

Année 2022/2023

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Sarah THIERRY**

Né(e) le 22/11/1993 à Chartres (28)

---

#### TITRE

Exploration des représentations et des attentes des parents d'enfants âgés de moins de 4 ans sur la prise en charge des troubles du langage par le médecin généraliste au moyen d'une guidance parentale.

---

Présentée et soutenue publiquement le **26/01/2023** date devant un jury composé de :

Président du Jury :

**Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours**

Membres du Jury :

**Docteur Françoise CONDY, Pédiatrie, PMI - Montargis**

**Docteur Clotilde LOISON, Médecine Générale, Soings-en-Sologne**

Directeur de thèse :

**Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine-Tours**

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Philippe ROSSET

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
APETOH Lionel .....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BAKHOS David .....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERHOUEJ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DI GUISTO Caroline .....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent	Dermato-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien.....Soins palliatifs  
ROBERT Jean.....Médecine Générale

### **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine.....Anglais

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie

Faculté de Médecine – 10, boulevard Tonnellé – CS 73223 – 37032 TOURS Cedex 1 – Tél : 02.47.36.86.00 – www.med.univ-tours.fr

LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

### **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE**

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINO Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

#### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

#### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

#### ***Pour l'Ethique Médicale***

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------



# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

# REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord adresser un grand merci à Isabelle Ettori-Ajasse, qui a accepté d'être ma directrice de thèse. Grâce à ses précieux conseils et sa disponibilité, je suis fière du travail accompli ensemble.

Merci au Professeur François Labarthe qui a fait l'honneur d'accepter d'être le président du jury de ma thèse.

Un grand merci au Professeur Clarisse Dibao-Dina de s'être spécialement déplacée pour venir présider ma thèse.

Merci à Françoise Condy, à Fatima Ramsamy, à Anne-Sophie Lechaux, ainsi que toute l'équipe paramédicale de m'avoir si généreusement accueillie au sein de la PMI et du CPEF de Montargis. Merci de m'avoir fait découvrir ce passionnant sujet « des troubles du langage chez l'enfant ». Sans ce stage, je n'aurais probablement jamais eu l'idée de faire une thèse sur ce sujet. Merci encore à Françoise d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Merci à mon trinome de SASPAS, Clotilde Loison, Jean-Benoît Pietri et feu Mickaël Morel, à qui j'adresse une pensée toute particulière, pour avoir confirmé mon choix de la médecine générale et pour m'avoir sereinement guidé vers la suite de mon parcours professionnel. Aussi, merci Clotilde d'avoir accepté d'être membre du jury.

Merci à Fabien Vannier qui m'a apporté un soutien indispensable à la réussite de cette thèse. Sans sa gentillesse et sa compréhension, la thèse n'aurait pas pu être imprimée à temps.

Merci à Jean Robert et à l'équipe du DUMG qui m'ont permis d'évoluer à travers mes années d'internat de médecine générale.

Merci à tous les professionnels de santé qui m'ont aidé dans le recrutement des parents cibles, grâce à eux cette thèse a pu prendre forme.

Merci à tous les parents qui ont témoigné. Leur implication a été indispensable à la réalisation de ce travail de thèse.

Un grand merci à mes amis, merci des moments que nous partageons et qui comptent beaucoup à mes yeux, hâte de vous retrouver pour fêter la thèse !

Un grand merci à ma famille d'avoir toujours su être positive, joviale et solidaire, particulièrement ses 10 dernières années. Je souhaite également remercier mes parents de m'avoir aidé dans ce travail de thèse.

Un grand merci à ma belle-famille d'être présente pour moi et de m'avoir facilité la tâche pour mon travail de thèse en me libérant du temps.

Enfin, un immense merci à mon mari, Adrien, qui a été d'une aide inestimable sur tous les plans. Et un immense merci à mon petit Arthur qui a su être adorable pendant que sa maman travaillait. Je vous aime de tout mon cœur.

# RESUME

---

## **Exploration des représentations et des attentes des parents d'enfants âgés de moins de 4 ans sur la prise en charge des troubles du langage par le médecin généraliste au moyen d'une guidance parentale**

---

**Contexte :** Les premiers troubles du langage peuvent être repérés à l'âge pré-scolaire par le médecin généraliste. Certains retards simples peuvent faire l'objet d'une prise en charge par guidance parentale. Cette technique de modulation du langage adressé à l'enfant implique le parent au cœur d'une rééducation indirecte. Grâce à un accompagnement personnalisé de la part d'un professionnel de santé, le parent-acteur de la prise en charge pourra être un vecteur d'amélioration du langage de son enfant. Cette étude évalue la pertinence de la mise en place d'une guidance parentale en médecine générale.

L'objectif principal était de définir les représentations et les attentes des parents d'enfants âgés de moins de 4 ans sur la prise en charge des troubles du langage par le médecin généraliste.

**Méthode :** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de parents ayant des enfants présentant un retard simple de langage. Le recrutement s'est fait par des professionnels de la rééducation. Les entretiens retranscrits ont bénéficié d'une analyse thématique inductive.

**Résultats :** Neuf entretiens ont été menés d'avril à juillet 2022. La relation parent-médecin est primordiale à l'amélioration des compétences langagières de l'enfant, qu'il y ait la mise en place ou non d'une guidance parentale. Le médecin généraliste ne semble pas être l'interlocuteur de choix dans la prise en charge du langage, les parents attendant plutôt de sa part une orientation vers une prise en charge spécialisée. Les parents mettaient spontanément en place des actions sur les conseils de proches ou d'orthophonistes, correspondant aux définitions de la guidance parentale sur le langage.

**Discussion :** Malgré des données insaturées en raison de difficultés liées au recrutement, la pertinence d'instaurer une guidance parentale par le médecin généraliste semble très incertaine.

## **Exploration of the representations and expectations of parents of children under 4 years of age on the management of language disorders by the general practitioner through parental guidance.**

Keywords: parental guidance, delayed language, language rehabilitation, expectations, representations

**Context:** The first language disorders can be identified at pre-school age by the general practitioner. Some simple delays can be treated by parental guidance. This technique of language modulation addressed to the child involves the parent at the heart of an indirect re-education. Thanks to a personalized accompaniment from a health professional, the parent-actor of the care will be able to be a vector of improvement of the language of his child. This study evaluates the relevance of implementing parental guidance in general practice.

The main objective was to define the representations and expectations of parents of children under 4 years of age regarding the management of language disorders by general practitioners.

**Method:** A qualitative study using semi-structured interviews was conducted with parents of children with simple language delay. Recruitment was done by rehabilitation professionals. The transcribed interviews benefited from an inductive thematic analysis.

**Results:** Nine interviews were conducted from April to July 2022. The parent-physician relationship is crucial to the improvement of the child's language skills, whether parental guidance was in place or not. The general practitioner does not seem to be the interlocutor of choice in the management of language, the parents expecting instead a referral to specialized care. Parents spontaneously implemented actions on the advice of relatives or speech therapists, corresponding to the definitions of parental guidance on language.

**Discussion:** Despite unsaturated data due to recruitment difficulties, the relevance of introducing parental guidance by the general practitioner seems very uncertain.

# ABREVIATIONS

- BREV : Batterie Rapide d'Evaluation des Fonctions Cognitives
- BSEDS : Bilan de Santé Evaluation du Développement pour la Scolarité
- CIM : Classification Internationale des Maladies
- CNIL : Commission Nationale Informatique et des Libertés
- CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
- DPL3 : Dépistage et Prévention du Langage 3 ans
- DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*)
- ERTL4 : Epreuve Repérage Trouble Langage 4 ans
- ERTL6 : Epreuve Repérage Trouble Langage 6 ans
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IFDC : Inventaire Français du Développement Communicatif
- LAE : langage adressé à l'enfant
- ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste
- PECS : Picture Exchange Communication System (*Système de communication par échange d'image en français*)
- PER 2000 : protocole d'évaluation rapide
- PMI : Protection Maternelle Infantile
- PPRE : Projets Personnels de Réussite Éducative
- QLC : Questionnaire Langage et Comportement
- SA : Semaine d'Aménorrhée
- SES : Statut Économique et Social
- TSA : Trouble du Spectre Autistique
- TSLO : Trouble Spécifique Langage Oral
- VPP : Valeur Prédicative Positive

# PLAN

## INTRODUCTION *p. 13*

- Physiopathologie du langage *p. 13*
- Certaines étiologies connues de troubles du langage *p. 14*
- Prise en charge des troubles du langage *p. 16*
- Qu'est-ce que la guidance parentale ? *p. 18*
- Au total pourquoi s'intéresser à la guidance parentale, aux représentations et attentes des parents concernant ce type de prise en charge ? *p. 20*

## MATERIEL ET METHODE *p. 22*

## RESULTATS *p. 25*

- Participation *p. 25*
- Acceptabilité du diagnostic et du traitement *p. 25*
- L'attitude du professionnel de santé *p. 26*
- Lien avec le médecin généraliste *p. 26*
- Attentes des parents dans l'accompagnement du langage *p. 28*
- Importance de l'entourage / des autres intervenants *p. 28*
- Comportement du parent pour essayer de compenser ou améliorer le retard de langage, introduit spontanément ou après conseils donnés par un tiers. *p. 29*
- Attitudes parentales freinant les possibilités de guidance parentale *p. 30*

## DISCUSSION *p. 32*

- Forces et limites / discussion sur la méthode *p. 32*
- Les facteurs pouvant compliquer la rééducation des troubles du langage avec un professionnel de santé. *p. 34*
- Les représentations parentales du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles du langage et les attentes parentales concernant le langage de leur enfant. *p. 34*
- Les représentations des parents concernant les facteurs externes à la prise en charge pouvant influencer le développement du langage. *p. 37*
- Les comportements mis en place par les parents pour essayer de compenser ou améliorer le retard de langage de leur enfant. *p. 39*

## CONCLUSION *p. 40*

## ANNEXES *p. 46*

- Annexe 1 : Guide d'entretien *p. 46*
- Annexe 2 : Grille de réactivité parentale *p. 47*
- Annexe 3 : Boucle du langage adressé à l'enfant *p. 47*
- Annexe 4 : Lettre de recrutement *p. 48-49*

# INTRODUCTION

- **Physiopathologie du langage.**

La physiologie du langage se distingue en deux temps.

De 0 à 12 mois, le nourrisson va communiquer à travers des phonèmes : c'est la phase pré-linguiste. Durant cette phase, il va passer d'un babillage rudimentaire (« â-rheu ») à une phase canonique, que l'on appelle également le bisyllabisme (« ba-ba », « ta-ta », etc.) Cette étape est nécessaire pour que le nourrisson se familiarise avec sa langue maternelle. [1], [2], [3]

Vers 1 an émergent les premiers mots, jusqu'à 3 ans où aura lieu une véritable explosion de son champ lexical. Cette étape s'appelle la phase linguistique. On estime qu'un enfant élabore 5 à 10 mots à l'âge de 1 an, environ 100 mots à 18 mois, 100 à 200 mots à 2 ans puis 500 à 1000 mots à 3 ans. [1]

Cette période charnière entre 2 et 3 ans est optimale pour la prise en charge des troubles du langage car un enfant qui n'a pas acquis, par la compréhension, un stock lexical suffisant à l'âge de 2 ans, ne pourra pas connaître l'explosion productive attendue. [4] On appelle « locuteur tardif », un enfant qui à 2 ans produit moins de 40 à 50 mots ou ne combine pas 2 mots en une courte phrase. Il est à risque de développer un trouble du langage. [5], [6] Les travaux de Rescorta *et al.* ont montré que le niveau de vocabulaire à l'âge de 2 ans était prédictif du niveau langagier aux âges de 3, 5, 8 et 13 ans. [7]

Définition et classement : [3], [8], [9], [10], [11], [12], [13], [14]

Les troubles du langage, selon l'HAS de 2020, appartiennent à la famille des troubles du neuro-développement de l'enfant. [12] La première description de cette entité, dans la CIM 10, a ensuite évolué dans le DSM IV puis V pour approfondir et redéfinir le trouble du langage chez l'enfant.

Initialement, les troubles spécifiques du langage oral (TSLO) ont été décrits dans la littérature et définis par la CIM 10 comme associés à des signes neurologiques mineurs tels qu'une « immaturité motrice », des difficultés d'apprentissages ou encore un trouble de l'attention. Le DSM IV, dont la dernière version a été publiée en 2003 (DSM IV-TR), a permis d'exclure un certain nombre de diagnostics différentiels par rapport à la CIM 10 et le terme « spécifique » a été ôté de la définition car jugé invalide. [5]

Comme pour le DSM IV, les troubles du langage sont définis selon 4 critères par le DSM V :

- 1) Troubles persistants dans l'acquisition et l'utilisation du langage dans toutes les modalités dus à des déficits en compréhension ou production.
- 2) Qualitativement et quantitativement en deçà de ce qui est attendu à l'âge réel, avec un retentissement dans la communication et/ou dans la participation sociale et/ou dans la réussite académique et/ou dans la performance au travail.

- 3) Début précoce (âge pré-scolaire)
- 4) Non secondaire à un déficit sensoriel (auditif notamment), une condition médicale ou neurologique, un handicap intellectuel ou un retard global de développement.

On qualifie de « retard simple du langage », le trouble lorsqu'il n'est pas expliqué par une pathologie sous-jacente. On sous-entend également par « simple » qu'aucune pathologie sous-jacente n'entrave la correction du trouble. Il peut être spontanément résolutif ou corrigé par la rééducation. Cette expression de « retard simple » est souvent utilisée comme un abus de langage pour décrire un trouble du langage, tel qu'il a été défini par le DSM V, et est davantage utilisée par les professionnels de santé. [14], [15]

Le DSM V, publié en 2013, apporte une évolution par rapport au DSM IV : les troubles du langage deviennent une sous famille des troubles de la communication. Ces derniers regroupent alors en plus des troubles du langage, les troubles phonético-phonologiques, les troubles de la fluence, les troubles de la communication sociale et pragmatique et les troubles de la communication non spécifiés.

#### Autres troubles phonatoires/ diagnostics différentiels [8], [9], [11], [12], [13], [14]

Les troubles phonético-phonologiques traduisent des troubles de la phonation. Ils s'intéressent au déficit de production des sons de la parole, interfèrent avec l'intelligibilité, et constituent donc un diagnostic différentiel aux troubles du langage. De plus, cette « dysplasie » phonologique ne concerne pas les enfants en âge pré-scolaire.

De même pour les troubles de la fluence verbale dans l'enfance, autre sous-catégorie des troubles de la communication, qui constituent pour l'essentiel une pathologie à part entière : le bégaiement.

La communication sociale et pragmatique, lorsqu'elle est altérée, rend le discours peu informatif. Sa compréhension est rendue déficiente par l'interlocuteur, bien que sa fluence et la monosyntaxe soient conservées. Ce champ constitue donc également un diagnostic différentiel des troubles du langage défini par le DSM V.

Le trouble du spectre autistique (TSA), les carences éducatives ou affectives ont également été dissociés et sont définis par le DSM V comme des « conditions co-morbides » aux troubles du langage. La régression langagière est quant à elle un facteur d'exclusion aux troubles du langage.

- **Certaines étiologies connues de troubles du langage**

Les « trouble dys », dont la terminologie regroupe les troubles cognitifs spécifiques (ex : les troubles du langage) et troubles des apprentissages qu'ils induisent (ex : écriture, lecture), peuvent s'inscrire parfois dans une problématique psycho-sociale. [8], [13], [16] Il est établi aujourd'hui que certains facteurs environnementaux expliquent, en partie, le dysfonctionnement du langage. En effet, les stimulations

sensorielles, affectives et sociales au cours de la première année de vie permettent à l'enfant d'acquiescer une certaine maîtrise de la communication, avant même l'acquisition du langage verbal.

Il a été décrit que les enfants présentant des troubles du langage avaient davantage tendance à se replier sur eux-mêmes, à jouer en solitaire et à plus utiliser le langage non verbal pour s'adresser aux autres. Leur profil a été jugé plus immature dans la communication et la réflexion, ce dernier élément se réfère à ce qu'on appelle communément la « Théorie de l'Esprit ». Cette théorie repose sur le fait que les enfants ayant des troubles du langage étaient moins à même de décrire des états mentaux, ou de comprendre de fausses croyances, et présentaient moins de flexibilité mentale pour résoudre des problèmes, ou changer de perspective, par rapport à des enfants du même âge sans trouble du langage. Pour aller plus loin, il a été supposé que ce décalage pouvait constituer un point de fragilité et servir par conséquent de point d'entrée dans d'éventuelles difficultés relationnelles. [14], [17]

Aussi, le processus inverse est décrit. En effet, un enfant faisant l'objet d'une carence dans les interactions sociales subirait un retard de langage, un retard d'expression, un retard intellectuel et des difficultés d'apprentissage. Par conséquent, un cercle vicieux s'installerait concernant le retard de langage (moins d'interaction —> moins de langage —> moins d'interaction). [14], [18] (*Annexe 3*)

Donc, lorsque le langage adressé à l'enfant (LAE) est de bonne qualité, il constitue un formidable facteur protecteur du développement langagier. En revanche, un enfant décrit comme « mauvais interlocuteur », car présentant des troubles du langage, peut générer chez son parent un LAE « désadapté », qui perd sa qualité initiale et peut aggraver le trouble du langage pré-existant. Néanmoins, il est également dit qu'un trouble ne peut pas s'expliquer de manière exhaustive par des carences éducatives et affectives sévères. De plus, le niveau de preuve ne permet pas de valider cette théorie sur le plan scientifique et il faut chercher d'autres facteurs explicatifs, à savoir pourquoi certains enfants surmontent leurs difficultés, alors que d'autres les aggravent avec l'âge. [6], [14], [18]

Le faible milieu socio-économique serait indirectement pourvoyeur de trouble du langage. Les parents de faible SES ont tendance à une réduction qualitative et quantitative du langage, adoptant un certain dirigisme dans l'interaction et un manque d'adaptabilité dans les réponses. Le manque d'interaction qui en résulte conduira à un appauvrissement du langage et une modification de la réponse émotionnelle. Entre l'enfant et le parent s'installe le même cercle vicieux concernant le retard de langage (moins d'interaction —> moins de langage —> moins d'interaction). Ceci est d'autant plus probant concernant la taille du vocabulaire. En effet, un enfant de faible SES compte en moyenne 500 mots à 3 ans, alors qu'un enfant de haut SES en comptera environ 1000. D'après plusieurs études, il y aurait une corrélation entre la quantité et la qualité du LAE et le SES. [5], [6], [7], [15]

Le bilinguisme est connu pour être un atout socio-culturel majeur lorsque les deux langues sont acquiesces et maîtrisées dès le plus jeune âge. Ces enfants bilingues ont tendance à être « locuteurs tardifs » mais ne rentrent pas dans la définition des troubles du langage, car leur retard n'est pas persistant. Néanmoins,

l'environnement et la langue parlée au domicile peuvent influencer le développement du langage. [5], [19], [20]

- **Prise en charge des troubles du langage**

Les troubles du langage ne sont pas tous immuables une fois diagnostiqués. En effet, il faut attendre l'âge de 5 ans pour différencier un trouble expressif transitoire d'un trouble persistant du langage. Même en dehors de toute prise en charge, environ 50% des enfants atteints de troubles du langage n'en présenteront plus à l'âge de 5 ans. Si le trouble persiste, il est grand pourvoyeur de trouble du langage écrit secondairement. [4], [21] Pour que ces enfants voient augmenter leurs chances de présenter un trouble transitoire plutôt que persistant, les professionnels de santé doivent pouvoir mettre en œuvre un programme de repérage, de dépistage et d'accompagnement dans la prise en charge. [15]

Il est recommandé d'orienter l'enfant s'il y a persistance des difficultés après 3 à 6 mois de stimulation individuelle et intensive. [21]

Le médecin généraliste, d'après les recommandations actuelles est en mesure de « connaître, accompagner, repérer, dépister et orienter » les troubles du langage chez l'enfant au cours de son développement psychomoteur. [15], [16]

- « Repérer » les troubles du langage est du ressort du médecin généraliste (acteur de niveau 1), mais également des enseignants et des parents, qui sont l'entourage proche de l'enfant.

Les parents vont avoir tendance à la comparaison avec d'autres enfants du même âge ou leurs aînés. Pour la majorité des médecins, la demande émane le plus souvent de l'inquiétude parentale. En l'absence de plainte de la part des parents, un repérage systématique doit être mis en place entre 3 et 6 ans. [15], [22], [23] Avant 1 an, le niveau de développement du langage s'évalue par l'acquisition des items inscrits sur le carnet de santé. A cet âge, l'absence de babillage et/ou de bisyllabisme s'inscrit dans le cadre d'un retard du neuro-développement. A 18 mois sont observés les signes d'appels pour les diagnostics différentiels de « retard simple de langage », à savoir : la régression langagière, un trouble du spectre autistique ou un autre trouble de la communication. [12], [23]

Le repérage par les médecins généralistes se met généralement en place à partir de 2 ans. Certains attendent 3 ans, mais disent rester attentifs à l'évolution du langage avant la production des premiers mots. A 2 ans, ils cherchent à savoir si les enfants associent les mots et certains recherchent un niveau de compréhension satisfaisant. A 3 ans, ils cherchent une franche production verbale, et à 4 ans, des troubles de la prononciation. [15] C'est pourquoi certains médecins vont orienter les enfants vers un spécialiste (ORL, orthophoniste) soit vers l'âge de 2 ans, soit vers l'âge de 3 ans, après l'entrée à l'école. Néanmoins tous voient l'intérêt de réévaluer l'enfant quelques mois après un repérage de retard de langage. Il existe également plusieurs manières d'aborder le repérage des troubles du langage chez l'enfant. Certains

médecins se soucient d'entendre l'enfant s'exprimer et peuvent s'aider de jouets et/ou d'imagiers, d'autres interrogent plutôt le parent qui accompagne l'enfant et réalisent avec lui le bilan de santé. [15]

- « Dépister » est du ressort du médecin généraliste à travers la passation de tests dédiés au dépistage et validés par les institutions. [13], [23], [24]

De 1 à 2 ans révolu, le dépistage des troubles du langage peut se réaliser à partir des items des IFDC (Inventaire Français du Développement Communicatif). Cet outil est indirect car il est rempli par les parents, néanmoins validé et recommandé pour le dépistage précoce des troubles du langage chez le nourrisson. [10], [25] A 3 ans, la Société Française de Pédiatrie préconise la passation du DPL3 pour dépister les enfants en difficulté. Le DPL3 est un test avec une forte spécificité (92 à 94%). [26], [10], [24].

A 4 ans est recommandée la passation du test ERTL 4. L'étude prospective de C. Loos-Ayav *et al.* a permis de montrer que le recours à l'orthophoniste avait doublé grâce à la passation d'un ERTL4 par la médecine scolaire et que 1/5 des enfants suivis pour des troubles du langage le devaient à la réalisation de ce test. [27] Le PER 2000 (protocole d'évaluation rapide) est un test de dépistage pour les enfants de 3 ans et demi à 5 ans. Il est peu utilisé par rapport au ERTL4, a une faible VPP et nécessite du temps. [10], [21]

Puis à 6 ans la passation du ERTL6 est préconisée (sensibilité 79% et spécificité 89%). Il a été prouvé que l'ERTL6 est un test prédictif du trouble des apprentissages scolaires et donc de la performance scolaire. [27] Il est important de noter que ces tests sont des tests de dépistage et non pas à visée diagnostique, les enfants étant en « échec » lors des résultats des tests devront alors être stimulés, surveillés et/ou réorientés directement le cas échéant.

Enfin la BREV (Batterie Rapide d'Évaluation des fonctions cognitives) est un test à mi-chemin entre le dépistage et le diagnostic, réalisé par des médecins de niveau 2 ou 3, et concerne peu les médecins généralistes. [21]

- « Orienter » à travers la prescription d'examen complémentaires adaptés aux troubles, ou vers les spécialistes : orthophoniste, neuropédiatre, pédopsychiatre.

L'HAS insiste sur la prise en charge en réseau : médecin référent, médecin scolaire, protection maternelle et infantile (PMI), rééducateurs (orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute). [13], [15], [28]

Les indications à un bilan orthophoniste sont l'absence de langage intelligible, un défaut de morphosyntaxe ou des troubles de la compréhension entre 3 et 4 ans. Relève également d'un bilan orthophoniste un défaut d'expression et/ou de compréhension, même mineur, entre 4 et 5 ans. A partir de 5 ans, les troubles ayant plus de risques de devenir persistants, le recours à l'orthophoniste au moindre doute est impératif. La loi de 2002 incombe aux orthophonistes d'être pleinement responsables des diagnostics, des thérapeutiques, de l'accompagnement parental et du suivi qu'elle impose. [13], [21], [29]

Si les troubles sont sévères et/ou associés à des difficultés d'adaptation dans la vie scolaire ou quotidienne, alors l'orientation vers des médecins de niveau 2 voire de niveau 3 permet d'établir un diagnostic. [8], [30] Avant 2 ans, il est difficile de poser un quelconque diagnostic, cependant le repérage et le dépistage par des échelles/grilles/tests adaptés peuvent déjà orienter la prise en charge. Attention tout de même, car diagnostiquer des troubles du langage avant 2 ans est difficile et peut conduire à un sentiment d'alarme infondé pour les parents. [25]

- « Traiter ou prendre en charge : de manière préventive ou curative ? »

De manière curative, ce sont les professionnels de niveau 3 qui sont à même de pouvoir prendre en charge ces enfants pour lesquels un test de dépistage est pathologique. [8]

Pour les enfants repérés ayant un « retard simple de langage » ou étant « locuteurs tardifs », la prise en charge des troubles du langage se fait de manière préventive, grâce aux acteurs de niveau 1 dont le médecin généraliste, les enseignants et les orthophonistes font partis. [23], [30]. La prévention peut être primaire, secondaire ou tertiaire. [12]

Les exercices de rééducation par l'orthophoniste pour les enfants de 0 à 6 ans passent par la stimulation verbale à partir de bruits, d'onomatopées, de jeux de bouche, de lallation, d'intonation, mais aussi à travers la mélodie, la musique, le rythme et les comptines. La stimulation non verbale développe la gestuelle. Une répétition des exercices et des séances pourra inscrire l'enfant dans un continuum de prise en charge, lui permettant d'améliorer ses compétences. L'accompagnement parental par l'orthophoniste est indispensable et consiste à informer sur la physiopathologie du langage, l'existence d'un handicap éventuel, mais également à former les parents à l'observation de leur enfant et leur donner un rôle de stimulateur sensoriel et communicatif. [19], [31], [32]

- **Qu'est-ce que la guidance parentale ?**

La guidance parentale est une thérapie indirecte, elle se définit comme un « accompagnement et soutien au développement des compétences de régulation émotionnelle dans le cadre familial ». [12], [33] La guidance parentale est née aux Etats-Unis et a d'abord été utilisée dans le cadre de troubles fonctionnels (sommeil, alimentation, etc.), comportementaux et troubles de l'attachement. Elle n'est pas spécifique des troubles du langage mais peut être utilisée dans ce cadre. Par ailleurs, la guidance parentale ne doit pas être perçue comme une « mallette d'outils » mise à disposition des parents dans le but qu'ils acquièrent des compétences, ce qui serait anxiogène et pourrait désarçonner certains parents. Il y a autant de façon d'être parent et d'éducation qu'il y a de parents et d'enfants. La guidance parentale doit s'adapter aux difficultés rencontrées et non pas être imposée comme une « recette miracle ». Plusieurs séances et un suivi régulier sont nécessaires, dans l'optique de « garder du lien » et suivre l'évolution du langage de l'enfant. [34], [35]

Le travail de guidance parentale va cibler et promouvoir les attitudes qui favorisent la communication, faire participer l'enfant à des activités cognitives de type langagier et adopter des stratégies qui stimulent et

soutiennent le langage. Dans le travail d'étayage, quelles que soient les carences du langage et les maladresses de la communication, le thérapeute doit accepter d'attendre les productions de l'enfant, pour lui permettre de renforcer à ses yeux son image de sujet signifiant. [14], [36]

La guidance parentale est un sujet étudié en logopédie. Elle a fait l'objet de méta-analyses concernant son efficacité. [6], [17], [20] Lorsqu'elle est mise en place avant l'âge de 3 ans, sur une durée de plusieurs semaines à plusieurs mois, elle a des résultats qui se sont révélés au moins aussi efficace qu'une prise en charge orthophoniste « classique ». Avant l'âge de 5 ans, la guidance parentale peut être réalisée seule ou associée à une prise en charge orthophonique « classique », alors qu'après 5 ans une prise en charge orthophonique est toujours nécessaire, car le risque de permanence du trouble est significativement plus élevé en l'absence de prise en charge. [15], [33] Un des objectifs de la mise en place précoce de ce type d'intervention est d'enrayer la spirale négative du langage dans certaines familles et réduire le risque de développer un trouble du langage. [18], [20]

Dans un premier temps, une relation de confiance entre le thérapeute et le parent doit se mettre en place. [7], [37] Le médecin doit avoir confiance en ses capacités pour guider les entretiens et le parent doit avoir suffisamment confiance en son médecin pour écouter et appliquer les conseils promulgués. Former les parents à la physiologie du neurodéveloppement, leur expliquer les enjeux du repérage et l'évolution du langage peut générer des questionnements et des demandes autour de leur enfant. Cela peut augmenter leur adhésion à la prise en charge. En revanche, il est nécessaire de bien doser la quantité d'informations, car trop de conseils ou de recommandations peut aboutir à une attitude de retrait ou un refus de communiquer. [15], [38]

Il convient également d'étudier la réactivité parentale, c'est à dire étudier le degré d'interaction entre le parent et son enfant. [39] Une grille de réactivité verbale (*Annexe 2*) peut être un repère pour démarrer. La réactivité et l'engagement parental vis-à-vis du programme de guidance parentale peuvent entraver la prise en charge, ceux-ci doivent être identifiés et mentionnés dès le début pour éviter l'écueil. [39]

Pour ne pas avoir le sentiment d'imposer les choses et adapter la guidance parentale de manière plus personnalisée, il est nécessaire de laisser la place au questionnement du parent par l'ouverture au dialogue si la prise en charge est individuelle ou à travers des outils adaptés si la prise en charge est collective (boîte à question ou à mots, temps d'expression). [7], [32]

La guidance peut s'aider de supports adaptés au langage comme les livres. L'objectif va être d'ajuster le LAE du parent pour améliorer les compétences langagières de l'enfant. [7], [14], [20] Il a été décrit que le LAE paternel était en moyenne moins productif, impliquait des notions plus complexes et plus abstraites et était moins gratifiant pour l'enfant que le LAE maternel. Néanmoins, la combinaison des deux types d'expression favoriserait l'amélioration des compétences de l'enfant. [7] La guidance doit s'adapter au type de parent. L. Jourdain et C. Maillard ont mis en exergue que les enfants dont les mères présentent un niveau d'étude et un SES plus élevés bénéficieront davantage d'un programme qui vise à respecter les intentions communicationnelles présumées de l'enfant et suivre ses initiatives dans le jeu ou l'imitation. A l'inverse, les mères d'un plus faible niveau d'étude et SES seront sensiblement plus dirigistes dans leurs attitudes, et

bénéficieront davantage d'un programme dont l'approche n'est pas d'imiter le comportement pré-langagier ou langagier de l'enfant. [6], [7], [20]

Une étude randomisée réalisée en 2012 a prouvé l'efficacité à court terme de l'amélioration de l'imput langagier d'enfants grâce à une guidance parentale spécifiquement orientée dans la réalisation de techniques langagières explicites telles que l'auto-verbalisation, la verbalisation parallèle, la reformulation, l'allongement des phrases et les incitations verbales. [7], [18]

Certains modèles ont été décrits, constituant une trame d'orientation intéressante afin de guider le thérapeute dans sa prise en charge.

#### Exemple du programme de Hanen [7], [40]

Le programme de Hanen, un type de guidance parentale, contrairement à une rééducation de logopédie « classique » a pu démontrer une amélioration significative du langage réceptif et expressif. Il se décompose en 4 sous-programmes dont 2 sont adaptés à l'enfant en âge pré-scolaire.

Le premier s'intitule « Target word program », et est destiné aux parents d'enfants « locuteurs tardifs » âgés de moins de 30 mois dont l'objectif principal est de stimuler la production langagière et d'encourager l'accroissement du stock lexical. L'autre sous-programme de Hanen « It takes two to talk » est sensiblement basé sur les mêmes principes et techniques mais est plus adapté à des enfants diagnostiqués ayant des troubles importants ; plus de séances sont nécessaires, avec un encadrement plus strict.

Le programme de Hanen a fait l'objet d'études mettant en perspective une efficacité significative auprès d'enfants issus de haut SES et d'enfants présentant des troubles du langage sévères et/ou secondaires à d'autres pathologies. Une seule étude met en évidence une efficacité significative auprès d'enfants issus de faible SES. [7]

- **Au total pourquoi s'intéresser à la guidance parentale, aux représentations et attentes des parents concernant ce type de prise en charge ?**

Les retards simples de langage de l'enfant peuvent-être aggravés par un manque de stimulation ou une rééducation tardive. Il est essentiel de les repérer d'une part puis de les dépister par les professionnels de santé afin d'entamer une rééducation précoce.

Par ailleurs, l'accès aux orthophonistes étant parfois difficile, la demande croissante de bilans peut scléroser certaines prises en charge. [41]

A la PMI, les troubles du langage sont au cœur de la pratique et certaines structures proposent des guidances parentales épaulées par des orthophonistes. [34] Elles ont vocation à soutenir les parents qui deviennent alors les rééducateurs privilégiés de leur enfant. Ce soutien à la parentalité se traduit par la

transmission de conseils et l'adaptation du langage adressé à l'enfant, ce qui va d'une part favoriser l'interaction parent-enfant et stimuler positivement son langage. [6]

Les études de logopédie ont montré un bénéfice significatif par rapport à une « rééducation classique » lorsque la guidance parentale est effectuée régulièrement, à travers des séances spécifiques et avant l'âge de 5 ans. [3], [7]

### **Objectif de l'étude**

Dans cette étude, nous nous sommes demandé si l'application de la guidance parentale dans le cadre de troubles du langage chez l'enfant par le médecin généraliste était envisageable. En effet, le médecin traitant reçoit environ 80% des enfants, comparativement aux structures de PMI qui ne couvrent que 10% des enfants de 0 à 6 ans. [2]

Il nous a également semblé que l'implication parentale était le principal facteur de réussite de la prise en charge. C'est pourquoi, nous avons décidé d'évaluer la pertinence de la mise en place d'une guidance parentale en médecine générale.

L'objectif principal de cette étude était de définir les représentations et les attentes des parents d'enfants âgés de moins de 4 ans sur la prise en charge des troubles du langage par le médecin généraliste.

L'objectif secondaire était de comparer ces résultats aux principes de la guidance parentale.

# MATERIEL ET METHODE

Une étude qualitative descriptive a été menée auprès de parents d'enfants de 4 ans présentant des troubles du langage.

## Population

Ont été inclus dans l'étude des parents :

- Dont les enfants ont présenté un « retard simple » de langage repéré ou dépisté par le médecin généraliste, l'orthophoniste ou un spécialiste avant l'âge de 4 ans, ayant ou non un suivi en rééducation pour leur retard de langage
- Acceptant de faire partie de l'étude

Les critères d'exclusion de l'étude étaient :

- Les parents dont l'enfant présentant des troubles du langage :
  - Était prématuré < 34 SA
  - Avait eu des complications à la naissance ayant nécessité une hospitalisation en réanimation néonatale
  - Avait des co-morbidités pouvant impacter le développement du langage
  - Avait une surdité partielle ou totale
- Les parents refusant de faire partie de l'étude

L'échantillon a été constitué en variation maximale afin d'avoir le plus de représentations possibles.

Les critères de variation de l'échantillon choisis étaient :

- l'âge actuel de l'enfant,
- l'âge de l'enfant à la découverte du retard de langage,
- la composition du foyer,
- sa place dans la fratrie,
- la profession des parents,
- la présence d'un bilinguisme au sein du foyer,
- les co-morbidités éventuelles de l'enfant,
- le professionnel qui assure le suivi habituel de l'enfant,
- le sexe du médecin généraliste,
- le parent qui accompagne l'enfant chez le médecin généraliste habituellement.

## **Recrutement**

Le recrutement des patients a été effectué de manière indirecte à l'aide de différents professionnels impliqués dans la petite enfance et le développement psychomoteur de l'enfant.

Des médecins généralistes, pédiatres et orthophonistes des départements d'Indre et Loire, d'Eure et Loir et Loir et Cher, ainsi que des centres de protection maternelle infantile (PMI) de Tours et de Montargis ont été sollicités. Des directeurs d'écoles, ainsi que des professeurs de maternelle de Tours et ses environs ont également été sollicités. Ces professionnels étaient susceptibles de recevoir du public concerné par la problématique, à savoir des parents d'enfants âgés de moins de 4 ans ayant un retard de langage simple. Leur implication consistait à sélectionner les parents cibles, à distribuer une lettre de présentation du projet de thèse (*Annexe 4*), recueillir et transmettre à l'investigateur les coordonnées des parents intéressés, afin de pouvoir les contacter ultérieurement.

Les parents volontaires étaient ensuite contactés par téléphone ou par mail afin de définir les modalités d'un entretien par visioconférence. La pandémie de COVID-19 limitait les autres modes d'entretien. A cette occasion, les règles déontologiques relatives aux entretiens ont été rappelées : l'anonymisation des données et le secret professionnel. Aussi, leur consentement oral devait être obtenu avant le passage à l'étape suivante.

## **Recueil de données**

Le logiciel Zoom<sup>®</sup> a été utilisé pour réaliser les entretiens. Un lien pour accéder à la plateforme était envoyé par mail aux parents quelques minutes avant l'entretien.

Un guide d'entretien semi-dirigé a été rédigé comprenant 6 questions initialement (*Annexe 1*). Une question supplémentaire a été ajoutée au cours des entretiens, permettant de faire évoluer le guide initial.

Les questions étaient ouvertes, laissant la liberté aux parents de s'exprimer, sans orienter les réponses. Il existait pour chacune des questions des sous-questions fermées, qui ont pu être posées afin de faire préciser aux parents quelques éléments de réponse. La pertinence d'utiliser ou non ces sous-questions dépendait de la dynamique des entretiens.

Les 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> questions permettaient aux parents de développer le contexte dans lequel le retard de langage avait été repéré ou dépisté, de détailler la prise en charge du langage par le professionnel de santé et de décrire l'évolution du langage de l'enfant.

La 3<sup>ème</sup> question abordait ce que les parents ou l'entourage avaient mis en place spontanément ou sur conseil pour améliorer le langage de leur enfant.

Les 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> questions impliquaient le médecin généraliste dans la prise en charge des troubles du langage (évoquant diagnostique, conseils pratiques, prescription, orientation, etc.), ainsi que les

représentations et les attentes des parents envers leur médecin généraliste dans la prise en charge du langage de leur enfant.

La 6ème question était une question très ouverte, laissant aux parents une libre expression sur le sujet pour compléter une partie de leur réponse ou rajouter des éléments non abordés.

Afin de pouvoir interpréter les données, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Ils ont ensuite été retranscrits puis anonymisés. Enfin, les enregistrements ont été effacés.

### **Analyse des données**

L'analyse des données s'est déroulée par codage axial inductif. Les retranscriptions ont été analysées par un chercheur. Les notions exprimées par les participants constituaient des étiquettes extraites des verbatim. Celles-ci ont ainsi pu être regroupées en concepts. Ces derniers ont été comparés aux données de la littérature.

### **Autorisation**

Avant de lancer les entretiens, l'autorisation de la CNIL (Commission Nationale Informatique et des Libertés) a été accordée le 03/01/2022 pour permettre de débiter l'étude.

# RESULTATS

## Participation

Neuf entretiens ont été menés entre avril et juillet 2022.

Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le tableau 1.

La durée des entretiens était en moyenne de 29,5 min (entre 17,40 minutes et 45,11 minutes).

Tableau 1 : Description des participants en fonction des critères de variation

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Âge actuel (année)	4,5	4,5	3,5	2	10	2,25	2,25	4	3
Âge au diagnostic / repérage (mois)	24	15	24	24	Entre 30 et 36	18	24	24	24
Sexe de l'enfant	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin
Evocation diagnostic occasion	Visite systématique CAMPS	Entrée à l'école	Inquiétude parentale	Inquiétude parentale	Inquiétude ASMAT	Inquiétude parentale	Inquiétude crèche	Visite 2 ans MT	Inquiétude parentale
Composition du foyer	Biparentale	Monoparentale	Monoparentale	Biparentale	Monoparentale	Biparentale	Biparentale	Biparentale	Biparentale
Place dans la fratrie	2ème / 2 enfants	1er / 3 enfants	4ème / 4 enfants	4ème / 4 enfant	2ème / 3 enfants	3ème / 3 enfants	2ème / 2 enfants	2ème / 2 enfants	2ème / 4 enfants
CSP des parents	34 et 42	52 et 64	52 et 52	1 et 2	52 et 63	52 et 64	52 et 63	52 et 62	2 et 64
Bilinguisme	non	non	Français et Shimaore	non	Français et Espagnol	non	Français et Portuguais	non	non
Co-morbidités	RCIU, retard de croissance staturo-pondéral	non	non	otites à répétition	otites à répétition et IMF	otites séreuses	non	non	non
Professionnel assurant suivi	CAMPS et MT	MT	MT	MT	MT et pédiatre	MT	PMI	Pédopsychiatre et CAMPS	Pédiatre et MT
Sexe du médecin traitant	Femme	Homme	Homme	Homme	Femme	Femme	Homme	Homme	Homme
Médecin ayant des enfants ?	Ne sait pas	oui	Ne sait pas	oui	oui	oui	Ne sait pas	non	Ne sait pas
Parent accompagnant l'enfant en consultation	les 2 parents	la maman	la maman	la maman	la maman	la maman	la maman	la maman	la maman

## L'acceptabilité du diagnostic et du traitement

Les parents exprimaient des difficultés à repérer les soucis de langage de leur enfant. E4 : « *Il y a des parents qui ne savent pas en fait, qui sont complètement perdus et qui se disent « mais pourquoi il faut lui parler ça sert à rien »* » E5 : « *Pour nous, ce n'était pas choquant qu'à 2 ans - 2 ans et demi il ne dise que "papa/ maman" et surtout, il arrivait à se faire comprendre autrement. Puis son grand frère, comme tout s'était débloquent vers 3-4 ans en allant chez l'orthophoniste, on ne s'est pas spécialement alerté.* »

L'annonce restait nécessaire pour que le parent se rende compte des difficultés. E4 : « *Quand il (le médecin généraliste) m'a prononcé « retard de langage », je me suis dit « ah, oui, c'est vrai » (...) C'est le fait que ça sorte de la bouche du médecin qui m'a fait dire : ah oui, ok.* »

Les parents repéraient des difficultés et s'orientaient vers les professionnels pour les aider. E6 : « *J'ai commencé à alerter le médecin. (...) On interprète les choses, comme c'est pas clair et pour nous parents, c'est compliqué, on est démunis, on n'arrive même plus à comprendre ce que notre enfant essaie de nous dire...* » E2 : « *En m'apercevant qu'il y avait un soucis à la maison et qu'il y en avait besoin (de l'orthophoniste). Parce que moi, je n'arrivais pas à l'aider à évoluer à ce niveau là, donc je me*

*suis tournée vers quelqu'un de professionnel pour ça. » E7 : « Je veux savoir comment on peut l'aider, je veux savoir, comme on parle deux langues si c'est à cause de ça ? Et pourquoi il fait pas de phrases, pourquoi il est un peu en retard ? »*

**Les difficultés d'accès aux orthophonistes compliquaient la prise en charge rééducative.** E9 : « Non, on en a appelé une quarantaine (d'orthophoniste), mais bon, il n'y a rien. Donc là c'est compliqué. Zéro de disponible quoi ... C'est un peu la misère, mais on cherche. » E4 : « Parce qu'on (les orthophonistes) a de tels délais d'attente ... » E8 : « Alors que s'il avait été pris en charge plus tôt et que le langage s'était débloqué avant son entrée à l'école, il aurait pu s'intégrer tout de suite au reste de la classe et ça aurait été plus facile. »

## **L'attitude du professionnel de santé**

**L'attitude rassurante du médecin apaisait les parents.** E8 : « Elle (la pédiatre) était super rassurante, elle nous parlait, elle nous conseillait, on a eu vraiment de bons conseils et une écoute. »

**Le discours de certains professionnels de santé stigmatisait les parents qui se sentaient responsables des difficultés de langage de leur enfant.** E5 : « Ce qui est compliqué des fois, c'est qu'après on vient dire que c'est de notre faute : « on ne lui parle pas assez », mais non. On joue avec lui... » E9 : « Il n'y a rien à faire, vous vous mettez trop la pression quoi entre guillemets, laissez faire et vous verrez que ça va venir tout seul. »

## **Lien avec le médecin généraliste**

**Le généraliste était vu comme débordé et incapable de fournir l'écoute nécessaire.** E8 : « une écoute que l'on n'avait pas par rapport au médecin généraliste du coup. (...) » E5 : « Puis en même temps, quand elle le voyait en rendez-vous, elle ne le voyait pas beaucoup. (...) Parce que c'est court un rendez-vous de médecin généraliste. » E7 : « A mon opinion, il ne peut pas, ce n'est pas que je ne veux pas, s'il veut bien l'accompagner, mais vu le temps qu'il a ... je ne sais pas s'il va prendre le temps pour l'aider. »

**Les parents citaient des outils du généraliste pour tester le langage.** E2 : « Il lui a fait faire un test de compréhension de mémoire, ça date du coup. C'était un jeu où il y avait des couleurs et des formes et il lui demandait où était l'étoile ou la couleur verte par exemple et mon fils devait montrer les choses. » E6 : « Elle a fait les petits tests qui doivent être faits à la visite des 2 ans. (...) Alors un imagier, il y avait des images et elle a essayé de lui faire répéter les mots. Elle lui a demandé de montrer aussi les mots. » E6 : « Elle (la médecin généraliste) a essayé de le faire parler. (...) Elle a bien vu, qu'il n'y avait pas énormément de mots dans son vocabulaire. »

**Ces outils n'étaient pas utilisés par tous les médecins** E9 : « Lors du rendez-vous, quand je lui en ai parlé, il m'a juste dit « oui, il dit maman, il dit papa ? » J'ai dit « oui, oui, ça oui » (...) enfin rien quoi ... (...) Mais il n'a pas cherché à analyser ou autre quoi. » E5 : « Elle (la médecin généraliste) ne le faisait pas trop parler, de toute façon il ne voulait pas, donc elle n'insistait pas plus. »

**Les parents attendaient du généraliste une orientation vers d'autres acteurs plus que des soins directs.** E1 : « On attendait une orientation, plus qu'une prise en charge de sa part en fait. » E3 : « Je pense que le fait qu'il nous a adressé à des spécialistes, pour moi c'est ça qui a été le plus satisfaisant. » E4 : « Après la seule chose que je regrette (...), c'est qu'il ne m'ait pas

*envoyé vérifier l'ORL typiquement. » E9 : « Je pense qu'au début pour nous aiguiller, le médecin généraliste oui, mais qu'après il nous dévie vers la spécialité qu'il faudrait quoi. »*

**Des parents évoquaient un manque de confiance dans la prise en charge générale de leur médecin pour appliquer les recommandations sur le langage, et justifiaient d'avoir pris un autre avis.** E4 : *« Je suis allée voir un autre médecin parce que le mien était malade, (...). Et là lui tout de suite m'a dit d'aller voir un ORL. »* E5 : *« Je n'étais pas forcément d'accord, parce qu'à ce moment-là, mon fils comprenait tout. Pour moi, il n'y avait pas de soucis de compréhension, il n'y avait pas de souci intellectuel. J'ai eu l'avis d'un médecin spécialiste, qui m'avait dit que le test psychométrique qu'il avait utilisé (...) il avait pris un niveau un peu au-dessus et c'est pour ça que ça expliquait la marge. »* E9 : *« Donc on s'est décidé à aller voir un pédiatre, parce qu'on s'est dit qu'on allait voir quelqu'un d'autre, parce qu'au final c'est tout le temps jamais grave avec lui et voilà. (...) on s'est dit bon il y a peut-être un problème et on va changer de médecin quoi. »*

**Pour les parents, le médecin avait un rôle de premier recours mais ne semblait pas avoir sa place dans la rééducation du langage du fait d'un manque de formation à ces problématiques.** E2 : *« Non, non, il a fait ce qu'il fallait, en fait. Je ne vois pas ce qu'on aurait pu faire de plus. »* E5 : *« Le médecin généraliste, je pense que lui-même n'est pas informé de ce qu'il faut faire, de la démarche, de la procédure. »* E8 : *« Je pense que les généralistes ne peuvent pas tout connaître et ne peuvent pas être spécialisés dans tout. »*

**Les parents attendaient des conseils du médecin généraliste s'ils pouvaient éviter le recours à une rééducation.** E4 : *« Donc effectivement, 3 minutes, il n'y a pas besoin d'avoir un grand discours, mais peut être un ou 2 conseils à chaque fois qu'ils y vont » (...) « Vous êtes aussi débordés, mais ça permettrait effectivement de désengorger les cabinets d'ortho ou en tout cas d'avoir moins d'appels pour des tout petits. »* E4 : *« Et je pense que c'est le rôle du médecin, parce que les gens vont facilement chez le médecin. »*

**Le médecin généraliste ne donnait pas ou peu de conseils.** E3 : *« On n'a pas forcément eu des pistes à utiliser, enfin, des recommandations, des choses à utiliser à la maison. »* E8 : *« Non il ne m'a pas donné de conseils sur le langage. »* E6 : *« Le médecin m'a conseillé, elle m'a dit « il faut lui montrer les images, lui faire répéter les mots » (...) elle m'a donné que ça comme conseil. »*

**Lorsqu'une prise en charge était débutée, le médecin généraliste n'évaluait plus le langage de l'enfant.** E1 : *« A 4 ans, je crois qu'elle lui avait demandé les couleurs ou quelque chose comme ça, mais elle ne s'était pas attardée dessus en sachant qu'il était pris en charge. »* E5 : *« Elle a fait confiance aux spécialistes, elle n'a rien sorti pour évaluer le langage, pas d'échelle, pas de test. »*

**Concernant le suivi des troubles, l'attitude des généralistes était très diverse. Certains s'impliquaient** E1 : *« Elle (la médecin généraliste) m'a juste dit, parce qu'il a eu son bilan des 1 an d'orthophonie, qu'elle était intéressée pour avoir une copie du compte rendu. »* E8 : *« Pour lui c'était un retard mais il fallait reconstruire 6 mois plus tard pour voir si le langage se débloquent. »* E8 : *« Après mon fils est un enfant qui est très souvent malade, il voit le médecin traitant une fois tous les mois ou mois et demi. Il me demande lorsque je le revois s'il y a une amélioration du langage et il le voit quand il lui parle. »*

**D'autres ne s'en préoccupaient pas, voir constituaient un frein à la prise en charge.** E4 : *« Mais ni l'un, ni l'autre (les médecins généralistes) ne m'ont proposé de me revoir dans 2-3 mois, 6 mois, 1 an... »* E5 : *« Quand je suis allée la voir pour constituer mon dossier MDPH, pour elle, ça n'aboutirait pas. Pour elle, à ce moment-là, elle n'avait pas pris conscience du souci. »*

## **Attente des parents dans l'accompagnement du langage**

Les parents souhaitaient être formés, avoir des conseils concrets à appliquer avec leur enfant. E3 : « Je pense qu'avoir des conseils c'est toujours mieux » E4 : « Mais, peut être juste lister deux conseils, on donne l'idée de se mettre à sa hauteur et que tout est langage ou lire une histoire chaque jour. Déjà, rien que ça, ça serait bien » (...) « Montrer au parent que tout est langage, on peut mettre du langage sur tout et ça je pense que les parents ils n'ont pas l'habitude. » E5 : « J'avais commencé mais sans formation, en travaillant, en ayant peu de temps en fait. J'ai pas réussi à mémoriser les gestes, enfin c'est compliqué. Parce que nous à titre personnel, ça serait bien des formations. » (...) « J'ai cherché sur internet, des aides à gauche, à droite. C'est vrai qu'avec internet, on arrive à trouver des choses... » E9 : « Il y a une orthophoniste, elle nous avait envoyé des fiches avec des espèces d'exercices à faire à la maison avec votre enfant etc. Ça aurait été pas mal de la part du généraliste de dire : « bon bah écoutez, essayez de faire ça et ça à la maison, prenez des livres sur les couleurs », ou des trucs comme ça pour essayer de le stimuler quoi. »

La mise en valeur de leurs compétences parentales renforçait leur motivation. E1: «Elle nous a dit de continuer à faire ce qu'on faisait. C'est à dire, comme on faisait avec le grand, c'est à dire lire des histoires tous les soirs, même dans la journée, échanger avec lui, mais pas d'exercices particulier si on veut. » E4 : « Je pense qu'il m'a fait confiance »

Certains pensaient que la prise en charge des enfants doit être assurée par le pédiatre ou le service de la PMI plutôt que par le généraliste. E7 : « Parce qu'il (le médecin généraliste) s'occupe des grands, des adolescents tout ça et les petits, je sais que oui, mais quand ils sont petits comme ça normalement c'est la PMI ou un pédiatre. »

Les parents voyaient la place à prendre par le généraliste du fait de sa proximité et sa connaissance globale de la famille. E9 : « En plus souvent ils (les généralistes) connaissent plus les enfants, du fait qu'on va plus souvent chez le généraliste. Donc ça, ça serait déjà plus positif. »

## **L'importance de l'entourage/ des autres intervenants**

L'avis de l'entourage a pu modifier la prise en charge. E4 : Question : « Est ce que vous en avez parlé à quelqu'un d'autre, professionnel ou non de ça ? » Réponse : « A ma collègue, mais c'est pareil, elle le connaît bien et elle n'est pas non plus impartiale. » E9 : « C'est plus la pression de l'entourage qui nous a fait qu'on s'est penché là-dessus au final. »

Internet était vu comme une source de conseils et d'astuces. E8 : « J'ai trouvé ces astuces par moi-même grâce à internet et aussi sur le site « ouvrir la voix » (...) J'ai appris de leurs conseils et de leurs questionnements. »

La présence d'autres enfants permettait de comparer les performances langagières. E1 : « Son grand frère parlait beaucoup, du coup on pensait au début qu'il ne lui laissait pas trop sa place au niveau de la prise de parole » E6 : « Aujourd'hui il est chez une assistante maternelle où il y a 2 petites filles du même âge que lui et qui parlent bien, donc là aussi, il est entouré d'enfants du même âge. » E5 : « Chez la nounou, on voyait bien que mon fils. (...) il n'arrive pas à s'exprimer, c'est pas qui veut pas, c'est qu'il n'y arrive pas. »

Les enseignants étaient d'importants acteurs du repérage des difficultés et de leur prise en charge. E8 : « *Il a changé de maitresse et en trois semaines, il s'est mis à parler. Elle a été formidable avec lui, elle m'a demandé s'il souffrait de mutisme sélectif et a su le prendre en charge. Je pense que son autre maitresse ne connaissait pas la maladie et n'était pas formée à ça. Je ne sais pas comment on forme les enseignants de l'éducation nationale par rapport à ça.* »

### **Comportement du parent pour essayer de compenser ou améliorer le retard de langage, introduit spontanément ou après conseils donnés par un tiers.**

- Les techniques centrées sur l'enfant regroupaient les situations d'attention conjointe avec le parent.

Des parents ont été encouragés à lire des histoires ou utiliser l'imagier. E1 : « *Du coup elle (l'orthophoniste) nous a encouragé à lire des histoires avec lui* » E7 : « *A l'école parfois on lui montre les livres pour voir les animaux (...) Les dames de la crèche, la dernière fois, elles ont montré les images et tout ça, il ne dit pas yaourt, mais avec son doigt il identifie, il montre les images.* » E8 : « *J'ai acheté le jeu des contraires, mon imagier des animaux, les stamp set, baby electro mon imagier, magnéti'book etc.* »

Un parent parlait de rééducation motrice de la mâchoire pour faciliter les sonorités E2 : « *Par exemple, le coup de prendre une paille et souffler dedans pour faire la forme O, pour qu'il a maintienne un peu plus longtemps. Il y avait le fait de le faire souffler tout court pour qu'il se muscle la mâchoire et prenne les bonnes positions.* » (...) *Depuis il y a eu une nette amélioration de son langage.* »

Un parent parlait de favoriser le mimétisme. E2 : « *C'est hyper important que l'enfant voit comment on parle, comment on positionne notre bouche et ça il a été freiné par rapport à ça.* »

Le positionnement des parents avait été modifié vis-à-vis de leur enfant. E4 : « *Il faut déjà se mettre à sa hauteur* »

La quantité d'activités pédagogiques était augmentée pour développer le vocabulaire de l'enfant. E9 : « *On a été faire plus d'activité en dehors de la maison, on a essayé de les emmener au zoo etc. (...) il a appris donc des noms comme éléphant* »

Des parents parlaient de limiter les écrans. E9 : « *Éviter les écrans, elle nous disait que ça c'était pas bon aussi.* »

- Les techniques visant à promouvoir les interactions permettaient d'encourager l'enfant à tenir son rôle de communicant actif et d'établir des tours de parole entre enfant et parent, afin que chacun ait la possibilité d'initier les échanges et de répondre.

Des parents évoquaient le fait que le langage de l'enfant ne doit pas être réfréné par le parent. E1 : « *l'orthophoniste nous avait dit qu'il ne faut pas le freiner dans sa prise de parole, il faut le faire répéter de temps en temps mais pas systématiquement, de peur de le décourager et de le freiner dans son envie de parler.* » E2 : « *Il faut le faire répéter une fois, deux fois, mais s'il n'y arrive pas, on passe à autre chose, parce qu'après il se braque, il se bloque et il ne veut plus.* »

Pour stimuler le langage, certains parents lui parlaient beaucoup et sans utiliser le « langage bébé ». E1 : « *il soit baigné dans le langage et que s'il entendait son frère beaucoup parler, il apprenait comme ça.* ». E3 : « *A part l'idée de toujours lui parler normalement, de ne pas lui parler comme on fait avec un bébé des fois, je n'avais pas mis quelque chose en place en particulier.* »

E9 : « Parce que nous, par exemple, on avait tendance pour dire « une moto », on disait une « vroum, vroum », donc forcément, comme je disais, ça ne va pas l'aider, lui il enregistre ça, après c'est fini. »

**Le langage des signes ou juste des gestes constituaient des alternatives pour communiquer avec leur enfant.**

E2 : « Après on jouait beaucoup au « times up » et il a utilisé ça comme outil pour se faire comprendre. ». E5 : « Par rapport à la méthode Borel, il y avait les signes, j'ai essayé. J'avais imprimé par rapport aux alpha. » (...) « La méthode alpha c'est apprendre avec les doigts en fait. (...) Chaque lettre et chaque son est un signe »

**Des parents ont parlé d'utiliser des supports physiques spécifiques pour favoriser le langage.** E7 : « Ils ont fait un rond rouge avec une croix blanche, ils ont fait un rond vert avec une poignée de doigts fermés, quatre, comme pour dire « oui ». Quand mon fils était à la table, ils ont essayé de montrer les étiquettes. C'était une idée de la crèche et c'est la dame qui passait pour l'aider à s'exprimer. ». E8 : « Ma belle soeur m'a parlé aussi de la méthode PECS utilisée dans l'autisme pour aider à la communication et à l'aide d'un classeur on a pu communiquer à l'aide d'image pour faire des phrases. »

- Les techniques de modelage du langage permettent d'ajuster le langage adressé à l'enfant et permettent de créer du lien entre le contenu, la forme et l'utilisation du langage

**Des parents corrigeaient en faisant répéter leur enfant ou les incitaient à formuler ou reformuler.** E1 : « On essayait de le faire répéter les mots qu'il prononçait mal » (...) « on insiste un peu plus sur les mots qui sont peut-être un peu plus compliqués ou sur les mots qu'il a du mal à prononcer ». E9 : « Elle nous a dit il ne faut pas, faut vraiment qu'il vienne et qu'il nous demande des choses et répéter et l'amener à répéter etc. » E2 : « Même, il y a des moments quand il est en difficulté pour dire quelque chose, il va montrer du doigt et dire « hum, hum ». Donc là je lui dis « ben non, tu prends le temps qu'il faut, tu essaies, si tu n'y arrive pas c'est pas grave, tu vas essayer de dire et moi je vais essayer de comprendre » » E6 : « Quand il veut dire quelque chose et qu'il montre quelque chose du doigt, il faut lui dire « non je n'ai pas compris, tu dois me parler » ».

**Les parents s'appuyaient sur des thématiques du quotidien pour favoriser le langage ou développaient du vocabulaire au travers des centres d'intérêt de l'enfant.** E2 : « C'est des trucs tout bêtes, mais quand je dois par exemple ranger du linge ou ce genre de truc, le jeu c'est de dire « qu'est-ce que c'est ? » et « à qui c'est ? » (...) « Là, son nouveau truc c'est les dinosaures (...) ça lui plaît et il est attiré par ça donc, c'est aborder des notions complexes mais ce n'est pas comme lui demander de dire « xylophone », là il a un intérêt derrière, donc là j'en ai profité pour l'aider avec ça, on fait un cahier des dinosaures ». E4 : « « Bah tient, on va aller chercher ton pantalon, il est où ton pantalon ? Ah tu vas mettre ton pantalon rouge » Et là l'enfant il a déjà entendu déjà 5 fois le mot pantalon en 3 minutes. »

## **Attitudes parentales freinant les possibilités de guidance parentale**

**La gestion des troubles du langage semblait chronophage aux parents.** E5 : « On a essayé, mais il faut avoir du temps. (...) Mais quand on rentre le soir après le travail, on n'a pas toujours le temps de faire celui qui n'a pas compris et pour avoir des colères. Parce que derrière il y a des colères du coup. Donc il faut gérer ça aussi en tant que parent c'est compliqué. » E9 : « On ne le faisait pas avant, parce que sinon c'était une histoire dans chaque chambre et on y passait toute la nuit quoi. »

Les conflits entre les parents pouvaient freiner/compliquer une prise en charge. E2 : « J'avais voulu faire un bilan orthophoniste, mais c'était une période encore conflictuelle avec le papa à cette époque-là, alors ça n'a pas été fait. » E5 : « Son papa ne voulait pas reconnaître qu'il y avait un souci, donc du coup il y avait aussi beaucoup de tensions dans notre couple. »

Les parents cherchaient d'autres causes qui pourraient expliquer les difficultés de langage de leur enfant :

- **une anxiété** E2 : « Mais chez mon fils je pense que c'est un blocage psychique et non pas un problème physique »
- **un déficit d'attention** E7 : « Il (son fils) est trop perturbé, parce quand il va travailler, il se concentre, mais s'il voit quelque chose qui passe, il va le travailler dans la tête.»
- **le port du masque par les professionnels de la petite enfance au cours de la pandémie mondiale de COVID19** E2 : « oui, le COVID ça n'a pas du aider, tout le monde à un masque et pour la prononciation... Je ne pense pas que ce soit la cause, mais ça a été un frein à son développement, ça c'est sur ! »
- **les soucis de malformation buccale** E2 : « C'est qu'il n'a pas la mâchoire assez musclée pour obtenir certains sons. » E3 : « ils avaient des problèmes au niveau de la langue qui était coupée et ils ne parlaient pas et tout ça...»
- **des troubles de l'audition** E9 : « J'ai mon conjoint qui est né sourd d'une oreille, donc elle a dit peut être que ..., on ne sait pas. »
- **le bilinguisme** E7 : « Parce que nous Portugais, vous savez on parle deux langues, on parle portugais à la maison et dehors le français. On a même demandé à Mme B si c'est préférable pour lui, pour l'accompagner, si c'est mieux qu'il ne parle qu'une langue.»
- **l'utilisation des écrans** E9 : « Parce que mon fils, comme il y a le grand frère aussi, il a tendance à aller regarder ce qu'il fait, dans les écrans, les trucs de jeux vidéo. Il a tendance à vouloir aussi. »

# DISCUSSION

L'étude des représentations parentales a permis de se rendre compte que le lien entretenu entre le parent et le professionnel de santé qui prend en charge le langage est primordial, qu'il y ait la mise en place d'une guidance parentale ou non. Cette relation privilégiée permet aux parents d'avoir l'écoute nécessaire mais aussi de mieux accepter le diagnostic de trouble du langage et la rééducation qui en découle. Néanmoins, le médecin généraliste, en ce qui concerne le langage, ne semble pas être l'interlocuteur de choix pour le traitement de ces troubles. Les parents mentionnent plus volontiers une prise en charge spécialisée et semblent être plus en attente d'un dépistage et d'une orientation de la part de leur médecin traitant.

## • Forces et limites / discussion sur la méthode

### - Les difficultés de recrutement

Dans l'étude, neuf entretiens ont pu être réalisés sur une période de 6 mois. La variabilité des critères de l'échantillon aurait pu être maximisée. Malgré de multiples relances auprès des 43 professionnels effectuant le recrutement, nous n'avons pas réussi à recruter plus de participants. La saturation des données n'a pas pu être atteinte.

### - Les biais de sélection

Les troubles du langage de ces enfants ont tous été repérés avant l'âge de 4 ans. Le plus vieux avait 10 ans au moment du recueil, ce qui a pu induire un biais de mémorisation.

Tous les enfants de mon étude étaient des garçons, ce qui a pu induire un biais d'échantillonnage. Néanmoins la majorité des études n'ont pas mis en évidence de différences significatives en faveur d'une prédominance masculine des troubles du langage. [9], [42], [43], [44], [45], [46]

Dans la littérature, on retrouve la notion de trouble du langage corrélée au niveau socio-économique au travers les travaux de Hoff. Il est mis en corrélation qu'un faible niveau socio-économique, ainsi qu'un faible niveau socio-éducatif seraient des facteurs de risque de retard de langage. [6], [7], [15], [18], [20], [21], [27], [33], [44]. Il aurait été intéressant dans notre étude de recueillir les données d'une "personne sans activité professionnelle de moins de 60 ans", correspondant au numéro 85000 des professions et catégories socio-professionnelles de l'INSEE. [47]

Lors d'un entretien, c'est le père qui a répondu, alors que c'est la mère qui amène habituellement l'enfant en consultation chez le médecin traitant. Certaines de ses données peuvent donc s'inscrire dans un biais d'information. Néanmoins, cela a permis de recueillir aussi les attentes des autres parents, et donc d'augmenter la variation de l'échantillon.

- Les biais de classement et de confusion

Les entretiens ont été réalisés par un investigateur novice. Néanmoins, sa formation de médecine générale l'a entraîné à l'utilisation de questions ouvertes et aux relances, permettant de libérer et d'accompagner le discours des participants.

Les verbatims n'ont été analysés que par l'investigateur principal, donc sans triangulation des données.

- Les forces de l'étude

La place dans la fratrie peut avoir une incidence sur le développement du langage et sa potentielle survenue de trouble. Or, dans l'étude, co-existaient des aînés et des puînés concernés par le retard de langage. D'après les résultats des études de Chevrié-Muller & Narbona (2007) [45], et d'Annie Simard et Nathalie Poirier (2014) [48], les aînés français auraient significativement moins de trouble du langage que les puînés. Les résultats de Hoff sur le LAE confirmeraient cette observation, en ajustant le propos, à savoir que le vocabulaire serait davantage étoffé chez les aînés par rapport aux puînés. Néanmoins, les résultats de l'étude pilote du mémoire sur « l'évaluation du développement de la compréhension orale chez les enfants français de 15 à 24 mois » ne concordent pas avec les résultats des précédentes études. [44] Dans le cas particulier des enfants dont les parents sont issus de l'immigration, on retrouve une plus grande proportion de trouble du langage chez l'aîné de la fratrie. [43]

Les parents de l'étude avaient comme premier recours pour leur enfant la PMI, le pédiatre et le médecin généraliste. Dans la population générale, selon les chiffres de l'assurance maladie, 83% des parents consultent le médecin généraliste pour leurs enfants à l'âge de 3 ans et 79% pour leurs enfants âgés de 0 à 16 ans, 16% consultent le pédiatre en plus du médecin traitant et 5% le pédiatre uniquement. [49] 13% des parents consultent la PMI selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). [50]

Les médecins traitants de l'étude étaient des hommes, des femmes, certains avaient des enfants, d'autres non. Certains enfants de mon étude étaient suivis par l'orthophoniste en rééducation, d'autres étaient en attente d'une prise en charge. La variabilité sur ces critères était maximale.

- **Les facteurs pouvant compliquer la rééducation des troubles du langage avec un professionnel de santé.**

Monfort et Juarez Sanchez (2000) ont parlé des difficultés que certains parents pouvaient ressentir lorsqu'un enfant a un retard d'acquisition du langage. Les parents peuvent ressentir parfois de la déception, de l'inquiétude voire de la colère. Dans ce cas, le langage adressé à l'enfant peut être inadapté. [6] Les difficultés inhérentes du quotidien font parties des facteurs à évaluer en tant que thérapeute pour évaluer l'engagement parental à la guidance parentale. Bien évaluer les freins permet de s'adapter aux contraintes parentales pour favoriser la compliance. [21], [37], [39] Il existe autant de freins possibles que de parents car ils s'intègrent dans un contexte socio-culturel spécifique à chacun. Par exemple, en fonction du groupe culturel, les interactions mère-enfant vont influencer sur le développement des troubles du langage. A savoir, les mères japonaises communiquent plus par l'interaction affective, utilisent plus d'onomatopées et l'attention conjointe que les mères américaines qui utilisent plus de questions et ont un langage adressé à l'enfant plus informatif. De plus, il est suggéré une diminution de la qualité de l'interaction dans les groupes socio-culturels qui se situent au carrefour de deux cultures. [6] Dans la présente étude, ceux cités étaient associés à l'existence d'un conflit conjugal au sein du foyer, l'intrusion de l'entourage dans la prise en charge, la stigmatisation parentale ou encore les difficultés d'accès au soin. Ces freins sont plutôt représentatifs de ceux déjà cités dans la littérature parmi la population atteinte de retard de langage. [6], [39], [51]

L'alliance avec le thérapeute est également la clé de voûte de la guidance parentale avec la nécessité d'une confiance mutuelle entre les protagonistes [15], [37], [51]. Les parents interrogés mettent en exergue plutôt un manque de confiance dans la relation avec leur médecin généraliste. Bien que les parents soient inquiets des difficultés de langage que peuvent présenter leur enfant, le diagnostic de retard de langage n'est pas toujours bien accepté. Les modalités de la prise en charge peuvent également expliquer une résistance parentale. Le diagnostic peut perturber les relations parent-enfant et/ou avec le thérapeute. C'est pourquoi un accompagnement parental dans sa globalité va permettre une meilleure adhésion à la prise en charge. [31] Par ailleurs, si le thérapeute est trop exhaustif d'emblée, les parents risquent de ne pas adhérer à la prise en charge, les contraintes seront trop lourdes et le parent risque de se sentir attaqué dans son rôle éducatif. [32], [38]

- **Les représentations parentales du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles du langage et les attentes parentales concernant le langage de leur enfant.**

La majorité des parents pensaient que la rééducation des troubles du langage ne serait pas le rôle du médecin généraliste, que là n'est pas sa place. En effet, les parents évoquaient d'abord le manque de temps

dédié à la consultation pour s'intéresser en profondeur aux troubles du langage, certains relataient un manque de formation des généralistes. Même si certains médecins souhaiteraient davantage consacrer du temps à la pédiatrie, les avis étaient partagés lorsqu'on les interrogeait sur le sujet. [1], [10], [15], [21], [25], [26]. Sophie Bucher démontrait que le temps de prévention en médecine générale par patient et par an varie de 9,7 à 26,4 minutes (moyenne à 16,2 minutes) pour un temps moyen de consultation de 75,9 minutes par an et par patient (soit 20% de son temps de consultation). [52] Par ailleurs, le temps idéal recommandé de prévention par le médecin généraliste serait de 7,4 heures par jour. Dans ces conditions d'exercice, on peut aisément comprendre que le dépistage et la prise en charge des troubles du langage chez l'enfant est difficile à réaliser en médecine générale. [25]

Quand bien même, les parents s'attendaient à ce que le généraliste «dépiste» le retard de langage à travers des « tests », cette représentation émanait de ce qu'ils avaient pu observer de la part de leur médecin lors de l'évocation des troubles du langage de leur enfant en consultation. Ils se souvenaient des items du carnet de santé ou de supports imagés qu'avait pu utiliser le médecin généraliste. Ils disaient en majorité que le généraliste cherche à promouvoir l'interaction avec l'enfant afin de vérifier le langage; cet avis est partagé par les médecins interrogés dans l'étude de Camille Sauvadet [21]. Il n'était pas mentionné dans les entretiens de la part des parents, que le médecin généraliste soit à l'origine du repérage précoce des troubles du langage, sans plainte de leur part. Par contre, les médecins se disent souvent plus à même de pouvoir faire du repérage précoce grâce aux items du carnet de santé ou simplement par intuition au cours de l'interrogatoire avec les parents. Plusieurs études francophones ont pu montrer que les médecins généralistes avaient tendance à ne pas dépister les enfants avec des tests objectifs mais plutôt de manière empirique. Une étude de J. Guillemet et al. met en évidence que 90% des médecins généralistes orientent vers un orthophoniste devant un repérage de trouble du langage chez l'enfant. [21] Une thèse de médecine générale de 2017 sur l'acceptabilité du DPL3 en médecine générale a révélé que 11% des enfants avaient été réorientés vers les spécialistes après passation du DPL3, alors que 33% avaient été jugés problématiques par les médecins généralistes sans test, ce qui permet d'insister sur la spécificité et la sensibilité des tests de dépistage lorsqu'une suspicion de trouble du langage est évoquée au repérage. [26] Un des freins à la bonne réalisation des tests par le généraliste peut être lié à leur méconnaissance. L'absence de motivation pour améliorer ses compétences dans ce domaine est multiple et identifiée par celui-ci comme le manque de temps en consultation, le manque de temps de formation, le manque de compliance de l'enfant à la passation des tests, des tests trop chronophages, trop précis, trop restrictifs, des motifs de consultation multiples, des patients non francophones, le manque de légitimité du médecin aux yeux des parents à prendre en charge leurs enfants sur cette problématique, l'absence de rémunération proportionnelle au temps passé, le manque de recours à l'orthophoniste pour le dépistage et la prise en charge, la pression et « l'alarmisme » des enseignants, une irrégularité des soins et du suivi par les patients, etc. [10], [15] Par ailleurs, le dépistage à travers des tests validés sont décrits faisables mais non acceptables en pratique courante. [1], [8], [10], [15], [21] [24], [27], [53]. Une étude a révélé que 60 % des médecins trouvaient le DPL3 réalisable, contre 30% pour l'IFCD, et 6% pour l'ERTL4. [26] De plus, les populations précaires bénéficieraient davantage de cette prévention de repérage précoce et de dépistage des troubles du langage,

car ils sont moins nombreux à se plaindre au généraliste de difficultés liées au langage, par rapport à la moyenne, et ont plus de facteurs de risque de développer un retard de langage. [7], [54] Le travail de recherche de Julie Ponsero souligne le fait que certaines batteries de tests utilisés en psychologie et en logopédie sont plus volontiers représentatives du groupe social dominant. Ainsi, certains enfants issus de milieux défavorisés apparaissent comme déficitaires du point de vue des tests alors qu'ils ne le sont pas en regard des normes de leur propre groupe. [6]

Concernant le suivi, les parents sont partagés, la moitié pensait que le médecin s'implique dans le suivi des troubles du langage, même s'il n'en est pas directement l'investigateur, ni le thérapeute en charge de la rééducation. L'autre moitié pensait que le généraliste n'est pas suffisamment intégré à la prise en charge ou ne se posent pas la question de sa place dans la prise en charge. Pourtant, les patients dans l'étude d'Anne-Sophie Artis, publiée en 2004, disaient à 95% que leur généraliste était disponible et à 92% qu'il assurait un suivi de qualité. [38] Ces avis ne semblaient pas partagés lorsque cela concernait les troubles du langage de leur enfant.

Pour que la guidance parentale soit bénéfique à l'enfant, un suivi régulier doit être mis en place avec le thérapeute. [12] Il est du ressort du médecin généraliste d'accompagner les parents à travers les 20 examens obligatoires de l'enfant pris en charge à 100% par l'assurance maladie, et assurer un suivi concernant le langage de leur enfant [1], [15], [25], [55]. Mais les médecins auraient tendance à penser que leur suivi concernant le langage ne serait pas optimal, car les parents n'investiraient pas assez les entretiens. [15], [21]. Bérangère Barribault a relevé que les parents valorisent de nos jours davantage le développement psychomoteur aux dépens du développement langagier et communicatif. [32]

L'orientation fait partie des missions inhérentes à la pratique de la médecine générale lorsque le médecin généraliste n'est pas en mesure de prendre en charge son patient de manière exhaustive. [8], [15], [21], [22], [24]. Pour reprendre les représentations des parents issues de l'étude d'Anne-Sophie Artis, seulement un tiers des parents pensaient que le médecin généraliste n'était pas capable de gérer tous les problèmes de santé que pourrait présenter leur enfant. [38] Dans cette étude, quasiment tous les parents ont eu pour attente de la part du médecin généraliste une orientation de leur enfant vers un professionnel spécialisé dans le langage (chez l'orthophoniste le plus souvent). Les parents semblaient également penser que là était son rôle dans la prise en charge du langage. Cette représentation parentale est partagée avec celle du généraliste. [21] La différence entre les deux études peut s'expliquer par le fait que les parents sélectionnés de cette étude étaient tous issus de la prévention secondaire, car leurs enfants présentaient des troubles du langage, alors que les parents d'Anne-Sophie Artis étaient issus de la population générale, et donc de la prévention primaire. [38] Enfin, parmi les attentes parentales, la grande majorité des parents souhaitaient avoir une prise en charge rapide. [8], [15]

Les parents pensaient dans la grande majorité que leur médecin ne leur avait pas donné de conseils, ou pas suffisamment, concernant le langage de leur enfant. Par ailleurs, le désir d'être conseillé par leur généraliste faisait partie des attentes des parents interrogés. Ce qui corrobore l'étude d'Anne-Sophie Artis, où à 94%,

ils affirmaient être conseillés par leur médecin traitant. [38] A travers les travaux de Camille Dupont, Karine Villeroy-Chantereau, Mélissa Ghacir ou encore de Françoise Coquet, on retient qu'il est du ressort du généraliste de proposer des conseils de prévention autour du langage. [15], [21], [24], [26], [51]. En pratique, l'implication de l'orthophoniste dans la formulation de conseils parentaux est plus attendue par les parents, qui semblent penser que c'est davantage son rôle que celui du médecin traitant concernant le langage. [31], [32] Certains médecins pensent que s'il existe une relation de confiance avec le parent, leurs conseils seront entendus mais ils aimeraient néanmoins avoir une conduite à tenir claire sur les conseils à donner concernant les troubles du langage. [15] Dans l'étude de Camille Sauvadet, un médecin pensait à l'inverse qu'il existait un décalage entre les conseils donnés aux parents et ce qu'ils recevaient. Il exprimait en ce sens l'échec de certaines consultations de prévention concernant ce sujet. [21]

Les parents attendaient, de la part de leur généraliste, une écoute, des réponses à leurs questions [15], [34], [35], [51] et une valorisation de leurs compétences parentales [7], [12], [34], [38]. Certains parents souhaiteraient de la formation. Certains organismes, ont pu développer des outils permettant aux parents de faciliter l'interaction avec le thérapeute ou d'enrichir leurs connaissances sur le trouble de leur enfant. Parmi ces stratégies de prévention, on retrouve par exemple : « Papa, Maman, le langage, c'est important !!» [24], ateliers « 1001 mots » à Montargis, Objectif langage avec «1 livre - 1bébé » [4], dialOgOris [34] ou « apprendre l'inventaire » [32]. Le programme de Hanen, utilisé en pratique par les professionnels, comme support à la guidance parentale, propose une formation parentale en tant que telle. [6], [7], [31] Par ailleurs, selon l'étude de C. Sauvadet, un seul des 21 médecins interrogés parlait spontanément de guidance parentale et de langage adressé à l'enfant dans la prise en charge. [21]. Les attentes de formation exprimées par les parents dans la présente étude concernaient des moyens pour pallier le manque de langage (apprendre la langue des signes, utiliser des supports détournés pour comprendre son enfant) plutôt que pour tenter de l'améliorer comme suggéré dans les programmes de guidance parentale.

En outre, 98,4% des parents de l'étude d'Anne-Sophie Artis semblaient penser que leur généraliste répondait de manière satisfaisante à leurs questionnements. [38]

Ces 4 attentes : écoute, réponse aux questions, valorisation parentale et formation, constituent le socle de la guidance parentale. On a donc une cohérence entre les attentes parentales et les objectifs de la guidance parentale.

- **Les représentations des parents concernant les facteurs externes à la prise en charge pouvant influencer le développement du langage.**

Les parents parlaient des facteurs susceptibles de modifier le développement du langage de leur enfant. Parmi les critères retenus, on avait l'interaction avec l'entourage. La guidance parentale évalue les interactions parent-enfant pour permettre d'ajuster le langage adressé à l'enfant, il paraît donc évident que les interactions sociales modifient le langage. [6], [7], [18], [39]. Par ailleurs, dans la littérature comme dans

cette étude, l'entourage a été dans la majeure partie des cas à l'origine du repérage des troubles du langage chez les enfants. [15], [19], [21], [22]

Le conflit parental a été décrit comme pouvant être un frein au développement de l'enfant et pouvant entraîner entre autres un retard de langage. La majorité des parents en parlait et avait bien pris en compte la corrélation entre les troubles du langage de leur enfant et les difficultés relationnelles intra-familiales. [56], [57]

Aussi, les parents de mon étude imputaient l'anxiété ou des difficultés de concentration en lien avec une difficulté à s'exprimer. On retrouve également cette association dans la littérature. [8], [15] Notamment, Yew et O'Kearney dans une méta-analyse mettent en évidence un risque deux fois supérieur d'avoir des troubles comportementaux et émotionnels chez ces enfants, par rapport à ceux du même âge non atteints de trouble du langage. [17]

Le contexte de pandémie mondiale à COVID 19 avec l'utilisation de masque par les adultes a été évoqué une seule fois, ce qui me semblait étonnant car les parents interrogés sortaient tout juste des contraintes liées à la pandémie, à savoir le masque obligatoire dans les lieux publics. Notamment les enseignants à l'école portaient le masque. [58], [59]

Les troubles de l'audition et les malformations buccales sont des représentations qui corroborent la littérature et font partis des dépistages obligatoires du médecin. En effet, le médecin généraliste doit vérifier l'audition en consultation et envisager au moindre doute un avis spécialisé et une audiométrie quantitative. [1], [2], [3], [15], [60], [61], [62], [63].

Le bilinguisme est un facteur pouvant induire des locutions tardives. Les parents concernés se sont posés des questions sur la conduite à tenir en terme de communication avec leur enfant. L'explosion du vocabulaire est plus tardive, mais ces enfants n'auront pas de difficultés syntaxiques et auront davantage de facilité dans les apprentissages futurs, contrairement aux enfants ayant d'autres facteurs favorisant le retard de langage. Néanmoins, il faut que les parents parlent la langue maternelle correctement et exclusivement. [5], [6], [7], [15], [19], [21]

Un parent parlait de la compétence des enseignants à repérer les troubles et adapter son comportement afin de stimuler l'enfant et l'accompagner pour éviter de creuser l'écart avec les autres camarades de classe. Il semble évident que l'enseignant est un acteur essentiel dans l'apprentissage du langage de l'enfant [13], [22], [28]. Les enseignants ont également des outils de repérage qui leurs sont destinés afin de les aider, comme le QLC (Questionnaire Langage et Comportement) pour les enfants de 3 à 5 ans et le BSEDS (Bilan de Santé Evaluation du Développement pour la Scolarité) pour les enfants de 5 à 6 ans. [21] Ils peuvent proposer des projets personnels de réussite éducative (PPRE) adapté à chaque enfant pour rééduquer. [13], [22]

Un seul parent a mentionné les écrans, ce qui est assez étonnant à mon sens, car il y a de plus en plus de prévention faite à cette attention, à la fois relayée par le médecin mais aussi par les médias. Les balises de Tisseron sont les plus connues. En effet, parmi ses nombreuses complications, il est clairement établi que la surconsommation d'écran favoriserait entre autres le retard de langage (risque relatif à 8). [64], [65], [66], [67], [68], [69], [70], [71], [72].

- **Les comportements mis en place par les parents pour essayer de compenser ou améliorer le retard de langage de leur enfant.**

L'importance d'établir un pré-requis parental des moyens mis en œuvre, spontanément ou après conseil de l'entourage ou d'un professionnel de santé, pour pallier le retard de langage de leur enfant, permet de juger la nécessité de la mise en place d'une guidance parentale comme accompagnement par le médecin généraliste.

Au cours de 5 séances du programme « Target word program », les professionnels enseignent aux parents des techniques visant à stimuler spécifiquement l'enfant par l'emploi de mots déterminés, qu'il s'appropriera peu à peu à travers des jeux, des routines sociales, des activités quotidiennes. Or, d'après les témoignages des différents parents, on met en évidence que les parents utilisaient déjà, sans le savoir, des techniques issues de la guidance parentale dont les modèles ont été proposés par Hanen et al. En effet la première partie du programme regroupant « les techniques centrées sur l'enfant », telles que l'utilisation d'imagier ou de livre, l'utilisation du mimétisme, l'adaptation du positionnement ou la limitation des écrans au profit d'activités pédagogiques par exemple étaient rapportées par les parents. De même, les « techniques visant à promouvoir les interactions » qui ont pour but d'encourager l'enfant à tenir son rôle de communicant actif, décrite en deuxième partie du programme de Hanen étaient énumérées par les parents. Comme le fait que le langage ne doit pas être réfréné, ou encore, que le langage « bébé » soit proscrit. La majorité des parents interrogés a évoqué l'utilisation des signes ou d'un support physique pour favoriser la communication avec leur enfant. Ce sont également des éléments retrouvés dans le programme de Hanen. Enfin, les « techniques de modulation du langage » étaient instaurées par les parents pour corriger et ajuster le langage adressé à l'enfant, comme le faire répéter, ou l'inciter à reformuler. Initier une conversation autour de thématiques du quotidien ou des centres d'intérêt de l'enfant lui permet d'appréhender le langage comme une activité ludique. Ces savoir-faire, issus de la dernière partie du programme de Hanen, favorisent le lien entre le contenu, la forme et l'utilisation du langage par l'apprentissage d'un LAE adapté.

Si on situe le programme de Hanen comme une référence, ayant fait preuve de son efficacité de manière statistiquement significative dans plusieurs études, alors les parents, même sans avoir suivi une guidance parentale bien menée ont des comportements qui vont s'en approcher et seront bénéfiques à l'amélioration du langage de leur enfant. La pertinence d'instaurer un programme de guidance parentale en médecine générale reste très incertaine. [6], [7], [18], [20], [31], [40].

Par ailleurs, les médecins généralistes disent vouloir se former davantage vis à vis du langage des enfants, mais que le temps dédié à ce dernier en consultation reste très court et serait alors peu exploitable en l'état pour un entretien de guidance parentale tel qu'il est décrit dans la littérature. [1], [10], [15], [52]

## CONCLUSION

Les parents émettent une plainte concernant le langage de leur enfant, soit par inquiétude intrinsèque ou issue de l'entourage, qui correspond assez bien aux critères d'alerte des troubles du langage décrits selon les recommandations. Les parents ciblent donc bien la problématique de retard de langage de leur enfant.

Les parents identifient seuls les freins pouvant altérer le langage de leur enfant et essaient de limiter leur intrusion dans la vie quotidienne pour ne pas aggraver le retard de langage. Sans jamais avoir suivi de guidance parentale, les parents évoquent spontanément les conseils contenus dans les programmes de formation, tels qu'ils peuvent être décrits dans le programme de Hanen. Ces conseils ont pu être donnés par des professionnels divers tels que l'orthophoniste, la crèche, l'assistante maternelle, ou encore par l'entourage des parents. Ce qui suppose qu'ils n'ont pas nécessairement besoin d'une guidance parentale pour appliquer les « bons » conseils.

Dans cette étude, le rôle attendu du médecin généraliste était le dépistage du trouble lorsque les parents évoquaient une plainte, ainsi que l'orientation vers une prise en charge spécialisée plutôt que directe. Dans le cadre précis des troubles du langage, le généraliste n'a eu qu'un rôle assez secondaire dans la formulation de conseils. Les parents considéraient que ce n'était pas sa place d'assurer la prise en charge, principalement par manque de temps et de formation.

Les attentes formulées des parents sont les piliers de la guidance parentale, à savoir une bonne écoute, des réponses à leurs questions, une valorisation parentale. La mise en place d'une guidance parentale en médecine générale nécessiterait une formation chronophage des généralistes et une assiduité de prise en charge à la fois des parents et des médecins. De plus, le format relatif à la guidance parentale tel qu'il est décrit, serait mal adapté à la pratique de la médecine générale.

La pertinence d'instaurer un programme de guidance parentale en médecine générale reste donc très incertaine. Il semblerait plus intéressant de favoriser le soutien aux parents.

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] Margaux Rohaut; « Dépistage des troubles du langage chez les enfants entre 3 ans 9 mois et 4 ans 6 mois par le test ERTL4 : Etude de faisabilité du test en médecine générale en Limousin. » Thèse pour diplôme d'Etat de docteur en médecine; 2019
- [2] Marie Daresse-Lapendery, Amandine Rochedy, Rodolphe Charles, Valérie Rousselon, Mathilde Pillard; « Mon enfant pinaille devant son assiette ! Comment aborder la dysoralité en médecine générale » *MÉDECINE*, Octobre 2018, pages 353 – 358
- [3] Tristan Delos « Protocole de rééducation de la séquentialité dans les troubles de développement du langage oral » Mémoire de fin d'étude, capacité d'orthophonie, encadré par Mansy, CCA de psychologie; Lille 2012
- [4] Magali Dussourd-Deparis « 1 bébé, 1 livre ... Une action de prévention en orthophonie; *ERES Enfances & Psy* ; 2019/2 N° 82 | pages 12 à 24; ISSN 1286-5559 ISBN 9782749264820
- [5] Catherine Billard, « Trouble du langage oral chez l'enfant », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 10 avril 2020. URL : <http://www.universalis-edu.com.proxy.scd.univ-tours.fr/encyclopedie/troubles-du-langage-oral-chez-l-enfant/>
- [6] Julie Ponsero, Christelle Maillart, Anne-Lise Leclercq « Evaluation à court terme de l'efficacité d'un programme de guidance parentale sur le développement langagier de jeunes enfants dits « à risque » Thèse de Master en logopédie; Université de Liège; 2012-2013
- [7] Laure Jourdain, sous la direction de Mme Christelle Maillard, « Evaluation de l'efficacité à court terme d'une formation en guidance parentale auprès de parents d'enfants dits « à risque » au niveau langagier »; Mémoire de master en Logopédie; 2012-2013; Université de Liège.
- [8] Kelly de Toffoli « La prise en charge des enfants porteurs de troubles spécifiques du langage et des apprentissages : l'exemple du département de la Meuse » *Sociologie*. 2018. hal-02190659
- [9] Bernadette Pièrart « Introduction. Evaluer le langage de l'enfant : Pourquoi et Comment ? » De Boeck Supérieur « *Question de personne* » 2005 | pages 19 à 32; ISBN 9782804145620
- [10] Isabelle Ettori-Ajasse; « Outils utilisables en consultation de médecine générale pour le repérage des troubles du langage chez l'enfant »; Mémoire présenté le 6 juillet 2018 à Tours. Master 2 Promotion et gestion de la santé.
- [11] S. Avenet, M.-P. Lemaître, L. Vallée « DSM5 : quels changements pour les troubles spécifiques du langage oral ? » Revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 64 (2016) 81-92.
- [12] Recommandations HAS : « Troubles du neurodéveloppement, Repérage et orientation des enfants à risque »; *Société Française de Néonatalogie*; Février 2020
- [13] Sevcan Aksu; « Prescription du bilan orthophonique dans les troubles spécifiques du langage des enfants de 3 à 10 ans en Aveyron » ; Diplôme pour la thèse d'exercice de médecine générale; 16 Mars 2017

- [14] Roxane Levrague. « Étude de stratégies d'étayage des mères d'enfants présentant un trouble spécifique du langage oral ». *Médecine humaine et pathologie*. 2018. dumas-01828971
- [15] Camille Emmanuelle Dupont « Le repérage des troubles du langage de l'enfant en médecine générale : Etude qualitative auprès de médecins généralistes investis dans le suivi pédiatrique »; Thèse présentée pour le diplôme de docteur en médecine; DES de médecine générale. 2019
- [16] Société Française de pédiatrie en association avec le ministère de la santé ; Guide pratique « Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant »; publié dans *Concept santé* en mars 2007
- [17] S. Jacob, C. Maintenant; « Les troubles spécifiques du langage oral (TSLO) chez l'enfant et leur incidence sur les relations entre pairs » Revue de la littérature; *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 65 (2017) 78-82
- [18] T. Martinez; A-L Leclercq; N. Thomas; T.Sonck; N. Melice; T. Goetghebuer; C. Maillart « Recherche-action ONE « La guidance parentale : un outil pour soutenir le développement langagier des enfants entre 18 et 30 mois » Collaboration ULg, UCL, ONE. *Journal du pédiatre Belge*. 2015-volume18-number2-April-June
- [19] Bijleveld Henny, Estienne Françoise, « Multilinguisme et troubles du langage : état des lieux et modes d'action auprès d'enfants de la région de Bruxelles », *Revue française de linguistique appliquée*, 2018/2 (Vol. XXIII), p. 29-44. DOI : 10.3917/rfla.232.0029. URL : <https://www-cairn-info.proxy.scd.univ-tours.fr/revue-francaise-de-linguistique-appliquee-2018-2-page-29.htm>
- [20] Christelle Maillart, Mayada Al Mounajjed, Elisabeth D'Harcour, Nathalie Thomas, Amandine Mulquet, Sandrine Leroy & Anne- Lise Leclercq « Impact des facteurs socioéconomiques et culturels pour la mise en place de guidance parentale logopédique. » 12<sup>ème</sup> Colloque de Logopédie – Université de Neuchâtel – 16 & 17 novembre 2012.
- [21] Camille Sauvadet ; « Troubles du langage oral chez l'enfant : repérage, dépistage, prise en charge et place du médecin généraliste» Thèse d'exercice pour obtenir le grade de Docteur en Médecine. 7 octobre 2010.
- [22] Benoit Jaya, « Troubles spécifiques du langage et des apprentissages : mais que fait l'Éducation nationale ? », *Enfance et psy*, 2016/3 (N° 71), p. 105-110. DOI : 10.3917/ep.071.0105. URL : <https://www-cairn-info.proxy.scd.univ-tours.fr/revue-enfances-et-psy-2016-3-page-105.htm>
- [23] Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) « Suivre le développement et les apprentissages »; *Revue Le pédiatre*; N°284 bimestriel; Tome LII; janvier-février 2018
- [24] Françoise Coquet « Mise en place d'un dispositif de repérage des troubles du langage à l'école maternelle »; *ERES « Contraste »* 2007/1 N° 26 | pages 285 à 302; ISSN 1254-7689
- [25] Oudelet Luc; « Estimation de la durée des procédures de prévention chez les enfants en médecine générale » Thèse d'exercice de médecine. Soutenue le 05/07/2018 à Tours. Université François Rabelais.
- [26] Karine Villeroi-Chantereau, « Faisabilité du test DPL3 dans le repérage des troubles du langage des enfants de 3 ans en médecine générale : Enquête auprès de 15 médecins généralistes en région Centre » Thèse d'exercice en médecine générale; 2017
- [27] C. Loos-Ayav, B. Roy, J.-P. Blanc, Evelyne Aptel, C. Maeder, Agnès Piquard-Kipffer et François Alla; « Validité des épreuves du repérage des troubles du langage et des apprentissages de l'enfant de 6 ans (ERTLA6) – étude prospective »; *Santé Publique* 2005/2 (Vol. 17), pages 179 à 189

- [28] Jacques Cheymol, Marie-Christine Colombo, Paul Jacquin, Michelle Mas, Michèle Scheffler et Gérard Schmit; « Quelle politique de santé construire avec les autres acteurs concernés pour les enfants, les adolescents, les femmes et les familles ? » ; « 1001 bébés » 2012 | pages 191 à 233; ISBN 9782749233369
- [29] Marianne Woollven; « L'orthophonie et les troubles du langage écrit : une profession de santé face à l'école »; *Revue Française de pédagogie*; Mars 2015; p 103 - 114
- [30] Recommandations HAS : « Troubles dys : comment mieux organiser le parcours de santé ? » 31/01/2018
- [31] D. Doumont, F. Libion, K. Verstraeten, « Quelle prise en charge des troubles du langage auprès des jeunes enfants ? »; UCL - RESO Unité d'Education pour la Santé Ecole de santé Publique; Mai 2010 Réf. : 10-58
- [32] Bérangère Barribault. « 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 » *Médecine humaine et pathologie*. 2003. hal-01893839
- [33] Recommandations HAS : « Signes d'alerte à l'intention du médecin de premier recours et actions à mettre en œuvre », extrait du guide « Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ? »; 31/01/2018
- [34] Marie-Christine Colombo; « La prévention en PMI : demandez le programme ! »; « 1001 et + »; 2020 | pages 261 à 283; ISBN 9782749267074
- [35] Vincent Laupies, « La guidance parentale : ses liens avec la psychothérapie et la bientraitance »; *Médecine et Hygiène* « Thérapie Familiale » 2004/4 Vol. 25 | pages 521 à 529
- [36] Laurent Danon-Boileau « Les troubles du langage chez l'enfant »; *Que sais-je ?*; 1er édition 2004, dernière mise à jour en mars 2018.
- [37] Annick-Camille Dumaret; « Soins précoces et guidance parentale : le point de vue des familles » *ERES* « Dialogue » 2003/4 n<sup>o</sup> 162 | pages 9 à 24; disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2003-4-page-9.htm>
- [38] Anne-Sophie Artis. « Accueil de l'enfant en médecine générale: la relation médecin-enfant malade, à propos d'une enquête réalisée auprès de 128 médecins généralistes lorrains. » *Sciences du Vivant* [q-bio]. 2004. hal-01733323
- [39] Mayada Al Mounajjed, Erica Beciani et Elisabeth D'Harcour « Illustration clinique: la guidance parentale dans les troubles développementaux du langage. Journée scientifique « Quelles pratiques en 2018 pour une guidance parentale logopédie de qualité ? » Liège université de logopédie.
- [40] <http://www.csss-iugs.ca/hanen> : service > enfant, adolescent et famille > orthophonie > Hanen
- [41] T.-N Willig, J.P Blanc, R. Assathiany, AFPA; « Le pédiatre libéral dans le parcours de soins des enfants présentant des troubles « dys » »; *Archives de Pédiatrie*; Publication ScienceDirect; Volume 29, Issue 8, Novembre 2022

- [42] Jean A. Rondal; Xavier Seron « Troubles du langage; Bases théoriques, diagnostic et rééducation » 2000.
- [43] Geneviève Serre-Pradère, Dalila Rezzoug, Stephane Di Meo at al. « Les troubles du langage oral en situation transculturelle »; January 2014; *ACADAMIA*; Accelerating the world's research
- [44] A. Ballarin et S. Lefebvre « Etude pilote pour l'évaluation du développement de la compréhension orale chez les enfants Français de 15 à 24 mois »; Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie; Université Claude Bernard Lyon1 - ISTR - Orthophonie; soutenance 02/07/2009
- [45] Chevrié-Muller, C. et Narbona, J. « Le langage de l'enfant : aspects normaux et pathologiques ». Issy les Moulineaux : Masson 2007
- [46] Kern, S. & Gayraud, F. « Influence du sexe sur l'acquisition des premiers mots », proc. of Xe Symposium International de Communication sociale, Cuba, 22-26 janvier 2007, pp. 390-393
- [47] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee); « Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles »; Onglet : définitions, méthodes et qualité; Publication 09/03/2022. url : <https://www.insee.fr/fr/information/2406153>
- [48] Annie Simard, Nathalie Poirier; « Situation scolaire de la fratrie des élèves identifiés avec un trouble envahissant du développement » *JoDD (Journal on Developmental Disabilities)*; Volume 20, Number 1, 2014
- [49] MG France; « Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant »; article consulté sur site : <https://www.mgfrance.org>; publié le 09/06/2014
- [50] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) • « Protection maternelle et infantile (PMI) : un recul de l'activité et une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019 »; Études et Résultats • mars 2022 • n° 1227 •
- [51] Mélissa Ghacir. « Etude des facteurs d'efficacité de l'accompagnement parental dans un trouble de bégaïement auprès de sept familles. » *Médecine humaine et pathologie*. 2011. hal-01879724
- [52] Sophie Bucher, Arnaud Maury, Julie Rosso, Nicolas de Chanaud, Géraldine Bloy, Isabelle Pendola-Luchel, Raphaëlle Delpéch, Sylvain Paquet, Hector Falcoff, Virginie Ringa and Laurent Rigal; « Time and feasibility of prevention in primary care »; *Family Practice*, 2017, Vol. 34, No. 1, 49-56
- [53] Guillemet J, Baron C, Bouquet E, Paré F, Tanguy M, Fanello S. « Les dépistages recommandés chez l'enfant de deux à six ans. » Étude de faisabilité et pratiques en médecine générale. *J Pédiatrie Puériculture*. juin 2010;23(3):125-30
- [54] Séverine Mathieu. « Formation des médecins généralistes à la médecine de l'enfant: de l'enseignement théorique à la pratique quotidienne. » *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2003. hal-01731949
- [55] J. Dumez, B. Trombert-Pavio et C. Bois « Carnet de santé de l'enfant : les illustrations des conseils aux parents sont-elles compréhensibles ? » *S.F.S.P Santé Publique*. 2019/2 Vol. 31 | pages 195 à 202. ISSN 0995-3914
- [56] Romain Liberman; « Les enfants devant le divorce »; 1983
- [57] Malagoli Togliatti, Marisa, Anna Lubrano Lavadera, et Marta Franci. « Les enfants du divorce comme protagonistes actifs de la séparation conjugale », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. n° 34, no. 1, 2005, pp. 135-156.

- [58] D. Cohen; « Appréhender le COVID-19 au fil de l'eau en tant que psychiatre d'enfant et d'adolescent »; *L'Encéphale*; Volume 46, Issue 3, Supplement, June 2020, Pages S99-S106
- [59] Triffaux-Ghesquieres A, Javelot H. « COVID-19 et port du masque dans les unités mères-bébés » *Neuropsychiatrie Enfance et de l'Adolescence*. 2021 May;69(3):145-146. French. doi: 10.1016/j.neurenf.2021.01.005. Epub 2021 Feb 3.
- [60] Dr Jacques Cherpillod; « L'otite moyenne chronique chez l'enfant » *Revue Médicale Suisse* – www.revmed.ch – 22 février 2006
- [61] Paula Tal, Susan Curtiss et Lee Allard; « Otitis Media in Language Impaired and Normal Children »; *JSLPA* Vol. 15, No. 4, December 1991 I *ROA* Vol.15, NO 4; pages 33-41
- [62] A. Dachy, P. Lefèbre, O. Battisti, « Comment j'explore ... une otite séromuqueuse chez l'enfant »; *Rev Med Liège* 2013; 68 : 10 : 542-547
- [63] Nittrouer S, Burton LT.— « The role of early language experience in the development of speech perception and language processing abilities in children with hearing loss. » *Volta Review*, 2001, 103, 5-37.
- [64] Serge Tisseron « Les dangers de la télé pour les bébés » *ERES*, Toulouse, 2018
- [65] Rosalie Macé « Le rôle du médecin généraliste dans la lutte contre la surexposition aux écrans des enfants » Thèse de médecine générale; soutenue le 11/12/2020.
- [66] Mathieu Biron « La promotion de l'usage raisonné des écrans au défi des pratiques professionnelles et familiales » Master 2; Promotion de la santé et prévention; soutenu le 24/06/2019
- [67] Francois-Marie Caron « Clics et ... claqués ? Ecrans et enfants, la règle 3-6-9-12; Apprivoiser et grandir : l'enfant et les écrans de 0 à 6 ans » *Revue Le pédiatre* n° 263 • 2014-4; pages 22 à 27.
- [68] Sandrine Duflos « Addiction aux écrans : famille en souffrance, pouvoirs publics en veille » *Médecine et enfance*; octobre 2019, page 192 à 195
- [69] Gravillon, Isabelle. « Une pratique nocive pour les 0-3 ans ? », *L'école des parents*, vol. 625, no. 4, 2017, pp. 30-36.
- [70] Leblanc, Antoine. « Le bébé, la télé, la tablette et le smartphone », *Enfances & Psy*, vol. 74, no. 2, 2017, pp. 6-10.
- [71] S. Tisseron « Prévention des traumatismes liés aux médias chez l'enfant », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*; Volume 60, Issue 5, July 2012, Pages 377-382
- [72] Amnon Jacob Suissa; « Cyberdépendances et réflexions cliniques : quelques principes pour mieux réussir l'accompagnement des familles »; *Intervention* 2020, numéro 151 : 207-221

# ANNEXES

## Annexe 1 : Guide d'entretien

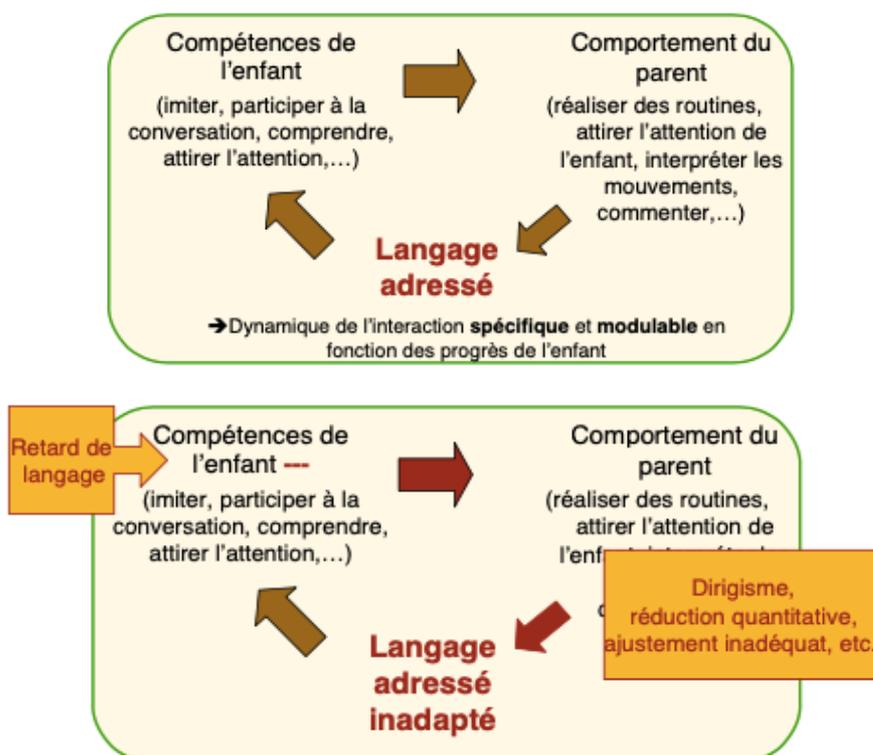
- 1) Racontez-moi le moment où ont été évoqués des troubles du langage chez votre enfant ?**
  - Comment se sont déroulés ses premiers mots comparativement à des enfants de son âge ?
  - Comment vous êtes-vous aperçu(e) des difficultés que rencontrait votre enfant ?
  - Vers quel âge ces difficultés ont été perçues ?
  
- 2) Comment le langage de votre enfant s'est-il développé ?**
  - Avez-vous déjà consulté quelqu'un pour parler de son langage ?
  - D'où vous ait venu cette initiative ?
  - Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi pour son langage ?
  
- 3) Dites-moi ce que vous avez personnellement mis en place pour améliorer le langage de votre enfant ?**
  - Avez-vous par exemple modifié votre gestuelle par rapport à lui ou votre positionnement ? (Langage non verbal)
  - Avez-vous modifié votre façon de parler, votre vocabulaire, votre intonation par exemple ? (Langage verbal)
  - Avez-vous modifié le nombre ou la fréquence de vos interactions avec votre enfant par exemple ? (Fréquence du LAE)
  
- 4) De quelle manière le médecin généraliste parle du langage de votre enfant en consultation médicale ?**
  - A-t-il évoqué avec vous un retard de langage et vous a-t-il proposé un moyen de vérifier cette hypothèse ?
  - Est ce qu'il s'adresse directement à votre enfant ou vous sollicite-t-il pour connaître certaines informations sur son langage ?
  - Donne-t-il des conseils pratiques afin de stimuler et améliorer le langage à appliquer régulièrement et si oui quel genre de conseil ?
  
- 5) Qu'attendez-vous de votre médecin sur le sujet du langage et comment souhaiteriez-vous vous impliquer dans la prise en charge ?**
  - Aimerez-vous être conseillé(e) pour stimuler et améliorer le développement du langage de votre enfant ?
  - A quel genre de conseils vous attendriez vous ?
  - A quelle fréquence imagineriez-vous un suivi avec le médecin pour le suivi du langage de votre enfant ?
  
- 6) Y-a-t-il autre chose que nous n'avons pas évoqué et que vous voudriez aborder ?**
  
- 7) Quels seraient selon vous les avantages et les inconvénients de réaliser une prise en charge du langage en cabinet par le médecin généraliste ? (Question ajoutée au cours des entretiens)**

## Annexe 2 : Grille de réactivité parentale [39]

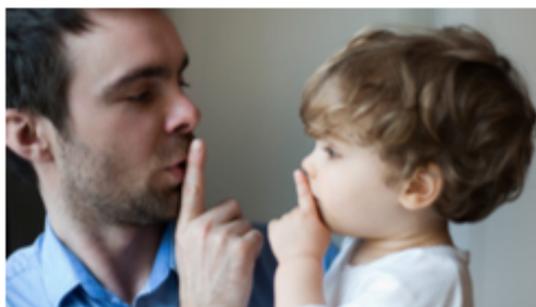
<b>Réactivité verbale</b>	Down et al. 2014
1= très faible	Le parent répond rarement de manière appropriée que ce soit verbalement ou non verbalement aux verbalisations et gestes de l'enfant ET il tente de réorienter le comportement de l'enfant, plutôt que de suivre ses intérêts.
2= faible	Le parent réagit parfois de manière appropriée, soit verbalement ou non verbalement aux gestes ou verbalisations ET / OU le parent passe plus de temps à essayer de réorienter le comportement l'enfant que de suivre ses intérêts.
3= modérée	Le parent répond autant de manière appropriée soit verbalement, soit non verbalement aux gestes ou verbalisations de l'enfant qu'il les ignore ET / OU le parent passe autant de temps à suivre les intérêts qu'à rediriger le comportement de l'enfant.
4= haute	Le parent répond souvent de manière appropriée que ce soit verbalement ou non verbalement aux gestes ou verbalisations de l'enfant ET / OU parent passe plus de temps à suivre l'intérêt de l'enfant qu'à rediriger l'enfant.
5= très haute	Le parent répond souvent de manière appropriée, soit verbalement ou non verbalement aux gestes ou verbalisations de l'enfant et le parent ne tente pas de réorienter l'attention de l'enfant mais suit les intérêts de l'enfant.

Journée scientifique "Quelles pratiques en 2018 pour une guidance parentale logopédique de qualité ?"

## Annexe 3 : Boucle du langage adressé à l'enfant [20]



## Annexe 4 : Lettre de recrutement



Cher(s) parent(s),

Je suis Sarah THIERRY-PETEREAU, remplaçante en médecine générale dans la région de Tours.

**Je m'intéresse à la prise en charge des troubles du langage des enfants âgés de moins de 4 ans et à comment améliorer l'accès à une rééducation, lorsqu'un enfant présente des difficultés.**

Le savez vous peut-être, mais le langage est non seulement le socle de la communication entre êtres humains, indispensable pour se comprendre, mais il présente également une nécessité à l'acquisition de la lecture, un support pour développer l'imaginaire, mais aussi un moyen de structurer sa pensée par exemple.

Autrement dit, le langage est la clé de la communication au sens large et le vocabulaire est la composante principale de ce qui servira d'échange à votre enfant en pleine croissance et en pleine découverte de la vie.

La taille du vocabulaire d'un enfant se développe de manière importante entre 2 et 3 ans, ce qui lui permet de pouvoir transformer progressivement des mots en phrases. Néanmoins, parfois la transition ne se fait pas tout à fait comme souhaitée. Les professionnels de santé peuvent alors vous parler « d'un retard de langage ».

Ce fameux « retard de langage » est fréquent et concerne de nombreux enfants. Heureusement, dans la grande majorité des cas, il ne s'aggrave pas et régresse même s'il est bien pris en charge. Néanmoins, parfois, il existe des difficultés à la prise en charge, car les moyens disponibles sont difficiles d'accès et les délais de prise en charge peuvent être longs.

Mais aussi, il est bien naturel de se poser des questions quand on est parent, et parfois, vous sentez bien qu'il est important d'en parler, mais vous vous demandez à qui et comment ?

**Si vous êtes parent d'un enfant, qui lorsqu'il était âgé de moins de 4 ans, a pu présenter un retard de langage avéré ou qu'il y a eu des suspicions de retard de langage chez votre enfant, votre point de vu m'intéresse.** Je vous propose de revenir sur ces moments, qui ont concernés le langage de votre enfant, à l'occasion d'un entretien individuel par visioconférence avec moi. **Votre point de vue servira de support à la réalisation de ma thèse de médecine générale sur le sujet.**

Les entretiens individuels seront enregistrés, certaines données recueillies, anonymisées puis détruites par la suite. Je suis soumise au secret professionnel, tout ce qui sera dit durant ces entretiens ne sera utilisé qu'à des fins nourrissant mon projet de thèse et sous couvert d'anonymat. Certains professionnels me sont d'une aide précieuse et ont été missionnés simplement pour que je puisse rentrer en contact avec vous. Bien évidemment, votre consentement est indispensable au travail de thèse et je m'assurerai avant chaque début d'entretien que vous n'avez pas de question quant au déroulement et l'utilisation des données. Vous êtes libre à tout moment de vous rétracter.

Merci de votre attention et à bientôt j'espère !

Sarah THIERRY / PETEREAU

-----

Cher(s) parent(s),

Je vous laisse mon adresse mail si vous êtes intéressé(e) ou si vous avez des questions :

[sarah.petereau@gmx.fr](mailto:sarah.petereau@gmx.fr)

Je vous propose également de me laisser vos coordonnées si vous êtes intéressé(e), afin que je puisse vous contacter et qu'on définisse ensemble les modalités de l'entretien par visioconférence.

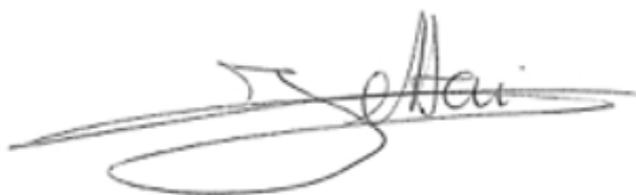
Votre nom ou pseudonyme si vous préférez :

Votre adresse mail\* :

Votre numéro de téléphone\* :

\* au choix ou les deux.

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'S. Hani', with a large, sweeping underline that loops back under the signature.

Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours Tours, le

## THIERRY - PETEREAU Sarah

Nombre de pages : 52

### Résumé :

**Contexte :** Les premiers troubles du langage peuvent être repérés à l'âge pré-scolaire par le médecin généraliste. Certains retards simples peuvent faire l'objet d'une prise en charge par guidance parentale. Cette technique de modulation du langage adressé à l'enfant implique le parent au cœur d'une rééducation indirecte. Grâce à un accompagnement personnalisé de la part d'un professionnel de santé, le parent-acteur de la prise en charge pourra être un vecteur d'amélioration du langage de son enfant.

Cette étude évalue la pertinence de la mise en place d'une guidance parentale en médecine générale. L'objectif principal était de définir les représentations et les attentes des parents d'enfant âgés de moins de 4 ans sur la prise en charge des troubles du langage par le médecin généraliste.

**Méthode :** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de parents ayant des enfants présentant un retard simple de langage. Le recrutement s'est fait par des professionnels de la rééducation. Les entretiens retranscrits ont bénéficié d'une analyse thématique inductive.

**Résultats :** Neuf entretiens ont été menés d'avril à juillet 2022. La relation parent-médecin est primordiale à l'amélioration des compétences langagières de l'enfant, qu'il y ait la mise en place ou non d'une guidance parentale. Le médecin généraliste ne semble pas être l'interlocuteur de choix dans la prise en charge du langage, les parents attendant plutôt de sa part une orientation vers une prise en charge spécialisée. Les parents mettaient spontanément en place des actions sur les conseils de proches ou d'orthophonistes, correspondant aux définitions de la guidance parentale sur le langage.

**Discussion :** Malgré des données insaturées en raison de difficultés liées au recrutement, la pertinence d'instaurer une guidance parentale par le médecin généraliste semble très incertaine.

**Mots clés :** Guidance parentale, retard de langage, rééducation langage, attentes, représentations

### Jury :

Président du Jury : Professeur DIBAO-DINA

Directeur de thèse : Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE

Membres du Jury : Docteur Clotilde LOISON  
Docteur Françoise CONDY

Date de soutenance : 26/01/2023