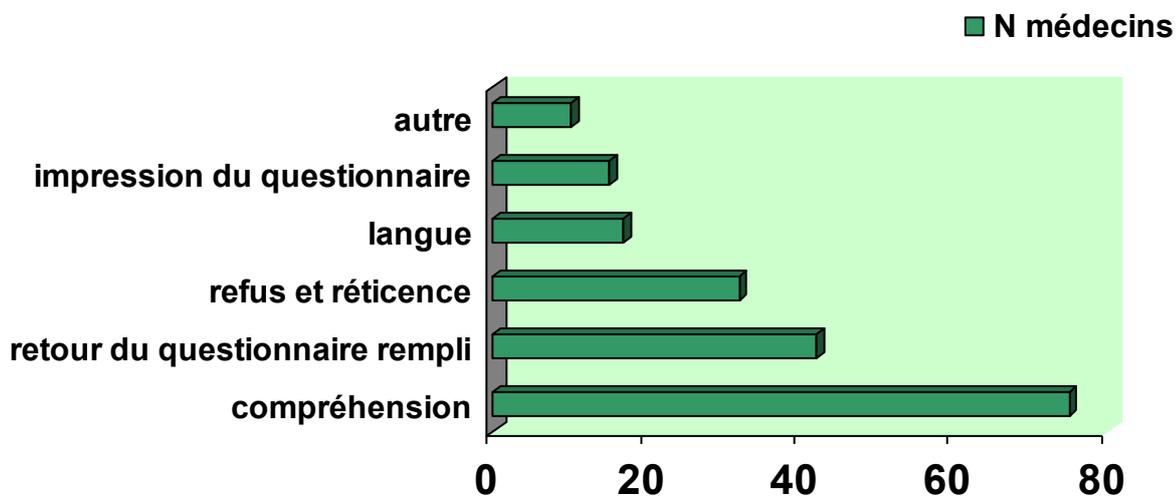


Figure 10 : Difficultés de l'IFDC pour les familles selon les médecins généralistes.

3.5.3 L'avis des médecins généralistes concernant la place de l'IFDC en soins primaires
(question 16 et 17) :

Dans notre enquête, 85% (IC [78 ; 92]) des médecins sont favorables à l'utilisation de l'IFDC version courte à 24 mois en consultation de soins primaires. Parmi eux, 56% (IC [47 ; 65]) des médecins interrogés répondent qu'ils l'utiliseraient en cas de doute sur le développement du langage chez les enfants de 2 ans et 15%(IC [8 ; 22]) des médecins souhaitent le pratiquer de manière systématique au cours de la consultation de suivi des 2 ans.

Enfin, le même pourcentage soit 15% des médecins traitants répondent que l'IFDC n'est pas nécessaire en consultation de soins primaires (Figure 11).

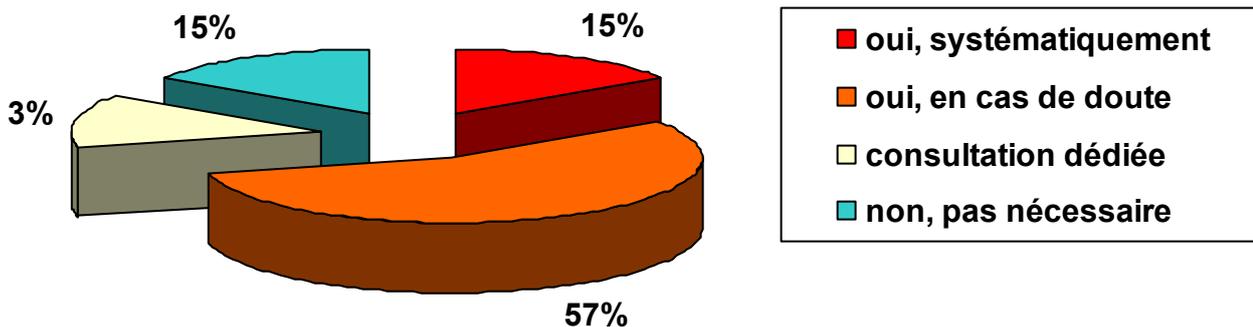


Figure 11 : Place de l'IFDC version courte de 24 mois en soins primaires

Si les médecins décidaient d'utiliser l'IFDC version courte des 24 mois en consultation de soins primaires, 51% (IC [41 ; 61]) d'entre eux (54 médecins) le feraient en donnant le questionnaire de manière systématique au cours des consultations entre 17 et

24 mois selon les repères du carnet de santé actuel, 23% (IC [15 ; 31]) l'utiliseraient s'il était inscrit dans le carnet de santé soit 36 médecins et 22% (IC [14 ; 30]) répondent qu'ils pourraient remplir le questionnaire avec les parents au cours de la consultation de suivi des 2 ans soit 34 médecins. Enfin, seulement 8% des médecins proposent de l'utiliser en le mettant à disposition dans la salle d'attente et 4% des médecins pensent pouvoir le faire en téléchargeant le questionnaire à l'aide d'un flash code en salle d'attente. Finalement, 6% (IC [1 ; 11]) disent ne pas vouloir l'utiliser (figure 11).

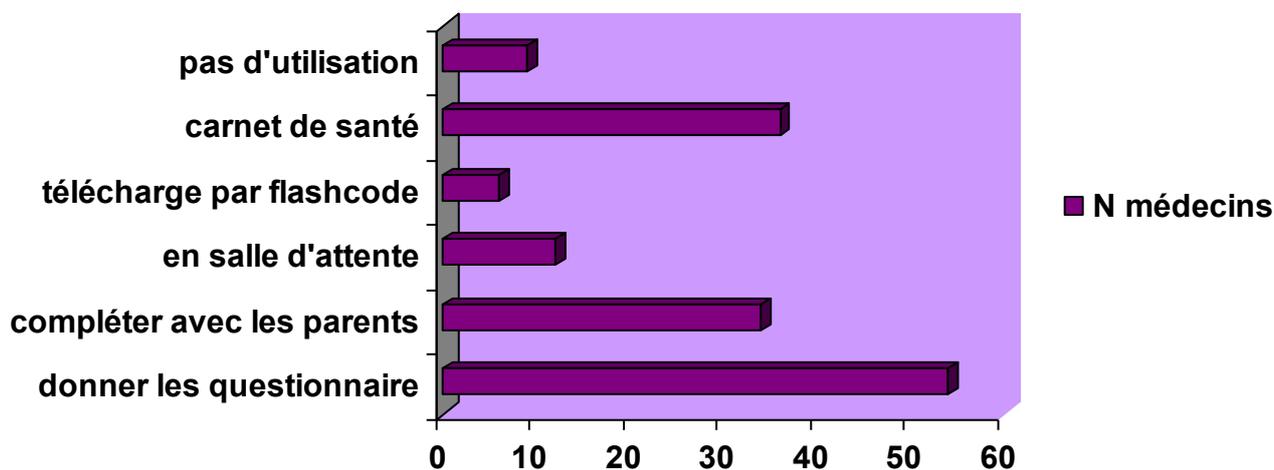


Figure 11 : Utilisation de l'IFDC version courte de 24 mois

Des suggestions supplémentaires nous sont parvenues quant à l'utilisation du questionnaire de l'IFDC version courte à 24 mois par réponse libre des médecins dans la case « autres » :

- « Il faudrait une application à mettre dans le dossier patient pour le compléter au cabinet et avoir le résultat calculé. »
- « un logiciel adapté avec l'IFDC version courte à compléter directement sur l'ordinateur. »

3. 6 Essai de l'IFDC version courte à 24 mois.

Dans notre étude, parmi les 105 réponses au questionnaire de thèse, 56 médecins ont accepté de tester l'IFDC version courte à 24 mois soit 53%. Cependant, seul 32 adresses mail étaient valides ou complétées à l'emplacement prévu. Nous avons reçu 26 réponses sur 32 questionnaires renvoyés par e- mail aux médecins. Neuf médecins sur 26 ont pu utiliser l'IFDC depuis le questionnaire de thèse soit 38% des médecins.

Les 17 médecins n'ayant pas utilisé l'IFDC version courte des 24 mois répondent ainsi:

- 6 d'entre eux n'ont pas eu l'occasion de le faire
- 6 d'entre eux n'y ont pas pensé,
- 3 médecins n'ont pas vu d'enfant de 2 ans pendant la période de test
- 2 médecins disent ne pas avoir eu le temps de l'utiliser.

3.6.1 L'utilisation en pratique de l'IFDC version courte à 24 mois:

Les médecins ayant utilisé le questionnaire de L'IFDC version courte à 24 mois l'ont fait, pour 7 sur 9 d'entre eux, au cours de la consultation de suivi des 2 ans, 1 au cours d'une consultation pour une pathologie aiguë et 1 médecin a utilisé l'IFDC version courte à 12 mois pour évaluer un enfant de 1 an. Le questionnaire a été rempli pour 4 médecins avec les parents au cours de la consultation et 5 médecins l'ont donné aux parents pour qu'ils le remplissent chez eux.

Selon les 9 médecins ayant utilisé l'IFDC version courte à 24 mois, la réaction des parents est très positive : ils apprécient de participer à l'évaluation du langage de leur enfant. Les 7 questionnaires remplis ne montrent pas de troubles du langage repérés par le test de l'IFDC et 2 questionnaires n'ont pas été retournés par les parents avant la fin de l'enquête.

3.6.2 L'information sur l'évaluation du langage à 2 ans pour l'étudiant et son maître de stage, en médecine ambulatoire.

Quatorze médecins généralistes sur les 26 ont discuté avec leurs stagiaires de l'IFDC version courte à 24 mois. Selon eux, leur stagiaire ne savait pas que l'on pouvait évaluer le langage à l'âge de 2 ans pour 10 d'entre eux, 2 stagiaires ne savaient pas évaluer le langage à 2 ans et 2 d'entre eux répondent que leur stagiaire avait appris à faire « comme leur maître de stage ». Enfin, nous avons demandé aux médecins interrogés précédemment s'ils souhaitaient des informations et formations sur l'évaluation du langage du jeune enfant de 0 à 2 ans et la réponse a été unanime : 24 réponses positives avec 14 commentaires citant :

- « Des fiches pratiques accessibles » par internet, cité 2 fois.
- « Une application internet pour avoir l'IFDC version courte à 24 mois à installer sur les logiciels médicaux actuels », cité 12 fois.

4. DISCUSSION :

4.1 Résultats principaux :

Les consultations pédiatriques de moins de 2 ans ne représentent que 1 à 15% des activités des médecins généralistes pour 71% des médecins interrogés, et les motifs de consultations portent particulièrement sur les pathologies aiguës à cet âge. Pourtant, les médecins généralistes s'interrogent sur le développement du langage de l'enfant de 2 ans. En effet, 77% (IC [67 ; 75]) d'entre eux estiment que l'évaluation du langage à cet âge est importante, voire indispensable (15% des médecins). La consultation des 24 mois est réalisée systématiquement pour 35% (IC [27 ; 45]) des médecins, 45% (IC [35 ; 54]) la réalisent pour 50 à 75 % des enfants. L'évaluation du langage dans sa modalité est, actuellement, propre à chacun. On constate que très peu d'outil sont connus et utilisés et 21% des médecins répondent ne jamais avoir dépisté de troubles du langage chez un enfant de 2 ans sans pathologie avérée. Dans ce contexte, 85% (IC [78.92]) des médecins interrogés expriment un avis favorable à l'utilisation de l'IFDC version courte à 24 mois, outil inconnu pour 98% d'entre eux. Le premier frein à son utilisation en soins primaires semble être le manque de temps évoqué par les médecins généralistes qui s'interrogent également sur les difficultés de compréhension éventuellement rencontrées par les parents. Enfin, sur les 26 médecins contactés, neuf ont réellement exploité l'IFDC-version courte-24 mois. Les parents concernés ont été tous satisfaits selon les médecins. Quatorze praticiens ont discuté ce cet outil avec leurs stagiaires et proposent de créer une application internet pour disposer de l'outil de repérage sur leurs logiciels médicaux.

4.1.1 La place de l'évaluation du langage oral des enfants de 2 ans au cours de la consultation des 24 mois par le médecin généraliste

(Annexe 9)

A l'âge de 2 ans, l'enfant est examiné par le médecin généraliste dans le cadre d'un examen médical obligatoire concernant entre autres le suivi de son développement global. Cette consultation permet la délivrance d'un certificat de santé des 24 mois qui est de plus en plus réalisé: en 2006, les données exploitables pour les certificats des 24 mois étaient de 26.3% en France contre 31.5% en 2011¹²(annexe 9). Le département du Nord a adressé les certificats de santé des 24 mois avec des données exploitables pour 42.9% des enfants de 2 ans et le Pas-de-Calais pour 29.4%¹². Nous retrouvons également dans l'enquête réalisée une place importante de l'examen de santé des 24 mois avec délivrance du certificat de santé : systématiquement pour 36% (IC [26 ; 44]) des médecins, et 45% (IC [36 ; 54]) l'effectuent dans 50 à 75% des cas. Au total, 80% des médecins interrogés réalisent la consultation des 24 mois avec délivrance du certificat de santé pour plus d'un enfant sur 2. Cette étape du suivi de l'enfant qui permet un examen de santé global en dehors de toute pathologie aiguë intercurrente, devient une habitude du médecin généraliste pendant laquelle il évalue le langage de l'enfant à 24 mois, mais sans outil de repérage standardisé actuellement.

De plus, 63% (IC [54 ; 72]) des médecins estiment que l'évaluation du langage est importante à cet âge et 14% la trouvent même indispensable. Ainsi, 77 % des médecins sont donc conscients de l'importance d'évaluer le langage à 2 ans. C'est pourquoi, nous pensons que la consultation de suivi de 24 mois est propice pour proposer de repérer les troubles du développement du langage par un outil simple et validé tel que l'inventaire français du développement communicatif version courte à 24 mois.

On remarque toutefois que 3 % des médecins estiment qu'il est inutile d'évaluer le langage de l'enfant à 2 ans. Il existe incontestablement une grande variabilité dans l'âge de début d'apparition du langage oral, dans sa rapidité d'enrichissement et dans sa progression d'acquisition, notamment à l'âge de 2 ans^{23 ; 24}. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une variabilité inter-individuelle normale, analogue à celle que l'on rencontre pour toutes les fonctions en développement. En tenant compte des variations inter-individuelles, il existe cependant des limites au-delà desquelles on doit considérer la situation comme anormale : à l'âge de 24 mois, l'enfant a un bagage de 50 mots différents et commence sa phase de morphosyntaxe : il coordonne 2 mots avec attribution du rôle des mots : le sujet, le verbe^{3 ;25 ;26}. A 24 mois, l'identification d'un retard de langage peut permettre notamment la recherche de diagnostics étiologiques.

4.1.2 Le repérage des troubles du langage oral par le médecin généraliste.

(Annexe 10)

Selon une étude des médecins généralistes datant de 2008, le principal obstacle à l'exploration du langage provient d'un manque de tests simples, rapides et fiables pour tous âges confondus (31% des réponses)²⁷. Dans une étude récente de 2012, 76.2% des médecins interrogés estiment ne pas disposer d'outils de repérage des troubles du langage tous âges confondus⁹. Or, il ne s'agit pas d'un manque de tests mais plutôt de méconnaissance. Notre étude a confirmé cet obstacle, seulement 7 médecins ont pu citer un outil connu des outils existants pour évaluer le langage à 2 ans. De plus, 21% des médecins interrogés n'ont jamais dépisté de troubles du langage oral à 2 ans et 7% (IC [12 ; 28]) affirment qu'ils n'en n'ont jamais dépisté tous âges confondus. Il est possible que le diagnostic de retard ou trouble du langage n'ait pas été posé par le médecin généraliste, en raison justement du manque de connaissance d'outils de repérage. Il est également possible que les médecins interrogés n'aient jamais été confrontés à cette situation. Ces

deux situations ne favorisent pas un investissement important de ce champ, dans un contexte où le développement global est parfois déjà bien difficile à apprécier.

Parmi les outils utilisés ou cités par les médecins, nous retrouvons le carnet de santé. Les médecins généralistes interrogés font probablement allusion aux repères présents sur le carnet de santé dès l'âge d'apparition du langage oral. Ces repères existent depuis 2006 et sont destinés aux parents, l'objectif étant de mettre en valeur les observations des parents et de favoriser le dialogue avec les professionnels de santé¹³. Le médecin a des repères inscrits également au niveau du certificat des 24 mois : nommer au moins une image et associer 2 mots (annexe 10). Il ne s'agit pas, à proprement parler, d'un outil de repérage, même si le carnet de santé est généralement bien entretenu et mis à jour par le médecin de famille. Cependant, le carnet de santé ne semble pas être plébiscité dans le cadre du suivi du langage de l'enfant comme nous le retrouvons dans une étude de 2012 : 76.2% des médecins l'utilisent de manière systématique mais seulement 23.8% y voient un intérêt dans l'évaluation du développement langagier⁹. Dans notre enquête, 50% des médecins généralistes consacrent 5 à 10 minutes de la consultation pour évaluer le développement global de l'enfant dont le langage et 16% (IC [9%-23%]) y consacrent moins de 5 minutes. Le temps imparti à l'évaluation du langage à cet âge est donc très restreint : la moyenne est de 4.8 minutes et la médiane de 5 minutes. Ce temps peut dépendre de la présence ou non des troubles du langage perçus: en effet si l'enfant entrant dans le cabinet parle de façon fluente, l'évaluation est rapide ; par contre si l'enfant n'est pas coopérant, malade, timide, introverti, ou qu'il semble présenter des troubles du langage oral, les compétences langagières sont plus compliquées à évaluer, surtout à l'âge de 2 ans²⁰. Si un outil de repérage est proposé, il est nécessaire que son exploitation soit possible dans le temps actuellement consacré à l'évaluation du langage, de l'ordre de quelques minutes.

Par la diffusion du questionnaire de thèse, nous avons pu faire découvrir à 98% des médecins de l'enquête, un outil utile au repérage du versant expressif du langage oral et

rapide car il est à destination des parents : le questionnaire parental de l'IFDC version courte à 24 mois.

4. 1.3 Les parents et le langage de leur enfant :

Selon une étude réalisée en Angleterre, la majorité des parents reconnaît que le médecin traitant n'a pas suffisamment tenu compte de leur inquiétude concernant le langage de leur enfant présentant des troubles du langage actuellement²⁸. Les parents ont une place centrale dans le développement et le suivi du langage de leur enfant, toutefois, comme nous le constatons, le langage ne fait pas partie des motifs les plus fréquents de consultations pédiatriques. Selon une étude concernant les consultations pédiatriques chez le médecin généraliste, le premier motif de consultation entre 0 à 6 ans, est essentiellement lié à des pathologies aiguës de la sphère ORL (pav29). Le médecin doit donc se préoccuper du langage de l'enfant en sus de toutes les demandes liées aux inquiétudes parentales. En effet, selon les médecins généralistes de notre enquête, le langage de l'enfant de 2 ans est loin d'être le premier motif de consultation : il correspond à 9% des inquiétudes parentales. Le questionnaire parental comme le propose l'IFDC version courte à 24 mois, peut permettre aux parents de s'impliquer dans l'évaluation du langage de leur enfant et d'impliquer le médecin dans une démarche de repérage des troubles du langage oral. De plus, au vu de la durée actuelle de l'évaluation du langage (4.8 minutes en moyenne), le médecin se retrouve confronté au problème de ne pas pouvoir écouter l'enfant suffisamment pour être certain de repérer les troubles du langage. C'est en ce sens que le questionnaire, concernant le champ expressif du langage et destiné aux parents, prend tout son sens : il permet un gain de temps pour le médecin et une implication des parents.

On retrouve une certaine satisfaction des parents recevant l'IFDC version courte de 24 mois dans les 9 cas de notre enquête. Néanmoins, il existe une difficulté à « déléguer » l'évaluation du langage aux parents. Pour certains, il s'agit d'une évidence liée à

l'engagement éducatif quand pour d'autres, il s'agira d'un changement de paradigme plus ou moins difficile à vivre. Les questionnaires parentaux connaissent un engouement car ils ont l'avantage d'être moins coûteux que d'autres professionnels, même si des limites existent notamment pour les familles en situation précaire.

4.1.4 L'IFDC version courte de 24 mois utilisé par le médecin généraliste

Selon notre étude, le manque de temps évoqué par les médecins traitants quant à l'utilisation de l'IFDC-version courte-24 mois est le premier frein invoqué par 47% (IC [37-57]) d'entre eux. L'IFDC est pourtant un questionnaire destiné aux parents ; son résultat d'évaluation repose sur un calcul d'items qui permet de se repérer en fonction du percentile à partir de la feuille de résultats (annexe 2). Ce calcul est rapide, il s'agit de compter le nombre de mots cochés par les parents, il est donc possible que ce frein puisse être dû aux explications données aux parents quant à l'utilisation de cet outil.

Pourtant le questionnaire de 24 mois de l'IFDC est plus facile à comprendre car il s'attache à l'aspect productif du langage et non aux compétences langagières réceptives que les parents peuvent avoir plus de difficulté à évaluer ¹⁸(annexes 1). Par ailleurs, les mots proposés font partie du langage courant de la majorité des familles, ils sont choisis après analyse des mots les plus fréquemment dits par les enfants de cet âge dans le champ des noms, des prédicats (verbes ou adjectifs) et des mots fonctionnels de la routine (jeux, bruit d'animaux..).

Enfin, 85% (IC [78 ; 92]) des médecins interrogés sont favorables à son utilisation en soins primaires au cours de la consultation des 24 mois dédiée à la surveillance du développement de l'enfant. Ils souhaitent l'utiliser en cas de doute diagnostique pour 57% (IC [47 ; 65]) et en systématique pour 15% (IC [8 ; 22]). Cependant, un problème se pose concernant la notion de repérage et de dépistage : le repérage doit être « systématique » et non en cas de doute uniquement : cet outil serait alors un outil de dépistage. Repérage,

dépistage et diagnostic sont trois processus qui doivent aboutir à une conduite à tenir pour chaque enfant. Les limites entre repérage et dépistage sont discutables⁷. Le repérage de difficultés d'apprentissage du langage oral chez l'enfant relève de compétences pluridisciplinaires compte tenu des différents lieux de vie de l'enfant dans lesquels les troubles peuvent être repérés: famille, école, lieux de consultations médicales. Le dépistage concerne une population d'enfants déjà repérés chez qui l'on souhaite confirmer l'existence d'un trouble. Quant au diagnostic, il nécessite le plus souvent des compétences complémentaires compte tenu de la fréquence des troubles associés aux troubles d'apprentissage du langage : compétences médicales, paramédicales, éducatives et/ou pédagogiques⁷.

L'outil proposé permet de situer les compétences langagières du langage oral chez tous les enfants de 2 ans de manière systématique pour un repérage. S'il semble rencontrer un vif succès au travers du questionnaire que nous avons utilisé, il existe une ambiguïté quant à son rôle et le problème persiste : comment nait le doute si cet outil n'est utilisé qu'en cas de doute ?

Ces résultats supposent que le questionnaire de L'IFDC version courte à 24 mois peut être utilisé par le médecin généraliste si celui-ci est accompagné d'informations explicites pour une meilleure compréhension. Enfin, pour que le médecin gagne du temps, l'implication parentale est nécessaire.

4.1.5 L'accompagnement de l'enfant et de ses parents

Dans notre enquête, 84% (IC [77-91]) des médecins se tournent vers un confrère spécialiste en cas de doute diagnostique sur le développement du langage oral chez l'enfant de 2 ans : 41% vers l'orthophoniste, 35% vers l'ORL et 18% vers le neuropédiatre, enfin 6% ont répondu que cela dépendait des troubles perçus. En effet, il est conseillé de rechercher tout trouble de l'audition devant un retard du développement du langage. Ceci

est réalisable en ambulatoire à 24 mois par des jouets sonores oreille par oreille⁶. Puis, si le trouble de l'audition est perçu, l'enfant doit être adressé à l'ORL. S'il s'agit d'un trouble du langage isolé sans anomalie auditive, l'enfant sera adressé à l'orthophoniste. Enfin, si le trouble est associé à d'autres anomalies du développement de l'enfant, l'enfant est examiné par le neuropédiatre ou adressé dans un centre spécialisé. Selon l'HAS, si l'enfant présente un retard de langage associé à d'autres difficultés psychomotrices, il faut demander un bilan de retard global dans un centre spécialisé ou un Centre d'Action Médico-social Précoce (CAMSP) pour une prise en charge multidisciplinaire.

Le médecin traitant oriente l'enfant vers un spécialiste mais il est possible aussi, de proposer une observation parentale jusqu'à la prochaine consultation si le trouble du langage est isolé, comme cela était proposé par 19% des médecins interrogés. Ainsi le médecin généraliste débute une guidance parentale en conseillant les parents sur les repères et les compétences langagières de l'enfant. L'évaluation de contrôle sera réalisée entre 3 et 6 mois plus tard⁶. Selon l'HAS, le médecin traitant peut donner des conseils de prévention ou de remédiasson précoce (guidance parentale) concernant la communication verbale avec l'enfant : parler vraiment à l'enfant, prendre le temps de l'écouter et de le laisser répondre, reformuler les paroles de l'enfant en utilisant un vocabulaire plus précis, des phrases construites et une articulation exacte.

4. 2 Limites et forces de l'étude :

4.2.1 Les limites

La population étudiée :

Les médecins interrogés sont des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais Maitres de Stages des Universités de médecine (MSU). Ils représentent une population

hétérogène impliquée dans la formation des jeunes étudiants de médecine, ils sont en permanence en contact avec des élèves en formation. Le choix ciblé des médecins traitants MSU peut être un biais de représentativité de la population des médecins traitants : ils ont du temps consacré à leur formation et à la formation de leurs étudiants. De plus, les médecins interrogés ont donné leur accord pour recevoir des questionnaires de thèse de médecine générale par courriel, ainsi, ces médecins sont forcément informatisés et ont donc un accès rapide et facile aux nouvelles recommandations médicales (VIDAL, HAS, CRAT..). Enfin, ceux qui ont répondu sont probablement ceux qui se sentent concernés par l'évaluation du langage. Ce biais de sélection aurait pu conduire à surestimer le temps consacré aux dépistages et la connaissance des outils de dépistage. Cependant, l'un et l'autre sont très faibles, ce qui souligne les difficultés rencontrées en pratique dans le suivi du développement à 2 ans. Nous avons choisi de ne pas interroger les médecins sur la pratique en elle-même du questionnaire de l'IFDC mais plutôt de laisser le choix d'essayer l'IFDC pendant une période d'un mois environ. Le médecin généraliste est le seul à choisir ses outils d'évaluation en fonction de son expérience, son approche et sa façon de pratiquer les soins de santé primaire.

Enfin, les médecins, ayant répondu aux questions supplémentaires concernant la mise en pratique de l'IFDC, étaient probablement plus intéressés par le sujet. Les résultats ne sont donc pas représentatifs, d'autant plus que le nombre de médecins volontaires était très faible.

Le questionnaire de thèse:

L'envoi des questionnaires s'est déroulé pendant la période des congés d'été du mois d'août ce qui est moins propice aux réponses. Il a donc fallu relancer le questionnaire 3 fois au cours de la période de l'enquête afin d'obtenir un taux de réponses satisfaisant. Ce temps a cependant permis l'échange de commentaires avec les médecins intéressés sur le contenu de la thèse.

Les questionnaires envoyés par courriel, et l'outil proposé étant accessible par internet, nous avons sélectionné dans notre étude les médecins informatisés uniquement et donc susceptibles de recevoir des informations et des outils à découvrir en téléchargeant et en imprimant directement l'outil via internet. Toutefois, ce biais de sélection l'est de moins en moins, car l'informatisation est en passe de devenir une pratique courante avec l'installation des dossiers médicaux personnels, « les DMP » qui sont des dossiers de santé informatisés concernant le patient et pouvant être accessibles via internet³⁰. La possibilité d'avoir accès à des outils tels que l'IFDC version courte à 24 mois par la voie internet de manière plus directe via le dossier de l'enfant à 2 ans est envisageable à moyen terme pour tous les médecins. Enfin, dans le cadre de leur formation professionnelle « le Développement Professionnel Continu » (DPC), les médecins peuvent se former aux différents logiciels informatiques³¹.

Le lien hypertexte, proposé dans le questionnaire de thèse pour découvrir l'IFDC-version courte-24 mois, proposait les IFDC pour les 3 âges : questionnaires de 12, 18 et 24 mois. Cet accès aux 3 questionnaires a pu porter à confusion quant au sujet de la thèse sur l'utilisation unique du questionnaire des 24 mois. Des médecins ont pu être confrontés à une incompréhension du lien ou penser qu'il fallait utiliser les 3 questionnaires des IFDC pour répondre au questionnaire de thèse. De plus, les questionnaires des 12 et 18 mois explorent le versant réceptif et le versant expressif de la communication alors que le questionnaire des 24 mois est plus simple à utiliser car il se compose uniquement de questions à visée expressive concernant le langage oral. Ce versant est plus facile à analyser par les parents mais ce questionnaire ne rend pas compte du langage réceptif des enfants¹¹.

Enfin, le temps laissé aux volontaires pour tester l'IFDC-version courte-24 mois, avant la clôture des réponses lors des questions supplémentaires aux médecins

volontaires, était très court. Les médecins ont donc eu peu d'opportunité d'appliquer le test dans le cadre d'un repérage des troubles du langage chez un enfant de 2 ans pour son examen de suivi.

4.2.2 Les forces

La population étudiée :

La population choisie dans l'étude est composée des MSU de l'université de Lille et de la Faculté Libre de médecine de Lille, ce sont des médecins impliqués dans une dynamique de formation. Pourtant, au vu des travaux similaires sur le sujet, elle semble représentative de la population de médecins généralistes en ce qui concerne les connaissances et la pratique du dépistage des troubles du langage (aub-adam). En effet, comme dans les études antérieures, ils se sentent préoccupés par le langage de l'enfant, l'orientation des enfants est similaire aux autres études, ils avouent une méconnaissance des outils existants et désirent avoir des informations complémentaires.

Le questionnaire de thèse et les questions supplémentaires :

Malgré les limites aux questionnaires soulevées ci-dessous, notre étude a obtenu un taux de réponse satisfaisant pour le questionnaire de thèse. En effet, 48% des médecins interrogés ont répondu à l'enquête soit près d'un médecin sur deux. Ceci peut faire remarquer l'intérêt que portent les médecins généralistes au développement du langage et ses troubles dans la population étudiée.

Les questionnaires envoyés par courriel étaient composés de questions avec réponses obligatoires signalées par index en étoile rouge. Les médecins devaient donc remplir entièrement le questionnaire pour le renvoi des réponses. Lorsque l'une des questions obligatoires n'était pas complétée, l'envoi était donc bloqué et la question non

répondue était encadrée dans le questionnaire afin de la retrouver le plus facilement possible. Chaque questionnaire reçu était ainsi entièrement analysable.

De plus, la majorité des questions comportaient une case "autre" afin de permettre à chaque médecin de laisser un commentaire libre. Ainsi, les suggestions non prises en compte dans le questionnaire de base pouvaient apparaître à la lecture des réponses émises par les médecins.

4.3 Comparaison avec des travaux similaires :

4.3.1 L'intérêt des médecins généralistes concernant le langage de l'enfant

Une étude réalisée en 2008 retrouve des résultats similaires concernant l'intérêt du langage de l'enfant chez le médecin généraliste: 66% des praticiens s'intéressent au développement langagier de l'enfant même en l'absence d'inquiétude parentale, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé²⁷. Cette étude souligne que moins de 1/3 des médecins généralistes interrogés procède à une évaluation du langage avant la prescription d'un bilan orthophonique²⁷. En effet, le professionnel à l'origine de la demande de l'exploration du langage est l'enseignant dans 45% des cas, les parents dans 33% des cas et les médecins pour seulement 21% des cas²⁷. Ces chiffres se retrouvent dans une étude de 2005 : les $\frac{3}{4}$ des troubles du langage sont repérés par l'enseignant ou les parents qui font la démarche de demander un bilan orthophonique, 1/3 des enfants est repéré trop tardivement³². Dans notre étude datant de 2013, nous retrouvons une place importante du dépistage des troubles du langage par le médecin généraliste puisque 59% des médecins affirment avoir dépisté des troubles du langage, 7% le font fréquemment, mais 13% répondent ne jamais avoir dépisté de troubles du langage tous âges confondus. Le médecin généraliste n'est pas le premier acteur du dépistage des

troubles du langage selon cette étude. Nous pouvons penser qu'il était moins sensibilisé, en 2005 et en 2008, au repérage des troubles du langage et que le contact épisodique, à l'occasion de pathologies bénignes, est peu propice à l'exploitation des compétences langagières de l'enfant.

Cependant, le désir d'information est toujours d'actualité : nous avons demandé aux médecins de notre enquête ayant testé l'IFDC-version courte-24 mois s'ils souhaitaient des informations et formations sur l'évaluation du langage du jeune enfant de 0 à 2 ans et la réponse a été unanime : 24 réponses positives avec 14 commentaires citant : des fiches pratiques accessibles par internet (2 fois) et une application internet pour avoir l'IFDC version courte à 24 mois à installer sur les logiciels médicaux actuels, (12 fois). Cet intérêt se retrouve dans l'enquête de 2008 : 94% des médecins jugeaient une formation complémentaire sur le dépistage des trouble du langage en soins primaires utile²⁷.

4.3.2 La conduite des médecins généralistes devant un trouble du langage oral

En ce qui concerne la prise en charge de l'enfant présentant des troubles du langage, l'âge optimal de rééducation des troubles du langage oral selon l'étude menée en 2008 était inconnu pour 90%²⁷. 86.4% d'entre eux prescrivait de manière systématique un bilan orthophonique devant des troubles du langage oral (âge de 3 à 5 ans).

Nos résultats sont un peu différents car il existe une orientation davantage spécialisée. Selon une étude parisienne de 2013, l'orientation de l'enfant présentant un trouble du langage à 4 ans se divise de manière similaire à notre étude: ORL pour 41%, orthophoniste pour 42%, psycholinguiste ou psychomotricien pour 17%⁹. La prescription du bilan orthophonique n'est plus aussi systématique dans notre étude et le caractère primaire ou secondaire du trouble est probablement davantage analysé. Enfin, le médecin généraliste n'est pas dans une démarche de suivi du langage comme le souligne notre étude : 19% (IC [12 ; 26]) ont répondu proposer une nouvelle consultation de contrôle mais sans outil précis,

et le même pourcentage a conseillé une observation parentale simple jusqu'à la prochaine consultation. Seuls 3 médecins ont demandé une observation parentale avec une grille d'évaluation. Ces résultats se retrouvent en 2008 : 2/3 des médecins (62.25%) ne pratiquent pas de nouvelle évaluation de l'enfant à l'issue de la rééducation²⁷. Sans repère au départ ni suivi au long cours, le médecin ne peut juger des progrès de l'enfant.

4.3.3 La pertinence du dépistage précoce des troubles du langage chez les enfants de moins de 3 ans en soins primaires.

Selon une étude faite en Angleterre, la majorité des parents reconnaît que le médecin traitant n'a pas suffisamment tenu compte de leur inquiétude sur le langage de leur enfant lorsque celui-ci était âgé de moins de 2 ans²⁸. Le concept même de questionnaire parental permet de répondre à cette problématique : l'inquiétude des parents peut ainsi être rattachée à un résultat chiffré, et une éventuelle réassurance peut être étayée.

Une revue de littérature internationale a été réalisée en 2008 sur la pertinence du dépistage des troubles du langage oral de l'enfant de moins de 3 ans en soins primaires¹⁴. Elle remarque la fiabilité de 2 tests dont les inventaires de MacArthurs Bates version longue à 24 mois (dont les IFDC sont la traduction française) avec une sensibilité de 60%. L'efficacité des interventions précoces jugée sur la mise en évidence d'une amélioration statistique significative ont montré que, malgré l'hétérogénéité du type d'intervention, 7 études sur 17 concluent à une amélioration du langage pour une rééducation débutée avant 3 ans pendant une durée de 8 semaines à 9 mois et les interventions impliquant une guidance parentale s'avèrent aussi efficaces que les interventions orthophoniques¹⁴.

Selon une étude réalisée en 2007 concernant les enfants de 15 mois et 24 mois, on constate que le dépistage des troubles du langage chez les tout-petits avec une prise en charge précoce si nécessaire, réduit le nombre d'enfants qui entrent en éducation spécialisée et conduit à une performance du langage à l'âge de 8 ans³³. Il est donc

intéressant de penser que le repérage précoce des troubles du langage oral chez les enfants de moins de 3 ans est pertinent.

Le repérage précoce des troubles du langage peut également permettre de dépister puis de diagnostiquer des troubles sensoriels tels que les troubles de l'audition que l'otoscope ne peut pas forcément déceler (otites séreuses), des troubles du développement global ou des troubles envahissants du développement (TED) tels que l'autisme. En effet, selon l'HAS, l'autisme infantile est un trouble sévère et précoce du développement affectant le langage et les capacités de communication, les interactions et les relations sociales. Il est recommandé que le développement de la communication sociale fasse l'objet d'une surveillance systématique au cours des 3 premières années de vie. Le retard de développement du langage peut être le premier signe d'un trouble envahissant du développement. Son diagnostic peut être établi le plus souvent à partir de 18-24 mois en collaboration avec la famille. Selon « les recommandations pour les professionnels de première ligne », le médecin traitant doit s'inquiéter devant des troubles du langage tels que : l'absence de prononciation de mots à 18 mois et l'absence d'association de mots à 24 mois. L'HAS propose également aux médecins de poser quatre questions simples dès l'âge de 18 mois dont les réponses doivent être positives (votre enfant vous imite-t-il ? Répond-il aux sourires ? Joue-t-il à faire semblant ? Utilise-t-il son index pour pointer ?). La consultation des 24 mois est une consultation clé pour évaluer le développement de l'enfant notamment le langage et l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) souligne l'intérêt d'établir de nouveaux items de repérage de l'autisme au cours de la consultation de santé des 24 mois⁶.

Finalement, le dépistage précoce des troubles du langage engage le médecin dans son rôle de dépistage et de prévention en permettant de déclencher des prises en charges spécialisées si nécessaire mais aussi de conseiller les parents sur leurs implications concernant le développement du langage de l'enfant.

4.3.4 Les questionnaires parentaux :

Les questionnaires parentaux sont l'objet de beaucoup d'intérêt car ils sont moins coûteux que les évaluations par des professionnels, mais leurs limites ne sont pas toujours bien étudiées. Nous reconnaissons que les informations des questionnaires parentaux sont riches et exhaustives puisque les parents peuvent rendre compte des occurrences même rares de leurs enfants³⁶. Toutefois, la question de l'évaluation objective des performances des enfants par leurs parents est à remarquer, la fierté naturelle peut conduire à une surestimation des capacités des enfants et leur connaissance insuffisante du système linguistique, qu'il s'agisse de sa structure et/ou de son utilisation, à sous-estimer ces mêmes capacités³⁶.

Selon l'étude en 2008 sur le dépistage des troubles du langage oral, seulement 4% des médecins citent comme obstacle à l'exploration du langage le déni des troubles par les parents, ce qui témoigne de l'implication des parents dans le langage de leur enfant²⁷. Pourtant, c'est une crainte fréquemment exprimée par les professionnels lors de la discussion de l'adoption d'évaluations basées sur des questionnaires parentaux. Le questionnaire parental a déjà été étudié comme outil fiable du repérage du développement de l'enfant. En effet, dans une étude réalisée en 2006 concernant 356 parents, 317 ont accepté de participer au questionnaire d'évaluation du développement de leur enfant à 18 mois (80%). Les questionnaires : the Ages and Stages Questionnaire ou Child Development Inventory, étaient correctement remplis pour 81% et 75% respectivement en comparaison au questionnaire rempli par le pédiatre ayant examiné l'enfant³⁴. Les questionnaires parentaux testés pour des enfants de moins de 2 ans étaient sensiblement de même valeur diagnostique que les évaluations faites par un professionnel de santé. De plus, les évaluations en cabinet doivent être brèves pour rester dans la capacité d'attention de l'enfant et sont donc susceptibles d'être non représentatives des capacités de l'enfant³⁵. Les jeunes enfants peuvent avoir des difficultés à coopérer à des mesures officielles

administrées par des inconnus dans les milieux cliniques inconnus³⁵. Dans notre étude, le questionnaire destiné aux parents est une proposition acceptable : pour 51% (IC [41 ; 61]) d'entre eux (54 médecins), le questionnaire serait donné de manière systématique au cours des consultations entre 17 et 24 mois selon les repères du carnet de santé actuel.

4.4 Réflexions et perspectives :

4.4.1 L'IFDC pour le médecin généraliste :

Afin de mettre en exergue les signes d'alarmes simples pour le repérage des troubles du langage en fonction de l'âge, les IFDC version courtes n'ont pas repris en totalité les items proposés en versions longues, notamment le versant réceptif du langage oral qui n'est pas évalué à 24 mois¹¹. Ces questionnaires courts sont ainsi réalisables en ambulatoire. Un des avantages est que l'on retrouve les mêmes résultats pour des enfants bilingues ou multilingues alors qu'ils pourraient nous paraître en plus grande difficulté. La trajectoire du développement du langage est idéalement un élément à prendre en compte dans l'évolution de l'enfant, c'est pourquoi les IDFC se composent de 3 questionnaires à 12-18-24 mois. Toutefois, l'évaluation du langage peut se faire à partir d'un seul questionnaire, comme nous l'avons proposé dans notre enquête. Le médecin peut à la fois découvrir un premier questionnaire-outil et se l'approprier au cours de la consultation de suivi des 24 mois, mais aussi, pouvoir le développer avec celui des 12 et 18 mois selon sa pratique personnelle. Selon une étude sur l'ERTL4 : Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans, réalisée en 2012-2013, les médecins généralistes ne savent pas comment intégrer le dépistage des troubles du langage à 4 ans comme un outil de dépistage standard en consultation dédiée⁹. Malgré une formation interactive avec des médecins volontaires sur l'utilisation de ce test conseillé par l'HAS à l'âge de 4 ans, des difficultés persistent sur l'utilisation et le temps de réalisation du test⁹. Ceci montre bien les

difficultés à intégrer de nouveaux outils dans le cadre des consultations déjà bien remplies (évaluation et conseils concernant l'alimentation, le sommeil, la croissance, les vaccins, le développement, le comportement et les interactions, les éventuelles pathologies chroniques....). Il est évident que les IFDC-version courte-, non connus des médecins, ne peuvent pas être directement intégrés à leur pratique courante sans information préalable. Cependant, contrairement à l'ERTL4 pour le langage à 4 ans, les IFDC versions courtes sont accessibles gratuitement sur deux sites internet : celui de la SEPA, société européenne de pédiatrie ambulatoire et celui de l'AFPA, association française de pédiatrie ambulatoire. Ils sont gratuits en dehors des coûts d'impression.

4.4.2 L'IFDC pour la famille

Selon l'HAS, l'environnement constitue un facteur déterminant dans la dynamique de développement du langage. En milieu « défavorisé », la prévalence du retard de langage est augmentée lorsque le niveau de scolarité de la mère est faible(6).

Selon une étude réalisée en 2005, les facteurs de risque les plus régulièrement signalés dans les troubles du développement du langage comprenaient : les antécédents familiaux de retard ou de trouble du langage, le sexe masculin, et les facteurs périnataux³⁷. D'autres facteurs de risque sont signalés moins systématiquement : les niveaux d'éducation de la mère et du père, les maladies de l'enfance, le rang de naissance, et la taille de la famille³⁷. Selon une étude réalisée en 2009 sur les compétences langagières de l'enfant entre 18 et 30 mois testées pour la production verbale selon l'IFDC-version longue-, 47% des enfants de milieu précaire avaient une production verbale inférieure au dixième percentile³⁸. Ces résultats étaient en faveur d'un retard précoce de production chez l'enfant dont la précarité familiale était reconnue. Cette étude suggère la nécessité d'un repérage et d'une prévention précoce du retard de langage chez l'enfant préscolaire de milieu précaire³⁸.

La prise en charge de ses enfants est primordiale, or le questionnaire de l'IFDC version courte à 24 mois étant à destination des parents, se pose le problème de savoir lire et comprendre le français afin de connaître les mots de vocabulaire proposés dans le questionnaire. Les données manquent sur la validité de cet outil dans les populations les plus précaires, le cas extrême étant celui de l'illettrisme. Or, dans cette situation, il est particulièrement important que le repérage des troubles du langage puisse être fait puisque la prévalence est élevée. Nous pouvons suggérer d'aider les parents pour le remplissage du questionnaire dans le cadre d'une consultation dédiée à l'évaluation du langage.

4.4.3 Formation des médecins généralistes à l'évaluation du langage

Il existe un manque de connaissance des étapes du développement du langage par le généraliste^{9 ;27 ;32}. Les médecins généralistes en activité actuellement et interrogés dans notre étude n'ont pas bénéficié, au cours de leurs études, de formation dans le domaine du langage (expérience de plus de 20 ans pour 58%). La formation des futurs médecins est donc primordiale pour connaître les aspects normaux et les repères précis dans les étapes d'acquisition du langage afin de repérer précocement l'enfant qui présente un retard. Les médecins en exercice ont la possibilité de se former par le biais du programme de Développement Professionnel Continu (DPC) qui a remplacé la Formation Médicale Conventiionnelle (FMC) et l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Ce dispositif comprend un programme sur un thème donné comportant une phase d'autoévaluation et une phase de formation³¹.

Par ailleurs, l'Association Confédérale pour la Formation Médicale (ACFM), propose une formation de DPC concernant « le dépistage des troubles psychomoteurs et sensoriels de l'enfant de moins de 3 ans » et l'association de la Formation des Médecin Généraliste (MG form) suggère la formation sur « le suivi du nourrisson de 0 à 2 ans ». Enfin, la demande a été déposée récemment pour la création d'une formation sur « les troubles du

langage oral et écrit chez l'enfant » dans le cadre d'une Formation Professionnelle Conventionnelle¹¹.

4.4.4 Développer la formation initiale sur le développement normal et pathologique du jeune enfant.

Le programme des étudiants en médecine comprend maintenant une unité d'enseignement : « maturation – vulnérabilité- santé mentale » dont le N° 53 : *Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence), l'installation précoce de la relation parents-enfant et son importance, troubles de l'apprentissage, ainsi que les troubles envahissants du développement*³⁹.

Cependant, c'est en stage en ambulatoire chez le praticien que l'étudiant en médecine apprend la pratique de l'exercice médicale, utilise ses outils, apprend des repères. Les stages hospitaliers sont en général peu propices à l'apprentissage des activités de prévention et de repérage. Dans notre étude, 14 médecins généralistes sur les 26 ont discuté avec leurs stagiaires de l'IFDC version courte à 24 mois. Selon eux, leur stagiaire ne savait pas que l'on pouvait évaluer le langage à l'âge de 2 ans pour 10 d'entre eux, 2 stagiaires ne savaient pas évaluer le langage à 2 ans et 2 d'entre eux répondent que leur stagiaire avait appris à faire « comme leur maître de stage ». Il est donc nécessaire que les étudiants puissent être guidés par leurs maîtres de stages sur l'importance de l'évaluation du langage. Ils doivent connaître les repères des acquisitions du langage avant l'entrée à l'école et avant la demande du professeur ou du médecin scolaire. Le médecin peut être le premier acteur dans la prise en charge dans l'évaluation du langage oral.

4.4.5 Sensibiliser les parents au développement du langage de leur enfant :

Selon une étude menée sur 300 médecins, 73% des médecins ne donnent pas de conseils de surveillance aux parents²⁷. Or, l'utilisation des questionnaires parentaux suppose chez certains un changement de paradigme : les personnes les plus à même d'évaluer le développement de l'enfant ne sont pas les professionnels. Le rôle des parents dans le développement du langage de leur enfant est primordial et la guidance familiale essentielle : elle débute avec l'attention portée au problème du langage de l'enfant et avec le questionnement réciproque de la famille et du médecin. Elle doit être adaptée au style communicatif de l'enfant et de sa famille. Il convient d'améliorer les connaissances des parents, leur implication ainsi que la coordination entre ceux-ci et tous les professionnels¹¹.

Plusieurs études ont proposé une intervention parentale dans le développement du langage de l'enfant : la méthode HANEN, très utilisée au Canada a été étudiée et cet accompagnement parental permet une amélioration significative sur le développement du langage de l'enfant¹⁶. Son principe est d'enseigner aux parents des techniques permettant d'encourager la communication de leur enfant en renforçant les interactions. Cette technique est enseignée aux parents par une visite à domicile, 8 sessions de groupes et 3 sessions d'enregistrement vidéo parents-enfants¹⁴. Une étude en 2004 portant sur une « intervention basée sur les parents »(PBI), a montré que les parents, après une formation de 11 séances avec des professionnels du langage, ont permis chez les enfants des progrès significatifs du langage plus important à 6 mois que les interventions occasionnelles d'un professionnel de santé⁴⁰. Enfin, Une étude canadienne utilisant les programmes d'Activité de Lecture Interactive pour les enfants à partir de 15 mois, ALI-Bambin, retrouve une amélioration significative des compétences langagières de l'enfant lorsque le programme de lecture est proposé aux parents pour développer le langage de leur enfant⁴¹. L'enfant a besoin d'apprentissage et donc de communication pour apprendre son langage.

Le médecin généraliste doit impliquer les parents dans le développement de la communication de leur enfant en conseillant les parents dans leurs interactions langagières avec l'enfant. L'âge des 2 ans représente une période possible d'investissement important des parents car les enfants sont en période préscolaire : les parents et les aides de garde sont les acteurs principaux exogènes du développement du langage oral avant l'apprentissage scolaire du langage oral et écrit. Les parents à cet âge consultent souvent le médecin traitant et peuvent être susceptibles d'écouter et de suivre les conseils ou informations données par le « médecin de famille ». Le repérage des troubles du langage oral permet ainsi avant l'entrée à l'école, une prise en charge précoce plus adaptée à l'enfant afin de diminuer les risques d'échec scolaire et les difficultés d'apprentissage.

4.4.6 Développer la relation entre les médecins généralistes et les centres spécialisés (annexe 11)

Un seul médecin de l'enquête cite le CAMSP, centre d'action médico-sociale précoce, comme orientation de l'enfant face à des troubles du langage. Pourtant, ces centres existent et se développent afin d'épauler les médecins généralistes dans leurs démarches diagnostiques et de prise en charge.

Ils sont composés d'équipes pluridisciplinaires. Dans le département du Nord-Pas-de-Calais, il existe 24 CAMSP : 14 dans le département du Nord et 10 dans le département du Pas-de-Calais (annexe 11). Les Centres d'Action Médico-sociale Précoce ont pour mission de dépister et de proposer une cure ambulatoire et une rééducation pour des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux⁴². Ils accueillent des enfants de 0 à 6 ans et sont souvent installés dans les locaux des centres hospitaliers ou dans d'autres centres accueillant de jeunes enfants. Les CAMSP peuvent être polyvalents ou spécialisés dans l'accompagnement d'enfants présentant le même type de handicap. La

totalité des interventions réalisées par les CAMSP est prise en charge par l'Assurance Maladie.

Le CAMSP, le CMP, le CMPP, le CLAP ont des rôles propres en fonction des pathologies suspectées chez l'enfant. Le médecin généraliste doit pouvoir être informé de l'accès à ces centres, leur fonctionnement et avoir un retour sur les investigations mises en œuvre afin de pouvoir centraliser les informations. Ainsi, il pourra à la fois accompagner les parents dans la démarche de diagnostic et de la prise en charge que ce soit pour un trouble secondaire ou spécifique du langage oral. La prise en charge de l'enfant en difficulté requiert la participation de tous⁶.

4.4.7 Proposition d'une cotation spécifique pour les consultations de santé de suivi du développement de l'enfant

Selon l'HAS dans l'argumentaire des propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, une cotation spécifique pourrait être créée pour des consultations dédiées au dépistage notamment pour la consultation des 2 ans. Cette proposition a déjà été remarquée en 2002 par l'enquête de L'Inspection Générale des Affaires sociales (IGAS) et Inspection Générale de l'éducation nationale (IGEN) : la passation par le médecin d'un bilan de langage est cotée en médecine générale sur la base d'une cotation ordinaire comme les consultations de dépistage, ce qui n'est guère intéressant financièrement compte tenu du temps nécessaire⁴³. A ce jour, l'association de deux types de cotation est interdite sauf dans le cas de l'électrocardiogramme et du frottis cervico-vaginal de dépistage. Une étude nantaise faisait également ce constat d'autant plus que certains outils disponibles pour évaluer le langage de l'enfant tel que l'ERTL4 sont payants⁴⁴. L'IFDC, présente l'avantage d'être accessible gratuitement sur les sites internet du Ministère de la Santé, et d'être moins chronophage.

4.4.8 Création d'un lien direct vers l'IFDC-version courte-24 mois.

Nous avons demandé aux médecins ayant accepté de tester l'IFDC, s'ils souhaitaient des informations et formations sur l'évaluation du langage du jeune enfant de 0 à 2 ans et la réponse a été unanime : 24 réponses positives avec 14 commentaires citant « des fiches pratiques accessibles par internet », cité 2 fois et « une application internet pour avoir l'IFDC version courte à 24 mois à installer sur les logiciels médicaux actuels », cité 12 fois. L'informatisation est devenue un outil primordial dans la pratique du médecin généraliste dans le but d'optimiser la prise en charge du patient. Les logiciels informatiques proposés sont nombreux, le Quotidien du Médecin propose une comparaison des 16 logiciels les plus utilisés en médecine générale en fonction de leurs outils : accès à l'information, aide à la prévention, aide à la prescription, courrier, communication DMP, comptabilité, aide et formation, autres (agenda, intégration d'image, statistiques) ⁴⁵. La fonction « aide à la prévention » peut accueillir des rappels sur des fiches d'information sur le dépistage par exemple et un lien direct avec l'IFDC-version courte-24 mois dès lors que l'enfant entre dans la période des 17 à 24 mois.

CONCLUSION :

Les troubles du langage oral peuvent être le signe de nombreuses pathologies organiques ou spécifiques au langage. Un retard de développement du langage peut être la conséquence d'un trouble sensoriel (audition), d'un trouble envahissant du développement ou des interactions, ou être le signe d'un trouble spécifique du langage. Ils peuvent engendrer des conséquences néfastes sur le développement personnel, les apprentissages scolaires, et l'insertion sociale. Ces troubles sont de plus en plus étudiés et des outils permettent aujourd'hui de les repérer le plus tôt possible, avant l'entrée en scolarité. L'enfant peut ainsi bénéficier des examens nécessaires au diagnostic et d'une prise en charge adaptée. Le repérage précoce des troubles du langage oral est fondamental pour apporter une aide immédiate. Cette aide peut permettre de surmonter la difficulté d'un diagnostic grave et d'entamer la prise en charge nécessaire pour guider les parents dans le développement du langage de leur enfant.

Les variabilités individuelles existent pour toutes les acquisitions de l'enfant. Toutefois, à l'âge de 2 ans, il existe des signes d'alerte permettant de dépister des anomalies du développement du langage réceptif et expressif. Le médecin doit pouvoir permettre aux parents de s'interroger sur le langage de leur enfant sans être alarmant ni abusivement rassurant.

Le médecin généraliste peut être, en effet, un acteur essentiel de ce dépistage, intervenant dès la naissance de l'enfant et connaissant l'histoire de la famille. Suivant l'enfant au cours de consultations de santé, il est l'interlocuteur privilégié pour dépister et orienter l'enfant et sa famille devant des troubles du langage oral. Selon l'HAS, Il n'y a pas d'outil de référence pour évaluer le langage de l'enfant à 2 ans, âge clé du développement de l'enfant.

L'IFDC, méconnu des médecins généralistes, a suscité l'intérêt chez les médecins interrogés malgré les freins possibles à son utilisation concernant son temps de passation, supposé long, et le problème de compréhension du questionnaire pour la famille. L'IFDC version courte 24 mois est un outil validé pour le repérage des troubles du langage oral, les médecins généralistes souhaitent l'utiliser en cas de doute diagnostique, or il est nécessaire d'évaluer tous les enfants de manière systématique pour un repérage et non un dépistage des troubles de manière aléatoire. Il pourrait être un outil de repérage au cours de l'examen obligatoire de suivi des 24 mois de deux manières différentes : soit en réalisant le questionnaire en présence de la famille, soit en le proposant systématiquement aux familles lors des consultations du 17^{ème} au 24^{ème} mois (repère chronologique du carnet de santé pour les observations médicales) et en le récupérant pour l'évaluer à la consultation obligatoire des 2 ans, ce qui permet un gain de temps et un outil commun de repérage pour tous les médecins généralistes.

Dans l'avenir de l'informatisation de la pratique médicale, les médecins interrogés ont suggéré la mise en place d'une application de l'IFDC-version courte-24 mois pour les logiciels médicaux afin de l'utiliser facilement. L'information sur le développement normal et pathologique de l'enfant avec ses outils de repérage et de dépistage doit être accessible rapidement par le médecin ou faire partie de sa formation de Développement Professionnel Continu.

Dans la formation initiale, les étudiants en médecine doivent être davantage sensibilisés au langage afin de mieux appréhender ses aspects normaux et pathologiques. Ils pourront ainsi repérer le plus tôt possible les enfants en difficulté sans attendre une demande des parents.

Enfin, le questionnaire de l'IFDC version courte à 24 mois, ayant reçu un avis favorable de la part des médecins interrogés, n'a pas fait l'objet dans notre étude d'une enquête concernant sa pratique courante en ambulatoire de manière représentative. Ce sujet pourrait faire l'objet de nouvelles études.

Bibliographie :

1. Golse B. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: compléments sur l'émergence du langage. Issy-les-Moulineaux, France. [livre] Elsevier Masson; 2011.
2. Chevrie-Muller C, Narbona J. Le langage de l'enfant: aspects normaux et pathologiques Issy-les-Moulineaux, France. [livre] Elsevier Masson; 2007.
3. Delahaie M. L'évolution du langage de l'enfant. Saint-Denis [livre] Éd. INPES; 2009.
4. Bassano D. Emergence et développement du langage: enjeux et apports des nouvelles approches fonctionnalistes. L'acquisition du langage et ses troubles ; 2007.
5. SFMG, fondation APRIL. Le patient et son généraliste « médecin traitant ». Document d'information [Internet] ; 2010. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_patient-et-generalistef4b78.pdf
6. Haute autorité de santé. Proposition portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans , destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaire. France ; 2005.
7. Dellatolas G., Vallée L. Recommandations sur les outils de Repérage, Dépistage et Diagnostic pour les Enfants atteints d'un Trouble Spécifique du Langage ;2005 Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_tsl.pdf
8. Société française de pédiatrie et la Direction Générale de la Santé, Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant-guide pratique ; mars 2007
9. Cousinet-Adamowicz I. Evaluation de l'impact d'une formation de médecins généralistes à l'utilisation de l'outil ERTL4 sur les pratiques de repérage des Troubles du Langage Oral. [thèse de médecine]. Boulogne-Billancourt - Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2013.
10. Gautiet A., Berra N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis, INPES, Baromètres santé[Internet] ;2011 - Disponible sur: <http://www.inpes.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
11. Houssin D, Sommelet D, Langue J, Girardon D. Troubles du langage, troubles des apprentissages - les actes - Colloque National. Paris; 2009.

12. Collet M., Vilain A. Les certificats de santé de l'enfant au 24ème mois (CS 24)-validité 2011 - document de travail, DREES, série source et méthodes n°43 ; Juillet 2013.
13. Ministère de la Santé et des Solidarités, Direction générale de la santé. Guide d'utilisation du nouveau Carnet de santé - guide-6.pdf [Internet] ;2006 . Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-6.pdf>
14. Saltzmann Burdet C, Université Claude Bernard (Lyon). Pertinence du dépistage des troubles du langage oral de l'enfant de moins de 3 ans en soins primaires revue de la littérature. Thèse d'exercice. LYON; 2008.
15. Johnston J. Evaluation de l'apprentissage du langage chez les enfants anglophones [Encyclopedia of Language and Literacy Development. Vancouver, CANADA; 2008.
16. Barribault B. L'inventaire français du développement communicatif chez le nourrisson de huit à trente mois: essai d'élaboration d'un manuel technique à l'usage des parents et création d'un guide d'utilisation pour orthophonistes dans une perspective de guidance, d'accompagnement parental. Ecole d'orthophonie, France; 2003.
17. Bovet F, Danjou G, Langue J, Moretto M, Tockert E. Evaluation du développement communicatif du nourrisson. Dépistages et diagnostics précoces chez l'enfant de la naissance à trois ans. 2005;67.
18. Renucci V. Etude du développement lexical et gestuel précoce grâce à un test américain adapté à la langue française. Thèse d'exercice-Université de Montpellier I, Faculté de médecine; 2004.
19. Bovet F, Danjou G, Langue J, Moretto M, Tockert E, Kern S. Les inventaires français du développement communicatif (IFDC): un nouvel outil pour évaluer le développement communicatif du nourrisson. Médecine et enfance ; 2005.
20. Valleteau de Moulliac J, Gallet J-P, Chevallier B. Guide pratique de la consultation en pédiatrie. Paris, France: Elsevier Masson, DL 2012; 2012.
21. Juppé A, Barrot J, Bayrou F, Gaymard H. Décret no 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. 97-495 2004.
22. Chazelle P., Chazerault J. Maitres de stage : Former les étudiants à la médecine générale. Médecins-libéraux-Maitres de stage des universités. Guide d'information ; février 2012.

23. Rescorla L, Mirak J, Singh L. Vocabulary growth in late talkers: lexical development from 2;0 to 3;0. *Journal of Child Language* ; juin 2000.
24. Cheminal R, Echenne B. Les troubles spécifiques du langage oral chez l'enfant- cours du service de néonatalogie de Montpellier ; Disponible sur: http://www.coridys.asso.fr/pages/base_doc/dysphasiecheminal.html
25. Société française de pédiatrie - Direction générale de la santé. Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant-guide pratique [Internet] ; 2007- Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/evolution_guide_pratique.pdf
26. Association québécoise de la dysphasie, Capitale Nationale A. Repères importants du développement normal du langage. Guide- Les dysphasies, Portraits d'enfants ; 2011.
27. Aubin J. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant: enquête auprès de médecins généralistes du Maine et Loire [Thèse d'exercice]. France: Université d'Angers; 2008.
28. Rannard A, Lyons C, Glenn S. Parent concerns and professional responses: the case of specific language impairment. *Br J Gen Pract.* ; 1 sept 2005;55(518):710.714.
29. Pavie E. La consultation pédiatrique en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université de Créteil I- Paris Est Créteil; 2012.
30. LeCISS. Le Dossier médical personnel : DMP [Internet] ; 2010. Disponible sur: http://www.leciss.org/sites/default/files/110606_Dossier-medical-personnel.pdf
31. ACFM-FORMUNOF-AFORSPE. Guide DPC, se former en 2013 [Internet] ; 2013. Disponible sur: http://www.evolutisdpc.fr/_public/pdf/Guide_EvolutisDPCVF.pdf
32. Chaussé C, Université Paul Sabatier (Toulouse), Faculté des sciences médicales Rangueil. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles du langage oral de l'enfant; enquête auprès des orthophonistes. 2005.
33. Van Agt HME, van der Stege HA, de Ridder-Sluiters H, Verhoeven LTW, de Koning HJ. A cluster-randomized trial of screening for language delay in toddlers: effects on school performance and language development at age 8. *Pediatrics* ; déc 2007.

34. Rydz D, Srour M, Oskoui M, Marget N, Shiller M, Birnbaum R, et al. Screening for Developmental Delay in the Setting of a Community Pediatric Clinic: A Prospective Assessment of Parent-Report Questionnaires. *Pediatrics*. 10 janv 2006.
35. Feldman HM, Dale PS, Campbell TF, Colborn DK, Kurs-Lasky M, Rockette HE, et al. Concurrent and predictive validity of parent reports of child language at ages 2 and 3 years. *Child Dev.* ; août 2005.
36. Kern S. Que produisent les enfants français de 16 à 30 mois - Kern_2003a.pdf [Internet] ; 2003 - Disponible sur: <http://www.ddl.ishlyon.cnrs.fr/fulltext/Kern/Kern2003>
37. Nelson HD., Nygren P., Walker M. , Panoscha R., Screening for Speech and Language delay : Systematic Evidence Synthesis , Rockville- Agency for healthcare Research and Quality ; 2005.
38. Cadon Matta F. Evaluation du développement du langage chez l'enfant préscolaire de milieu précaire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Clermont I; 2009.
39. ANEMEF. Arrêté du 8 Avril 2013. Programme du deuxième cycle des études médicales. Document d'information [Internet]. 2013 Disponible sur: http://www.anemf.org/IMG/pdf/programme_2eme_cycle_2013.pdf
40. Gibbard D, Cogle L, MacDonald J. Cost-effectiveness analysis of current practice and parent intervention for children under 3 years presenting with expressive language delay. *International Journal of Language & Communication Disorders*. Janv 2004 ;
41. Verrault M, Pomerleau A, Malcuit G. impact du programme d'activité de lecture interactive sur le développement cognitif et langagier d'enfants âgés de 0 à 5 ans. *Education et francophonie* [Internet] ; 2005
42. Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP): Tous les établissements de type Centre d'action médico-sociale précoce en région Nord-Pas-de-Calais [Internet].
43. Inspection Générale des Affaires sociales (IGAS) et Inspection Générale de l'éducation nationale (IGEN). Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social, sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage Rapport d'enquête ; janvier 2002.

44. Robert Leroux C. Comment améliorer le dépistage des troubles du langage de l'enfant en médecine générale; Texte imprimé [thèse d'exercice] Université de médecine de Nantes ; 2004

45. Informatique et Web, le Quotidien du médecin. Tableau 2013 des logiciels médicaux - comparatifs des 16 logiciels parmi les plus diffusés ; mai 2013.

Annexes

Annexe 1 : IFDC-version courte-24 mois

QUESTIONNAIRE DE 24 MOIS (à remplir par les parents)

© S. Kern

Nom Prénom

Sexe Date de naissance

Nombre de frères et sœurs Ages des frères et sœurs

Mode de garde dominant

Langue que l'enfant entend le plus souvent

Langues parlées à la maison

Personne qui remplit le questionnaire (père, mère, les deux) Date

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

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

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

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

1

2

3

Annexe 2 : Grille d'évaluation des IFDC

FEUILLE D'ÉVALUATION DES RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES

© S. Kern

Il est recommandé de faire remplir les questionnaires courts à 12, 18 et 24 mois, de façon à décrire un itinéraire de développement communicatif de l'enfant.

Pour une raison de simplicité, l'interprétation des résultats est la même chez les filles et chez les garçons, bien que dans tous les domaines les performances des filles soient supérieures à celles des garçons.

Deux résultats inférieurs ou égaux au 10^e percentile sur le même questionnaire ou deux questionnaires d'âges différents représentent des signes d'alerte. L'absence de babillage canonique à 12 mois et l'absence de combinaison de mots à 24 mois sont assimilées à des résultats inférieurs au 10^e percentile.

Chaque feuille est documentée individuellement pour être gardée dans le dossier de l'enfant ou remise aux parents.

(Mettre une croix dans la case correspondant aux réalisations de l'enfant)

Enfant (nom, prénom, date de naissance) :

12 mois, date :

Babillage canonique	non acquis	acquis (quelquefois ou souvent)				
Babillage diversifié	non acquis	acquis (quelquefois ou souvent)				
Gestes réalisés (nombre)	≤ 9	10-11	12-14	15-16	17-18	≥ 19
Compréhension (nombre de mots compris)	≤ 11	12-19	20-29	30-44	45-54	≥ 55
Production (nombre de mots dits)	0	1	2-3	4-6	7-10	≥ 11
percentiles		10 ^e	25 ^e	50 ^e	75 ^e	90 ^e

18 mois, date :

Compréhension (nombre de mots compris)	≤ 51	52-68	69-83	84-93	94-97	≥ 98
Production (nombre de mots dits)	≤ 4	5-9	10-18	19-28	29-51	≥ 52
Combinaison de mots	non acquise			acquise		
percentiles		10 ^e	25 ^e	50 ^e	75 ^e	90 ^e

24 mois, date :

Production (nombre de mots dits)	≤ 28	29-46	47-74	75-91	92-98	≥ 99	
Longueur moyenne des énoncés*	combinaison non acquise		2,66	3,66	4,66	6	≥ 7
percentiles		10 ^e	25 ^e	50 ^e	75 ^e	90 ^e	

* La longueur moyenne des énoncés est calculée en divisant par 3 le nombre total des mots contenus dans les 3 phrases les plus longues.

Annexe 3 : IFDC-version courte-12 mois

QUESTIONNAIRE DE 12 MOIS (à remplir par les parents)

© S. Kern

Nom Prénom

Sexe Date de naissance

Nombre de frères et sœurs Ages des frères et sœurs

Mode de garde dominant

Langue que l'enfant entend le plus souvent

Langues parlées à la maison

Personne qui remplit le questionnaire (père, mère, les deux) Date

Babilage

	Quelquefois	Souvent	Pas encore
- production d'une suite de syllabes identiques (bababa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- production d'une suite de syllabes différentes (bodaga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gestes

Cochez les actions que l'enfant réalise ou essaye de réaliser actuellement :

Tendre la main pour donner un objet qu'il tient	<input type="checkbox"/>	Boire dans une tasse	<input type="checkbox"/>
Pointer du doigt un objet/personne/événement intéressant	<input type="checkbox"/>	Peigner ou brosser ses cheveux	<input type="checkbox"/>
Agiter la main de sa propre initiative en signe d'au revoir	<input type="checkbox"/>	Mettre un chapeau	<input type="checkbox"/>
Tendre les bras pour être porté	<input type="checkbox"/>	Mettre un collier, un bracelet ou une montre	<input type="checkbox"/>
Secouer la tête pour dire non	<input type="checkbox"/>	Porter le combiné du téléphone à son oreille	<input type="checkbox"/>
Hocher la tête pour dire oui	<input type="checkbox"/>	Pousser des petites voitures ou des camions	<input type="checkbox"/>
Faire chut en plaçant son doigt sur les lèvres	<input type="checkbox"/>	Jeter une balle	<input type="checkbox"/>
Faire coucou	<input type="checkbox"/>	Donner à manger aux poupées ou aux peluches	<input type="checkbox"/>
Jouer à «ainsi font font les petites marionnettes»	<input type="checkbox"/>	Embrasser ou tenir dans ses bras ses poupées ou peluches	<input type="checkbox"/>
Chanter	<input type="checkbox"/>	Lire (ouvrir le livre, tourner les pages...)	<input type="checkbox"/>
Danser	<input type="checkbox"/>	Passer l'aspirateur	<input type="checkbox"/>
Manger avec une cuillère ou une fourchette	<input type="checkbox"/>	Casser avec un marteau	<input type="checkbox"/>
Tendre les bras pour montrer quelque chose qu'il tient dans sa main	<input type="checkbox"/>		

Vocabulaire

Cochez :

- les cases de la colonne C (compris) pour les mots que l'enfant comprend mais ne dit pas encore (vous pouvez considérer que l'enfant comprend un mot même s'il ne le comprend que dans une seule situation) ;
- les cases de la colonne CD (compris et dit) pour les mots que l'enfant comprend et qu'il utilise actuellement de manière spontanée (si sa prononciation est différente de celle des adultes, cochez tout de même le mot).

	C	CD		C	CD		C	CD
abeille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cuillère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	miaou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	montre/montrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ainsi font	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	danse/danser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	musique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allô	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	donne/donner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arrête/arrêter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dors/dormir/faire dodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prénom de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
attends/attendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nombri/bourrillon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	encore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au revoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	être fatigué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nounours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a/avoir soif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fais/faire un bisou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ouaf-ouaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
balle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fenêtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ballon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	figure/visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	papa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
biberon/bibi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	frigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(petit) déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bois/boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gâteau/biscuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bonjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	glace (aliment)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poubelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bonne nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prends/prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
caillou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	là	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	purée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
camion de pompier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lapin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	regarde/regarder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s'il te plaît	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chaud/chaude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sucette/lolette/tutte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chaussettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tante/tata/tatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chien/toutou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tee-shirt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
clefs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mange/manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tombe/tomber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
collier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	marche/marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tortue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
couche/lange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	merci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
coucou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	miam-miam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voiture/auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 4 : IFDC-version courte-18 mois

QUESTIONNAIRE DE 18 MOIS (à remplir par les parents)

© S. Kern

Nom Prénom

Sexe Date de naissance

Nombre de frères et sœurs Ages des frères et sœurs

Mode de garde dominant

Langue que l'enfant entend le plus souvent

Langues parlées à la maison

Personne qui remplit le questionnaire (père, mère, les deux) Date

Cochez :

- les cases de la colonne C (compris) pour les mots que l'enfant comprend mais ne dit pas encore (vous pouvez considérer que l'enfant comprend un mot même s'il ne le comprend que dans une seule situation) ;
- les cases de la colonne CD (compris et dit) pour les mots que l'enfant comprend et qu'il utilise actuellement de manière spontanée (si sa prononciation est différente de celle des adultes, cochez tout de même le mot).

	C	CD		C	CD		C	CD
attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cuillère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nom de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au revoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dehors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oreille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a/avoir faim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	derrière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	où	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a/avoir soif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	donne/donner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pantalon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dors/dormir/faire dodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	parc (public)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
balle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	photo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
banane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	encore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ferme/fermer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
béé béé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fourchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	porte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	frigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poubelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bois/boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fromage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bon/ne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gâteau/biscuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poupée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bonjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gentil/gentille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poussette/pousse-pousse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bonne nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jette/jeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prends/prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bouteille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	joue/jouer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pyjama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	là	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	regarde/regarder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bravo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brosse à dent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lapin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
canapé/divan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lave/laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	soupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
canard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sucette/lolette/tutte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chapeau/bonnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tape/taper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	télécommande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chaud/chaude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maintenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tombe/tomber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chausson/pantoufle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	touche/toucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chaussure/soulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mange/manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	va/aller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cheval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	merci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voiture/auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meuh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vroum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cocorico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	miam-miam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
coin-coin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
couche/lange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	musique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

Annexe 5 : Accord de la CNIL



Le Vice-Président délégué

Docteur Marc Bayen
MAÎTRE DE STAGE DES UNIVERSITES
UNIVERSITE DE SANTE DE LILLE 2
HENRI WAREMBOURG
AVENUE DE VERDUN
59120 - LOOS

A l'attention de Mme Juliette PETRUKA

Paris, le 24 JUIL. 2013

N/Réf. : EGY/EM/AE131081

Objet : NOTIFICATION D'AUTORISATION

Décision DE-2013-082 autorisant l'UNIVERSITÉ DE SANTÉ DE LILLE 2 HENRI WAREMBOURG à mettre en œuvre un traitement de données de santé à caractère personnel ayant pour finalité l'évaluation du développement du langage à 2 ans en médecine de ville. (Demande d'autorisation n° 1688069)

Docteur,

Vous avez saisi notre Commission d'une demande d'autorisation relative à un traitement de données à caractère personnel ayant pour finalité :

THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE PORTANT SUR L'ÉVALUATION DU DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE À 2 ANS EN MÉDECINE DE VILLE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU NORD

Ce traitement relève de la procédure des articles 62 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Vous indiquez que des mesures de sécurité physique et logique seront mises en place pour garantir la confidentialité des données et que le traitement informatique des données sera réalisé sous votre responsabilité et celle de vos collaborateurs.

J'attire votre attention sur les obligations qui incombent désormais à ces personnes qui doivent :

- n'utiliser les fichiers qu'à des fins d'analyse comparative de l'activité de soins,
- respecter et faire respecter le secret des informations cédées par toutes les personnes susceptibles de travailler sur ces données, ces personnes étant astreintes par écrit au secret professionnel,
- prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations ainsi transmises et notamment empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisés,
- ne pas rétrocéder ou divulguer à des tiers les informations fournies sous quelque forme que ce soit,
- ne pas procéder à des rapprochements, interconnexions, mises en relation, appariements avec tout fichier de données directement ou indirectement nominatives ou toute information susceptible de révéler l'identité d'une personne et/ou son état de santé,
- ne pas utiliser de façon détournée les informations transmises, notamment à des fins de recherche ou d'identification des personnes.

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

8 rue Vivienne CS 30223 75083 PARIS Cedex 02 - Tél: 01 53 73 22 22 - Fax: 01 53 73 22 00 - www.cnil.fr

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

En outre, le responsable du projet devra s'engager à ce que les informations tirées des exploitations de fichiers et susceptibles d'être diffusées se présentent uniquement sous la forme de statistiques agrégées de telle sorte que les personnes concernées ne puissent pas être identifiées.

La durée de conservation relative aux catégories de données est fixée à deux ans.

En application des articles 15 et 69 de la loi précitée et de la délibération n° 2009-674 du 26 novembre 2009 portant délégation d'attributions de la Commission nationale de l'informatique et des libertés à son président et à son vice-président délégué, j'autorise la mise en œuvre de ce traitement.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.



Emmanuel de GIVRY

Annexe 6 : Mail adressé aux médecins généralistes

Madame, Monsieur, Cher confrère,

Je suis actuellement en médecine générale et je réalise ma thèse sur l'évaluation du développement du langage chez les enfants de 2 ans en médecine de ville. Le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans la surveillance et le suivi du développement psychomoteur de l'enfant dont fait partie le langage. Je vous propose de répondre à un questionnaire anonyme concernant vos pratiques actuelles et de découvrir un outil d'évaluation des compétences langagières de l'enfant de 2 ans : 'Inventaire Français du Développement Communicatif (IFDC) version courte-24 mois.

Le temps à y consacrer est d'environ : 10 min.

Vos réponses sont attendues jusqu'au 30 septembre 2013.

Elles serviront de support à une analyse statistique dont je vous communiquerai les résultats si vous le désirez: pour cela, veuillez me joindre vos coordonnées à cette adresse: jupetruka@hotmail.fr.

Voici le questionnaire en lien direct :

https://docs.google.com/forms/d/1puqhjlsTZ221vKxnCdtqalTwB_0MTCwUwFUw3qHR3kE/viewform

Je vous remercie par avance pour l'intérêt que vous porterez à mon travail et vous prie d'accepter mes sentiments les meilleurs.

Juliette Pétruka, IMG, 6ème semestre.

Annexe 7 : Questionnaire de thèse

L'évaluation du développement du langage chez les enfants de 24 mois par le médecin généraliste en cabinet dans le NORD-PAS-DE-CALAIS.

Cher confrère,

Je suis en dernier semestre de médecine générale et je réalise ma thèse sur l'évaluation du langage de l'enfant à 2 ans en médecine de ville.

En effet, le langage de l'enfant est un élément fondamental du développement psychomoteur, que nous évaluons au cours des consultations de la petite enfance, et notamment lors de la consultation des 2 ans qui permet la délivrance du dernier certificat de suivi obligatoire.

Sachant qu'il n'y a pas à ce jour d'outils de référence pour évaluer le langage à 2 ans, je vous propose de répondre à ce questionnaire et de découvrir, si vous le souhaitez, un outil qui pourrait nous être utile pour évaluer les troubles du langage à 2 ans en soins primaires : l'Inventaire Français du Développement Communicatif (IFDC).

Pour y répondre, cliquez sur le questionnaire directement: 17 questions, temps à y consacrer : 9 minutes, l'IFDC est en lien accessible directement à partir du questionnaire.

Vos réponses seront anonymes. Je vous remercie pour votre aide et votre attention!

Juliette PETRUKA.

**Obligatoire*

Le médecin traitant:

1/ Etes-vous? *

- une femme
- un homme

2/ Quelle est votre durée d'exercice de la médecine générale en ville? *

- moins de 5 ans
- entre 5 et 10 ans
- entre 10 et 20 ans
- plus de 20 ans

3/ Quelle part de votre activité consacrez-vous au suivi des enfants jusqu'à l'âge de 2 ans ? *

- moins de 1%
- de 1 à 15%
- de 15 à 25%
- de 25 à 50%
- plus de 50%

4/ Entre 17 et 24 mois, quelles sont les inquiétudes parentales que vous rencontrez le plus souvent concernant le développement global de l'enfant? *

- troubles du développement moteur (marche)
- troubles de l'alimentation
- troubles du sommeil
- troubles du comportement (colère, pleurs inexplicables, troubles de la sociabilité..)
- troubles du développement du langage (retard, trouble de compréhension, trouble de production...)
- troubles d'acquisition de la propreté.
- maladies répétées (ORL, pulmonaire, digestifs, cardio-vasculaire).
- Autre :

5/ Réalisez-vous la consultation de suivi de l'enfant à 2 ans pour le certificat obligatoire? (au cours du 24 et du 25ème mois) *

- dans moins de 25% des cas
- entre 25 et 50% des cas
- entre 50 et 75% des cas
- toujours

6/ Quelle durée consacrez-vous à l'évaluation du développement psychomoteur chez l'enfant de 2 ans? *

- moins de 5 minutes
- entre 5 et 10 minutes
- entre 10 et 15 minutes
- plus de 15 minutes
- Autre :

7/ Quel est, selon vous, l'intérêt d'évaluer le langage au cours du suivi du développement psychomoteur de l'enfant de 2 ans? *

- Je trouve cette évaluation inutile à cet âge.
- Je trouve que l'évaluation du langage est peu importante à cet âge.
- Je trouve que cette évaluation est importante à cet âge.
- Je trouve que cette évaluation est indispensable à cet âge.
- Combien de temps consacrez-vous à l'évaluation du langage à 2 ans ?

8/ Comment évaluez-vous le développement du langage de l'enfant à 2 ans?*

- Je ne le fais pas, le langage sera évalué plus tard, vers 3-4 ans (début des phrases de 3 mots, entrée à l'école).
- en observant l'enfant au cours de la consultation.
- en communiquant directement avec l'enfant .
- en questionnant les parents sur le développement communicatif de leur enfant.
- en me rapportant au carnet de santé (cases à cocher : comprend une consigne, nomme une image, associe 2 mots).
- en me rapportant à une échelle d'évaluation du langage.
- Autre :

Outils ou échelles d'évaluation du développement de l'enfant de 2 ans que vous connaissez: (réponse libre)

Outils ou échelles que vous utilisez en pratique courante:(réponse libre)

9/ Avez-vous déjà dépisté un trouble du langage chez un enfant de 2 ans, sans antécédent de prématurité, de troubles ORL ou neurologiques avérés? *

- Non, je n'ai pas eu l'occasion de dépister un trouble du langage chez un enfant (tout âge confondu).
- Non, je n'ai jamais dépisté un trouble du langage chez un enfant de 2 ans.
- Oui, j'ai déjà dépisté un trouble du langage chez un enfant de 2 ans.
- Oui, je rencontre fréquemment des enfants ayant un trouble du langage vers l'âge de 2 ans.

10/ En cas de doute diagnostique sur un retard de langage, quelle est votre source d'information dans un premier temps? *

- un confrère en médecine générale
- un confrère spécialiste
- internet
- bibliographie
- Autre :

11/ En cas de troubles du langage dépistés vers l'âge de 2 ans , comment orientez-vous la famille le plus souvent? *

- vous proposez une nouvelle consultation de contrôle.
- vous adressez l'enfant à un spécialiste.
- vous conseillez une observation parentale simple jusqu'à la prochaine consultation.
- vous demandez une observation parentale avec l'aide d'une grille d'évaluation.
- Autre :

Si vous adressez l'enfant à un spécialiste, vers lequel l'orientez-vous le plus souvent?

- ORL
- neuropédiatre
- orthophoniste
- psychomotricien
- Autre :

L'IFDC: Inventaire Français du Développement Communicatif version courte pour les enfants de 10 à 24 mois.

Je vous présente un outil d'évaluation du développement du langage validé par la SEPA, société française de pédiatrie ambulatoire depuis 2005: l'IFDC. La version courte est réalisable en 15 minutes avec l'aide des parents qui vont eux-mêmes compléter le questionnaire et le rendre au médecin pour qu'il puisse l'évaluer. Ce questionnaire permet l'évaluation du développement des compétences langagières précoces de l'enfant de 12-18 et 24 mois. **Le questionnaire des 24 mois qui nous intéresse aujourd'hui**, évalue le vocabulaire, la combinaison des mots ainsi que la longueur moyenne des énoncés de l'enfant à 2 ans. Les résultats sont indépendants des pratiques linguistiques (mono-, bi- ou multilinguisme). Voici le site pour découvrir, revoir, télécharger et/ou imprimer ce questionnaire:

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/05.ifdc.pdf>.

12/ Connaissez-vous l'IFDC? *

- oui, je le connais mais ne le pratique pas.
- oui, je le connais et l'utilise déjà.
- non, je ne le connais pas.

Si vous connaissez cet outil d'évaluation, comment en avez-vous eu connaissance ?

- Bouche à oreille
- FMC
- Internet
- Presse médicale
- Autre :

13/ Selon vous, quels sont les avantages à utiliser ce questionnaire pour évaluer le langage de l'enfant de 2 ans en soins primaires? *

- Il permet une mesure objective du langage de l'enfant.
- Il permet une évaluation rapide du développement communicatif de l'enfant.
- Il est un outil utile en cas de doute concernant le développement du langage de l'enfant.
- Il permet d'évaluer l'enfant dans son contexte habituel (à la maison et non au cabinet).
- Il permet d'impliquer les parents dans la surveillance et le développement du langage de leur enfant.
- Autre :

14/ Quels sont les freins possibles à l'utilisation du questionnaire dans votre pratique actuelle? *

- le manque de temps.
- le problème d'impression du questionnaire (problème logistique).
- la mauvaise maîtrise du questionnaire par vous-même.

- je doute de sa fiabilité: manque d'objectivité des parents (sou- ou surestimation du langage de leur enfant).
- il est inutile dans ma pratique actuelle.
- Autre :

15/ Selon vous, quels peuvent être, pour la famille, les difficultés à l'utilisation de l'IFDC version courte en consultation de soins primaires? *

C'est un problème :

- de compréhension du questionnaire.
- de refus, réticence.
- d'impression du questionnaire (problème logistique).
- de retour du questionnaire.
- de langue.
- Autre :

16/ D'après-vous, faut- il promouvoir l'utilisation de l'IFDC version courte en consultation de soins primaires ? *

- Non, ce n'est pas nécessaire.
- Oui, j'aimerais l'utiliser en cas de doute sur le développement du langage chez l'enfant de 2 ans.
- Oui, j'aimerais l'utiliser de manière systématique au cours de la consultation de suivi des 2 ans.
- Oui, j'aimerais l'utiliser au cours d'une consultation dédiée à l'évaluation du langage chez l'enfant de 2 ans.

17/ Si vous décidez d'utiliser l'IFDC version courte à 24 mois, comment le feriez-vous en pratique ? *

- en donnant le questionnaire de manière systématique au cours des consultations entre 17 et 24 mois (repères du carnet de santé).
- en complétant le questionnaire avec les parents au cours de la consultation des 2 ans.
- par la mise à disposition du questionnaire en salle d'attente.
- en proposant de télécharger le questionnaire à l'aide d'un flash code dans la salle d'attente.
- j'utiliserais l'IFDC s'il était inscrit dans le carnet de santé: support permanent au cours des consultations des enfants, aidant les parents dans le suivi de leur enfant.
- je ne veux pas l'utiliser.
- Autre :

Si vous souhaitez des informations complémentaires sur mon travail de thèse, n'hésitez pas à me transmettre votre demande à cette adresse mail: jupetruka@hotmail.fr. Merci pour votre participation ! Vous pouvez cliquer sur « envoyer » en bas de la page.

Question bonus: Permettez-moi de vous adresser une dernière question dans 1 mois pour savoir si vous avez utilisé l'IFDC au cours de cette période et connaître votre avis sur sa pratique? *

- OUI, je vais essayer de l'utiliser et je note mon adresse mail dans la case "Autre" ci-dessous.
- NON, je ne vais pas l'utiliser pendant cette période.
- Autre :

Annexe 8 : Questions supplémentaires

Questions sur la pratique de l'IFDC version courte à 24 mois (suite).

Suite à votre réponse favorable concernant l'essai de l'Inventaire Français du Développement Communicatif version courte à l'âge de 24 mois, je me permets de vous adresser ce mail pour connaître votre avis. Il comporte 7 questions courtes soit 3 minutes pour y répondre.

Vos réponses précieuses sont attendues jusqu'au 26 octobre 2013.

Rappels:

Le questionnaire IFDC-version courte-24 mois tient sur une page : cases à cocher par les parents des mots dits par l'enfant de manière spontanée, puis calcul du nombre de mots produits: moins de 29 mots et l'absence de combinaison de mots est un signe d'alerte

Si vous rencontrez des difficultés pour afficher ou envoyer ce formulaire, complétez-le en ligne :

<https://docs.google.com/forms/d/1WfcfNkWY1AQg8Rb1S68VhOGqSGRbQRLp53f5za8fiBw/viewform>

1/ Avez-vous pu utiliser l'IFDC à 24 mois depuis mon questionnaire de thèse? *

- OUI
- NON

SI NON: pourquoi?

Commentaire libre dans la case "autre".

- je n'ai pas eu l'occasion de l'utiliser.
- je n'ai pas pensé à l'utiliser.
- je n'ai pas vu d'enfant à l'âge de 2 ans
- je n'ai pas eu le temps de l'utiliser
- Autre :

SI OUI, dans quelles circonstances l'avez-vous utilisé?

Commentaire libre dans la case "autre".

- à la demande des parents d'évaluer le langage de leur enfant.
- au cours d'une consultation dans la surveillance de trouble du langage
- au cours de la consultation du certificat des 2 ans
- au cours des consultations dans le cadre d'une pathologie aiguë vers l'âge de 2 ans
- Autre :

2/ De quelle manière l'avez vous utilisé?

Commentaire libre dans la case "autre"

- vous l'avez donné en salle d'attente.
- vous l'avez rempli avec les parents au cours de la consultation.

- vous l'avez donné aux parents pour qu'ils le remplissent chez eux.
- Autre :

3/ Quelle est la réaction des parents au sujet de l'IFDC?

- Ils apprécient de pouvoir participer à l'évaluation du langage.
- ils comprennent comment remplir le questionnaire facilement.
- ils ne comprennent pas le questionnaire car l'énoncé leur paraît compliqué.
- ils ne s'y intéressent pas
- Autre :

4/ Quels sont les RÉSULTATS du questionnaire ?

Commentaire libre dans la case "autre".

- Vous avez retrouvé un score ne montrant pas de trouble des compétences langagières.
- Vous avez trouvé un score vous mettant en alerte sur le développement de la communication de l'enfant.
- Autre :

5/ Avez-vous discuté de l'IFDC avec vos étudiants en stage dans votre cabineté (N1-SASPAS)? *

- OUI
- NON

6/ Vos stagiaires ont-ils une autre façon d'évaluer le langage des enfants à l'âge de 2 ans que vous?

- OUI, par un autre outil.
- OUI, sans outils
- NON, ils ne savaient pas le faire.
- NON, ils ne savaient pas que le développement du langage oral peut être évalué à cet âge.
- NON, ils ont appris à faire comme moi.
- Autre :

7/Aimeriez- vous recevoir d'autres informations et formations sur l'évaluation du langage oral des jeunes enfants (0 -2 ans) et ses outils à disposition? Comment?

COMMENTAIRE LIBRE

TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 24^e MOIS.

Article L. 2135-3 du Code de la Santé Publique

Ne pas remplir les cases traitées



Enfant Nom _____ Prénom _____
 Date de naissance : jour _____ mois _____ an _____ Sexe : Fém. Masc.
 Lieu de naissance : _____
 Code postal _____ Commune _____

Adresse du domicile : _____
 M. Mme Mlle Nom _____
 Adresse _____ Tél. _____
 Code postal _____ Commune _____

Famille Nom de naissance de la mère _____ Date de naissance : jour _____ mois _____ an _____
 Prénom _____
 Nombre d'enfants vivant au foyer _____

SI vous faites actuellement garder votre enfant :
 Crèche collective Crèche parentale Halte-garderie Structure multi-accueils Chez vous par un tiers
 Assistante maternelle dans le cadre d'une crèche familiale Assistante maternelle indépendante Autre
 Garde à temps complet (jour ET nuit) : Assistant(e) familial(e) Pouponnière

Profession : (inscrire le numéro correspondant à votre réponse)
 Mère : 1 Agriculteur exploitant 4 Profession intermédiaire 5 Employé 6 Ouvrier 7 Autre inactif
 Père : 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 3 Au foyer 4 Congé parental 5 Chômeur 6 Elève, étudiant ou en formation

Activité professionnelle :
 Mère : 1 Actif 2 Retraité 3 Au foyer 4 Congé parental 5 Chômeur 6 Elève, étudiant ou en formation
 Père : 1 Actif 2 Retraité 3 Au foyer 4 Congé parental 5 Chômeur 6 Elève, étudiant ou en formation 7 Autre inactif

Examen médical
 Effectué par :
 un omnipraticien
 un pédiatre
 un autre spécialiste

Réalisé dans :
 un cabinet médical privé
 une consultation de P.M.I.
 une consultation hospitalière
 autre

Médecin : cachet - téléphone _____

Conclusions, précisions et commentaires :

 L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière non oui
 Je demande une consultation médicale spécialisée non oui
 Je souhaite être contacté par le médecin de P.M.I. non oui
 Je, soussigné(e) Dr :
 atteste avoir examiné l'enfant le jour _____ mois _____ an _____

Signature _____

PARTIE MÉDICALE

Vaccinations Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

DT	Coq.	H. Inf.	Hep.	Pneumo-coque
1 ^e dose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e dose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^e dose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ROR 1 dose Non 2 doses Oui
 BCG fait Non Oui
 Il existe une recommandation de vaccination antituberculeuse Non Oui
 Autres vaccins, (préciser) : _____

Antécédents Non Oui

- Prématurité <33 sem
- Otites à répétition
- Affections broncho-pulmonaires à répétition dont plus de 3 affections « sifflantes »
- Accident domestiques depuis le 9^e mois

Si oui :
 Intoxication brûlures Chute/traumatisme
 Autres (préciser) : _____

Affections actuelles Non Oui

Si oui :
 Alimentation
 Anorexie et/ou troubles de l'alimentation
 Allergie alimentaire
 Troubles du sommeil
 Système nerveux
 Spina bifida
 Infirmité motrice cérébrale
 Autre *
 Appareil cardio-vasculaire
 Cardiopathie congénitale
 Autre *
 Appareil respiratoire
 Asthme
 Mucoviscidose
 Autre
 Appareil digestif
 Reflux gastro-œsophagien
 Autre *
 Maladie métabolique *
 Maladie endocrinienne *

Développement psychomoteur
 Comprend une consigne simple Non Oui
 Nomme au moins une image Non Oui
 Superpose des objets Non Oui
 Associe deux mots Non Oui
 Motricité synchrone des 4 membres Non Oui
 Marche acquise Non Oui
 Si oui à quel âge ? _____ mois

Mesures
 Poids _____ kg
 Taille _____ cm
 IMC _____
 Périmètre crânien _____ cm
 Examen de l'œil : Normal non oui
 Exploration de l'audition : Normale non oui
 Dents cariées / Nombre total de dents _____ / _____

Autres informations
 Allaitement au sein Si oui :
 durée de l'allaitement au sein en semaines _____
 dont allaitement exclusif _____
 Présence d'un risque de saturnisme non oui

Appareil génito-urinaire
 Malformation urinaire
 Malformation génitale
 Autre *
Appareil ostéo-articulaire et musculaire
 Luxation de la hanche
 Autre *
Affections dermatologiques
 Eczéma
 Autre *
Maladies hématologiques
 Maladie de l'hémoglobine
 Autre *
Fente labio-palatine
Syndrome polymalformatif
 Aberrations chromosomiques
 Trisomie 21
 Autre *
 Autre pathologie décelée *
 * Précisez : _____

Annexe 10 : L'examen des 24 mois du carnet de santé

Examen au cours du 24^e mois

A 24 mois, votre enfant

- utilise son index pour désigner quelque un ou quelque chose.
- joue à faire semblant.
- vous imite dans la vie quotidienne.
- répond à votre sourire.

Préparer la consultation

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

Y a-t-il eu un changement récemment dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

Y a-t-il des animaux à la maison ?

Examen médical

Date: jour mois an

Poids: kg Taille: cm FC: cm

Risque de saturnisme: non oui IMC:

Corrées transparentes non oui **Strabisme** non oui

Globes oculaires de taille normale non oui **à oui, pris en charge** non oui

Pupilles normales non oui **Poursuite oculaire normale** non oui

Stymps normal non oui

à gauche non oui

à droite non oui

Test à la voix normale non fait à refaire

Résultat: normal à refaire

avis spécialisé demandé

Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ?

Résultat: normal à refaire

avis spécialisé demandé

Développement

Marche acquise non oui

Suppose des objets non oui

Associe deux mois non oui

A quel âge mois

Motorité symbolique non oui

Comprend une consigne simple non oui

Nomme au moins une image non oui

Surveillance médicale

Quelle est l'alimentation de votre enfant ?

A qui votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

Vos observations, vos questions :

- si vous trouvez que votre enfant pleure beaucoup.
- si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement de votre enfant.

Parlez-en avec votre médecin.

Examen somatique

Conclusions - Détailler les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

Cachet et signature du médecin

Annexe 11 : Les centres d'action médico-sociale précoces (CAMSP)

Les Centres d'action médico-sociale précoces (CAMSP)

Nord (59)

- C.A.M.S.P. " MONTFORT "A LILLE - 59000 LILLE
- C.A.M.S.P. DE ROUBAIX - 59056 ROUBAIX
- C.A.M.S.P. " EPI DE SOIL " A LOO - 59120 LOOS
- C.A.M.S.P. DE L APEI - 59190 HAZEBROUCK
- C.A.M.S.P DU CH DE TOURCOING - 59200 TOURCOING
- C.A.M.S.P.DUNKERQUE - 59240 DUNKERQUE
- ANTENNE DU C.A.M.S.P D'HAZEBROUCK - 59280 ARMENTIERES
- C.A.M.S.P. "JEAN ITARD" HAUBOURD - 59320 HAUBOURDIN
- C.A.M.S.P. VALENCIENNES - 59416 ANZIN
- C.A.M.S.P. DE DOUAI - 59500 DOUAI
- C.A.M.S.P. POLYVALENT DE CAUDRY - 59540 CAUDRY
- C.A.M.S.P. LE PETIT NAVIRE CH SAMBRE - 59620 AULNOYE AYMERIES
- C.A.M.S.P. VILLENEUVE-D'ASCQ - 59650 VILLENEUVE D ASCQ
- C.A.M.S.P." ALFRED BINET " LILL - 59800 LILLE

Pas-de-Calais (62)

- C.A.M.S.P. ARRAS - 62008 ARRAS
- C.A.M.S.P. DE CALAIS - 62100 CALAIS
- C.A.M.S.P. D'HENIN -BEAUMONT - 62110 HENIN BEAUMONT
- C.A.M.S.P DE ST-POL - 62130 ST POL SUR TERNOISE
- C.A.M.S.P. DE ATTIN - 62170 ATTIN
- C.A.M.S.P. DE BOULOGNE SUR MER - 62200 BOULOGNE SUR MER
- C.A.M.S.P. "LA CLAIRIERE" - 62232 FOUQUIERES LES BETHUNE
- C.A.M.S.P D'AUCHEL - 62260 AUCHEL
- C.A.M.S.P. DE L'AUDOMAROIS - 62510 ARQUES
- C.A.M.S.P.DE LIEVIN - 62800 LIEVIN

AUTEUR:

Nom: PETRUKA

Prénom : JULIETTE

Date de Soutenance : Mardi 7 Janvier 2014

Titre de la Thèse : L'évaluation du langage oral chez les enfants de 2 ans par le médecin généraliste: pratiques actuelles et avis sur l'utilisation de l'Inventaire Français du Développement Communicatif version courte de 24 mois.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement: Médecine Générale

Mots-clés: langage, enfant, médecin généraliste, Inventaires français du développement communicatif, 24 mois.

Résumé:

Contexte: Le langage de l'enfant fait partie intégrante de son développement global. Les troubles du langage doivent être repérés précocement pour assurer une prise en charge adaptée. Le médecin généraliste, qui suit l'enfant dès le plus jeune âge, est un acteur primordial dans l'évaluation du langage de l'enfant. A l'âge de 2 ans, l'enfant est en période dite d'explosion lexicale et acquiert la combinaison des mots. C'est également l'âge de la consultation obligatoire de santé des 24 mois mais il n'y a pas, à ce jour, d'outil commun pour le repérage des troubles du langage oral de l'enfant à cet âge. L'Inventaire Français du Développement Communicatif (IFDC) version courte de 24 mois est un questionnaire parental validé qui permet d'évaluer le vocabulaire expressif des enfants à cet âge. Cet outil est disponible sur le site internet du ministère de la santé.

Objectif: Dans cette étude, nous proposons aux médecins généralistes, maîtres de stages des universités du Nord-Pas-de-Calais, de nous informer sur leurs pratiques actuelles et de donner leur avis sur l'utilisation de l'IFDC -version courte- 24 mois.

Méthode: Enquête déclarative transversale auprès de 221 médecins généralistes, maîtres de stage de l'université de médecine de Lille et de la faculté libre de médecine de Lille, par un questionnaire envoyé et réceptionné par mail, de manière anonyme, après accord de la CNIL.

Résultats: 105 médecins sur 221 ont répondu au questionnaire de thèse soit 48%. L'activité pédiatrique de moins de 2 ans représente 1 à 15% de l'activité médicale pour 71% IC [67; 75] des médecins. 77% IC [69-85] d'entre eux reconnaissent l'importance de l'évaluation du langage à cet âge, notamment au cours de la consultation des 24 mois qui est réalisée systématiquement pour 36% des médecins interrogés et pour plus d'un enfant sur 2 pour 45% d'entre eux. Cependant, le temps dévolu à l'évaluation du langage est restreint au cours de la consultation. Les médecins interrogés connaissent très peu d'outils d'évaluation du langage à 2 ans : seul 7 % IC [2; 12] d'entre eux ont cité un outil connu. 85 % IC [78; 92] des médecins interrogés expriment un avis favorable à l'utilisation de l'IFDC -version courte- 24 mois qui leur était inconnu pour 98%. Le frein essentiel à son utilisation est le manque de temps cité par 72% IC [63; 81] des médecins interrogés. Du côté des parents, les médecins estiment que le premier frein est la compréhension du questionnaire par la famille. Il ressort de cette étude peu d'obstacles pratiques à l'utilisation de l'IFDC -version courte- 24 mois pour le médecin généraliste. Cependant, 56% IC [47;65] des médecins souhaitent utiliser ce test en cas de doute diagnostique et 15% IC [8;22] de manière systématique au cours de la consultation des 24 mois.

Composition du Jury:

Président: Professeur Raymond GLANTENET

Assesseurs: Professeur Louis VALLEE

Professeur Alain MARTINOT

Docteur Marie-Laure CHARKALUK

Adresse de l'auteur: jupetruka@hotmail.fr