

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Orthophonie**

**Médecins généralistes et communication gestuelle associée à la
parole utilisée auprès des jeunes enfants au développement
neurotypique**

Recueil des besoins de formation à travers des entretiens semi-dirigés

Mémoire présenté et soutenu par

Alice THIBAUT

En juin 2023

Mémoire dirigé par

Emilie BERNARD

Orthophoniste, responsable pédagogique de la filière orthophonie à l'ILFOMER

Membres du jury

Mme Hélien Bousrez-Jeamot, orthophoniste

Mme Juliette Elie-Deschamps, maître de conférences

Remerciements

Ce travail de recherche n'aurait certainement pas pu être possible sans toutes les personnes présentes, de près ou de loin, autour de moi.

Je tiens à remercier chaleureusement Emilie BERNARD, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement toujours dans la justesse et la pertinence. Tes remarques riches et apportées avec bienveillance m'ont permis d'avancer sereinement tout au long de ce travail.

Je remercie sincèrement les médecins généralistes qui ont participé à cette étude. Je suis très reconnaissante de la confiance que vous m'avez donnée et du temps que vous m'avez accordé. Merci pour votre disponibilité, votre bienveillance et votre sincérité.

Merci infiniment à mes professeurs et à l'équipe pédagogique de l'ILFOMER. J'ai passé cinq années d'études inoubliables mais surtout sereines car nous avons été accompagnées du début jusqu'à la fin par une équipe bienveillante, soutenante, attentive et disponible.

Mes études d'orthophonie ont été rythmées par des stages tous aussi intéressants les uns que les autres. C'est pourquoi, je voudrais également remercier toutes mes responsables de stages, depuis la première année jusqu'à la dernière, pour leur accueil, leurs partages, leur générosité et leur gentillesse. Vous m'avez toutes apporté tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel. Merci pour votre confiance. Mention spéciale à Françoise, car c'est toi qui m'as donné envie de travailler sur le bébé signe, petit Baptiste a été inspirant pour moi.

Mes remerciements ne pourraient pas exister si vous n'étiez pas là, car sans vous, jamais je n'aurais réussi. Mes copines de promotion, mes cœurs, mes amours, mes petites châtaignes, j'ai passé cinq ans de rêve à vos côtés. Quelle chance j'ai eue de partager et de créer tous ces souvenirs avec vous. Nous avons toujours été soudées, dans les bons moments comme dans les moins bons. Vous m'avez fait grandir, vous m'avez toutes laissé en tête un petit quelque chose de vous que je n'oublierai jamais. J'espère que nos WEP dureront éternellement pour continuer à partager nos vies. Un petit merci plus particulier à Isa, Elo et Aline pour leur aide apportée à ce travail de recherche. Palme spéciale pour Fafa et Kat, mes famies, pour m'avoir supportée un peu plus de temps cumulé que les autres et pour l'amour que vous m'avez donné.

Je remercie infiniment ma famille, unique, simple et généreuse. Papa et maman, merci pour votre patience, les essais d'enregistrement et les relectures. Merci de m'avoir écoutée me plaindre et d'avoir toujours cru en moi et ce depuis les concours. Je me souviendrai toujours de ta phrase Papa : « on va avoir une fille orthophoniste ! », le jour où j'ai décroché ce satané concours. Merci de m'avoir toujours remotivée et soutenue quand j'en ai eu besoin. Vous m'avez inculqué des valeurs essentielles et vous m'avez élevée dans l'amour et la bienveillance aux côtés de mon petit frère. Gui, merci de m'avoir fait rire chaque weekend où je suis rentrée à la maison, tu m'as ressourcée. Merci à mes grands-parents pour tout, j'espère que vous êtes fiers de moi, où que vous soyez.

Merci à mes amis de Tours, Bourges, Limoges, Nantes, Lyon, l'île de la Réunion, Paris, et Toulouse d'exister partout, tout le temps.

Enfin, Louis, mon copain, mon compagnon, mon conjoint, mon partenaire. Je n'ai jamais vraiment su comment te nommer aux yeux de mes responsables de stage, en revanche je sais que tu as été essentiel pendant tout ce travail et que tu l'es à ma vie depuis 8 ans. Merci pour ton soutien, ton aide, ton optimisme indéfectible et ton amour. Merci pour tout.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée Alice THIBAULT

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformé.**

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le lundi 1er mai 2023

Suivi de la signature.



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non-présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire d'orthophonie
Session de juin 2023
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée Alice THIBAULT

Etudiante de 5ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : lundi 1er mai 2023

Signature de l'étudiante



Glossaire

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

ASL : American Sign Language

CAA : Communication Augmentative et Alternative

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

ECN : Examen Classant National

FMC : Formation Médicale Continue

FS : Français Signé

HAS : Haute Autorité de Santé

INPI : Institut National de la Propriété Industrielle

LSF : Langue des Signes Française

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QI : Quotient Intellectuel

UE : Unité d'Enseignement

WISC : Wechsler Intelligence Scale for Children

Table des matières

Introduction	12
Partie théorique.....	13
1. Le développement typique de la communication et du langage chez le jeune enfant....	13
1.1. Les compétences socles	13
1.1.1. Prérequis à la communication	13
1.1.1.1. Les prérequis formels	13
1.1.1.2. Les prérequis socio-cognitifs	13
1.1.2. La communication gestuelle.....	14
1.2. Les interactions parent-enfant	15
1.2.1. La théorie de l'attachement.....	15
1.2.2. Le développement des habiletés sociales	15
1.3. Les étapes du développement de la parole	16
1.3.1. Les organes phonatoires.....	16
1.3.2. Le développement de la parole sur le plan expressif.....	16
1.3.3. Le développement de la parole sur le plan réceptif	17
2. La communication enrichie par les signes.....	17
2.1. Chez les enfants porteurs de troubles	17
2.1.1. Le Français Signé	17
2.1.2. Le Makaton	18
2.2. Chez les enfants au développement neurotypique	18
2.2.1. La communication gestuelle associée à la parole pour les bébés	18
2.2.2. Les réticences.....	20
2.3. L'intérêt d'une communication gestuelle associée à la parole pour le développement global de l'enfant	20
2.3.1. Sur le plan langagier	20
2.3.2. Sur le plan moteur.....	21
2.3.3. Sur le plan cognitif	22
2.3.4. Sur le plan socio-émotionnel et comportemental.....	22
3. Les médecins généralistes.....	23
3.1. Définitions et démographie	23
3.2. Formation des médecins généralistes	24
3.2.1. Formation initiale.....	24
3.2.2. Formation continue	25
3.3. L'impact du médecin dans les décisions parentales	26
3.3.1. Rôles et devoirs du médecin	26
3.3.2. L'image du médecin dans les représentations sociales.....	27
Problématique	29
1. Problématique.....	29
Méthodologie de l'étude	31
1. Caractéristiques générales de l'étude	31
1.1. Méthode de recueil de données choisie : les entretiens semi-dirigés.....	31
1.2. Caractéristiques intrinsèques de l'enquêteur	31
2. Population cible	31
2.1. Critères de sélection.....	31
2.2. Recrutement de la population.....	31

3. Méthodologie de l'entretien semi-dirigé.....	34
3.1. Elaboration du guide d'entretien	34
3.1.1. Elaboration.....	34
3.1.2. Phase de pré-test et validation.....	35
3.2. Déroulement des entretiens.....	35
3.3. Recueil des caractéristiques.....	36
4. Traitement des données recueillies.....	37
4.1. Enregistrements et transcriptions	37
4.2. Analyse des données	38
Présentation des résultats	39
1. Echantillon de l'étude.....	39
1.1. Recrutement et modalité de passation selon les participants.....	39
1.2. Caractéristiques des participants.....	39
2. Résultats présentés par thématique.....	39
2.1. Perception d'un manque de connaissances	39
2.1.1. Sur le développement typique de la communication.....	40
2.1.2. Sur le développement typique du langage	40
2.1.3. Sur la communication gestuelle associée à la parole	41
2.1.3.1. L'intérêt de la communication gestuelle pour le développement langagier.....	42
2.1.3.2. L'intérêt de la communication gestuelle pour le développement cognitif	43
2.1.3.3. L'intérêt de la communication gestuelle pour le développement psycho-	
comportemental	43
2.2. Des a priori positifs sur la communication gestuelle.....	43
2.3. Raisons motivant le besoin de formation	44
2.3.1. Intérêt personnel	44
2.3.2. Intérêt professionnel.....	44
2.3.3. La pénurie des spécialistes.....	45
2.3.4. Une thématique absente en formation initiale et continue	45
2.3.5. Curiosité.....	45
2.4. La thématique de la communication et du langage	45
2.4.1. Peu présente en formation initiale	45
2.4.2. De nombreux supports pour pallier des fragilités.....	46
2.5. La communication gestuelle associée à la parole : une thématique jugée mineure	46
2.5.1. Pour des raisons de priorisation	47
2.5.2. Pour des raisons temporelles.....	47
2.5.3. Pour des raisons financières.....	47
2.5.4. Pas de nécessité de s'informer	48
2.6. Internet et ouvrages comme sources d'information de première intention	48
2.7. Caractéristiques à intégrer dans la création d'un outil de formation	48
2.7.1. Une formation brève incluse dans une FMC	48
2.7.2. Des ressources à conseiller et des repères théoriques	49
2.7.3. Une formation concrète mobilisant des techniques de pédagogie active.....	49
Discussion des résultats.....	51
1. Analyse des résultats.....	51
1.1. Manque de connaissances des médecins généralistes	51
1.1.1. Sur le développement typique de la communication et du langage de l'enfant.....	51
1.1.2. Des supports adaptés pour pallier le manque de connaissances	51

1.2. Manque de connaissances sur la communication gestuelle associée à la parole ...	52
1.3. Des a priori néanmoins positifs.....	53
1.4. Les raisons motivant le besoin de formation.....	54
1.5. La communication gestuelle associée à la parole jugée comme mineure	54
1.5.1. Pour plusieurs raisons.....	54
1.5.2. Les outils utilisés en première intention.....	55
1.6. L'outil de formation : caractéristiques à intégrer.....	56
2. Biais méthodologiques et limites de l'étude.....	57
2.1. Au sujet de l'échantillon.....	57
2.2. Au sujet de la méthodologie utilisée	58
2.3. Au sujet du traitement des données	60
3. Perspectives de l'étude.....	60
3.1. Application dans le domaine de l'orthophonie.....	60
3.2. Perspectives de recherche complémentaire	61
3.3. Perspective de création d'un outil de formation	62
Conclusion	63
Références bibliographiques	64
Sitographie	69
Annexes	70

Table des illustrations

Figure 1 : Organisation générale des études de médecine.....	25
--	----

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des participants	39
---	----

Introduction

La communication gestuelle associée à la parole, appelée aussi « bébé signe », arrive en France dans les années 2000, après quarante ans de recherches allogènes, mais ne fait pourtant pas l'unanimité. En effet, les études scientifiques sont peu nombreuses, pour la plupart étrangères et peu connues du grand public et des professionnels de santé. Pourtant grâce à ces recherches, conjuguées aux connaissances actuelles, nous pouvons penser que cette forme de communication apporte des intérêts multiples pour le développement de l'enfant, au niveau langagier, moteur, cognitif, socio-émotionnel et comportemental (L. P. Acredolo & Goodwyn, 2000; Bates et al., 1989; Bouhier-Charles & Companys, 2006; Goodwyn et al., 2000; Mueller et al., 2014; Vallotton, 2008).

Alors, les signes utilisés dès le plus jeune âge favoriseraient la communication parent-enfant mais également l'émergence de compétences comme le regard, l'attention conjointe ou l'imitation. Compétences qui se révèlent être nécessaires au développement du langage et de la communication du jeune enfant (Aubineau et al., 2015; Bruner, 1975; Kern, 2019).

Cependant, lors de nos expériences personnelles et professionnelles, nous avons recueilli certains propos tenus par des médecins spécialistes et généralistes qui nous ont interpellée et amenée à faire plusieurs constats. Tout d'abord, cette forme de communication est souvent méconnue, y compris des professionnels de santé ou de la petite enfance. Cette méconnaissance engendre alors des réticences profondes à utiliser cette forme de communication gestuelle, souvent assignée au handicap auditif ou intellectuel. L'incompréhension de son utilisation destinée aux bébés au développement neurotypique génère une impression d'inutilité et donc des conseils visant à dissuader son utilisation.

C'est la raison pour laquelle il nous a semblé intéressant d'étudier les besoins de formation des professionnels de santé vers lesquels les parents s'orientent pour aborder la thématique de la communication gestuelle associée à la parole pour leur enfant. Cela nous permettrait donc de mieux comprendre certaines conduites et opinions. Nous avons choisi de nous intéresser au médecin généraliste, figure emblématique du parcours de santé du jeune enfant, sollicité régulièrement par les parents et en mesure de répondre avec justesse, honnêteté et savoir sur des sujets divers. Nous avons exploré et analysé les connaissances apportées par la formation initiale et continue des médecins généralistes, qui semblent justifier des besoins de formations supplémentaires sur la communication gestuelle associée à la parole.

Ce mémoire a alors eu pour objectif de recueillir les besoins de formation des médecins généralistes sur la communication gestuelle associée à la parole dans le but d'évaluer la pertinence d'un outil de formation à leur destination et d'établir ses caractéristiques pour correspondre à leur profession et leurs besoins.

Partie théorique

1. Le développement typique de la communication et du langage chez le jeune enfant

1.1. Les compétences sociales

1.1.1. Prérequis à la communication

L'acquisition du langage chez l'enfant a fait l'objet de nombreuses recherches scientifiques. Plusieurs approches visent à expliquer cette émergence mais les recherches actuelles partagent le postulat de la présence de capacités générales cognitives et sociales. Ces capacités permettent à l'enfant de traiter ce qu'il entend et de faire des liens entre ses expériences vécues et son environnement qui jouent un rôle important dans la structuration des circuits neuronaux langagiers (Kern, 2019).

1.1.1.1. Les prérequis formels

L'acquisition du langage reposerait sur la présence de prérequis formels du langage et de prérequis socio-cognitifs que l'enfant développe au cours de sa toute petite enfance (Kisilevsky et al., 2009). Les prérequis formels renvoient aux théories innéistes développées par Noam Chomsky. Pour lui, « la structure universelle qu'il trouve dans l'organisation du langage est innée. Chaque être humain hériterait, grâce à son appartenance à l'espèce humaine, d'un dispositif qui prépare et permet l'acquisition des langues. » (Juignet, 2015). Ce dispositif serait, selon lui, une structure universelle interne, commune à tous qui permettrait de produire des phrases conformes aux règles grammaticales des langues (Paret, 1983).

1.1.1.2. Les prérequis socio-cognitifs

Les prérequis socio-cognitifs se construisent avec l'interaction sociale et la présence de l'autre et renvoient aux théories socio-constructivistes développées par Vygotsky. Le socio-constructivisme est une théorie de l'apprentissage qui souligne l'importance des interactions sociales et le rôle de la culture dans la création des connaissances (Vygotsky, 1978).

Ces interactions se mettent en place très tôt. En effet, le bébé possède dès la naissance des habiletés, qui sont le fruit des expériences in-utero d'échange avec sa mère et l'environnement extérieur. Il développerait alors des capacités de reconnaissance de sa langue maternelle selon des caractéristiques sonores comme le rythme et la prosodie (Kisilevsky et al., 2009). Cela lui permettrait aussi de révéler des capacités de segmentation propres à sa langue et indispensables pour la mise en place des composantes du langage afin de pouvoir le comprendre puis le produire.

Aux alentours de quatre mois, la vision du nourrisson arrive à maturité et lui permet ainsi d'initier, de contrôler, de maintenir et de suspendre des situations d'échanges sociaux grâce à son regard. Dès la naissance, les bébés ont une préférence pour les visages et particulièrement le regard de l'adulte (Brooks & Meltzoff, 2002, 2005). Les comportements étudiés de suivi du regard chez les bébés de dix-onze mois sont prédictifs d'une meilleure compréhension de mots à partir de dix-huit mois.

Le regard est indispensable pour le développement de l'attention conjointe qui repose sur celui-ci. L'attention conjointe correspond à « la capacité de l'enfant à partager un événement avec autrui, à attirer et à maintenir son attention vers un objet ou une personne dans le but d'obtenir une observation commune et conjointe » (Kern, 2019, p.59). Cette attention conjointe nécessite des mécanismes de compréhension de la part de l'enfant pour engager un comportement et le réguler selon le regard et le comportement d'autrui. Le bébé développe sa cognition sociale et cela marque alors ses premières intentions de communication. Progressivement il accompagnera l'attention conjointe de gestes (comme le pointage) et de vocalisations qui enrichiront ses interactions sociales et contribueront à l'entrée dans le langage et la pensée symbolique (Aubineau et al., 2015).

Dès la naissance, les bébés comprennent que leurs intentions de communication, actions, gestes, vocalisations ont un effet sur l'autre et sur l'environnement. Très tôt, ils se mettent déjà à imiter la sonorité, la mélodie des langues qu'ils entendent (Kern, 2019). Pour Bruner (1975), l'imitation témoigne d'une fonction d'apprentissage par observation de l'autre. Cette observation répond à la notion de « format » qui est « une situation à séquences de type intention-réalisation-feedback, au sein de laquelle interviennent deux types de communications (verbale et non-verbale). Le principe est le suivant : l'enfant observe ; en observant, il imite et en imitant, il apprend à parler en synchronie et à tour de rôle » (Kern, 2019). L'imitation est donc nécessaire pour développer le langage mais elle est aussi importante pour développer des compétences de communication qui se manifestent pendant les dix-huit premiers mois de vie. Les situations de jeux, d'échanges, notamment avec la mère qui souligne et encourage ce type d'intention, entretiennent et consolident ces schémas et permettent à l'enfant de former ses premiers apprentissages.

1.1.2. La communication gestuelle

La communication gestuelle du jeune enfant est tout aussi importante et prédictive de son bon développement et est en lien très étroit avec les prérequis socio-cognitifs à la communication. En effet, de nombreuses études vont en ce sens et notamment celle de Rowe et al., qui ont démontré que l'utilisation de gestes par l'enfant à quatorze mois est un facteur prédictif significatif de la taille du vocabulaire à l'âge de trois ans et demi. Les études de Rowe et al. qui ont suivi ont aussi révélé que la qualité des gestes réalisés prédisait la qualité lexicale puis syntaxique du langage de l'enfant.

Le geste de pointage réalisé avec une réelle intention de communication apparaît autour de douze mois pour la plupart des enfants (Vauclair & Cochet, 2016). Les gestes de pointage font partie des gestes déictiques et n'ont de sens seulement si le spectateur suit la trajectoire du geste (Goodwyn et al., 2000). Ils ont deux fonctions communicatives. Le pointage impératif traduit une demande, par exemple d'un objet désiré, auprès d'une autre personne. Le pointage déclaratif permet de partager l'attention avec autrui sur un objet ou un événement. C'est ce pointage qui est utilisé lors de l'attention conjointe.

Dans le développement gestuel de l'enfant, on retrouve aussi des gestes symboliques définis par certains auteurs. Tout comme les gestes déictiques, ils possèdent une fonction de communication mais portent leur signification dans leur forme et ont ainsi un aspect plus représentationnel (Goodwyn et al., 2000). Ces gestes se manifestent chez le bébé entre neuf et vingt-quatre mois, lorsque la fonction symbolique commence à émerger. De plus, il existe une corrélation positive entre la gestuelle symbolique et le développement verbal : plus les

enfants utilisent des gestes symboliques dans leur répertoire de communication à dix-neuf mois et plus leur lexique verbal est important entre dix-neuf et vingt-quatre mois, lors de l'explosion lexicale (Acredolo & Goodwyn, 1988; Acredolo & Goodwyn, 1985).

Nous pouvons constater que la communication gestuelle est présente naturellement dans le développement de l'enfant et qu'il la met en place spontanément pour communiquer.

1.2. Les interactions parent-enfant

1.2.1. La théorie de l'attachement

L'attachement est défini comme un lien émotionnel qui émerge au cours de la première année de vie dans des situations d'interaction entre un nourrisson et un ou plusieurs adultes significatifs, principalement la mère. Le lien affectif doit se traduire par le sentiment de sécurité ou de confiance que le nourrisson développe de lui-même. Ainsi, une relation dite « sécurisante » s'exprime par la recherche de la proximité de la figure d'attachement par l'enfant lorsqu'il se sent anxieux (Keller, 2018). Pour se développer, découvrir, apprendre, s'épanouir et explorer le monde qui l'entoure, le bébé doit nécessairement posséder des figures d'attachement, que sont, en règle générale, ses parents. Ces figures d'attachement se construisent grâce aux interactions, aux échanges, aux regards, à l'engagement et à l'accompagnement émotionnel de ces derniers auprès de leur enfant (Cassidy & Shaver, 2018).

1.2.2. Le développement des habiletés sociales

La relation de qualité créée avec les parents est tout aussi importante que les besoins vitaux pour se développer et former certaines habiletés. En effet, la qualité de l'attachement est supposée avoir des répercussions sur les habiletés socio-émotionnelles de l'enfant mais aussi sur d'autres aspects de son développement (Keller, 2018). Un enfant qui ne reçoit pas de réponses adaptées à ses besoins par sa figure d'attachement va montrer sa colère, sa tristesse, son incompréhension dans un premier temps pour faire réagir son interlocuteur. Si celui-ci ne répond pas, il entre dans un processus décrit par Kobak et al. de désespoir puis de détachement qu'il compare à un deuil profond chez l'adulte dans la mesure où l'enfant perd sa figure d'attachement. Il explique alors que plus tard, dans de nombreux cas, les réactions, les sentiments et les comportements problématiques lors des échanges sociaux résultent des perturbations de l'attachement lors de la petite enfance. Une habileté sociale est une compétence sociale, c'est-à-dire une compétence à mettre en œuvre avec une ou plusieurs autres personnes. Chaque habileté permet alors de percevoir et de comprendre le message de l'interlocuteur, de sélectionner une réponse adaptée au message et de l'exprimer par un moyen verbal ou non verbal de façon appropriée à la situation sociale (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011). Il est donc aisé de comprendre que la relation d'attachement sécurisée créée lors du développement de l'enfant entraînera des répercussions positives dans sa manière d'appréhender les relations sociales, de gérer ses émotions et son comportement dans le futur.

1.3. Les étapes du développement de la parole

1.3.1. Les organes phonatoires

L'acquisition de la parole et du langage nécessite une intégrité des organes phonatoires et de leur commande neuro-musculaire. À partir de la quatrième semaine de gestation, cinq arcs branchiaux vont se former pour plus tard devenir des nerfs, des muscles et des cartilages qui auront des fonctions bien précises comme la mastication ou la phonation. Chacun des cinq bourgeons formera les structures de la face et du palais, nécessaires à la parole. C'est d'ailleurs lors de cette phase de développement que certaines anomalies peuvent apparaître et ainsi créer des agénésies, malformations ou autres pathologies bucco-faciales (Tourrette & Guidetti, 2018). La formation des organes phonatoires commence donc lors du stade embryonnaire, se prolonge pendant le stade fœtal et n'est pas encore terminée à la naissance. Le larynx du nouveau-né est proportionnellement bien plus petit que celui de l'adulte, tout comme ses cordes vocales, parfois complètement recouvertes par les bandes ventriculaires qui sont plus volumineuses à la naissance. Le larynx est positionné très haut dans le cou du nouveau-né (entre les vertèbres C2 et C4), c'est d'ailleurs la raison pour laquelle il respire principalement par le nez et a la possibilité de téter et respirer en même temps (Chevaillier, 2013).

« Pour parler, l'enfant doit maîtriser son appareil vocal : il doit coordonner les mouvements du larynx, du voile du palais, de la mâchoire, des lèvres, de la langue en synchronisant activités respiratoire et vocale. Comme le bébé en naissant ne dispose pas d'un conduit vocal lui permettant ces activités, c'est seulement à 5 mois qu'il va maîtriser son activité respiratoire et son larynx comme un adulte » (Plaza, 2014).

1.3.2. Le développement de la parole sur le plan expressif

Le commencement de l'histoire articulatoire chez les bébés débute par leur premier cri, signe d'une « coordination complexe entre expulser l'air de leurs poumons, une tension dans les plis vocaux et une cavité buccale ouverte » (Kern, 2019). Les nourrissons vont poursuivre cette découverte pour s'en servir de moyen de communication en nuanciant les pleurs afin de provoquer des réactions chez leur entourage et ainsi répondre à leurs besoins primaires.

Entre sept et dix mois de vie, le bébé babille. Le babillage est une vocalisation qui combine des sons ressemblant à des voyelles et à des consonnes. Le babillage est dit « canonique » lorsque les syllabes sont rédupliquées (par exemple « papapa »), puis il devient diversifié lorsque les syllabes varient au cours de la séquence (par exemple « padimo ») (Kern, 2019). Le bébé découvre alors les points articulatoires de sa langue maternelle qu'il entend et voit depuis tout petit et précise progressivement son articulation grâce aux interactions linguistiques avec son entourage.

Les premiers mots apparaissent environ à un an. Leur production est une tâche difficile pour l'enfant. En effet, « en plus d'associer les mots aux référents, les enfants doivent exploiter leurs représentations perceptuelles du mot cible, construites à partir d'informations acoustiques et phonétiques détaillées, ainsi que des représentations motrices de ces mots, lesquelles sont construites à partir d'informations motrices et phonétiques détaillées » (Kern, 2019). Le répertoire phonétique de l'enfant se construit progressivement selon un ordre d'acquisition précis allant des consonnes occlusives antérieures non-voisées aux fricatives postérieures voisées (MacLeod et al., 2011; Yamaguchi, 2015).

Les recherches indiquent que l'enfant construit activement son système phonologique au cours de ses cinq premières années de vie en apprenant à contrôler sa langue, ses lèvres, son palais et l'ouverture de son pharynx en synergie avec sa respiration, et que ce développement se poursuit jusqu'à l'adolescence (Kern, 2019; Plaza, 2014).

1.3.3. Le développement de la parole sur le plan réceptif

Dès leur naissance, les nourrissons ont un attrait particulier pour la parole humaine plutôt que d'autres sons environnants (Vouloumanos & Werker, 2007). Cet intérêt pour la parole leur permet de construire d'ores et déjà leurs représentations phonologiques. En effet, le bébé préfère la voix de sa mère parmi d'autres (Mehler et al., 1978), et différencie sa langue maternelle des langues étrangères dès ses premiers mois (Nazzi et al., 1998). Cela montre qu'il identifie déjà des indices phonologiques et prosodiques précis dans le flux de parole entendu.

À six mois, le bébé identifie certains phonèmes de sa langue, d'abord les voyelles, puis les consonnes deux mois plus tard (Kern, 2019). À dix mois et demi, il a acquis assez d'indices prosodiques pour identifier les frontières des mots.

La compréhension lexicale commence entre huit et dix mois et s'accélère considérablement les mois suivants pour atteindre 500 mots à trente mois. Après deux ans, « les mots ont une fonction et une valeur stables dans la communication » car l'enfant a compris que les personnes, les objets, les situations, les actions, tout ce qui l'entoure peut être dénommé (Plaza, 2014).

Le développement de la parole est donc bien plus précoce en réception qu'en expression. C'est pourquoi des systèmes de communication ont été développés pour permettre aux enfants de communiquer et de s'exprimer autrement que par la parole.

2. La communication enrichie par les signes

2.1. Chez les enfants porteurs de troubles

Chez les enfants porteurs de troubles, la communication signée est un outil connu et reconnu auprès des professionnels, des familles et des patients. En effet, on parle des systèmes de CAA (Communication Augmentative et Alternative). Ces formes de communication sont « proposées au patient qui ne possède aucune parole, ou dont l'expression est inintelligible, ou bien encore dont les troubles spécifiques [...] sont si importants qu'ils l'empêchent d'atteindre un niveau efficace de communication. » (Brin, 2014). Les principaux outils de CAA qui utilisent la modalité gestuelle sont le FS (Français Signé) et le Makaton.

2.1.1. Le Français Signé

Le FS est un moyen de communication qui emprunte les signes de la LSF (Langue des Signes Française) en les associant à la langue française orale. À la différence du Français et de la LSF, le FS n'est pas une langue à part entière car il ne possède pas de syntaxe propre mais respecte celle déjà existante de la langue française orale en y intégrant les signes (Nader-Grosbois, 2020).

« Ce compromis peut être utile pour qu'entendants et sourds puissent communiquer, le lexique de la langue des signes étant plus facile à apprendre pour une personne entendante que la syntaxe de cette langue qui est assez différente de celle de la langue orale, puisqu'elle permet d'exprimer plusieurs choses simultanément. » (Brin, 2014)

Le FS est utilisé auprès d'enfants qui présentent des difficultés langagières en production ou en expression afin de présenter une bimodalité signes et oral pour augmenter le nombre de canaux de réception et de production (Roch & Urban, 2011).

2.1.2. Le Makaton

Le Makaton est également un moyen de communication augmentatif qui fait partie des systèmes de CAA.

Le programme Makaton a été créé en 1972 par Margaret Walker, orthophoniste au Royaume-Uni, et est arrivé en France à la fin des années 1990. Ce programme d'aide à la communication et au langage est constitué d'un vocabulaire fonctionnel divisé en plusieurs niveaux, et utilisé conjointement avec la parole, associée aux signes et/ou aux pictogrammes (Montoya & Bodart, 2009). En effet, la modalité orale sera toujours présente dans le Makaton et l'approche sera multimodale puisqu'on peut superposer de deux à quatre canaux de communication : la parole, les pictogrammes Makaton, les signes empruntés à la LSF et l'écrit.

Cette multimodalité a plusieurs avantages. Tout d'abord elle permet de pallier un déficit spécifique de la compréhension langagière par le renforcement sémantique (Aupiais, 2014). Les signes qui sont associés à la parole permettent d'améliorer la compréhension en isolant les mots de la chaîne parlée et en captant l'attention et le regard de l'interlocuteur. La multimodalité apporte aussi une certaine structuration du langage oral et écrit en développant la conscience lexicale et syntaxique. Elle améliore l'apprentissage et la mémorisation des mots. Enfin, elle favorise l'oralisation car « la proximité cérébrale de la zone gérant la motricité de la main et de la zone responsable de la motricité du visage et des lèvres pourrait expliquer la concomitance de l'émergence du geste et de la parole » (Grove cité dans Montoya & Bodart, 2009).

Le Makaton semble prouver son efficacité depuis quinze ans en France (Franc, 2010; Gasser, 2004). Le programme peut être, aujourd'hui, proposé à toute personne rencontrant des difficultés pour communiquer, des difficultés en compréhension ou toute difficulté en langage oral. Les personnes sourdes, les personnes présentant des polyhandicaps, les personnes porteuses de trouble du spectre de l'autisme, les personnes présentant des troubles sévères du langage et des dysphasies, les personnes présentant des troubles acquis du langage (aphasiques, traumatisés crâniens), les personnes présentant des handicaps physiques, ou encore les personnes présentant des troubles spécifiques des apprentissages pourraient adopter cette forme de communication et en tirer profit (Montoya & Bodart, 2009).

2.2. Chez les enfants au développement neurotypique

2.2.1. La communication gestuelle associée à la parole pour les bébés

Les origines de cette communication gestuelle remontent aux années quatre-vingt. Joseph Garcia, un Américain spécialiste de la langue des signes, a constaté chez les enfants

entendants de ses amis porteurs de surdité une communication plus précoce que chez les autres enfants de famille entendant, moins de pleurs et une relation d'attachement différente entre les parents et l'enfant. Il écrit une thèse sur le sujet à la fin des années quatre-vingt et développe un programme d'apprentissage des signes pour les bébés entendants, utilisant exclusivement les signes de la langue des signes américaine (American Sign Language ou ASL aux Etats-Unis). C'est le début de l'utilisation d'une communication gestuelle associée à la parole pour les bébés au développement neurotypique (Garcia, 1999).

En parallèle des recherches de Joseph Garcia, deux docteurs de l'université de Californie, Linda Acredolo et Susan Goodwyn, s'intéressent aussi à ce sujet. Elles remarquent tout d'abord, lors de leurs premières études, que les bébés utilisent spontanément des gestes pour pouvoir communiquer avant de pouvoir parler. Cette observation les mène à lancer un programme de recherche continu sur une vingtaine d'années et donne lieu à de nombreuses publications sur les effets de l'utilisation des signes (L. P. Acredolo & Goodwyn, 1985; 1988). Elles créent le programme « Baby Signs » en ajoutant une notion de simplification des signes de la langue des signes conventionnelle afin qu'ils soient plus accessibles d'un point de vue moteur et cognitif aux bébés (L. P. Acredolo & Goodwyn, 1985; 1988).

La communication gestuelle de manière générale est très populaire et très documentée aux Etats-Unis, alors les recherches, les ouvrages, les programmes se multiplient et les Américains y sont très sensibles et réceptifs. En France, le regard porté sur les signes est un peu plus réservé, c'est pourquoi il a fallu attendre le milieu des années 2000 pour observer l'émergence de cette forme de communication auprès des bébés entendants dans notre pays. Nathanaëlle Bouhier-Charles, après un séjour aux Etats-Unis, introduira cette forme de communication en France. C'est aux côtés de Monica Companys qu'elle va collaborer pour créer l'association *Signe avec moi* en 2006, rédiger un premier ouvrage du même nom dans la même année, puis un second en 2010, *Les bébés signeurs*, et ainsi promouvoir cette forme de communication auprès des français (Bouhier-Charles & Companys, 2006).

Aujourd'hui, en France, cette communication gestuelle associée à la parole, appelée aussi « bébé signe » se démocratise presque quarante ans après les premières recherches. Comme le FS ou le Makaton, cette forme de communication n'est pas une langue à part entière car elle consiste à signer certains mots, souvent les plus importants et porteurs de sens dans la phrase, en empruntant les signes de la LSF, en règle générale. Le signe doit être réalisé en même temps que le mot oral qui y est associé afin de faire du lien entre le signifiant (qui est ici une information visuelle et une image acoustique), et le signifié (le concept), étape obligatoire pour comprendre le sens des mots (Brandt, 2018). Enfin, ce mode de communication peut être proposé aux jeunes enfants pr verbaux, d s six mois, afin de leur donner la possibilité de communiquer autrement qu'avec la parole qu'ils ne maîtrisent pas encore (Plaza, 2014). Bien que son efficacité reste à prouver d'un point de vue scientifique, cette forme de communication permettrait d'aider au développement des prérequis énoncés précédemment. Par exemple le regard, davantage porté vers l'adulte pour observer les signes, l'imitation pour pouvoir le reproduire, ou encore l'attention conjointe qui font partie des prérequis essentiels au développement harmonieux de l'enfant. Cela permettrait également d'enrichir la relation d'attachement grâce aux échanges multipliés, partagés et variés entre l'enfant et ses parents.

2.2.2. Les réticences

Au vu de l'arrivée récente de la communication gestuelle associée à la parole en France, les données scientifiques énoncées proviennent majoritairement d'études effectuées aux Etats-Unis, au Royaume-Uni ou en Italie. En effet, en France, cette forme de communication pour les tout-petits ne fait pas l'unanimité. De nombreux mythes circulent sur la communication gestuelle associée à la parole, il est alors fréquent de lire ou d'entendre par exemple « les signes sont réservés aux sourds », « exposer l'enfant aux signes retarde l'apparition du langage », « pourquoi signer avec son enfant s'il n'a pas de handicap ? », « apprendre les signes prend trop de temps, autant pour l'enfant que pour son entourage » (Fauchier-Delavigne, 2023). Les professionnels formés et spécialisés dans ce domaine tentent alors de réfuter tous ces préjugés mais se heurtent souvent à des représentations sociales installées. En France, le rapport avec la surdité a toujours été quelque peu compliqué (Lamperier, 2012). En effet, dès l'Antiquité, la communauté sourde est isolée à cause de la communication gestuelle qui traduit un frein à la pensée et à la civilisation aux yeux des entendants. En 1880, alors que l'abbé de l'Épée avait œuvré pour l'institutionnalisation des sourds et les avait aidés à développer leur langue, le congrès de Milan signe une interdiction formelle de la LSF, au profit de l'oralisation. Cette interdiction durera jusqu'en 1977, après des années de lutte de la communauté sourde pour rétablir l'autorisation de la langue des signes et obtenir des droits au sein du pays. Depuis 1991, les parents d'enfants sourds ont le droit de choisir une éducation bilingue LSF-français (loi Fabius) mais les moyens manquent pour permettre un accès facile à la LSF lors de leur scolarité. C'est seulement en 2005 que la LSF a été reconnue comme une langue à part entière par le code de l'éducation (Bedoin, 2018).

En outre, il existe peu de recherches françaises qui ont étudié les répercussions des gestes symboliques chez les jeunes enfants français. Puis, les recherches étrangères publiées ne sont souvent pas exposées au grand public et de fait, les bénéfices avancés dans ces études ne sont pas prouvés scientifiquement, soit à cause des limites méthodologiques soit à cause de résultats non significatifs (Nelson et al., 2012). Malgré cela, les études suivantes ne rapportent aucune répercussion négative de l'utilisation des gestes symboliques sur le développement de l'enfant.

2.3. L'intérêt d'une communication gestuelle associée à la parole pour le développement global de l'enfant

2.3.1. Sur le plan langagier

Les intérêts de la communication gestuelle associée à la parole seraient multiples et pourtant souvent peu connus et mentionnés par les néophytes. En règle générale, le bénéfice le plus répandu aux yeux du grand public est celui qui porte sur le développement langagier. Cet intérêt a été développé au sein des études menées par Linda Acredolo et Susan Goodwyn dès la fin des années quatre-vingt. Celles-ci rapportent une corrélation significative entre les signes appris et utilisés par les parents auprès de leur enfant pendant toute la durée de l'étude (soit deux ans) et le stock lexical de l'enfant évalué à l'aide de tests standardisés à la fin de l'étude. En effet, les résultats montrent qu'à l'âge de deux ans, les enfants ont un vocabulaire plus proche des enfants de vingt-huit mois et à trois ans, leur vocabulaire est en moyenne similaire à un enfant d'un an de plus (L. Acredolo & Goodwyn, 1985 ; 1988; Goodwyn et al., 2000). Les limites de ces études portent sur la cohorte étudiée par les chercheuses. En effet,

la taille des échantillons est faible pour deux d'entre elles, la population n'est souvent pas représentative de la population américaine et certains biais de recrutement ont pu être identifiés. Ces limites ne permettent donc pas de généraliser et prouver les résultats scientifiquement malgré la significativité énoncée.

Une seconde étude réalisée par Bates en 1989 montre également de meilleurs résultats aux tests d'expression et de compréhension chez les jeunes enfants d'un an et demi ayant été exposés aux signes dès leurs huit mois.

Plus tard en 1994, une nouvelle étude expose les bienfaits de la communication gestuelle associée à la parole sur le développement langagier. En effet, les résultats obtenus à une épreuve de vocabulaire en image de Peabody sont significativement plus élevés chez les enfants ayant reçu un enseignement gestuel comparé au groupe témoin n'ayant pas reçu cet apprentissage. Les chercheurs concluent alors que la présentation multimodale (visuel, kinesthésique et oral) améliore le développement du vocabulaire de l'enfant (Daniels, 1994).

L'étude plus récente de Góngora & Farkas rapporte des résultats similaires ; selon eux, il existe une corrélation notoire entre le lexique gestuel et le lexique verbal. Mais l'échantillon étudié (douze dyades mère-enfant) interroge quant aux résultats avancés et les auteurs mentionnent des résultats qui ne sont pas significatifs pour certaines tranches d'âge et certaines conditions.

Aujourd'hui, de nombreux mémoires et thèses, en orthophonie et en sciences du langage, étudient cet aspect langagier.

Les études publiées sur le plan langagier révèlent des biais de représentativité et de conditions méthodologiques. En effet, les échantillons sont souvent trop faibles pour valider les études. La durée de certaines études (seulement quelques mois) ne permet pas de montrer de réelles évolutions significatives. Il serait plus pertinent d'observer le développement langagier sur le long terme. De plus, il aurait été opportun d'analyser des études plus récentes pour rendre compte de l'éventuelle évolution sur le long terme et de son inscription dans la société actuelle, mais aucune étude récente n'a été rapportée. En revanche, au vu des connaissances actuelles sur l'approche multimodale ainsi que l'exposition précoce et multiple aux signes, on pourrait tout de même penser que cette communication gestuelle associée à la parole permettrait un développement du langage plus harmonieux et plus qualitatif.

2.3.2. Sur le plan moteur

Les bienfaits d'une communication gestuelle associée à la parole ne se limiteraient pas seulement au développement langagier. Nous retrouvons dans la littérature scientifique des études démontrant également des capacités motrices plus développées et notamment de motricité fine. Le bébé est plus sensible à la découverte de son corps et à la prise de conscience de ce dernier. Plus il grandit et mieux il réalise les signes auxquels il a été exposé et dont il se saisit. Sa psychomotricité s'améliore et est exercée tout au long de l'utilisation des signes (L. Acredolo & Goodwyn, 1985).

En outre, lorsque l'enfant regarde l'adulte réaliser un geste, le système des neurones miroirs s'active (Rizzolatti et al., 2008). En effet, les aires motrices cérébrales spécialisées dans l'organisation et l'exécution de l'action vont s'activer simultanément chez celui qui fait l'action et chez celui qui l'observe (Benichou, 2011). L'enfant travaille alors ses schèmes moteurs grâce à la multicanalité offerte par la communication gestuelle associée à la parole.

Il est également important de souligner la proximité des aires motrices et des aires du langage dans le cerveau. En effet, lorsque les aires motrices s'activent, les aires du langage sont également stimulées. Ces dernières possèdent des propriétés motrices qui s'activent durant l'exécution des mouvements oro-faciaux mais aussi brachio-manuels et oro-laryngés (Benichou, 2011).

Ces données nous amènent à penser que la communication gestuelle associée à la parole apporte un intérêt sur le plan du développement moteur, aussi bien en motricité globale qu'en motricité fine, ainsi que sur le plan du schéma corporel.

2.3.3. Sur le plan cognitif

Aussi, l'apport d'une communication gestuelle associée à la parole permettrait de développer la fonction symbolique de l'enfant. En effet, de nombreux signes représentent le concept même du mot qu'ils traduisent et facilitent donc le lien avec le référent, en permettant à l'enfant de s'appuyer sur des aspects concrets d'un point de vue visuel et kinesthésique. Par exemple, le mot « chat » se signe en écartant trois doigts du visage, qui représentent les moustaches du chat. Le mot « boîte » est représenté par les mains parallèles, deux par deux pour symboliser un carré. La surcharge cognitive est donc moindre grâce au geste comparativement au signe linguistique totalement arbitraire qu'est le mot (Frak & Nazir, 2014).

De plus, une des études réalisées sur le long terme d'Acredolo et Goodwyn a permis de mettre en lumière un apport intellectuel. En effet, certains enfants qu'elles connaissaient déjà grâce aux précédentes recherches ont été revus à l'âge de huit ans et ont passé un test de QI (Quotient Intellectuel) évalué grâce au WISC III (Wechsler Intelligence Scale for Children). Les résultats montrent que le QI des enfants ayant été exposés à la méthode Baby Sign® mise en place par les chercheuses quelques années plus tôt, est plus élevé de douze points en moyenne par rapport aux autres enfants témoins qui n'ont jamais été exposés au programme (Goodwyn et al., 2000). En revanche, il est important de noter que les études sur le sujet de la communication gestuelle associée à la parole aux États-Unis sont, pour la plupart, réalisées par les mêmes chercheuses et leurs équipes et incluent les mêmes biais de recrutement. Les familles étudiées sont, pour la grande majorité, des familles au niveau socio-culturel moyen, acceptant de participer aux études et connues des chercheuses puisque ce sont souvent les mêmes familles qui sont étudiées pour les différentes recherches. Les résultats doivent donc être nuancés au vu des biais et limites identifiés.

D'un point de vue exécutif et mnésique, les enfants exposés aux signes auraient de meilleures capacités attentionnelles, visuo-spatiales, de discrimination visuelle et de mémoire spatiale (Capirci et al., 1998).

Enfin, nous pouvons penser que l'exposition à la communication gestuelle associée à la parole a un intérêt pour le développement cognitif, dans le sens où l'enfant est capable de reproduire dans l'espace un signe réalisé devant lui, tout en lui attribuant une signification symbolique.

2.3.4. Sur le plan socio-émotionnel et comportemental

Au-delà de tous les bienfaits déjà décrits, il existerait une corrélation entre l'utilisation précoce de gestes durant la petite enfance et le développement des concepts socio-affectifs plus tard. En effet, nous avons vu auparavant qu'utiliser les signes associés à la parole développe des

compétences symboliques, qui elles-mêmes permettent de développer des outils pour mieux comprendre le monde social au sein duquel l'enfant va évoluer (Vallotton & Ayoub, 2009).

L'utilisation des gestes symboliques permet aussi de mieux comprendre les concepts émotionnels, de favoriser l'expression des émotions puis de soutenir la compréhension de ses propres émotions et celles des autres (Vallotton, 2008).

L'enfant qui signe attire son interlocuteur sur ce qui l'intéresse vraiment, ce qu'il ressent, ce qu'il voit, ce qu'il souhaite. L'échange est fondé sur un sujet initié et choisi par l'enfant. Cela évite l'interprétation de l'adulte qui a tendance à reformuler les mots articulés approximativement par l'enfant préverbal. Il peut donc potentiellement créer des contresens, engendrer de l'incompréhension et de la frustration chez le bébé (Bouhier-Charles & Companys, 2006). Signer permettrait alors de réduire la frustration, autant chez l'enfant qui se sent compris que chez l'adulte qui parvient à le comprendre. Cela renforce la relation de confiance, de respect, de tendresse, d'écoute entre l'enfant et son parent comme l'ont observé Mueller et al. (2014).

3. Les médecins généralistes

3.1. Définitions et démographie

En 1972, la création de la WONCA (World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) a pour objectif de développer et de promouvoir la discipline de « médecine générale » aussi appelée « médecine de famille ». Elle réunit aujourd'hui plus de 500 000 médecins dans 110 pays. Il existe une WONCA France au sein de laquelle la France est représentée par le Collège de la Médecine Générale. En 2002, en collaboration avec l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la WONCA établit une définition de la médecine générale admise par les différentes organisations européennes, qui est la suivante : « Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de la discipline Médecine Générale. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leur patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par les contacts répétés. L'activité professionnelle des médecins généralistes comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Les médecins généralistes agissent seuls ou font appel à des professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Les médecins généralistes ont par ailleurs la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. » (Heyrman & Allen, 2002).

Au 1^{er} janvier 2022 :

- 197 511 médecins sont en activité régulière sur les 317 554 médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins ;

- 84 133 médecins en activité régulière sont spécialisés en médecine générale (soit 42,5 %) ;
- 27,1% des médecins généralistes ont plus de 60 ans et 27,4 % ont moins de 40 ans ;
- 8 682 médecins sont spécialisés en pédiatrie en 2022 en France. C'est la raison pour laquelle 85 % des consultations pédiatriques de ville sont réalisées par des médecins généralistes. Entre 0 et 11 mois, seuls 38 % des enfants sont suivis par des médecins pédiatres et ce pourcentage se réduit jusqu'à 16 % entre 1 an et 16 ans. (Arnault, 2022).

3.2. Formation des médecins généralistes

3.2.1. Formation initiale

Le contenu des enseignements de la formation initiale médicale est unifié en France afin d'assurer une cohérence entre toutes les facultés (Bulletin Officiel n°23 – 7 juin 2007). Cependant, l'organisation des UE (Unités d'Enseignements) et l'emploi du temps est propre à chaque université. Dans chacune d'entre elles, la formation médicale est divisée en trois cycles.

Le premier cycle, qui dure trois ans, comporte des enseignements transdisciplinaires avec certaines options d'enseignements spécifiques suivant les souhaits des étudiants. À la fin de ce cycle, l'étudiant a reçu principalement des enseignements de biochimie, de biologie, de médecine nucléaire, d'anatomie, de cytologie, de biophysique, de pharmacologie, de médecine d'urgence ainsi que des enseignements sur le droit, l'économie de la santé et sur les stratégies de l'interrogatoire médical et de l'examen clinique. À la fin de ce premier cycle, l'étudiant obtient le DFGSM (Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales).

Le deuxième cycle assure la formation médicale approfondie et passe en revue onze modules enseignés durant trois ans. Le module 2 est intitulé « De la conception à la naissance – Pathologie de la femme – Hérité – L'enfant – L'adolescent ». Au sein de ce module, nous pouvons trouver un certain nombre d'objectifs que l'étudiant doit atteindre. Parmi ces objectifs, il y a « Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal. Dépistage des anomalies orthopédiques, des troubles visuels et auditifs. Examens de santé obligatoires. Médecine scolaire. Mortalité et morbidité infantiles » et « Évaluation et soins du nouveau-né à terme » avec les sous-objectifs suivants « reconnaître les situations nécessitant une prise en charge spécialisée », « reconnaître et diagnostiquer une infection pendant le premier mois de vie », « promouvoir la qualité des premiers liens affectifs parents-enfant », « expliquer aux parents les bases de la puériculture et les informer des mesures de prévention à mettre en œuvre dans les deux premières années de la vie » (Nicoli, 2016b). Le module 3 intitulé « Maturation – Vulnérabilité – Santé mentale – Conduites addictives » dispense des enseignements sur le « Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence). L'installation précoce de la relation parents-enfant et son importance. Troubles de l'apprentissage » (Nicoli, 2016c).

À la fin du deuxième cycle, les étudiants passent l'ECN (Examen Classant National) obligatoire qui permet d'obtenir le DFASM (Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales) pour poursuivre les études médicales et intégrer le troisième cycle plus spécialisé. Ce dernier

cycle, qui s'étend entre trois et cinq ans selon les spécialités, permet d'obtenir un DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées). Avant 2005, le DES de médecine générale n'existait pas et était le choix par défaut des étudiants n'ayant pas eu la spécialité souhaitée à l'issue de l'ECN.

Lors de ce dernier cycle, les enseignements dispensés sont donc propres à la spécialité choisie par l'étudiant. L'internat de médecine générale est le plus court des DES, il dure trois ans et dispense environ deux-cents heures d'enseignement, l'essentiel de la formation étant la formation pratique effectuée lors des stages obligatoires. Ces stages doivent être effectués dans les domaines suivants : médecine adulte, médecine d'urgence, auprès de médecins généralistes agréés, pédiatrie ou gynécologie et médecine générale. Le domaine pédiatrique n'est pas obligatoire, et les derniers stages dépendent de ce que l'étudiant souhaite approfondir suivant son projet professionnel (Nicoli, 2016a). Ci-dessous, un schéma résumant les différents cycles des études de médecine (disponible via ce lien : <http://www.remede.org/documents/comment-s-organisent-les-etudes-de-medecine.html>).

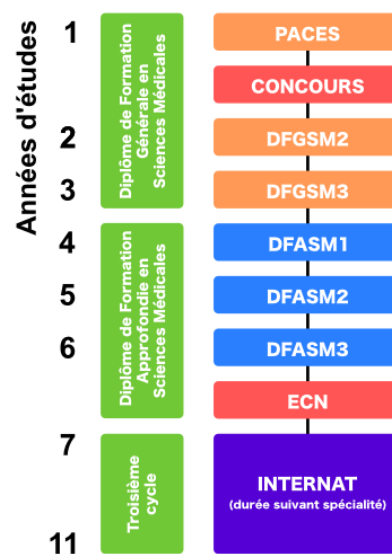


Figure 1 : Organisation générale des études de médecine

Nous n'avons trouvé aucun enseignement portant sur la communication signée lors de ces trois cycles.

3.2.2. Formation continue

Les médecins, tout comme les orthophonistes, ont pour obligation éthique de se former aux nouvelles techniques et approches conformément à l'article R4127-11 du code de la santé publique : « Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu ».

La FMC (Formation Médicale Continue) a été rendue obligatoire à la fin des années quatre-vingt-dix en France. Par la suite, en 2004, l'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) a vu le jour. Puis, depuis le 1^{er} janvier 2013, le DPC (Développement Professionnel Continu), qui regroupe les deux organismes précédents, dispense des programmes de formation validés par la HAS (Haute Autorité de Santé). Il propose des formations réglementées pour les

professionnels de santé, qui doivent suivre ce parcours spécifique pour remplir une obligation triennale. Or, d'après l'ANDPC (Agence Nationale du Développement Professionnel Continu), moins de la moitié des médecins ont respecté le DPC ces trois dernières années sans pour autant être sanctionnés. Cela signifie que lorsque de nouvelles recherches sont publiées, certaines formations peuvent être proposées sur ces recherches récentes, mais les médecins n'y ont pas forcément accès. De plus, les médecins généralistes ont libre choix dans les thèmes des formations qu'ils souhaitent suivre au cours de l'année, ils peuvent ainsi choisir d'approfondir toujours les mêmes thématiques sur des années consécutives.

Depuis 2009, le Collège de la Médecine Générale organise des rencontres régionales, à raison d'une par an, pour échanger sur des thématiques professionnelles régies par le Collège et des partenaires institutionnels comme Santé Publique France ou la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Nous n'avons pas trouvé de contenu de FMC portant sur la communication gestuelle associée à la parole. Les FMC portant sur le développement de l'enfant sont souvent axées sur la pathologie et particulièrement les pathologies orthopédiques.

Les médecins généralistes peuvent se former également grâce aux articles de revues spécialisées. En effet, ces derniers reçoivent parfois même gratuitement ces revues médicales qui leur permettent d'être sensibilisés à de nouveaux sujets, qui font état de nouvelles recherches universitaires. Cependant, au sein de ces revues, les thèmes sont souvent similaires et laissent peu de place à des articles traitant de la communication gestuelle ou du développement de la communication et du langage chez l'enfant. De plus, les quelques articles sur le sujet exposent des informations partielles et plutôt sommaires. Enfin, il est rare que les articles soient écrits par les orthophonistes eux-mêmes, ce qui augmente le risque de faire apparaître des informations erronées. (Mouranche, 2004).

Toutefois, ce devoir de formation s'organise car « le financement via le l'ANDPC se fait selon un forfait horaire avec une prise en charge de 21 heures annuelles de formation dont dix heures (au maximum) en non-présentiel (en e-learning, formation à distance) à raison d'une indemnisation de 45 euros par heure » (Nicoli, 2017). L'aspect financier doit donc être pris en compte par les médecins généralistes tout comme l'aspect temporel. Ces démarches peuvent rapidement devenir chronophages et cette tâche vient s'ajouter à un emploi du temps déjà bien chargé. En effet, les médecins travaillent en moyenne 55 heures par semaine (Biais et al., 2022).

3.3. L'impact du médecin dans les décisions parentales

3.3.1. Rôles et devoirs du médecin

Le médecin généraliste a pour devoir moral de respecter les valeurs énoncées lors du serment d'Hippocrate à la fin de ses études, qui s'inscrivent de manière légale au sein du code déontologique médical figurant dans le Code de la santé publique. Le rôle principal du médecin est indiqué dans l'article R4127-35 du code de la santé publique : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ».

Le médecin a un devoir de diagnostic auprès de son patient. Il doit donc utiliser et connaître des mesures et des outils adaptés pour élaborer son diagnostic. Il doit également entretenir de bons rapports avec les autres professionnels de santé et ainsi respecter l'indépendance professionnelle.

3.3.2. L'image du médecin dans les représentations sociales

Lorsqu'un parent doit consulter un médecin généraliste pour son enfant, il est tout d'abord confronté au manque de médecins spécialisés en pédiatrie comme vu précédemment. Il se voit donc souvent dans la nécessité de contacter un médecin généraliste. Pour d'autres parents, cela peut aussi être un choix de se tourner directement vers un médecin généraliste pour les consultations pédiatriques. Parfois, pour des raisons d'affinité et de confiance, car la relation thérapeutique est déjà créée avec un médecin de famille par exemple. Certaines études observent une relation thérapeutique entre le patient et son médecin particulièrement asymétrique, où le médecin aurait une place supérieure par rapport au patient. Tout d'abord à cause du savoir souvent exclusif du médecin, puis à la situation dans laquelle le patient se trouve lorsqu'il consulte (anxiété, méconnaissance, instabilité) (Castel, 2005). Certains patients avouent même apprécier cette asymétrie en y trouvant une sorte de figure paternelle rassurante auprès de laquelle ils acceptent d'être guidés et même dirigés (Dedienne, 2001).

Mais cette notion tend à se modifier avec le temps. En effet, le patient devient davantage acteur et la notion de partenariat entre lui et le médecin semble de plus en plus essentielle. Depuis une trentaine d'années, nous assistons à un renouveau dans la relation soignant-soigné et une vraie remise en cause « du paternalisme médical, marqué par une asymétrie majeure et une autorité attribuée et exercée par le médecin » (Haaser et al., 2020). Pour autant, les chercheurs alertent sur ce partenariat avec le patient, qui ne doit pas devenir un objectif à tout prix. Cela reviendrait à imposer l'implication du patient dans sa prise en soin et ne plus être à l'écoute de ses souhaits à un moment donné (Dayekh et al., 2022; Haaser et al., 2020).

Enfin, tant le partenariat avec le patient est important aujourd'hui, il existe un DU (Diplôme Universitaire) intitulé « Partenariat Patients » proposé aux professionnels de santé dont les médecins par l'université de Nantes (Bernault, 2023).

Un autre aspect plus cabalistique entre en jeu lors de la consultation médicale. Avant même que le médecin ait donné un quelconque médicament ou conseil à l'issue de la consultation, le pouvoir qui émane de lui, sa puissance scientifique et « cette figure mythique » à laquelle on l'associe peut créer un effet placebo chez certains patients. Le fait simplement d'aller chez le médecin, de lui parler, de lui montrer ses maux soignerait. Et c'est « parce qu'ils se reconnaissent dans cette figure et s'y identifient, que [leur] puissance symbolique va pouvoir atteindre le grand public » (Klein, 2014).

De manière générale, le médecin généraliste a une bonne image auprès de ses patients. En effet, il est considéré comme un professionnel complet, qualifié, autant dans le diagnostic que la prise en charge de la plupart des problèmes de santé. Il a une réelle image de conseiller mais aussi de psychologue grâce à l'écoute dont il fait preuve, source d'une relation thérapeutique de qualité. Même si sa reconnaissance s'est amoindrie ces dernières années, les patients reconnaissent les rôles et l'importance des médecins généralistes dans leur santé (Bonnet, 2008). C'est la raison pour laquelle nous sommes amenée à penser que le patient

pose facilement ses questions au médecin lors des consultations car il voit en lui une personne de confiance, honnête, possédant des savoirs et des compétences sur de nombreux sujets. Le patient est alors davantage enclin à accepter les réponses apportées par ce dernier, en lui donnant parfois une confiance absolue.

Problématique

1. Problématique

Le développement typique de la communication et du langage de l'enfant est complexe et renvoie à plusieurs compétences sociales. Certains prérequis, formels et socio-cognitifs, ainsi que les interactions parent-enfant sont nécessaires au jeune enfant pour développer une communication et un langage adaptés (Juignet, 2015; Kern, 2019; Vygotsky, 1978). Petit à petit, son corps évolue, ses organes changent, ce qui lui permettra ensuite d'acquérir la parole et ainsi communiquer avec les personnes qui l'entourent (Chevaillier, 2013; Plaza, 2014; Tourrette & Guidetti, 2018). Mais cette parole vient à l'enfant aux alentours d'un an, parfois plus tard et met plusieurs années à se mettre en place (Kern, 2019). Or, le bébé a déjà des capacités de compréhension du monde qui l'entoure, des mots qui lui sont destinés plusieurs mois avant d'acquérir la parole (Plaza, 2014).

Dans les années 1980, aux Etats-Unis, Joseph Garcia observe certaines différences, sur le plan langagier, social, émotionnel, comportemental, entre des enfants entendants nés de parents porteurs de surdité et des enfants entendants nés de parents entendants. Il voit un réel intérêt dans la communication signée, bien au-delà de l'aspect communicationnel, et décide alors de créer un programme d'apprentissage des signes pour les bébés entendants. C'est le début de la communication gestuelle associée à la parole pour les bébés au développement neurotypique (Garcia, 1999). En parallèle, des chercheuses américaines approfondissent ce sujet et entreprennent des études scientifiques sur les bienfaits apportés par cette communication gestuelle associée à la parole. Elles développent, au terme de ces recherches, un programme appelé « Baby Signs », afin de permettre aux enfants préverbaux de communiquer avec les gestes avant qu'ils ne puissent le faire avec la parole (L. Acredolo & Goodwyn, 1985, 1988; L. P. Acredolo & Goodwyn, 2000; Goodwyn et al., 2000).

La communication gestuelle associée à la parole, appelée aussi « bébé signe », arrive en France dans les années 2000. Mais elle ne fait pas l'unanimité. En effet, les études scientifiques sont peu nombreuses et sont pour la plupart américaines, anglaises ou italiennes. Pourtant à la lecture de ces recherches scientifiques et avec les connaissances actuelles, nous pouvons penser que cette forme de communication apporte des bienfaits multiples, au niveau langagier, moteur, cognitif, socio-émotionnel et comportemental (L. P. Acredolo & Goodwyn, 2000; Bates et al., 1989; Bouhier-Charles & Companys, 2006; Goodwyn et al., 2000; Mueller et al., 2014; Vallotton, 2008).

Il nous a donc paru pertinent de nous intéresser aux professionnels vers lesquels les parents s'orientent pour aborder ce sujet, solliciter leurs conseils, et qui seraient donc en mesure de leur répondre avec justesse, honnêteté et savoir. Après plusieurs recherches démographiques, nous avons déterminé comme population d'étude les médecins généralistes, qui semblent être les premières personnes ressources des parents. Nous avons alors étudié les connaissances apportées lors de la formation initiale et continue des médecins généralistes, portant sur le développement de la communication et du langage de l'enfant au développement neurotypique et la communication gestuelle associée à la parole. Nous avons constaté un apport modeste de connaissances, au cours de la formation initiale et continue des médecins généralistes, qui semble être insuffisant pour leur permettre d'être compétents et sereins lors des interrogations précises des parents sur les thématiques du développement typique de la communication et du langage du jeune enfant. Concernant la communication

gestuelle associée à la parole, aucune notion n'a été retrouvée au sein de la formation initiale et aucune formation continue n'a été recensée portant sur cette thématique.

Les éléments exposés dans notre partie théorique nous conduisent donc à la question de recherche suivante :

Quels sont les besoins de formation des médecins généralistes sur la communication gestuelle associée à la parole utilisée auprès des jeunes enfants au développement neurotypique ?

Méthodologie de l'étude

1. Caractéristiques générales de l'étude

1.1. Méthode de recueil de données choisie : les entretiens semi-dirigés

Notre question de recherche induit une méthode de recueil de données qualitative. En effet, nous cherchons à recenser les besoins des médecins généralistes que nous ne connaissons pas. Nous devons donc avoir la possibilité de poser des questions ouvertes pour obtenir ce type d'informations. Pour pouvoir recueillir ces données, nous avons fait le choix de réaliser des entretiens semi-dirigés.

Les informations recueillies nous permettront ensuite d'envisager la pertinence d'un outil de formation ou d'information à leur destination sur ce sujet, avec des données sur les éléments à y faire apparaître.

1.2. Caractéristiques intrinsèques de l'enquêteur

Cette recherche qualitative est menée dans le cadre de notre mémoire de fin d'études d'orthophonie, suivies à l'Université de Limoges, au sein de L'ILFOMER depuis 2018. Nous effectuons cette enquête en qualité d'étudiante en cinquième et dernière année d'orthophonie et nous ne détenons aucun titre académique au moment de cette recherche. Aucune expérience telle n'a pu être réalisée auparavant.

2. Population cible

2.1. Critères de sélection

Pour réaliser notre recherche, il nous a paru intéressant d'échanger avec des médecins généralistes afin de connaître leur perception de l'état de leurs connaissances et de leurs besoins. Cela nous permet d'être au cœur de notre recherche en nous entretenant pendant plusieurs minutes avec eux.

Pour recruter notre population nous avons défini deux critères d'inclusion :

- Être titulaire d'un DES de médecine générale ou d'une autorisation d'exercice en médecine générale
- Exercer actuellement la médecine générale auprès de jeunes enfants, entre autres.

Nous avons également défini un critère d'exclusion :

- Avoir suivi un DU avec des contenus centrés sur le développement, la communication et le langage de l'enfant.

2.2. Recrutement de la population

Nous avons débuté le recrutement le 22 novembre 2022 et nous l'avons clôturé le 19 février 2023. Pour recruter notre population, nous avons adopté plusieurs pratiques.

Dans un premier temps, nous avons utilisé une pratique de recrutement direct en appelant des médecins généralistes par téléphone. Dans le cadre de cette première pratique, nous connaissions donc seulement l'identité et la ville d'exercice des médecins. Nous expliquions notre démarche, l'objet de notre étude, et la raison pour laquelle nous cherchions à nous entretenir avec des médecins généralistes.

Tout au long du recrutement, nous avons précisé, à notre population, notre objet d'étude ainsi : « Les besoins de formation des médecins généralistes sur des thématiques centrées sur le jeune enfant ». Puis notre démarche de cette façon : « Je réalise un travail de recherche qui fera l'objet d'un mémoire de fin d'études à la fin de l'année scolaire, pour lequel j'ai besoin d'échanger avec des médecins généralistes sur leurs perceptions de leurs besoins », avec de légères variations selon les appels bien entendu. Nous indiquions ensuite les modalités de ces échanges lorsque la personne paraissait intéressée et nous demander de préciser. Nous n'avons jamais amené le terme de « communication gestuelle associée à la parole » ou de « bébé signe ».

Nous avons adopté une deuxième stratégie, le recrutement direct planifié. À la fin du mois de novembre, nous nous sommes déplacée dans certains cabinets médicaux ciblés à l'avance. Pour ce faire, nous avons demandé au préalable à des étudiantes de notre promotion d'orthophonie, les contacts de leur médecin personnel. Cela nous a permis d'avoir en amont d'autres informations, que nous n'avions pas lors des appels téléphoniques au hasard, comme l'âge et le sexe. Nous avons ainsi identifié quatre cabinets médicaux transmis par les quatre seules étudiantes ayant communiqué les identités de leur médecin. Avant de quitter chaque cabinet, nous laissions une infographie aux secrétaires médicaux, afin qu'ils puissent transmettre notre demande via ce support aux médecins concernés, ainsi qu'aux autres médecins du cabinet. Nous avons créé cette infographie auparavant sur le site Canva®, celle-ci est proposée en annexe I. Le troisième cabinet auquel nous nous sommes rendue n'avait pas de secrétaire médical. Nous avons alors expliqué notre démarche, notre objet d'étude ainsi que notre demande directement au médecin généraliste. Ce médecin nous a alors proposé un rendez-vous la semaine suivante, de trente minutes, pour honorer un entretien dans le cadre de notre étude. Au vu du temps attribué à cette troisième visite, nous n'avons pas pu nous rendre au quatrième cabinet médical ciblé en amont ce jour.

Nous avons également adopté une pratique de recrutement indirecte. En effet, nous avons envoyé notre demande, accompagnée de l'infographie sur la boîte email du Conseil National de l'Ordre des Médecins, ainsi que celles des conseils régionaux du Centre-Val de Loire et de la Nouvelle-Aquitaine et celles des conseils départementaux du Cher, de la Corrèze, de la Dordogne, du Loir-et-Cher, de l'Indre-et-Loire, de la Haute-Vienne, de l'Allier, de la Creuse et de la Vienne. Toutes ces zones géographiques ont été choisies pour augmenter les chances de rencontrer les médecins généralistes en présentiel. Le courriel qui a été envoyé aux conseils est proposé en annexe II. Nous avons trouvé les adresses électroniques des différents conseils sur un annuaire en ligne, disponible sur le site internet suivant : www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins, répertoriées sur un annuaire. À la suite de cette approche, nous avons obtenu trois réponses, par courriel : celle du conseil départemental de l'Allier, celle du conseil départemental de la Vienne et celle du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les réponses du conseil national et du conseil départemental de la Vienne n'ont pas permis de poursuivre notre recrutement, ces dernières se trouvent en annexe III et IV. En revanche, la réponse du conseil départemental de l'Allier nous a permis de publier notre demande de recrutement sur le site internet et ainsi étendre notre requête : <https://conseil03.ordre.medecin.fr/content/publications-1>.

Enfin, mi-décembre 2022, nous avons mis en place une nouvelle méthode : le recrutement par entremise d'un tiers ayant un lien de dépendance ou d'autorité avec les personnes visées par le recrutement. Cela nous a amenée à solliciter notre entourage, professionnel et personnel, afin d'obtenir des contacts de médecins généralistes, plus ou moins proches d'eux et qui seraient susceptibles d'accepter notre demande. Dans le cadre de cette démarche, nous avons la possibilité de connaître des informations personnelles comme le sexe, l'âge, le lieu d'exercice et si ces derniers intégraient bien nos critères de sélection. Cela nous a permis de faire varier certaines caractéristiques de nos participants qui nous semblaient utiles pour l'analyse de données a posteriori. Nous avons ainsi pu obtenir six contacts. Nous avons exclu deux des dix personnes car elles avaient des caractéristiques très semblables aux premiers participants et à ce stade de notre recherche, nous aurions voulu échanger avec des participants ayant des profils variés. Nous avons contacté par courriel trois de ces six personnes à plusieurs semaines d'intervalle, afin de connaître leur réponse et ainsi ajuster notre population en fonction des premiers participants.

L'échantillonnage a donc été réalisé de manière planifiée et dirigée, en utilisant quatre pratiques de recrutement différentes. Nous avons recruté des participants que nous ne connaissions pas antérieurement, et avec qui nous n'entretenions aucun lien lors de ce travail de recherche. Dès le début de notre recrutement, nous avons apporté les informations suivantes à chaque participant :

- Notre nom et notre prénom ;
- Notre qualité d'étudiante en orthophonie ;
- La ville où nous suivons ces études, Limoges ;
- La façon dont nous avons obtenu leur adresse électronique, leur contact ;
- Notre cadre de recherche : le mémoire de fin d'études ;
- Notre sujet de recherche, en prenant soin de ne pas aborder celui-ci avec des termes se rapportant à la communication gestuelle associée à la parole. Nous avons évoqué notre sujet avec les termes suivants : « les besoins de formation des médecins généralistes sur des thématiques centrées sur le jeune enfant » ;
- Notre méthode pour recueillir nos données, ici les entretiens semi-dirigés ;
- Le temps dont nous aurions besoin pour la réalisation de ces entretiens, entre 30 et 45 minutes ;
- Les modalités pour réaliser notre méthode de collecte de données, c'est-à-dire les dates du recrutement (de novembre 2022 à janvier 2023) ainsi que les conditions (en présentiel ou en distanciel), selon les disponibilités de chacun pour ne pas restreindre leur participation malgré la distance géographique ;
- Les critères d'inclusion et d'exclusion pour participer à la recherche ;
- Nos informations personnelles comme notre numéro de téléphone et notre adresse électronique, soit en amont, soit consécutivement à notre rencontre.

Ces informations ont été rappelées au début de chaque entretien.

Pour organiser notre recrutement, nous avons tenu à jour notre carnet de mémoire, au sein duquel nous traçons toutes les informations, les nouveautés, les idées, l'avancement de l'état du travail, les rendez-vous et les démarches effectuées ou à effectuer. Et ce depuis l'origine

du travail de recherche. De surcroît, pour le recrutement de notre population exclusivement, nous avons utilisé un tableur Excel®, qui nous permettait de mettre à jour la liste des personnes contactées, en mentionnant celles qui avaient répondu à notre demande et la réponse apportée. Cela nous a permis de recenser les médecins généralistes sollicités, les refus et les acceptations afin de ne pas recontacter les mêmes et perturber notre recrutement.

3. Méthodologie de l'entretien semi-dirigé

3.1. Elaboration du guide d'entretien

3.1.1. Elaboration

L'élaboration du guide d'entretien a débuté dès le mois de novembre, en parallèle du recrutement, afin que ce guide soit prêt et validé par notre directrice de mémoire pour le premier entretien.

Pour l'élaboration de ce guide, nous avons dans un premier temps déterminé les grands thèmes, en nous appuyant sur les éléments théoriques, notre question de recherche et les informations qui nous intéressent pour répondre à celle-ci. Cette projection initiale a mené à cinq thèmes différents. Nous avons ensuite retravaillé ces thèmes pour les regrouper en trois thèmes finaux :

- **Le développement de la communication et du langage de l'enfant** : cette partie a pour objectif de récolter des informations sur le rôle du médecin généraliste, les éléments d'appui actuels auxquels il a recours, ses ressentis et sa perception de l'état de ses connaissances sur le sujet ;
- **La communication gestuelle associée à la parole chez le jeune enfant tout-venant** : les questions posées au sein de ce thème permettent de recueillir des données relatives à l'expérience du participant sur la communication gestuelle associée à la parole, sa perception de l'état de ses connaissances actuelles sur ce sujet, les éléments d'appui dont il dispose, ses ressentis sur son sentiment d'efficacité et ses besoins éventuels ;
- **La création d'un outil de formation ou information** : cette dernière partie vise à obtenir des éléments quant à la pertinence d'une formation sur ces sujets ainsi que les caractéristiques à intégrer dans la création d'un outil ou d'une formation.

Nous avons également intégré une partie « introduction », dans le but d'initier notre échange progressivement, de rassurer notre interlocuteur et d'obtenir des informations factuelles sur son exercice auprès des jeunes enfants.

Au sein de chaque partie, nous avons élaboré des questions ouvertes pour pouvoir collecter ces informations auprès de chaque participant. Ces questions sont destinées à structurer l'entretien, sans pour autant le diriger, afin de laisser à l'interlocuteur la liberté de s'exprimer sur un sujet donné. Seule la partie « introduction » présente des questions fermées, car celle-ci sert davantage de prologue à notre échange et permet d'installer la relation entre le participant et nous-même. Nous avons pris soin de rédiger chaque question afin de faciliter l'échange et présenter les sujets de façon similaire à tous les participants.

3.1.2. Phase de pré-test et validation

À la suite de l'élaboration de cette première version du guide d'entretien, nous l'avons soumise à notre directrice de mémoire, Madame Emilie Bernard, pour une relecture. Cela a conduit à quelques ajustements comme la modification de certaines tournures de phrases, à préciser certains termes et à restructurer l'ensemble du guide d'entretien pour qu'il soit plus fluide. Nous avons également fait relire notre guide d'entretien à une tierce personne, extérieure à la recherche, de notre entourage, n'ayant aucune connaissance sur le sujet et n'ayant pas suivi de formation médicale ou paramédicale. Cette relecture nous a permis de vérifier la clarté de nos questions sur la forme sans se soucier du fond.

Fin novembre, après la validation de notre guide auprès de notre directrice de mémoire, nous avons décidé de réaliser un pré-test d'entretien. Pour cela, nous nous sommes exercée auprès de deux personnes. Un homme enseignant ayant eu deux enfants et une mère de deux enfants également, cadre. Les deux interviewés se sont mis dans la peau d'un médecin généraliste afin de simuler au mieux la situation et de permettre de développer un minimum les échanges. Cet exercice nous a permis de modifier, une dernière fois, le guide d'entretien en ajoutant des détails lorsque certaines questions n'étaient pas comprises comme nous le souhaitions. Puis nous avons également supprimé une question, qui nous a semblé superflue lors de l'exposition de celle-ci, et nous avons ajouté une nouvelle question concernant la mise en place de moyens post-consultation. Cela a permis un entraînement à la technique de l'entretien semi-dirigé en général, les types d'échanges qui en découlent et le temps approximatif de celui-ci : environ 25 minutes.

Nous avons ainsi effectué les dernières modifications et abouti à notre guide d'entretien finalisé le 28 novembre 2022. Cette version finale est présentée en annexe V.

3.2. Déroulement des entretiens

La prise de contact avec les quatre participants a été différente, puisque nous avons été à la rencontre de l'un des participants, alors que les trois autres ont été contactés par courriel. Néanmoins, chaque participant a reçu les mêmes informations avant l'entretien, lors du recrutement, qui lui ont aussi été rappelées au début de celui-ci. En amont des entretiens, nous avons transmis aux participants, soit en main propre, soit par courriel, un document permettant d'attester de leur consentement éclairé de participation et de leur autorisation d'enregistrement audio et/ou vidéo ainsi que de l'exploitation des données enregistrées, présenté en annexe VI.

La passation des entretiens s'est étendue sur un mois et demi environ. Le premier entretien a été réalisé le 1^{er} décembre 2022 et le dernier le 17 janvier 2023. La moyenne de la durée des entretiens est de 23 minutes et 16 secondes, avec une grande disparité entre le premier entretien, le plus court, de 13 minutes 44 secondes et le dernier entretien, le plus long, de 33 minutes et 33 secondes.

Le cadre de la collecte des données diffère selon les participants et relève de la proximité géographique et de leurs préférences. Nous avons toujours proposé les deux modalités : distancielle et présentielle, et laissé le choix aux participants. Lorsque la modalité distancielle se présentait, nous avons là encore laissé le choix entre l'appel téléphonique et l'appel en visioconférence. Dans ces conditions, nous avons donc trois cadres de recueil différents. Lorsque les participants ont choisi la modalité par visioconférence, nous avons réalisé les

entretiens via l'application Skype®, afin de ne pas avoir de limite de temps pour échanger. En effet, nous avons pensé à l'application Zoom®, mais nous sommes contraints de relancer une session au bout de 40 minutes, ce qui peut potentiellement interrompre la conversation ou bien contraindre nos interlocuteurs dans leurs déclarations. Lors des quatre entretiens, aucune autre personne n'était présente, hormis le participant et nous-même. Pour les entretiens à distance, nous avons toujours été à notre domicile, seule et aucun des entretiens n'a dû être interrompu pour une quelconque raison, informatique, de liaison, une perturbation extrinsèque ou intrinsèque.

Nous avons adopté la même procédure pour tous les entretiens. Nous commençons toujours par un instant de remerciement. Ensuite nous rappelions au médecin brièvement notre identité, notre condition actuelle en donnant davantage de détails sur notre cursus scolaire. Puis nous abordions notre objet d'étude et la présentation de notre recherche. Pour cela, nous précisions la raison pour laquelle nous nous entretenions, tout en maintenant le thème des « besoins de formation de médecins généralistes sur des thématiques centrées sur le jeune enfant ». Nous avons rassuré nos participants en indiquant que l'objectif de notre échange était de partager ce qui leur semblait pertinent et que nous étions intéressée par cela. Nous avons également rappelé les règles de confidentialité, déjà évoquées auparavant et acceptées par nos participants via le document de consentement éclairé. Cela semblait favoriser la relation de confiance et instaurer un climat de tranquillité pour l'entretien. Puis, nous demandions toujours au médecin quelles étaient ses questions avant de débiter l'entretien et nous l'informions, enfin, du début de l'enregistrement.

Lors de l'entretien, nous posions donc les quelques questions fermées, permettant d'introduire l'échange et d'apaiser les participants. Puis nous abordions nos différents thèmes au moyen de questions ouvertes rédigées à l'avance et posées comme telles lors de l'entretien, ou bien modérément modifiées pour s'harmoniser avec les précédents échanges. Nous avons également, quelquefois, omis certaines questions volontairement, car la réponse nous avait déjà été apportée auparavant. Tout au long des entretiens, nous avons pris soin d'adopter une certaine neutralité quant aux propos, une objectivité et une écoute active afin de maintenir l'échange et la relation. Puis, nous avons étayé la conversation grâce à l'utilisation de techniques comme la reformulation, la relance, les silences, les attitudes non-verbales (hormis pour l'entretien téléphonique) et la clarification. Une fois tous les thèmes abordés et les questions posées, nous informions notre interlocuteur que nous avions toutes les informations nécessaires et que nous mettions un terme à l'enregistrement. Enfin, pour clôturer notre échange, nous demandions quelles étaient leurs questions, parfois cela nous amenait à déclarer notre cadre théorique pour étayer la discussion et informer le participant.

Immédiatement après l'entretien, nous prenions un temps pour reporter la durée de celui-ci, les conditions d'enregistrement, les données administratives anonymisées et les questions abordées à la fin de l'échange.

3.3. Recueil des caractéristiques

Les caractéristiques précises de nos participants avant l'entretien nous étaient inconnues. En effet, nous savions uniquement leur sexe, leur nom et prénom et la zone géographique, parfois imprécise, de leur lieu d'exercice. Nous avons souhaité maintenir ce niveau de connaissance tout au long de l'entretien, afin de ne pas influencer nos réponses ou réactions en fonction des caractéristiques intrinsèques de l'interviewé. En outre, nous avons demandé de préciser

certaines informations personnelles à la toute fin de l'entretien, après avoir éteint l'enregistrement. Le document que nous remplissions est disponible en annexe VII. Celui-ci rassemble plusieurs renseignements, qui nous apparaissaient intéressants, pertinents et nécessaires de connaître pour l'analyse des données par la suite.

4. Traitement des données recueillies

4.1. Enregistrements et transcriptions

Nous avons enregistré chacun des entretiens, quelle que soit la modalité de celui-ci, avec l'accord de chacun de nos participants. Un seul entretien par participant a été réalisé, nous avons donc quatre enregistrements. L'entretien en présentiel a été enregistré avec le dictaphone d'un téléphone portable de marque Samsung®, avec la fonction « entretien », qui permet d'enregistrer les deux voix des interlocuteurs de façon claire, sans chevauchement. Lors de l'écoute de cet entretien, nous avons la possibilité de sélectionner une des deux voix et de la mettre en silence tout au long de l'enregistrement, afin de faciliter sa transcription. Pour l'entretien téléphonique, nous avons utilisé notre téléphone portable pour l'appel, nous avons donc dû enregistrer avec un autre support. Le microphone de notre ordinateur personnel de marque Asus® a été utilisé, ainsi qu'un autre téléphone portable (nous appartenant également auparavant), de la marque Apple®. Nous avons choisi de doubler les modalités de saisie, au vu des conditions d'enregistrement, car la voix de notre interlocuteur était en haut-parleur. Nous avons au préalable testé cette disposition avec un de nos proches afin de s'assurer de la bonne captation de la voix et de la faisabilité de la transcription de celle-ci. Pour les deux entretiens via la plateforme Skype®, ces derniers ont été directement enregistrés grâce à cette application, de manière audio et vidéo, tout en doublant l'enregistrement grâce à notre téléphone portable, au cas où un problème technique lié à la plateforme se produirait. Les enregistrements ont été immédiatement placés au sein d'un dossier sécurisé par un code secret sur notre ordinateur, et renommés par les prénoms anonymisés et le numéro de l'entretien. Pour réaliser l'anonymisation des prénoms, nous avons utilisé un générateur de prénom de même classe sociale disponible via ce lien : <https://coulmont.com/bac/>. Ce site a été créé par Baptiste Coulmont, sociologue, professeur à l'École normale supérieure Paris Saclay et chercheur à l'Institut des sciences sociales du politique, et nous a permis de modifier les prénoms de nos participants sans être influencée intrinsèquement.

Pour la transcription de nos entretiens, chaque enregistrement a été lu sur le logiciel multimédia VLC®, qui propose une fonctionnalité permettant de ralentir la lecture de la bande son, ce qui a facilité la transcription. Nous avons transcrit fidèlement et exactement tous nos entretiens sur le logiciel de traitement de texte Word®, en adoptant toujours le même modèle, contenant les informations essentielles en tête du document. Un exemple de ces transcriptions peut être consulté en annexe VIII.

Nous avons demandé à tous nos participants s'ils souhaitaient consulter la transcription de leur entretien afin d'y apporter des commentaires ou des corrections si besoin.

4.2. Analyse des données

Nous avons été la seule personne à avoir codé les données des entretiens, sans l'aide d'aucun logiciel. Nous avons ainsi procédé à une analyse déductive et inductive de manière à produire une analyse mixte qui nous semblait la plus complète.

Nous avons tout d'abord procédé à une analyse déductive. C'est-à-dire que nous avons identifié, dès le mois de novembre, en amont des entretiens, des catégories fondées sur les apports scientifiques et théoriques que nous avons lus. Cela nous a permis d'élaborer plusieurs codes, sur des thèmes prégnants. Nous avons ensuite sélectionné des extraits de verbatims, entretien par entretien, correspondant aux différents codes, en les intégrant à notre tableau. La grille d'analyse déductive de l'entretien 4 est présentée en annexe IX.

Puis nous avons utilisé l'analyse inductive en lisant de manière approfondie chaque transcription, afin d'en extraire des éléments que nous n'avions pas anticipé. Pour cela, nous avons regroupé tous nos codes dans un tableau en y ajoutant les nouveaux codes en rouge et en regroupant tous les extraits de verbatims de chaque entretien. Cela nous a permis de dégager les informations recueillies et d'avoir une autre lecture, plus globale, selon tous les codes définis. En effet, nous avons une vue d'ensemble sur nos entretiens, nous pouvons constater les proportions des extraits de verbatims selon les codes. Un extrait du tableau de l'analyse inductive est proposé en annexe X.

Ainsi, grâce à cette méthode d'analyse mixte, nous avons pu croiser des données de la littérature et des données de terrain pour la création de notre grille de codage. Nous avons alors rassemblé, sélectionné et organisé tous les codes définis parmi des thèmes, que nous avons ensuite regroupés au sein d'un tableau d'analyse.

Cette démarche nous a permis d'extraire des données sur les thèmes suivants :

- **La perception de l'état des connaissances des médecins généralistes** : sur le développement typique de la communication, du langage et sur la communication gestuelle associée à la parole et ses intérêts ;
- **Les a priori sur la communication gestuelle** ;
- **Les raisons qui motivent leurs besoins de formation** ;
- **Les sources d'informations qui seraient consultées en première intention** ;
- **Les origines pouvant expliquer certains besoins** : sur le développement de la communication, du langage et sur la communication gestuelle ;
- **Les caractéristiques à intégrer dans un outil** : concernant sa temporalité, sa forme, son contenu et son accessibilité.

Présentation des résultats

1. Echantillon de l'étude

1.1. Recrutement et modalité de passation selon les participants

Nous avons réalisé quatre entretiens. Le premier participant a été recruté grâce au recrutement direct planifié et l'entretien s'est déroulé en face à face. Les trois autres participants ont été recrutés grâce au recrutement par entremise d'un tiers ayant un lien de dépendance ou d'autorité avec les personnes visées par le recrutement. Le deuxième entretien a été réalisé par téléphone et les deux derniers participants ont choisi la modalité par visioconférence.

1.2. Caractéristiques des participants

Le tableau suivant présente les caractéristiques socio-démographiques des participants.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

<i>Participant</i>	<i>Age</i>	<i>Sexe</i>	<i>Année d'expériences</i>	<i>Population de la ville d'exercice</i>	<i>Nombre d'enfant</i>	<i>Age du/des enfant.s</i>
P1	> 50 ans	Femme	> 30 ans	Entre 100 000 et 150 000	1	26 ans
P2	Entre 30 et 50 ans	Homme	< 5 ans	Moins de 5000	0	/
P3	Entre 20 et 30 ans	Femme	< 5 ans	Entre 5000 et 50000	1	15 mois
P4	Entre 30 et 50 ans	Homme	Entre 10 et 20 ans	Entre 5000 et 50000	1	5 ans

2. Résultats présentés par thématique

L'analyse réalisée des données recueillies a permis d'extraire plusieurs résultats répartis en sept thèmes principaux. Certains sous-thèmes ont aussi pu être détaillés selon les données collectées.

2.1. Perception d'un manque de connaissances

Le premier thème recense la perception de l'état des connaissances des médecins généralistes et plus précisément une perception d'un manque de connaissances. Nous avons tout d'abord souhaité discuter de leur perception de leurs connaissances concernant le développement typique de la communication et du langage de l'enfant, ainsi que sur la communication gestuelle associée à la parole. Pour ce deuxième thème, central à notre recherche, nous avons extrait des résultats plus précis énoncés par nos participants, répartissant des données sur l'aspect langagier, cognitif et psycho-comportemental.

2.1.1. Sur le développement typique de la communication

Au vu de la distinction faite par les participants, ayant exprimé des éléments différents, nous avons distingué la communication du langage.

Concernant la communication, trois des participants ont exprimé des difficultés lorsque cette thématique est abordée durant les consultations. Deux d'entre eux mentionnent un manque de connaissances expliqué par la formation initiale et continue : « *Oui. Parce qu'on est allés un peu les chercher hein, parce que dans notre cursus euh... c'était pas vraiment évident* » (E1), « *Sur la communication au sens large, alors on va être un peu plus en difficultés parce que c'est, c'est souvent, alors soit va y avoir des pathologies, enfin des pathologies, mais des problèmes qui sont plutôt d'ordre relationnel, dans la relation parent-enfant, ou avec son entourage etc. qui va entraîner des troubles de la communication. Mais là-dessus on n'est pas, enfin moi je suis pas très bien formé...* », « *Donc là, ça va être plus au feeling et sans avoir d'argu-, de, de, de connaissances solides finalement, sur tout ce qui va être la relation voilà.* » (E4), « *Donc euh, non je saurais pas trop* » (E2). Loïc parle d'absence de repères concrets, d'éléments d'appui fiables et objectifs : « *C'est difficile d'avoir des arguments très objectifs. Enfin pour moi, en tout cas, je sais pas les, forcément les... les mettre en évidence quoi. J'ai pas de repères très, très, très objectifs là-dessus.* » (E4).

2.1.2. Sur le développement typique du langage

Sur cette thématique, trois participants ont exprimé un manque de compétences dans ce domaine, en mentionnant, là aussi, une absence d'outil connu, voire un sentiment angoissant pour Murielle : « *Et c'est vrai que moi j'ai pas d'outil systématique pour euh, pour... les faire parler, pour entendre un petit peu leur voix, leur niveau de langage, le nombre de mots acquis.* » (E2), « *Après j'en ai eu un effectivement, qui a fait un blocage tout petit. Il parlait pas, etc. et donc j'avais fait appel à une orthophoniste euh, qui nous avait fait aussi une FMC là-dessus. Et en fait, à force de travail, il arrivait à parler, mais il verbalisait rien, c'était... j'ai eu un cas comme ça, ça m'a... ça a angoissé les parents, ça a angoissé le médecin on va pas se mentir mais euh... donc on avait évidemment regardé s'il entendait bien, s'il voyait bien, on avait fait tout le bilan autour, mais il ne parlait pas.* » (E1), « *Moi personnellement je me sens pas plus formée que ça sur le développement de l'enfant en fait, classique quoi. On n'a pas, fin sur le développement du langage, on n'a pas, c'est dans les cours de développement psychomoteur classique, on connaît les, les âges à partir desquels il faut se dire qu'il est censé parler, dire des mots etc, mais on en sait pas plus quoi. C'est vraiment, on a vraiment ouais une trame générale mais pas, c'est pas approfondi quoi.* » (E3).

Il est intéressant de relever que chaque participant a évoqué l'aspect pathologique du langage, alors que notre question portait sur le développement typique du langage : « *Euh...mouais, moi j'ai pas grand-chose sur le le, un retard de langage et tout non moi là je suis pas très, je suis pas très compétent dans ce domaine-là.* » (E2), « *Bah s'ils me parlent de problèmes de langage, mon premier, effectivement mon premier, mon premier ça va être regarder au niveau des oreilles et puis après j'ai pas une grande expérience, effectivement une grande formation là-dedans mais j pense qu'il faut rechercher aussi un trouble de l'articulé, fin si y a un problème de, de diction etc.* » (E3), « *Sur tout ce qui va être retard du langage, ça, ça, c'est, sur le diagnostic hein, ça, ça, c'est pas, pas pour moi le plus simple parce qu'on a des repères euh, l'acquisition des premiers mots euh, l'âge auquel il va y avoir l'association des mots, le début des phrases etc. donc dans la petite, petite enfance c'est assez simple.* »

(E4). Néanmoins, sur ce sujet, ils expriment tous des compétences restreintes ou un manque d'expérience et de formation sur les pathologies du langage.

Ainsi, tous les médecins généralistes ont reconnu avoir des besoins de formation sur la thématique du développement typique de la communication et du langage : « *Oui. Parce qu'on est allés un peu les chercher hein, parce que dans notre cursus euh... c'était pas vraiment évident* » (E1), « *Peut-être certainement qu'il doit y en avoir sur euh... sur spécifiquement sur les enfants et tout, sur la pédiatrie pas trop mais euh, mais euh je pense que ça ce serait pas mal.* » (E2), « *Personnellement euh, pas assez formée. Euh... clairement euh dans nos études euh, y a pas une grande, une grande proportion des cours qui sont destinés à ça et donc vraiment euh, oui pas assez formée, peu formée et, et avec un manque de compétences du coup.* » (E3), « *Ouais, ouais, ouais ! Et tout le, les problèmes, je pense que oui, oui tout à fait.* » (E4).

2.1.3. Sur la communication gestuelle associée à la parole

Un médecin interviewé n'avait pas du tout connaissance de cette forme de communication pour les bébés : « *Non, j'ai pas entendu parler [...] bah j'pourrais pas répondre parce que je sais pas !* » (E1). Nous lui avons donc demandé d'expliquer ce que ce serait selon elle, voici sa réponse : « *Oui, fin, j'imagine que c'est l'enfant va pas verbaliser mais il va pointer du doigt quand il va faire quelque chose, il va euh... il va faire plutôt un jeu de mime, euh pour euh avoir plutôt que parler, pour avoir euh ce dont il euh il a besoin, voilà.* ». (E1). Les autres médecins ont déjà entendu parler de la communication gestuelle associée à la parole mais expriment des connaissances limitées, fondées sur des représentations ou des impressions : « *Euh, oui donc après, fin voilà je connais pas grand-chose sur le sujet, [...] Oh bah à l'aise non, pas de tabou en tout cas, pas de, pas de tabou mais après clairement euh... Fin ce que je leur dis voilà, je suis pas expert du sujet hein euh, voilà je sais pas quel endroit il faut se former et tout, comment commencer et tout. [...] À l'aise, parce que ça me pose pas de souci et tout mais après euh... Limité quand même sur mes connaissances dans le sujet.* » (E2), « *Et d'ailleurs, on m'interrogerait je saurais très peu répondre en fait, et peu orienter les parents. [...] Mais pas suffisamment pour pouvoir, pour pouvoir je pense aider les parents et les orienter là-dessus.* » (E3), « *Voilà, donc du coup, j'ai des a priori, c'est ce que je disais, à la fois favorables et négatifs mais qui sont basés sur rien de concret en fait. [...] Donc c'est pour ça que, comme je sais que mes a priori sont fondés sur pas grand-chose bah je vais, je me garde d'en parler en fait, en consultation.* » (E4).

Les éléments manquants mentionnés par les médecins concernent les supports de référence, l'apprentissage ou encore la temporalité : « *Je sais pas trop comment apprendre, euh comment, à quel endroit s'adresser pour apprendre et tout* ». (E2), « *Alors peut-être qu'il suffirait juste de connaître quelques livres pour les orienter hein.* » (E3), « *Mais voilà, sur un sujet comme ça, je sais pas, j'ai pas de site de référence euh. Je sais pas sur quel site de référence je pourrais aller.* (E4).

Il est intéressant de relever que Doriane mentionne un manque de compétences et une incapacité à orienter les parents tandis que dans la suite de l'entretien elle nous explique s'être renseignée pour son propre enfant et expose plusieurs supports : « *À titre personnel, j'ai suivi un compte Instagram... d'une euh, d'une maman qu'avait même écrit des livres je crois sur, sur le langage des signes avec le bébé. [...] Et en fait j'étais tombée sur elle parce que j'avais tendance à suivre euh, bon après je sais pas si ça vous... Vous connaissez Clémentine Sarlat*

qui fait un compte euh... sur la matrescence, elle fait beaucoup de podcasts. [...] Et c'était grâce à elle que j'étais tombée sur le compte de, de LittleBunBao mais j'avais pas pris le temps de, j'ai pas pris le temps après d'aller plus loin. » (E3).

Tous les participants expriment un intérêt certain pour une formation sur la communication gestuelle associée à la parole : « *Bien sûr, bien sûr, bien sûr, ah bien sûr !* » (E1), « *Ah oui oui oui non ça ça peut être très bien ouais ! ça peut être très bien* » (E2), « *Oh bah j'pense que c'est intéressant !* » (E3), « *Euh, bah moi je serais toujours intéressé pour avoir une communication là-dessus.* » (E4).

2.1.3.1. L'intérêt de la communication gestuelle pour le développement langagier

Murielle, qui ne connaissait pas du tout cette forme de communication, exprime ne pas savoir si le bébé signe a un impact sur le développement langagier : « *bah j'pourrais pas répondre parce que je sais pas.* » (E1). Sans connaître ce à quoi elle fait référence, elle suppose que c'est quelque chose de plutôt positif, en faisant le parallèle avec des enfants présentant un trouble du spectre autistique, qui ont des difficultés avec la communication non-verbale, le pointage etc. : « *Après c'est fin, c'est vrai que, fin c'est pas mauvais signe euh... par rapport au, à des syndromes d'Asperger, parce que y a pas des jeux de, fin y a quand, fin y a, y a un mimétisme. C'est-à-dire qu'il peut reproduire ce qu'il voit, donc ça veut dire que quand même il y a une communication. Donc ça pour moi, c'est pas forcément péjoratif.* » (E1). Corentin est plutôt optimiste sur cette question langagière : « *Oh oui, oh bah que non ! Peut-être que je me trompe mais pour moi non non non, fin ça retarde pas euh... bien au contraire. Je pense que s'ils ont plusieurs types de langage et tout, c'est que bénéfique derrière.* » (E2). Doriane signale ne pas savoir et s'appuyer sur ses représentations, mais présume que l'acquisition du langage n'est pas impactée : « *Alors non ça je saurais pas répondre. Et je pense que non, ça retarde pas l'acquisition du langage mais c'est une pensée, c'est pas quelque chose de fondé que j'ai appris quoi... D'ailleurs j'aimerais bien avoir la réponse !* » (E3). Loïc est davantage mitigé sur cet aspect et avance les deux arguments sans pouvoir statuer : « *Je me pose toujours la question, y a une vision très favorable des gens qui mettent ça en pratique avec leurs enfants. Ça permet d'installer une communication plus précoce [...] Et en même temps, mais alors c'est vraiment... euh c'est vraiment du ressenti et alors faut se méfier du ressenti en médecine dans ces cas-là, mais alors j'ai, j'ai parfois l'impression que ça va être des enfants qui vont avoir plus de temps à développer le langage, la parole.* » (E4).

Deux des médecins interviewés se sont interrogés sur la problématique et nous ont alors questionnée de manière plus ou moins implicite : « *D'ailleurs j'aimerais bien avoir la réponse !* » (E3), « *Est-ce que vous, est-ce qu'il y a eu des études là-dessus, sur le sujet ?* » (E4).

Pour tous les participants, les éléments mentionnés reposent sur leurs représentations, leurs croyances ou les quelques expériences constatées : « *Voilà, ceux que j'ai eus, qui le faisaient euh, ils savaient déjà très très bien ce que c'était fin, c'était déjà en cours et l'enfant avait déjà acquis pas mal de signes, ça marchait bien !* » (E2), « *C'est une pensée, c'est pas quelque chose de fondé que j'ai appris quoi.* » (E3), « *Voilà, donc du coup, j'ai des a priori, c'est ce que je disais, à la fois favorables et négatifs mais qui sont basés sur rien de concret en fait. [...] Bon après, il faut jamais partir de l'exemple, mais c'est vrai que j'ai un tête une enfant euh, qui a signé et qui a parlé très, très, très tôt donc euh c'est le contrexemple de ce que je viens de dire, donc euh voilà. Les exemples, on peut pas se baser là-dessus, sur les exemples individuels... » (E4).*

2.1.3.2. L'intérêt de la communication gestuelle pour le développement cognitif

Cet aspect n'a pas été abordé explicitement par les médecins généralistes lors de nos échanges. En revanche, Corentin a évoqué un impact sur le développement : « *On a l'impression que ça les aidait quand même au développement et tout.* » (E2).

2.1.3.3. L'intérêt de la communication gestuelle pour le développement psychocomportemental

Un des participants a abordé cette thématique sans que nous posions de question explicite sur cet aspect : « *Ça permet d'installer une communication plus précoce, et donc de faciliter, en effet, les relations, la gestion peut-être de l'humeur de l'enfant etc. Et euh tout un tas de choses, tout un tas de bénéfices.* » (E4). Loïc signale tout de même que cet argument repose sur des idées préconçues dont il se méfie alors : « *Mais en fait pour juger de ça, c'est pas mon ressenti qui peut le, qui peut qui est suffisant quoi...* » (E4).

2.2. Des a priori positifs sur la communication gestuelle

Les entretiens ont aussi permis de recueillir des données sur les représentations des médecins généralistes quant à la communication gestuelle associée à la parole ainsi que sur les conseils fournis aux parents, fondés sur ces représentations. Doriane et Corentin expriment des a priori positifs et encourageraient les parents à mettre en place ce type de communication s'ils le souhaitent : « *Moi je, j'en penserais quelque chose de plutôt positif. Je leur signalerais que ça peut être un moyen de... Alors après sans avoir de preuve attestée que c'est quelque chose de positif hein mais euh... oui je, je les encouragerais plutôt à s'orienter vers cette euh, ce moyen de communication-là si c'est quelque chose qui, qui les tente et qui les intéresse.* » (E3), « *Euh, oui donc après, fin voilà je connais pas grand-chose sur le sujet, je leur répondrais que je suis plutôt favorable, enfin je suis vraiment pour, que ça a l'air vraiment bien, j'ai vu, j'ai déjà vu certains enfants qui le faisaient euh... On a l'impression que ça les aidait quand même au développement et tout. [...] Euh mais voilà, clairement, les les les inciter à, à faire ça, puis voilà leur expliquer que c'est voilà apprendre les signes avant de pouvoir euh s'exprimer par la parole. Ça permet à l'enfant de, de de se faire comprendre pour certaines choses* ». (E2). Loïc adopterait une position plus neutre voire s'abstiendrait de donner son avis : « *Donc c'est pour ça que, comme je sais que mes a priori sont fondés sur pas grand-chose bah je vais, je me garde d'en parler en fait, en consultation. [...] comme je sais que ce ne sont que des a priori, je vais pas m'en servir sur le plan professionnel.* » (E4). Il dit néanmoins que l'insistance des parents le mènerait à répondre en s'appuyant sur ses a priori positifs : « *Que j'ai pas de connaissances particulières donc je, j'y vois pas, j'ai pas d'objection particulière, voilà c'est tout ouais.* » (E4).

Trois des médecins évoquent l'idée de transparence et d'honnêteté envers les parents. Ainsi, ils envisageraient d'admettre un certain manque de connaissances scientifiques et de compétences sur le sujet : « *Oh bah à l'aise non, pas de tabou en tout cas, pas de, pas de tabou mais après clairement euh... Fin ce que je leur dis voilà, je suis pas expert du sujet hein euh, voilà je sais pas quel endroit il faut se former et tout, comment commencer et tout.* » (E2), « *Je commencerais par leur dire euh, que moi j'ai aucune connaissance scientifique à ce sujet. [...] Parce que j'essaie d'être honnête et donc je leur dirai bah exactement ce que je viens de dire quoi, ça a certainement un intérêt sur, euh, le développement voilà de la communication* ».

précoce etc. mais, je sais pas si ça a un impact sur la parole ou pas, sur le développement de la parole dans un second temps ouais. » (E4).

2.3. Raisons motivant le besoin de formation

Plusieurs raisons motivent les médecins généralistes à se former sur la thématique de la communication gestuelle associée à la parole.

2.3.1. Intérêt personnel

Tout d'abord pour deux d'entre eux, l'intérêt personnel motive cette envie de formation. En effet, ils expliquent que le sujet les intéresse ou les a intéressés pour leur propre enfant : *« Même si c'est un sujet qui me paraît très intéressant parce que, moi avec mon petit, j'ai malheureusement pas pris le temps de le faire avec mon petit garçon... Et je pense que ça aurait été un apport euh intéressant sur la communication avec lui quoi. [...] y a forcément une part du personnel qui joue là-dedans. Parce que moi ça serait utile pour ma vie perso euh... » (E3).* Les médecins généraliseraient les questions soulevées pour leur propre enfant à leur patientèle. Loïc expose ainsi les éventuels ressentis de ses proches confrères : *« Parce qu'on a pas mal de médecins qui sont assez intéressés par ce genre de sujet. Du fait déjà, qu'il y a beaucoup de jeunes parents dans ce groupe de médecins, donc ils se sont posé les questions pour leurs enfants, donc du coup ils s'en servent aussi en consultation, ouais » (E4).*

2.3.2. Intérêt professionnel

La majorité de nos participants y voient un intérêt professionnel. En effet, Murielle et Loïc s'accordent à dire que la patientèle y est pour beaucoup. Plus le médecin généraliste est amené à voir des enfants en consultation, plus le sujet serait susceptible de l'intéresser : *« Alors que c'est quelque chose de... on voit des enfants en médecine générale, on en voit beaucoup et c'est vrai que c'est important d'avoir des supports » (E1).* Loïc parle à nouveau de ses confrères pour illustrer ses propos : *« Après ça dépend, on a, après c'est toujours pareil, on a notre vision à nous, mais les médecins que je côtoie et avec qui j'échange régulièrement, je suis sûr qu'ils seraient intéressés mais est-ce qu'ils sont représentatifs de tous les médecins, je ne sais pas. Mais en tout cas, les médecins avec qui j'ai des contacts réguliers, c'est certain. C'est tout à fait les thèmes qui, qui, parce qu'ils font beaucoup de suivis de pédiatrie, de prévention, de consultations pédiatriques ouais. » (E4).*

De plus, les participants rapportent une certaine notion de nécessité et d'obligation d'être formés et informés sur les nouvelles pratiques : *« Après, nous on se forme toute notre vie donc on est obligés après d'aller chercher les formations et les informations bien sûr » (E1), « De toute façon, de manière générale, il faut qu'on soit formés et informés sur toutes ces choses-là donc euh oui, oui. » (E4), « Ça je sais pas, moi je pense que ce serait toujours intéressant quand même de se former euh, fin... d'avoir une formation un minimum pratique... mais alors après là je parle plutôt, fin je vais parler sur le plan professionnel. » (E3).*

2.3.3. La pénurie des spécialistes

Murielle et Corentin ont évoqué le manque de pédiatre dans leur commune, ce qui augmente la proportion de jeunes enfants dans leur patientèle et donc leur besoin d'informations : « *On en a pas mal parce qu'on manque de pédiatres, en ville, donc on en a beaucoup en fait.* » (E1), « *Quand c'est la pédiatrie, bah tous les praticiens hospitaliers par exemple ici, y a pas de pédiatrie à part la maternité donc euh, les médecins ils, ça les concerne peu.* » (E2).

Loïc évoque un manque de spécialistes vers qui s'orienter lorsqu'il en a besoin. Il explique alors que lorsque les situations sont intermédiaires, entre la pathologie et la norme, il manque d'interlocuteurs pour échanger : « *Et parce que en plus, après, nous la difficulté qu'on a, en médecine générale de plus en plus et particulièrement dans ces domaines-là, on a peu d'interlocuteur avec qui, avec qui interagir [...] Mais y a plein de champs de la médecine où actuellement c'est comme ça. Si on est dans l'entre-deux. Si c'est simple, le médecin généraliste gère. Si c'est compliqué on trouve toujours quelqu'un pour gérer. Et toutes les situations interm-, enfin ça dépend des domaines, mais y a plein de domaines où les situations intermédiaires finalement on est avec le patient à dire « bon bah moi je sais pas quoi faire de plus, mais y a personne pour vous aider à côté. Donc ça, ça met tout le monde en difficultés ouais.* » (E4).

2.3.4. Une thématique absente en formation initiale et continue

Aucun des participants nous a informé avoir eu un enseignement sur la communication gestuelle associée à la parole lors de sa formation initiale ou continue. Loïc affirme avoir connaissance de cette forme de communication uniquement par le biais de sa vie personnelle : « *Alors c'est mon entourage personnel. C'est pas du tout en lien, pas du tout, par le, après j'ai quelques patients voilà mais à l'origine c'est par mon entourage personnel. C'est pas par une voie professionnelle que j'ai entendu parler de ça. Non, non, jamais, je pense.* » (E4).

2.3.5. Curiosité

La plupart des participants montrent une simple curiosité sur un sujet qu'ils connaissent moins, sans intérêt particulier sous-jacent. C'est l'envie d'en savoir davantage qui motive le besoin : « *Euh, c'est plus ça si le, l'envie oui si l'envie de, d'approfondir sur telle ou telle thématique, euh tout, tout toute la journée on se dit « ah oui ça »* (E2), « *Ça je sais pas, moi je pense que ce serait toujours intéressant quand même de se former* » (E3), « *Euh, bah moi je serais toujours intéressé pour avoir une communication là-dessus* » (E4).

2.4. La thématique de la communication et du langage

2.4.1. Peu présente en formation initiale

Lors des entretiens, nous avons obtenu des données sur l'origine du manque de connaissances sur ces thématiques, mentionnées par les médecins généralistes.

Sur la thématique de la communication et du langage du jeune enfant, nous avons identifié une origine provenant de la formation initiale et/ou continue. Trois des participants évoquent cette cause : « *Oui. Parce qu'on est allés un peu les chercher hein, parce que dans notre*

cursus euh... c'était pas vraiment évident » (E1), « Personnellement euh, pas assez formée. Euh... clairement euh dans nos études euh, y a pas une grande, une grande proportion des cours qui sont destinés à ça et donc vraiment euh, oui pas assez formée, peu formée et, et avec un manque de compétences du coup. [...] On n'a pas, fin sur le développement du langage, on n'a pas, c'est dans les cours de développement psychomoteur classique, on connaît les, les âges à partir desquels il faut se dire qu'il est censé parler, dire des mots etc, mais on en sait pas plus quoi. C'est vraiment, on a vraiment ouais une trame générale mais pas, c'est pas approfondi quoi. » (E3), « Mais là-dessus on n'est pas, enfin moi je suis pas très bien formé... » (E4). Doriane mentionne un nombre de place insuffisant pour effectuer des stages en pédiatrie pendant son internat : « Parce que nous par exemple à [ville], à l'internat malheureusement y a un, y a pas assez de places en stage pour qu'on fasse à la fois la gynéco et la pédiatrie. Et donc en principe c'est les médecins euh, y a des médecins qui n'ont pas pu avoir de formation en pédiatrie » (E3).

2.4.2. De nombreux supports pour pallier des fragilités

Néanmoins, malgré un manque de connaissances exprimé par les médecins, ces derniers nous ont présenté des supports sur lesquels ils s'appuient pour pallier leurs fragilités : « Aussi beaucoup de, de, de de ce qu'on remplit dans le carnet de santé. [...] si y a pas de certificat et tout des fois on consulte un petit peu là sur Pédiadoc. » (E2), « Moi je fais des recherches principalement sur internet, en principe. Après euh j'ai différents, en principe j'utilise un moteur de recherche qui est utilisé par les médecins généralistes, qui s'appelle Doocteur. [...] un médecin généraliste qui fait euh des vidéos YouTube de vulgarisation médicale [...] sa chaîne YouTube s'appelle WhyDoc. » (E3), « La première ça va être euh, bah c'est des recherches euh, on se sert toujours de Google parce qu'on peut trouver parfois des informations scientifiques fiables. Euh, moi j'ai un abonnement à une revue médicale avec un moteur de recherche où on a tout un tas de sujets qui sont abordés donc je vais toujours chercher sur cette revue médicale, voir si y a des informations [...] Après on a, on a, moi j'ai, on a un groupe WhatsApp, de médecins [département], sur lequel on pose nos questions et on s'envoie nos références [...] Bah c'est pas une revue, euh, la revue du praticien c'est pas une revue scientifique, donc c'est pas des articles de recherche comme euh comme les universitaires vont euh, c'est vraiment des articles pratiques. » (E4).

Certains ont évoqué les appels à des spécialistes lorsqu'ils émettent un doute : « Et puis on fait appel immédiatement à nos contacts pour euh... dépister, être à même de voilà. » (E1), « De toute façon si j'ai un simple doute euh, et si y a un doute de la part des parents, ça va être une orientation, principalement au tout début euh vers l'ORL, pour un dépistage de troubles auditifs. [...] Mais euh dans ce cas-là, si je vois quelque chose, ce sera un bilan orthophonique qui sera orienté. » (E3). Loïc explique vouloir orienter ou solliciter des spécialistes mais être en difficulté pour des raisons de désert médical : « Les services spécialisés, déjà nous en [région] à proximité de [ville], donc on est déjà censés être relativement privilégiés et là déjà c'est difficile. » (E4).

2.5. La communication gestuelle associée à la parole : une thématique jugée mineure

Sur cette forme de communication, centrale à notre recherche, nous avons identifié les raisons qui pourraient expliquer pourquoi cette thématique est jugée comme non prioritaire par les

médecins généralistes, et qui, par conséquent, expliqueraient le besoin de formation sur cette thématique.

2.5.1. Pour des raisons de priorisation

Tout d'abord, ce besoin serait lié à l'étendue du champ d'intervention des médecins généralistes et donc un sens des priorités obligatoire en fonction de leur patientèle. Selon certains participants, le sujet paraît moins important que d'autres, au vu de leur patientèle quotidienne et du temps à accorder aux formations et aux recherches thématiques : « *Mais euh moi je trouve pas ça euh terrible... parce que on remet au lendemain, si on arrive à la date limite on est obligés de la faire, on va regarder vite fait et tout c'est... Surtout sur un sujet comme ça.* » (E2), « *Je pense qu'on pourrait pas nous apprendre tout ça au cours de nos études* » « *fin on a un métier tellement général que bah... on est bloqués dans le choix des différentes formations qu'on peut faire quoi, fin...* » « *Parce que faut qu'on ait notre temps de formation et entre toutes les formations qu'il y a, faut choisir euh...* » (E3), « *Mais par contre c'est vrai que si on me dit « il faut bloquer une demi-journée pour une formation dédiée à », non, j'irais pas, parce que ça, ça reste pour moi, dans mon activité du quotidien, c'est, c'est une part très, très infime de mon travail donc euh.* » (E4).

2.5.2. Pour des raisons temporelles

Lors des entretiens, tous les participants ont abordé la notion de temps. Tous mentionnent un manque de temps conséquent pour aborder certains sujets. Le temps s'avère être un problème majeur pour les médecins généralistes : « *Des questionnaires, mais très courts parce que dès que c'est long, bah c'est pas fait, c'est, c'est, faut pas que ça soit chronophage non plus* » (E1), « *Pff clairement souvent on n'a pas le temps, on remet au lendemain, on dit « je le regarderai demain, je le regarderai demain » et puis un an après on l'a toujours pas regardé. [...] et en fait c'est le temps qui manque, le temps qui manque derrière [...] Mais, il faut bien avouer que le temps nous manque énormément.* » (E2), « *C'est intéressant alors après c'est toujours le problème, c'est est-ce qu'on aura le temps derrière [...] j'ai pas pris le temps après d'aller plus loin. [...] Ouais c'est principalement le temps qui nous pose problème.* » (E3), « *La quatrième attitude qui est, parce que j'ai pas le temps et que le sujet me paraît pas forcément sur le coup, primordial, bah je laisse de côté puis je me renseigne pas plus. [...] Ça dépend de quand est-ce que ça tombe, ça dépend de, si sur le coup j'ai le temps ou pas, si les, puis voilà, après on se pose des questions mais* » (E4).

2.5.3. Pour des raisons financières

Doriane a évoqué l'aspect financier lors de notre entretien, comme étant un frein. C'est la seule médecin ayant avancé cet argument : « *On peut pas en faire 15 à l'année donc euh... et en plus financièrement y a aussi, bon j pense pas que ça soit ça qui joue le plus, mais du coup plus on fait de formation, plus on doit payer pour y participer donc euh... [...] en principe c'est nous qui avançons les, qui avançons pour pouvoir faire la formation.* » (E3).

2.5.4. Pas de nécessité de s'informer

Tous les médecins ont affirmé ne pas avoir eu de questions de la part des parents sur cette thématique : « *Les parents m'en ont jamais parlé donc c'est pour ça que je m'y suis pas intéressée là-dessus. J'ai pas fait mes recherches, voilà.* » (E1), « *Mais c'est vrai que ils me questionnent pas dessus.* » (E2), « *Non, non. On m'a jamais interrogée là-dessus.* » (E3), « *Non, non, très, très peu. J'ai quelques parents qui l'ont mis en pratique avec leurs enfants mais sans m'avoir demandé un avis particulier à ce sujet-là* » (E4). Corentin livre même le contraire : « *Ouais euh ben, ceux qui m'ont interrogé dessus, bah ils m'ont jamais interrogé dessus. C'est plus l'inverse* » (E2).

2.6. Internet et ouvrages comme sources d'information de première intention

Les entretiens ont permis de recueillir des données concernant les sources d'informations de première intention consultées en cas de questionnements sur la communication gestuelle associée à la parole. Murielle choisirait de consulter un support informatique afin de s'informer rapidement pour pouvoir répondre aux questionnements : « *Bah j'pense que j'irai immédiatement sur internet, je regarderai, je prendrai des conseils et autre parce que là je... non* » (E1). Doriane s'engagerait à faire des recherches d'ouvrages pour renseigner les parents : « *Après euh peut-être en leur indiquant que je ferais ma propre recherche de mon côté pour leur euh, les orienter vers euh des bons livres, et des bons... enfin vers des choses concrètes quoi. Des données correctes de la science.* » (E3).

2.7. Caractéristiques à intégrer dans la création d'un outil de formation

Les médecins généralistes nous ont exprimé des besoins de formation sur la thématique des signes associés à la parole pour les jeunes enfants au développement neurotypique. Nous avons donc souhaité aborder cette thématique de création d'outil de formation avec eux, afin d'obtenir des données sur leurs souhaits, leurs attentes et leurs préférences concernant divers paramètres à intégrer dans un éventuel outil à leur destination.

2.7.1. Une formation brève incluse dans une FMC

Selon les participants à notre étude, il est plus pertinent de proposer cette formation lors des FMC : « *Mais si c'est intégré à une formation un peu plus globale euh, comme nos FMC, nos formations médicales continues, ça peut être pertinent.* » (E2), « *Par contre une formation, une communication sur ce sujet avec d'autres communications voilà, comme nos journées de formation, je serais, au contraire, je serais très intéressé* » (E4). Murielle et Doriane pensent qu'il serait intéressant d'avoir tout de même quelques notions lors de la formation initiale : « *oh bah si on peut le faire en amont, pendant les études, c'est bien. [...] Et puis en formation continue pour ceux qui auront pas eu la chance de l'apprendre pendant leurs études* » (E1), « *Après ce serait bien qu'elle soit incluse un minimum, qu'il y ait une notion un minimum dans la formation euh... à la fac de médecine. Et après je pense que ça peut être bien qu'elle soit incluse dans un, dans un, fin dans tout ce qu'est formation continue euh... au-delà.* » (E3).

Loïc indique des précisions concernant le temps à accorder à ce type de thématique selon lui : « *Une formation brève, qui s'inclue dans une journée de formation. Donc une formation de 15*

à 30 minutes, pour intéresser les médecins généralistes » (E4). Il compare à des FMC qu'il connaît déjà et au sein desquelles cette thématique pourrait avoir sa place : « C'est pendant une semaine mais y a des dizaines et des dizaines de communications et alors là, c'est pour le coup c'est des communications très, très, très brèves, donc c'est je crois 10 minutes, 10 minutes par sujet et pendant toute une semaine donc euh, ça permet d'avoir tout un tas de nouvelles connaissances, de remises à jour etc. Mais alors là, oui, ça aurait sa place tout à fait » (E4). Corentin nous parle également d'inclure cette formation au sein d'une thématique plus générale comme la pédiatrie : « Mais une journée entière c'est pas mal si c'est inclus par exemple dans une formation euh une formation d'une journée, un rappel de pédiatrie » (E2).

2.7.2. Des ressources à conseiller et des repères théoriques

Un des médecins nous a informée souhaiter une formation sur les troubles du langage lorsque nous avons abordé ce thème lors de l'entretien : « Si y a euh, un cours, enfin un rappel d'une heure, deux heures, sur le, sur vraiment les troubles du langage, ça ça peut être pas mal ouais. » (E2).

Concernant la communication gestuelle associée à la parole, les participants ont relevé plusieurs attentes. Selon eux, la formation devrait contenir des informations sur : comment se former, où, auprès de qui, quand et comment commencer à signer avec son enfant, quels bénéfices cette forme de communication apporte-t-elle et si possible des exemples de supports, de livres notamment, à conseiller aux parents : « Fin ce que je leur dis voilà, je suis pas expert du sujet hein euh, voilà je sais pas quel endroit il faut se former et tout, comment commencer et tout. » (E2), « Mais pas suffisamment pour pouvoir, pour pouvoir je pense aider les parents et les orienter là-dessus. Alors peut-être qu'il suffirait juste de connaître quelques livres pour les orienter hein. » (E3), « C'est-à-dire que par exemple sur les, sur... le langage signé chez les petits, si on me dit « oui, ça a une utilité, on voit que ça permet de développer le langage plus tôt, que les enfants sont plus euh, voilà, plus stables, que les acquisitions futures sont meilleures » mais qu'on me dit pas à quel âge il faut le mettre en œuvre, euh comment il faut le mettre en œuvre etc. bah il va me manquer des données et je vais pas beaucoup m'en servir quoi. À l'inverse, si on me donne une méthode d'acquisition du langage signé mais qu'on me dit pas quel intérêt ça pour l'enfant, bah c'est pareil, je le mettrais pas en œuvre, il faut les deux. » (E4).

2.7.3. Une formation concrète mobilisant des techniques de pédagogie active

Concernant le support, les médecins généralistes exposent des idées divergentes. Corentin est plutôt contre les formes virtuelles et préférerait une formation en présentiel, semblable à un séminaire où il est possible d'échanger : « Clairement celles où on retient le mieux où on va être plus motivés et tout c'est quand c'est des séminaires, des choses comme ça, des formations en présentiel et tout. [...] Après voilà y a beaucoup de formations en visio qui se développent et tout. Mais euh moi je trouve pas ça euh terrible...parce que on remet au lendemain, si on arrive à la date limite on est obligés de la faire, on va regarder vite fait et tout c'est... [...] après voilà ça dépend ce qu'ils font comme formation, si c'est euh un flyer, tout ça ou un PDF et tout... Mais si c'est intégré à une formation un peu plus globale euh, comme nos FMC, nos formations médicales continues, ça peut être pertinent. » (E2). Doriane livre la même idée, en ajoutant un aspect pratique, néanmoins elle contrebalance son propos en proposant

la visioconférence comme solution : « *Oui je pense que c'est toujours mieux d'avoir quelque chose de pratique plus ou moins, alors sur le temps qu'on a à mettre en place, ça peut être aussi par le biais de visioconférence ou ce genre de choses quoi.* » (E3). Loïc appuie cette idée de « *pratico-pratique* », de formation objective et concrète : « *On n'est pas des universitaires donc il faut du pratique, du pratico-pratique mais quand même en ayant quelques éléments sur des bases scientifiques.* » (E4). Il s'attarde sur ce point qui semble être vraiment important selon lui : « *Qu'on ait quelques éléments des études mais qu'on s'attarde surtout sur la pratique mais pas trop sur les bases scientifiques quoi.* » « *que j'ai le sentiment que ce que je vais mettre en œuvre derrière, ça soit démontré, pour être certain que, voilà, c'est pas juste euh, parce que parfois y a des choses qui sont plus de l'ordre de la mode, de la tendance et alors ça on essaie de, de pas, de pas, de pas tomber là-dedans, et c'est toujours compliqué mais donc quelque chose, pour moi en tout cas, il faut que je sois convaincu que ce que je vais mettre en œuvre ça soit vraiment acquis, donc pour ça il faut que ce soit démontré. Et faut qu'ensuite ça soit du pratique quoi* » (E4). Murielle mentionne des activités qu'elle a déjà pratiquées en FMC et qu'elle a appréciées : « *Bah moi je pense des petits comités, des formes de formation médicale continue avec euh, bah la clé euh, les jeux de rôles c'est pas mal. Moi je trouve que euh...pour euh, se mettre bien en situation et du parent et de l'enfant* » (E1). Puis elle évoque aussi des supports visuels comme des vidéos pour illustrer les propos : « *Puis des fois y a des petites vidéos, des enfants qui sont filmés, moi je trouve que c'est pas mal quand même* » (E1).

Discussion des résultats

1. Analyse des résultats

L'objectif de notre recherche était de recueillir les besoins de formation des médecins généralistes sur la communication gestuelle associée à la parole, afin d'évaluer la pertinence d'un outil de formation et les caractéristiques à y intégrer pour correspondre à ces besoins. Au regard de notre question de recherche, nous allons commenter nos résultats principaux permettant d'apporter des éléments de réponse.

1.1. Manque de connaissances des médecins généralistes

1.1.1. Sur le développement typique de la communication et du langage de l'enfant

Notre étude a permis de recueillir des informations concernant le manque de connaissances des médecins généralistes sur le développement typique de la communication et du langage de l'enfant. En effet, notre entretien avait été construit afin d'introduire la communication gestuelle associée à la parole grâce à certaines notions de communication et de langage plus vastes. Lors des échanges avec les médecins généralistes, il est apparu un manque de connaissances sur ces thématiques auquel nous ne nous attendions pas particulièrement. Les médecins ont mentionné un manque de connaissances dû à la formation initiale et continue pauvre sur ces thématiques. Le manque de supports concrets ou de repères objectifs s'avère important pour les médecins dans leurs discours et la formation continue proposée ne permettrait pas de pallier ce manque.

1.1.2. Des supports adaptés pour pallier le manque de connaissances

Néanmoins, les participants ont évoqué de nombreux supports, adaptés, qu'ils utilisent au quotidien pour pallier certaines fragilités théoriques. Effectivement, nous retrouvons dans le discours des médecins généralistes des supports variés et fonctionnels, comme le carnet de santé contenant les repères développementaux sur le langage et la communication du jeune enfant. Ce dernier est régulièrement retravaillé et réadapté en fonction des différentes recherches portant sur les thématiques du jeune enfant. Dernièrement, le mémoire d'orthophonie de Dussot réalisé en 2021 a permis de définir des items de dépistage d'un trouble spécifique du langage écrit, qui pourraient potentiellement être ajoutés au carnet de santé.

En outre, le site internet Pédiadoc, (disponible via ce lien : <https://pediadoc.fr/>) est pertinent et répond à des demandes des étudiants stagiaires en médecine générale et aux médecins généralistes déjà en exercice. En effet, il référence des repères développementaux, aussi bien précis que synthétiques, concernant la santé de l'enfant en premier recours de 0 à 6 ans. Ces derniers sont classés selon sept catégories (environnement bio-psychologie-social, examen clinique, développement psychomoteur, troubles neurosensoriels, développement statur pondéral, prévention et dépistage, et alimentation) et seize tranches d'âge. On y trouve des repères fiables et fonctionnels concernant le langage, la communication parent-enfant, la parole, la diversification alimentaire et le développement praxique et gnosique de l'enfant.

De plus, le moteur de recherche Doocteur (disponible via ce lien : <https://doocteur.fr/>), énoncé par un des médecins, est un support de recherche proposé par l'association Kitmédical, composée uniquement de médecins généralistes. Cette base de données conçue pour les médecins généralistes est pertinente et intéressante également puisqu'elle propose plus de 300 sites internet déposés à l'INPI (Institut National de la Propriété Industrielle). Ce support permet donc de s'informer rapidement sur internet et de manière fiable.

Un participant nous a aussi parlé de support vidéo et notamment des vidéos de vulgarisation médicale créées par un médecin généraliste formé à l'université de Nantes et publiées sur YouTube (disponible via ce lien : <https://www.youtube.com/@WhyDoc>) et sur son site internet (disponible via ce lien : <https://www.whysdoc.fr/>). Ces vidéos peuvent être un bon support pour pallier un manque de connaissances mais également pour informer et échanger avec les parents via des vidéos accessibles au grand public. Ce support paraît fiable et pertinent car certains partenaires comme la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Pays de la Loire, l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire, l'Agence Régionale de Santé Haut-de-France, l'Agence de la e-santé, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé et d'autres acteurs publics ou associations financent certaines vidéos.

Enfin, les médecins utilisent également les échanges interprofessionnels ou entre confrères afin de communiquer sur des sujets qui leur posent question ou qui les intéressent.

Lors de nos entretiens, nous avons constaté le regard critique et aguerri des médecins généralistes sur la fiabilité des informations qu'ils recherchent. En effet, cette habitude, cette sensibilité et cette expertise leur permet de s'informer rapidement et de manière fiable, en général. Ils peuvent ainsi compléter leurs connaissances et orienter leur discours en fonction, sur ces thématiques de communication et de langage.

1.2. Manque de connaissances sur la communication gestuelle associée à la parole

Les entretiens semi-dirigés nous ont permis de connaître les besoins certains des médecins généralistes sur la communication gestuelle associée à la parole. En effet, au vu de notre recherche thématique sur la formation initiale et continue des médecins généralistes, nous présagions un manque de connaissances qui s'est avéré à la suite de nos échanges. De façon générale, les médecins généralistes avaient connaissance de cette forme de communication mais exprimaient avoir des compétences limitées et fondaient leurs connaissances sur des a priori. Un médecin n'avait pas du tout connaissance de cette forme de communication, elle n'en avait jamais entendu parler ni dans la sphère personnelle ni dans la sphère professionnelle. Nous pouvons supposer que cela a un lien avec l'âge du médecin, qui a plus de 50 ans et le fait que cette forme de communication pour les bébés soit récemment arrivée en France et n'ait jamais été proposée lors de FMC. Enfin, nous avons relevé un résultat étonnant concernant Doriane. Cette médecin, nouvellement diplômée, exprime un manque de compétences, de connaissances et une incapacité à guider pertinemment les parents qui souhaitent mettre en place cette forme de communication gestuelle. Néanmoins, elle nous expose, lors de l'entretien, de nombreux supports pertinents et intéressants pour conseiller et orienter les familles. En effet, elle propose des livres, un compte sur un réseau social (Instagram®) et un podcast sur le sujet du « bébé signe ». Les sources qu'elle connaît sont tout à fait pertinentes puisque les livres sont écrits par Marie Cao, une professionnelles bilingue LSF-Français, autrice aux Editions Marabout et spécialiste de la communication gestuelle et de l'éducation. Nous pouvons alors penser que l'obtention récente de son diplôme nuit à sa

confiance en elle et en ses connaissances, que la situation d'entretien a pu interférer avec sa réflexion ou bien que le manque de formation sur cette thématique nuit à son assurance quant à ses connaissances.

Tous les médecins répondent négativement lorsque nous abordons la question du retard de langage créé par la communication gestuelle associée à la parole. Ils sont plus ou moins formels dans leurs réponses et émettent néanmoins des doutes dû au manque de connaissances. En revanche, ils n'ont pas connaissance de l'intérêt pour le développement langagier en général (Bates et al., 1989; Góngora & Farkas, 2009; Goodwyn et al., 2000). Un seul des médecins évoque le fait que signer permet au contraire de développer le langage, en comparant au bilinguisme, souvent bénéfique pour l'enfant. L'intérêt pour le développement cognitif (L. P. Acredolo & Goodwyn, 2000) n'est évoqué qu'une seule fois et de manière implicite en parlant de développement plutôt global. Tout comme le développement psycho-comportemental (Bouhier-Charles & Companys, 2006; Vallotton, 2008; Vallotton & Ayoub, 2009) évoqué succinctement par Loïc et nuancé par des propos mentionnant une incertitude. L'intérêt de la communication gestuelle associée à la parole pour le développement moteur (L. Acredolo & Goodwyn, 1985) n'apparaît pas dans le discours des médecins interrogés dans cette étude. Enfin, tous les médecins éprouvent un manque de support pour répondre à tous ces questionnements. Nous pouvons alors constater un manque de connaissances sur la communication gestuelle associée à la parole en général mais également de façon plus précise, portant sur les différents intérêts potentiels pour le développement global du jeune enfant. Ces résultats nous semblent cohérents avec nos pensées initiales puisqu'il existe peu d'études scientifiques sur le sujet, la plupart méconnues, étrangères et parfois même présentant des limites. L'intérêt langagier est de plus en plus développé et révélé au grand public mais les autres éventuels intérêts sont souvent inconnus. Il n'est donc pas surprenant de voir apparaître ces résultats à la suite de nos entretiens avec les médecins généralistes.

1.3. Des a priori néanmoins positifs

Comme les médecins ont un manque de connaissance, ils fondent nécessairement leurs représentations sur des a priori. Alors, s'ils devaient répondre rapidement à des questionnements de parents en consultation, ils se baseraient sur ces a priori, tout de même positifs pour la majorité. Il est ainsi intéressant de voir que les médecins généralistes sont moins réticents que ce que nous présumions. En effet, tous ont l'air intéressés et curieux et semblent encourager les parents, dans un premier temps, à mettre en place cette forme de communication avec leur bébé. Les résultats obtenus dénotent avec nos observations personnelles initiales, à l'origine de notre travail. En effet, certains propos entendus lors de nos expériences personnelles et professionnelles, et tenus par des médecins généralistes et spécialistes étaient fondés uniquement sur des a priori négatifs.

Nous relevons également une certaine honnêteté et pudeur de la part des médecins lorsqu'ils se projettent dans un échange avec les parents sur cette thématique. En effet, nous retrouvons là, la notion de partenariat avec le patient (Castel, 2005; Haaser et al., 2020). Le médecin met alors le patient au cœur de la consultation et propose d'abolir le monopole des savoirs en avouant certaines faiblesses théoriques. Certains médecins proposeraient même de chercher ensemble des supports pertinents sur la thématique. Cela rend le médecin plus proche du patient et peut donc améliorer la relation thérapeutique et les savoirs communs concernant la thématique de la communication gestuelle associée à la parole.

1.4. Les raisons motivant le besoin de formation

Tous les médecins généralistes ont mentionné un besoin de formation sur le « bébé signe ». Cependant, ils ne justifient pas tous de la même façon ce qui motive ce besoin. Pour certains, la motivation est portée par des intérêts personnels. Soit parce qu'ils sont parents et s'intéressent à cette forme de communication pour leur propre enfant, soit parce qu'ils ont des besoins professionnels qui renvoient à leur patientèle. Ils se sont alors documentés ou ont cherché davantage d'informations sur le sujet, comparativement aux autres médecins.

Dans le discours de nos participants, nous avons aussi soulevé la pénurie de spécialistes disponibles et en mesure d'échanger avec les médecins généralistes comme raison motivant le besoin de formation. Comme nous le précisait un des participants, le manque d'interlocuteurs gravitant autour des médecins généralistes impacterait certaines consultations. Les médecins souhaiteraient alors pouvoir échanger facilement avec des pédiatres ou des médecins ORL, selon eux mieux formés à ce type de problématique. Nous notons également que la moitié des participants a évoqué l'éventuelle sollicitation d'orthophoniste. Les médecins envisageraient alors de les contacter pour échanger et avoir éventuellement des informations supplémentaires sur les thématiques de communication, du langage et du « bébé signe ».

Le besoin de formation s'explique également par une formation initiale insuffisante aux yeux des médecins généralistes sur la communication, le langage de l'enfant et inexistante sur la communication gestuelle. La formation continue proposée aux médecins ne suffit pas à combler ce manque d'apports théoriques, puisqu'aucun des médecins interrogés n'a entendu parler de cette thématique lors des FMC. Les quelques connaissances qu'ils possèdent proviennent uniquement du cercle personnel.

De façon générale, les médecins généralistes sont intéressés par les sujets récents et les nouvelles recherches scientifiques portant sur le domaine de la santé. De fait, leur curiosité et leur ouverture d'esprit motivent le besoin de formation sur la thématique de la communication gestuelle associée à la parole. En effet, ce sujet récent, toutefois très en vogue fait partie des préoccupations majeures, au sein du secteur de la petite enfance notamment, ce qui nécessite d'être formé et informé pour échanger à ce propos avec d'autres professionnels ou avec des parents intéressés.

1.5. La communication gestuelle associée à la parole jugée comme mineure

1.5.1. Pour plusieurs raisons

Les médecins généralistes ont exprimé des besoins certains expliqués par le fait que la communication gestuelle associée à la parole est une thématique jugée mineure. Tout d'abord, des raisons financières pourraient expliquer cela. En effet, comme nous l'avons constaté lors de nos lectures scientifiques, la formation continue engage des frais de la part des médecins généralistes (Nicoli, 2017). Ils n'ont pas la possibilité de s'inscrire à un nombre illimité de formation et doivent donc faire des choix.

La deuxième raison, certainement principale, celle que l'on retrouve à l'unanimité, est le manque de temps. Les médecins travaillent souvent plus de 50 heures par semaine (Biais et al., 2022) et expriment manquer de temps pour s'intéresser à tous les sujets et réaliser des

recherches sur ces derniers. Cela s'accroît lorsque le sujet est jugé comme mineur selon eux.

Ensuite, la thématique serait jugée comme mineure pour des raisons de priorisation selon la patientèle des médecins généralistes. En effet, les médecins réalisent les formations utiles et pertinentes pour leur pratique professionnelle. Ils choisissent alors les sujets qui les intéressent ou bien qu'ils souhaitent approfondir. Cela semble alors cohérent et nous nous attendions à ces raisonnements (Arnault, 2022). Néanmoins, lorsque nous avons interrogé les médecins généralistes sur la proportion d'enfants entre 0 et 3 ans présents dans leur patientèle, nous avons constaté qu'ils en recevaient tout de même 16% en moyenne, tout en sachant que les déclarations de médecin traitant n'ont pas été réalisées pour certains enfants, même suivis régulièrement. Cela révèle que les médecins estiment la proportion comme insuffisante pour réellement s'attarder sur ce type de prise en soin et approfondir des sujets concernant le très jeune enfant. Ce qui est tout à fait compréhensible puisque leur patientèle est majoritairement composée d'enfants plus âgés et d'adultes. Il est d'ailleurs intéressant de relever les sujets abordés lors des dernières formations réalisées par les médecins généralistes que nous avons interrogés. Grâce aux recueils de caractéristiques, nous avons ainsi échangé, à la fin de l'entretien, sur les FMC suivies ces trois dernières années, dont voici les thèmes : la cardiologie, la dermatologie, la fin de vie, l'autisme, le dépistage des troubles artérioveineux, les vaccins et la vitamine D, l'initiation à l'échographie et le dépistage des troubles visuels. Corentin nous précisait alors que des FMC sur la pédiatrie n'étaient, en général, pas destinées aux médecins généralistes mais davantage aux médecins pédiatres. Il serait donc moins envisageable et plus difficile de réaliser des formations en pédiatrie au cours de sa pratique professionnelle en tant que médecin généraliste.

Enfin, le dernier point important pouvant expliquer ce sentiment concerne les questionnements des parents. En effet, lors de nos échanges avec les médecins généralistes, nous avons appris qu'aucun n'a eu à répondre à des questions de la part des parents sur la thématique de la communication gestuelle associée à la parole. Selon eux, les parents étaient déjà au fait, avaient déjà consulté des ressources et étaient même souvent plus experts que le médecin lui-même sur le sujet, comme le rapporte Corentin. Les médecins n'ont donc pas de nécessité à s'informer puisqu'ils n'ont pas été confrontés à des difficultés pour répondre à ces questionnements. Cela nous paraît surprenant et nous nous demandons alors de quelle façon les parents des jeunes enfants se documentent-ils et à qui demandent-ils des renseignements.

Toutefois, toutes ces raisons rapportées par les médecins participant à l'étude expliquent le besoin nécessaire de formation sur la communication gestuelle associée à la parole.

1.5.2. Les outils utilisés en première intention

Lors de nos entretiens semi-dirigés, nous avons pu obtenir des données concernant les outils probablement utilisés par les médecins généralistes en première intention, pour répondre aux questionnements des parents, afin de compléter leurs connaissances fragiles sur la thématique de la communication gestuelle pour les bébés.

Tout d'abord, le recours à internet serait employé. En effet, ce support accessible facilement permettrait d'avoir des informations instantanées, une vague idée de la signification de la thématique, de certains bienfaits et éventuellement des propositions de supports. Au vu des informations énoncées par les médecins généralistes concernant les supports utilisés pour

répondre aux questionnements sur la communication et le langage de l'enfant, nous estimons largement leur capacité à trier les informations provenant d'internet. En effet, ils sont sensibilisés aux informations erronées et semblent plutôt attentifs aux sources consultées afin de renforcer leur fiabilité. Loïc nous avait d'ailleurs parlé des publicités présentes dans les revues médicales et nous mentionnait qu'il gardait toujours un œil critique et avisé concernant ce type de publicité. Il expliquait aussi savoir déceler les sites internet de qualité contenant des informations pertinentes. Les médecins ont, de façon générale, l'habitude de consulter des sources fiables. Alors, dans l'hypothèse où un support en ligne devrait être proposé, il serait intéressant de le publier sur certains de ces sites internet et supports considérés comme fiables, consultés et utilisés régulièrement par les médecins généralistes.

Un médecin nous avait également indiqué envisager de réaliser des recherches d'ouvrages pertinents, concrets contenant des informations fiables sur la thématique à fournir aux parents. Au vu des supports connus par cette médecin (ouvrage, podcast et contact d'une professionnelle experte), nous pouvons mesurer la qualité des conseils potentiellement apportés aux familles.

Cependant, comme le déploraient tous les médecins interviewés, le manque de temps pour effectuer ce type de recherche via ces supports est bien réel. De plus, lorsque nous les interrogeons sur la façon dont ils souhaiteraient être formés et informés, ces derniers expriment un besoin de formation concrète, inscrite dans un temps donné et dédié à cette thématique, qu'ils estiment être bien plus pertinent et bénéfique pour acquérir les connaissances nécessaires sur la communication gestuelle associée à la parole.

1.6. L'outil de formation : caractéristiques à intégrer

Les données recueillies lors des entretiens nous permettent tout d'abord de valider la pertinence d'un outil de formation à destination des médecins généralistes sur la communication gestuelle associée à la parole. Dans un second temps, les résultats nous permettent aussi d'envisager certaines caractéristiques importantes à intégrer à l'outil de formation, selon les médecins généralistes interrogés dans cette étude, afin qu'il soit pertinent, utile, et fonctionnel pour eux.

Tout d'abord, l'intégration de données théoriques lors de la formation initiale serait, pour la moitié des médecins interrogés, une idée intéressante et adaptée. La thématique pourrait ainsi s'inscrire succinctement au sein d'une unité d'enseignement globale se rapportant au développement du jeune enfant. Cependant, les médecins généralistes évoquent un nombre d'heures d'enseignements fort conséquent lors de leur formation initiale et suggèrent un apport théorique et pratique lors des FMC certainement plus pertinent. Selon eux, une formation courte, incluse dans une formation plus générale, sur le développement, la pédiatrie ou des thématiques portant sur le jeune enfant serait adaptée. Etant sensibilisés et curieux des sujets actuels, la communication gestuelle associée à la parole aurait tout à fait sa place au sein de ce type de formation continue selon eux et intéresserait un grand nombre de professionnels.

Les médecins mentionnent des besoins théoriques concernant le « bébé signe ». Ils ont besoin de données fiables, scientifiques permettant de les rassurer. Ils souhaitent connaître sur quoi se fondent leurs connaissances. Pour cela, ils aimeraient que les informations théoriques soient synthétisées, déjà décryptées et expliquées rapidement. Effectivement, leurs besoins portent également sur des données concrètes, pratiques et des supports tangibles à

conseiller. Des listes d'ouvrages, de professionnels, d'associations et des données synthétiques sur l'âge auquel commencer, la façon dont le proposer pourraient être créés et transmises aux médecins lors de la formation afin de répondre à leurs besoins.

De plus, nos participants ont confié avoir des envies de pédagogie active dans le but de mieux mémoriser les informations exposées et de passer un moment convivial et favorable aux apprentissages. Il serait alors envisageable de proposer des vidéos de la mise en place des signes, d'illustrations d'enfants les utilisant par exemple. Murielle proposait également des jeux de rôles entre les participants, permettant d'être actifs et de dynamiser la formation. La formation en présentiel serait donc préférée et préférable pour pouvoir échanger. Elle favoriserait la communication entre les participants et le formateur. Malgré tout, une formation en distanciel pourrait aussi être envisagée et proposée selon un des médecins interrogés. Elle permettrait, en effet, une consultation au moment choisi par le participant, moment où il serait le plus disponible pour assister à cette formation. Les deux modalités pourraient donc être envisagées pour convenir au plus grand nombre de médecins généralistes et ainsi atteindre un public plus large.

2. Biais méthodologiques et limites de l'étude

Tout au long de notre travail, nous avons essayé d'adopter une posture neutre et un regard critique propre à la recherche. Cependant, une étude qualitative peut contenir divers types de biais qui interfèrent, de surcroît, entre eux et qu'il est difficile de maîtriser. Ainsi, nous avons pu identifier certains biais que nous n'avons pas pu contrôler et qui posent des limites à notre étude.

2.1. Au sujet de l'échantillon

Tout d'abord, la première limite porte sur la taille de l'échantillon. En effet, pour une recherche qualitative, le nombre de participant est plus restreint que pour une recherche quantitative puisque « les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence » (Blanchet & Gotman, 2015, p.50). Cependant, notre recrutement de la population a été fastidieux et les critères de disponibilité ont pu interférer avec ce recrutement. En dépit des multiples stratégies mises en œuvre, nous avons recruté un nombre restreint de participants. La première stratégie de recrutement direct et celle du recrutement indirecte n'ont pas permis de recruter de participant. En revanche, le recrutement direct planifié a permis de recruter un participant et la dernière stratégie de recrutement, le recrutement par entremise d'un tiers ayant un lien de dépendance ou d'autorité avec les personnes visées par le recrutement, a permis de recruter trois médecins généralistes. Nous avons alors réalisé quatre entretiens avec notre population cible. De plus, la validation des entretiens dépend principalement des données recueillies. En effet, nous considérons la taille de l'échantillon suffisant lorsque nous arrivons au principe de saturation des données (Blanchet & Gotman, 2015; Drapeau, 2004; Mucchielli, 1996). Or, pour notre travail de recherche, nous n'avons pas pu atteindre cette saturation de données, ce qui représente une limite importante à notre étude.

De plus, deux hommes et deux femmes d'âge différent ont été interviewés mais cet échantillon n'est pas suffisant et devrait proposer davantage de variétés de profils pour enrichir nos données. Au vu des difficultés de recrutement, nous n'avons pas pu inclure de critère

supplémentaire afin de correspondre à la population française. A fortiori, lorsque nous avons utilisé la démarche de recrutement via la publication sur le site internet : <https://conseil03.ordre.medecin.fr/content/publications-1> . Cette démarche nous aurait permis de recruter des participants sans connaître au préalable leurs caractéristiques personnelles. Toutefois, grâce à la dernière stratégie mise en place lors de notre recrutement, nous avons cherché à faire varier certaines caractéristiques de notre population, afin d'avoir des participants différents, au niveau de critères comme le sexe, l'âge ou encore la ville d'exercice. Notre avons donc identifié un biais de sélection de notre population.

En outre, les participants qui ont répondu positivement à notre étude avaient connaissance de la thématique générale de notre étude mais ne connaissaient pas le sujet central de celle-ci afin de ne pas influencer leur participation. Néanmoins, ils pouvaient éventuellement avoir un intérêt pour la thématique du jeune enfant et donc s'être renseigné auparavant sur les sujets qui en découlent. Lors du recrutement de notre premier participant, nous avons échangé en face à face, en présentant une certaine pugnacité et en employant des termes ayant pu influencé notre interlocuteur et jouer sur ses émotions. Cela a donc également pu influencer son engagement et créer un biais de recrutement.

Alors, les résultats de notre étude ne peuvent pas être transférables car notre échantillon comporte certains biais que nous n'avons pas pu contrôler.

2.2. Au sujet de la méthodologie utilisée

Pour pouvoir recueillir nos données, nous avons fait le choix d'appliquer une méthodologie de recherche qualitative. Ce type de recherche est aujourd'hui reconnu « comme une démarche compréhensive et flexible qui permet d'étudier les phénomènes sociaux en profondeur » (Brito & Pesce, 2015). En effet, « les avantages d'une collecte de données qualitatives bien menée résident précisément dans la richesse des données collectées et la compréhension plus en profondeur du problème étudié. Elles visent non seulement à décrire, mais aussi à aider à obtenir des explications plus significatives sur un phénomène. » (Kohn & Christiaens, 2015). Pour notre recherche, nous avons échangé avec des médecins généralistes afin de recueillir leurs propos sur une thématique spécifique. La proximité qu'offre la recherche qualitative nous paraissait intéressante pour mieux comprendre notre population, obtenir des explications plus significatives et étudier notre population dans un contexte plus naturel. En effet, « les expériences et les croyances liées à la santé sont étroitement liées à des situations de la vie quotidienne » et « l'un des points forts de la recherche qualitative est qu'elle étudie les gens dans leur milieu naturel plutôt que dans situations artificielles ou expérimentales » (Kohn & Christiaens, 2015). Cependant, ce type de recherche a aussi ses limites et nous avons identifié certains biais lors de notre étude.

Tout d'abord, le fait d'être novice dans ce domaine et de n'avoir jamais réalisé d'entretien semi-dirigé auparavant nous a rendu la tâche plus chronophage et a augmenté le risque d'apparition de biais que nous avons identifiés, en général, uniquement postérieurement.

Nous avons réalisé notre pré-test auprès d'une population qui n'était pas notre population cible. Le pré-test n'a donc pas permis d'être au plus proche de la phase de test et donc de pouvoir anticiper certains propos et ajuster au mieux notre guide d'entretien.

Lorsque nous avons contacté notre population, nous avons mentionné que nous étions étudiante en orthophonie. Cela a pu interférer avec notre recherche et créer un biais dans le

sens où les médecins généralistes auraient pu se renseigner sur notre métier, le langage, voire le thème général exposé lors de notre recrutement et donc réaliser l'entretien dans des conditions différentes voire artificielles.

Lors de nos entretiens, nous avons assurément des différences interindividuelles qui font que nous n'avons pas obligatoirement réagi de façon similaire avec tous les participants. Nous n'avons, en effet, pas formulé les questions strictement pareil, au vu du déroulé de l'entretien, des informations apportées auparavant ou non et de la prédisposition du participant à développer un sujet plutôt qu'un autre. Nous avons préparé notre guide d'entretien en amont et avons rédigé les questions pour minimiser ce biais. L'aspect conversationnel et naturel de cette méthodologie a parfois pris le dessus et nous avons alors pu manquer de neutralité. Nous avons posé des questions supplémentaires, parfois fermées, à certains participants pour qu'ils précisent leur propos, là où d'autres participants n'ont peut-être pas eu l'occasion de compléter leurs idées. De façon involontaire, nous avons pu orienter les réponses de nos participants. Nous avons observé une grande différence entre le premier et le dernier entretien, concernant le contenu de la discussion mais également en ce qui concerne le temps. Lors du premier entretien, nous avons moins pris en compte cet aspect conversationnel et nous sommes restée fixée sur notre guide d'entretien, ce qui a nui au recueil de données. Après avoir pris conscience de ce biais, nous avons ajusté les échanges suivants et c'est probablement la raison pour laquelle les entretiens ont été plus longs et ont donc permis de recueillir davantage de données.

De plus, nous avons réalisé nos entretiens semi-dirigés selon plusieurs modalités. Un entretien a été réalisé en présentiel, deux entretiens par visioconférence sur l'application Skype® et un autre par téléphone. Les conditions de passation ont donc été différentes selon les participants et ont pu engendrer des biais. Lors de l'entretien téléphonique par exemple, nous avons bénéficié « des avantages liés au caractère naturel et intime des conversations téléphoniques » (Fenneteau, 2015). Néanmoins, l'absence de contact visuel et de perception des émotions rend le déroulement de l'entretien plus compliqué à conduire.

Ensuite, le lieu et l'environnement au sein duquel l'interviewé se situe influence indéniablement son discours et sa propension à échanger (Fenneteau, 2015). Pour chacun des participants, le lieu était connu puisqu'il s'agissait soit de leur propre domicile soit de leur cabinet médical. Ils ont donc été dans un lieu de confiance et ont pu ressentir un sentiment de sécurité, ce qui a pu permettre un discours plus libre et diminuer la pression sociale. Nous avons choisi la date et l'heure de notre entretien en amont, avec chaque participant, afin que ces derniers soient pleinement disponibles lors du déroulement de cet échange. Concernant cet aspect, les biais ont pu être maîtrisés.

Enfin, nous avons identifié un biais de désirabilité. Cela renvoie au fait que l'interviewé souhaite se montrer sous un aspect favorable, avantageux lorsqu'il est interrogé. Il peut alors user de propos malhonnêtes ou qui ne reflètent pas tout à fait la réalité afin de correspondre à ce qu'il pense que nous attendons de lui (Chung & Monroe, 2003). En outre, le fait d'enregistrer les entretiens peut ajouter une pression supplémentaire à l'interviewé et une préoccupation à « bien répondre » majorée par l'enregistrement. Par exemple, lors de nos résultats, nous avons relevé des a priori positifs de la part des médecins généralistes sur la communication gestuelle associée à la parole. Ces propos pourraient être tenus dans le cadre des entretiens semi-dirigés que nous avons réalisés mais être tout à fait différents lors de conversations personnelles et plus confidentielles où le sentiment d'être jugé et écouté est moins présent.

2.3. Au sujet du traitement des données

Concernant le traitement des données, nous avons également identifié des biais. Le premier porte sur le nombre d'individu ayant codé les entretiens. Nous avons été la seule personne à réaliser le codage, ce qui augmente la probabilité d'interpréter des propos sans en avoir conscience. Un biais d'objectivité et de validité peut donc être constaté.

De plus, un seul des participants a effectué une relecture afin de vérifier son objectivité et les critères d'anonymisation et a validé la transcription de son entretien. Les autres participants n'ont pas souhaité participer à cette étape de notre étude ou n'ont pas répondu à nos sollicitations. Aucun participant n'a souhaité vérifier le codage que nous avons réalisé. Nous n'avons donc pas de certitude quant à la non-interprétation des propos exprimés par nos participants. En effet, nous avons pu commettre des contresens ou apprécier de façon inadaptée certains éléments qu'ils auraient souhaité partager d'une autre manière. Cependant, lorsqu'un doute venait à apparaître, nous avons alors choisi de ne pas coder les données pour minimiser le risque d'interprétation.

Néanmoins, lors de notre analyse des données, nous avons utilisé une méthode mixte afin de maintenir une certaine objectivité. Cela nous a permis de traiter les données selon les éléments théoriques que nous connaissions tout en laissant une place importante aux propos apportés en complément par nos participants. Ces limites renvoient au risque de circularité et au biais d'interprétation que nous aurions voulu restreindre mais que nous n'avons pas pu contrôler dans leur totalité (Dumez, 2012, 2016; Kohn & Christiaens, 2015).

Enfin, lors des entretiens, nous avons consacré un temps de questions avant l'enregistrement et après celui-ci pour permettre d'échanger en toute liberté et sans la pression générée par l'enregistrement. Or, lors de ces instants, plusieurs participants ont rebondi sur des éléments ou des questions posées lors de l'entretien en exposant des idées inédites et intéressantes pour notre recherche. Malheureusement, nous n'avons donc ni transcrit, ni traité, ces données hors de l'entretien, pourtant pertinentes pour notre recherche.

3. Perspectives de l'étude

Notre étude a permis d'identifier les besoins des médecins généralistes concernant la communication gestuelle associée à la parole. Elle a aussi soulevé plusieurs perspectives qu'il serait intéressant d'envisager pour approfondir ce travail de recherche.

3.1. Application dans le domaine de l'orthophonie

Grâce aux résultats de notre étude, nous pouvons envisager de mettre en application des compétences relatives au certificat de capacité en orthophonie. En effet, les données recueillies grâce à nos entretiens permettent d'identifier les besoins de formation d'acteurs intervenant dans la prise en soin des patients, puis d'initier, de concevoir et d'organiser des actions de formation ou d'informations à destination de la population cible, ici les médecins généralistes. Cela permet alors de mieux coordonner les soins afin de construire un projet thérapeutique de qualité, en accord avec les autres professionnels intervenant dans le projet de soin des patients.

L'élaboration d'un projet de prévention autour de cette thématique, à destination des médecins généralistes, peut également être envisagée. En effet, les intérêts concernant le développement du regard, davantage porté vers l'adulte pour observer les signes, l'imitation

pour pouvoir le reproduire, ou encore l'attention conjointe permettraient d'enrichir la relation d'attachement grâce aux échanges multipliés, partagés et variés entre l'enfant et ses parents.

Ainsi, les signes utilisés dès le plus jeune âge de l'enfant pourraient pallier un trouble du langage ou de la parole a minima sur le versant fonctionnel car l'enfant aurait déjà un outil de communication connu et utilisé à sa disposition. Ainsi, le « bébé signe » sera un atout et un moyen en plus pour communiquer avec son entourage. De plus, au sein des familles où les interactions parent-enfant sont limitées, à cause de facteurs environnementaux ou personnels, où les enfants sont davantage à risque de développer un trouble de la communication, du langage ou de la parole, la communication gestuelle associée à la parole pourrait alors favoriser la communication parent-enfant. En effet, étant donné qu'elle nécessite des interactions variées, riches et multiples, elle peut alors se révéler comme un outil de prévention ou un outil renforçateur. Alors, dissuader les familles d'utiliser cette forme de communication serait assurément une perte pour l'enfant. Cette forme de communication n'apparaît donc pas comme obligatoire mais favorise la communication parent-enfant essentielle pour le développement global du jeune enfant.

3.2. Perspectives de recherche complémentaire

Pour donner suite à notre travail de recherche, notre revue de littérature et l'analyse de nos résultats, plusieurs perspectives sont envisageables.

Dans un premier temps, ce travail pourrait être réalisé à nouveau en prenant soin de maîtriser les biais. En effet, notre étude présente certaines limites et biais qu'il serait intéressant de contrôler pour valider cette recherche afin qu'elle soit transférable.

Il serait intéressant de réaliser une étude similaire en faisant simplement varier la population, afin d'étudier les besoins des médecins spécialisés en pédiatrie. En effet, il serait pertinent de comparer leurs besoins de formation à ceux des médecins généralistes et ainsi observer s'ils mentionnent un manque de connaissances similaire sur ces mêmes thématiques. Recueillir des données sur leur formation initiale et continue serait également pertinent afin de mieux comprendre les différences et les fragilités mentionnées par les médecins généralistes sans spécialisation pédiatrique. Comme l'ont évoqué les médecins interrogés, il serait intéressant d'étudier les besoins de formation des médecins ORL également.

Au vu de nos résultats, nous pensons également qu'il conviendrait de s'intéresser aux parents qui aimeraient ou qui mettent déjà en place cette forme de communication gestuelle avec leur enfant, afin de connaître auprès de qui ou de quoi ils s'informent lorsqu'ils souhaitent utiliser le « bébé signe » avec leur enfant. Cela permettrait alors de mieux comprendre et saisir, quels moyens, supports et formes ils utilisent et dans quelle mesure cela est approprié pour l'enfant.

Nous pourrions également nous intéresser à la communication gestuelle associée à la parole plus minutieusement en réalisant des recherches quantitatives et qualitatives sur les intérêts évoqués dans les articles scientifiques. En effet, les recherches étant parfois obsolètes et pour la plupart réalisées à l'étranger, un travail sur le long terme comparant deux populations, une exposée aux signes et l'autre non-exposée, permettrait potentiellement de mettre en lumière les différents intérêts. Nous avons conscience que cette forme de communication ne fait pas l'unanimité et inquiète quant aux répercussions sur le développement du langage par exemple. Nous manquons encore de preuves solides pour démontrer les intérêts de la communication gestuelle associée à la parole et notamment en langue française.

Il conviendrait également d'approfondir davantage les besoins des médecins généralistes concernant le développement du langage et de la communication du jeune enfant comme nous l'avions ébauché dans notre recherche, au début de nos entretiens. En effet, ces thématiques apparaissent comme primordiales pour les médecins généralistes qui reçoivent beaucoup d'enfants en consultation, et qui ont exprimé des besoins de formation et un manque de connaissances lors de nos échanges.

Il pourrait être aussi intéressant de réaliser cette recherche en variant le type de besoin, tout en maintenant des domaines communs aux médecins généralistes et aux orthophonistes. Cela pourrait porter sur les troubles du spectre de l'autisme, les troubles du langage, les troubles de la parole, les troubles du comportement, les troubles moteurs, les troubles praxiques ou encore le polyhandicap par exemple.

Toujours dans l'objectif d'une certaine collaboration entre le médecin généraliste et l'orthophoniste, un travail de recherche sur le partenariat-patient et la triangulation entre ces trois acteurs pourrait être intéressant. Tout comme le partenariat entre le médecin généraliste et l'orthophoniste et les pistes de réflexion pour le maintenir et l'enrichir.

3.3. Perspective de création d'un outil de formation

Les données recueillies grâce à notre étude nous informent qu'il existe un manque de connaissances et de compétences de la part des médecins généralistes au sujet de la communication gestuelle associée à la parole. Comme nous l'avions évoqué lors de l'analyse de nos résultats, tous nos participants ont exprimé des besoins et un intérêt pour une formation portée sur cette thématique. La perspective de la création d'un outil de formation semble être inéluctable. Il serait donc pertinent de créer une formation, en s'appuyant sur les besoins recueillis grâce à cette étude, à destination des médecins généralistes sur la communication gestuelle associée à la parole. Grâce aux données apportées par les médecins généralistes lors des entretiens semi-dirigés, nous pouvons imaginer apporter une formation inscrite au sein d'une FMC, composée d'un contenu complet, synthétique, comportant des données théoriques résumées et des éléments pratiques concrets, tout en utilisant des méthodes de pédagogie active. Effectivement, cette proposition serait pertinente, voire privilégiée par les médecins généralistes et permettrait d'aborder cette thématique aisément, plus naturellement et de manière appropriée. Thématique qui se révèle selon eux, intéressante et pertinente pour leur pratique professionnelle.

Conclusion

A travers cette étude, nous avons cherché à recueillir les besoins des médecins généralistes sur la thématique de la communication gestuelle associée à la parole. En effet, nous avons constaté lors de nos expériences personnelles et professionnelles, une méconnaissance quant à cette forme de communication de la part de certains professionnels de santé. Nous nous sommes alors demandé dans quelle mesure cela pouvait impacter l'utilisation des signes auprès des jeunes enfants et quels professionnels de santé seraient susceptibles d'influencer les décisions parentales. Nos recherches nous ont alors permis de nous intéresser aux médecins généralistes et à leurs besoins de formations sur la thématique du « bébé signe ». Pour mener à bien notre étude, nous avons décidé de réaliser des entretiens semi-dirigés, auprès de quatre médecins généralistes, afin de recueillir des informations qualitatives sur les représentations de l'état de leurs connaissances, leurs ressentis et leurs besoins sur cette thématique. Ainsi, grâce à l'analyse des données obtenues, nous avons constaté un réel sentiment de manque de compétences et de connaissances des médecins généralistes sur la communication gestuelle associée à la parole, dans toutes ses composantes. Les médecins expriment un manque de supports, de connaissances pratiques, concrètes et fondent principalement leurs savoirs sur des représentations ou des préjugés. Tous les médecins participants manifestent un besoin de formation sur le « bébé signe ». Cette étude a également permis de révéler des besoins de formation sur le développement typique de la communication et du langage du jeune enfant. En effet, les médecins généralistes ont aussi exprimé un manque de formation sur ces sujets-là, soit au sein de leur formation initiale soit au fil des FMC.

Bien qu'il s'agisse d'une étude qui comporte des biais et qui ne peut donc pas être transférable, elle apporte tout de même des résultats intéressants sur les besoins de formation des médecins généralistes sur la communication gestuelle associée à la parole et les caractéristiques à intégrer à l'outil de formation à leur destination. En effet, nous avons recueilli des données importantes sur son contenu, sa forme et sa temporalité idéale selon nos participants. D'après les besoins énoncés par les médecins généralistes, une formation courte, concrète, exhaustive, inscrite au sein d'une FMC, présentant des données théoriques et pratiques, tout en utilisant des moyens de pédagogie active serait la plus pertinente.

Ainsi, cette étude offre des perspectives de recherche intéressantes que nous avons évoquées. Nous pouvons retenir des possibilités concernant l'approfondissement des recherches sur la communication gestuelle associée à la parole, mais également sur les besoins de formation des médecins généralistes dans d'autres domaines ou encore sur la collaboration et la coordination des soins entre les médecins généralistes et les orthophonistes. En outre, nous avons également envisagé cette recherche dans l'objectif de créer un outil de formation à destination des médecins généralistes grâce aux besoins recueillis lors des entretiens semi-dirigés. La finalité de ce travail serait donc d'utiliser les données récoltées pour élaborer cet outil de formation sur la thématique de la communication gestuelle associée à la parole.

Références bibliographiques

- Acredolo, L., & Goodwyn, S. (1985). Symbolic Gesturing in Language Development. *Human Development*, 28(1), 40-49. <https://doi.org/10.1159/000272934>
- Acredolo, L., & Goodwyn, S. (1988). Symbolic Gesturing in Normal Infants. *Child Development*, 59(2), 450. <https://doi.org/10.2307/1130324>
- Acredolo, L. P., & Goodwyn, S. (2000). The Longterm Impact of Symbolic Gesturing During Infancy on IQ at Age 8. *Rapport présenté aux réunions de l'International Society for infant surdie, Brighton, Royaume-Uni.*
- Article R4127-11, Code de la santé publique.
- Article R4127-35, Code de la santé publique.
- Aubineau, L.-H., Vandromme, L., & Le Driant, B. (2015). L'attention conjointe, quarante ans d'évaluations et de recherches de modélisations: *L'Année psychologique*, Vol. 115(1), 141-174. <https://doi.org/10.3917/anpsy.151.0141>
- Aupiais, B. (2014). Mise en place et utilisation des codes de communication chez de jeunes enfants paralysés cérébraux. *Contraste*, N° 39(1), 119-141. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0119>
- Baghdadli, A., & Brisot-Dubois, J. (2011). *Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme : Guide pour les intervenants*. Elsevier Masson. <http://site.ebrary.com/id/10538415>
- Bates, E., Thal, D., Whitesell, K., Fenson, L., & Oakes, L. (1989). Integrating language and gesture in infancy. *Developmental Psychology*, 25(6), 1004-1019. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.6.1004>
- Bedoin, D. (2018). *Sociologie du monde des sourds: La Découverte*. <https://doi.org/10.3917/dec.bedoi.2018.01>
- Benichou, D. (2011). Le geste, une fenêtre sur le langage. In *Multicanalité de l'expression* (Rééducation orthophonique, p. pp 179-194). Orthoédition.
- Biais, M., Cassou, M., & Franc, C. (2022). Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe. *Études et résultats, DREES(N°1229)*, 1-6.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2015). *L'entretien* (2ème). Armand Colin. <https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/l-entretien-9782200601911/>
- Bonnet, J.-B. (2008). *Image du médecin généraliste par les patients : Étude auprès d'une population de l'agglomération nantaise par la méthode du focus group* [Thèse d'exercice : médecine générale]. UFR Médecine et Techniques Médicales.
- Bouhier-Charles, N., & Companys, M. (2006). *Signe avec moi*. Monica Companys Edition.
- Brandt, P. A. (2018). Qu'est-ce que la sémiotique ? Une introduction à l'usage des non-initiés courageux. *Actes Sémiotiques*, 121, 1-19. <https://doi.org/10.25965/as.5961>
- Brin, F. (2014). *Dictionnaire d'orthophonie* (3e éd., réimpr). Ortho édition.

- Brito, O., & Pesce, S. (2015). De la recherche qualitative à la recherche sensible. *Spécificités*, 8(2), 1-2. <https://doi.org/10.3917/spec.008.0001>
- Brooks, R., & Meltzoff, A. N. (2002). The importance of eyes : How infants interpret adult looking behavior. *Developmental Psychology*, 38(6), 958-966. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.6.958>
- Brooks, R., & Meltzoff, A. N. (2005). The development of gaze following and its relation to language. *Developmental Science*, 8(6), 535-543. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2005.00445.x>
- Bruner, J. S. (1975). The ontogenesis of speech acts. *Journal of Child Language*, 2(1), 1-19. <https://doi.org/10.1017/S0305000900000866>
- Capirci, O., Cattani, A., Rossini, P., & Volterra, V. (1998). Teaching Sign Language to Hearing Children as a Possible Factor in Cognitive Enhancement. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 3(2), 135-142. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.deafed.a014343>
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2018). *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications* (Third edition). Guilford Press.
- Castel, P. (2005). Le médecin, son patient et ses pairs : Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Revue française de sociologie*, Vol. 46(3), 443-467. <https://doi.org/10.3917/rfs.463.0443>
- Chevallier, G. (2013). La voix de l'enfant et ses troubles fonctionnels. *Enfances & Psy*, N° 58(1), 15-28. <https://doi.org/10.3917/ep.058.0015>
- Chung, J., & Monroe, G. S. (2003). Exploring social desirability bias. *Journal of Business Ethics*, 44(4), 291-302. <https://doi.org/10.1023/A:1023648703356>
- Daniels, M. (1994). The effect of sign language on hearing children's language development. *Communication Education*, 43(4), 291-298. <https://doi.org/10.1080/03634529409378987>
- Dayekh, A. Y., Naseridine, M., Dakroub, F., & Olleik, A. (2022). Impact, obstacles and boundaries of patient partnership : A qualitative interventional study in Lebanon. *PLOS ONE*, 17(7), 10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270654>
- Dedianne, M.-C. (2001). *Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : Application de la méthode par focus groups* [Thèse de médecine]. Université Joseph Fourier.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Dumez, H. (2012). *Les trois risques épistémologiques de la recherche qualitative*. 8(4).
- Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative* (2ème). Vuibert.
- Dussot, C. (2021). *Le Carnet de Santé de l'Enfant : Un outil de coordination suffisant pour suspecter un profil de Trouble Spécifique du Langage Écrit ? Vers la création d'items de dépistage à ajouter au carnet de santé de l'enfant* [Mémoire d'orthophonie]. ILFOMER.
- Fenneteau, H. (2015). *L'enquête : Entretien et questionnaire* (3e éd). Dunod.

- Frak, V., & Nazir, T. (Éds.). (2014). *Le langage au bout des doigts : Les liens fonctionnels entre la motricité et le langage*. Presses de l'Université du Québec.
- Franc, S. (2010). Des signes pour mieux communiquer. Le programme Makaton au service de l'enfant présentant un trouble du langage. *Entretiens de Pédiatrie et de Puériculture, Entretien de Bichat*, 10-14.
- Garcia, J. (1999). *Sign with your baby : How to communicate with infants before they can speak* (11th print). Mukilteo, WA.
- Gasser, F. (2004). Makaton et dysphasie : Utilisation d'un système de communication multimodal. *ANAE Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 16(76-77), 108-110.
- Góngora, X., & Farkas, C. (2009). Infant sign language program effects on synchronic mother–infant interactions. *Infant Behavior and Development*, 32(2), 216-225. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.12.011>
- Goodwyn, S. W., Acredolo, L. P., & Brown, C. A. (2000). Impact of Symbolic Gesturing on Early Language Development. *Journal of Nonverbal Behavior*, 24(2), 81-103. <https://doi.org/10.1023/A:1006653828895>
- Haaser, T., Constantinidès, Y., Dejean, C., Escande, A., Le Tallec, P., Lorchel, F., Marty, S., Thureau, S., Huguet, F., & Lagrange, J.-L. (2020). Démocratie sanitaire : Le patient partenaire de sa prise en charge. *Cancer/Radiothérapie*, 24(6-7), 736-743. <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2020.06.021>
- Juignet, P. (2015). Noam Chomsky et l'autonomie du langage. *Philosophie, science et société*, 95. <https://philosciences.com/95>
- Keller, H. (2018). Universality claim of attachment theory : Children's socioemotional development across cultures. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(45), 11414-11419. <https://doi.org/10.1073/pnas.1720325115>
- Kern, S. (2019). *Le développement du langage chez le jeune enfant : Théorie, clinique, pratique*. De Boeck supérieur.
- Kisilevsky, B. S., Hains, S. M. J., Brown, C. A., Lee, C. T., Cowperthwaite, B., Stutzman, S. S., Swansburg, M. L., Lee, K., Xie, X., Huang, H., Ye, H.-H., Zhang, K., & Wang, Z. (2009). Fetal sensitivity to properties of maternal speech and language. *Infant Behavior and Development*, 32(1), 59-71. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.10.002>
- Klein, A. (2014). La figure du bon médecin : Du rôle des mythes épistémologiques dans le processus de professionnalisation de la médecine française. *Recherche & formation*, 76, 61-78. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2236>
- Kobak, R., Zajac, & Madsen, S. D. (2016). Attachment disruptions, reparative processes, psychopathology : Theoretical and clinical implications. In *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications* (Third edition, Vol. 25, p. 25-40). Guilford Press.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2015). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances: *Reflets et perspectives de la vie économique, Tome LIII(4)*, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

- Lamperier, M. (2012). *Les « bébés signeurs » : Regards de parents sur la démarche et analyse des pratiques communicatives enrichies de signes* [Mémoire de Sciences du Langage]. Université Stendhal.
- MacLeod, A. A. N., Sutton, A., Trudeau, N., & Thordardottir, E. (2011). The acquisition of consonants in Québécois French : A cross-sectional study of pre-school aged children. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(2), 93-109. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.487543>
- Mehler, J., Bertoncini, J., Barriere, M., & Jassik-Gerschenfeld, D. (1978). Infant Recognition of Mother's Voice. *Perception*, 7(5), 491-497. <https://doi.org/10.1068/p070491>
- Montoya, D., & Bodart, S. (2009). Le programme Makaton auprès d'un enfant porteur d'autisme : Le cas de Julien: *Développements*, n° 3(3), 15-26. <https://doi.org/10.3917/devel.003.0015>
- Mouranche, A. (2004). *Information des futurs médecins généralistes sur la prescription orthophonique* [Mémoire d'orthophonie].
- Mucchielli, A. (1996). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. *Communication et organisation*, 10, 280. <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.1901>
- Mueller, V., Sepulveda, A., & Rodriguez, S. (2014). The effects of baby sign training on child development. *Early Child Development and Care*, 184(8), 1178-1191. <https://doi.org/10.1080/03004430.2013.854780>
- Nader-Grosbois, N. (2020). Chapitre 10. Déficience auditive: In *Psychologie du handicap* (p. 447-501). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.nader.2020.01.0447>
- Nazzi, T., Bertoncini, J., & Mehler, J. (1998). Language discrimination by newborns : Toward an understanding of the role of rhythm. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 24(3), 756-766. <https://doi.org/10.1037/0096-1523.24.3.756>
- Nelson, L. H., White, K. R., & Grewe, J. (2012). Evidence for Website Claims about the Benefits of Teaching Sign Language to Infants and Toddlers with Normal Hearing : Baby Sign Language Website Claims. *Infant and Child Development*, 21(5), 474-502. <https://doi.org/10.1002/icd.1748>
- Paret, M.-C. (1983). Chomsky et le langage. *Québec français*, 51, 82-83.
- Plaza, M. (2014). Le développement du langage oral. *Contraste*, N° 39(1), 99-118. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0099>
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C., & Raiola, M. (2008). *Les neurones miroirs*. O. Jacob.
- Roch, D., & Urban, F. (2011). Utilisation d'un système signé augmentatif de communication auprès d'enfants dysphasiques en insitution. In *Rééducation orthophonique: Vol. n°246* (p. pp 161-178).
- Rowe, M. L., Özçalışkan, Ş., & Goldin-Meadow, S. (2008). Learning words by hand : Gesture's role in predicting vocabulary development. *First Language*, 28(2), 182-199. <https://doi.org/10.1177/0142723707088310>

- Tourette, C., & Guidetti, M. (2018). Chapitre 2. Vie prénatale et naissance: In *Introduction à la psychologie du développement* (p. 53-82). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.tourr.2018.01.0049>
- Vallotton, C. D. (2008). Signs of emotion : What can preverbal children “say” about internal states? *Infant Mental Health Journal*, 29(3), 234-258.
<https://doi.org/10.1002/imhj.20175>
- Vallotton, C. D., & Ayoub, C. C. (2009). Symbols Build Communication and Thought : The Role of Gestures and Words in the Development of Engagement Skills and Social-emotional Concepts during Toddlerhood: Symbols Build Social Skills. *Social Development*, 19(3), 601-626. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2009.00549.x>
- Vauclair, J., & Cochet, H. (2016). La communication gestuelle : Une voie royale pour le développement du langage: *Enfance*, N° 4(4), 419-433.
<https://doi.org/10.3917/enf1.164.0419>
- Vouloumanos, A., & Werker, J. F. (2007). Listening to language at birth : Evidence for a bias for speech in neonates. *Developmental Science*, 10(2), 159-164.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2007.00549.x>
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society : The development of higher psychological processes* (Nachdr.). Harvard Univ. Press.
- Yamaguchi, N. (2015). L'acquisition phonologique, de Jakobson aux modèles fréquentiels: *Langages*, N° 198(2), 31-50. <https://doi.org/10.3917/lang.198.0031>

Sitographie

- Arnault, D. F. (2022). *Atlas de la démographie médicale en France*. Conseil national médecin. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf
- Bernault, C. (2023). *DU Partenariat Patients - Professionnels en santé. Médecine Université de Nantes*. <https://medecine.univ-nantes.fr/formation-continue/du-partenariat-patients-professionnels-en-sante>
- Fauchier-Delavigne, M. (2023, mars 23). *Parler avec bébé en s'inspirant de la langue des signes*. Le Monde. https://www.lemonde.fr/m-perso/article/2016/05/07/parler-avec-bebe-en-langue-des-signes_4915395_4497916.html
- Heyrman, J., & Allen, J. (2002). *La définition européenne de la médecine générale – Médecine de famille*. WONCA Europe. https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
- Nicoli, C. (2016a). *D. E. S. de médecine générale*. Remède. <http://www.remede.org/documents/DES-medecine-generale.html>
- Nicoli, C. (2016b). *UE2 : De la conception à la naissance - Pathologie de la femme – Hérité - L'enfant - L'adolescent*. Remède. <http://www.remede.org/documents/ue2-de-la-conception-a-la.html>
- Nicoli, C. (2016c). *UE3 : Maturation – Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives*. Remède. <http://www.remede.org/documents/ue3-maturation-vulnerabilite-sante.html>
- Nicoli, C. (2017). *Formation continue : Suivez le guide !* Profil médecin. <https://www.profilmedecin.fr/contenu/formation-continue-medecin/>

Annexes

Annexe I. Infographie réalisée pour le recrutement.....	71
Annexe II. Capture d'écran du courriel envoyé aux différents conseils.....	72
Annexe III. Capture d'écran de la réponse par courriel du Conseil National de l'Ordre des Médecins.....	73
Annexe IV. Capture d'écran de la réponse par courriel du Conseil départemental de la Vienne.....	74
Annexe V. Guide d'entretien.....	75
Annexe VI. Formulaire de consentement éclairé et autorisation d'enregistrer.....	77
Annexe VII. Recueil de caractéristiques.....	79
Annexe VIII. Transcription de l'entretien E4.....	80
Annexe IX. Grille d'analyse déductive de l'entretien E4.....	89
Annexe X. Extrait de la grille d'analyse inductive.....	92

Mémoire de recherche en orthophonie

LES BESOINS DE FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES SUR DES THEMATIQUES CENTREES SUR LE JEUNE ENFANT



Pour qui ?

Titulaire du **DES de médecine générale obtenu en France** ou d'une **autorisation d'exercice**



Pourquoi ?

- Connaître les besoins de formation des médecins généralistes
- Recueillir les préférences concernant les outils de formation



Comment ?

Lors d'un **entretien semi-dirigé** en présentiel ou distanciel



Quand ?

De **novembre 2022 à janvier 2023** selon les disponibilités

Directrice de mémoire : Emilie BERNARD, orthophoniste

Contact : Alice THIBAUT - Etudiante M2 orthophonie à Limoges - thibault.alice4@orange.fr ou 06 43 84 47 63


Annexe II. Capture d'écran du courriel envoyé aux différents conseils

brouillons

envoyés (143)

spam


corbeille

mes dossiers 


623,37 Mo utilisés / **10 Go** besoin de plus d'espace ?
(<https://boutique.orange.fr/options/giga-mail-boite-messagerie>)



Recrutement medecins generalistes - memoire ortho...


Alice Thibault 23/11/22 17:19
à : conseil-national@ordre.medecin.fr
cci : cher@18.medecin.fr, correze@19.medecin.fr, dordogne@24.medecin.fr, loir-et-cher@41.medecin.fr, cd.86@ordre.medecin.fr, centre@crom.medecin.fr, nouvelle-aquitaine@crom.medecin.fr, indre-et-loire@37.medecin.fr, haute-vienne@87.medecin.fr, allier@03.medecin.fr, creuse@23.medecin.fr

détails 

de : Alice Thibault,thibault.alice4@orange.fr
date : mercredi 23 novembre 2022 à 17:19
à : conseil-national@ordre.medecin.fr

en-tête complet 

 1 pièce jointe télécharger 



Madame, Monsieur,

Je suis Alice THIBAUT, étudiante en dernière année d'**orthophonie** à Limoges. Je réalise un travail de recherche qui donnera lieu à la **publication d'un mémoire** à la fin de l'année scolaire, pour lequel j'ai besoin d'échanger avec des **médecins généralistes** sur des **thématiques centrées sur le jeune enfant**.

Pour cela, je suis à la recherche de **médecins généralistes** qui voudraient bien m'accorder **une trentaine de minutes** lors d'un **entretien en présentiel ou distanciel de novembre 2022 à janvier 2023** selon les disponibilités.

Ci-joint, une infographie qui résume ma demande.

N'hésitez pas à me contacter si vous souhaitez participer à cette étude, je vous en serais très reconnaissante, cela m'aiderait beaucoup.

Je vous remercie par avance et vous adresse mes sincères salutations.

Cordialement,

Alice THIBAUT, étudiante orthophoniste

Annexe III. Capture d'écran de la réponse par courriel du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Mail  

rechercher ...  nouveau | supprimer | répondre | transférer | spam | déplacer vers | autres fonctions

boîte de réception  retour  précédent  suivant

thibault.alice4@ora... (+999)

brouillons

envoyés (211)

spam

corbeille

mes dossiers 

718,31 Mo utilisés / 10 Go
besoin de plus d'espace ?
(<https://boutique.orange.fr/options>)
([giga-mail-boite-messaagerie](https://mail-boite-messaagerie))

RE: Recrutement médecins généralistes - Mémoire orthophonie

service études et recherches statistiques
à : thibault.alice4@orange.fr 05/12/22 17:01
détails 

2 pièces jointes diaporama (2) tout télécharger 

Bonjour,

Nous ne pouvons malheureusement pas donner une suite favorable à votre demande puisque dans le cadre du RGPD nous ne sommes pas en mesure de vous fournir de telles données.

Bien cordialement,

Service Études et Recherches Statistiques
sers.cn@ordre.medecin.fr (<mailto:rasse.stephanie@ordre.medecin.fr>)


Ordre National des Médecins, 4 Rue Léon Jost, 75017 Paris
Tél : 01 53 89 35 05

« Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'Ordre des médecins sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition et d'effacement des données les concernant, qu'elles peuvent exercer par courrier postal ou par courrier électronique. »

De : Alice Thibault <thibault.alice4@orange.fr>
Envoyé : mercredi 23 novembre 2022 17:20
À : service conseil-national <conseil-national@ordre.medecin.fr>
Objet : Recrutement médecins généralistes - Mémoire orthophonie

Madame, Monsieur,

Je suis Alice THIBAULT, étudiante en dernière année d'**orthophonie** à Limoges. Je réalise un travail de recherche qui donnera lieu à la **publication d'un mémoire** à la fin de l'année scolaire, pour lequel j'ai besoin d'échanger avec des **médecins généralistes** sur des **thématiques centrées sur le jeune enfant**.

Pour cela, je suis à la recherche de **médecins généralistes** qui voudraient bien m'accorder **une trentaine de minutes** lors d'un **entretien en présentiel ou distanciel** de **novembre 2022 à janvier 2023** selon les disponibilités.

Ci-joint, une infographie qui résume ma demande.



N'hésitez pas à me contacter si vous souhaitez participer à cette étude, je vous en serais très reconnaissante, cela m'aiderait beaucoup.


Je vous remercie par avance et vous adresse mes sincères salutations.





Cordialement,

Alice THIBAULT, étudiante orthophoniste

Annexe IV. Capture d'écran de la réponse par courriel du Conseil départemental de la Vienne

Mail  

rechercher ...  nouveau | supprimer | répondre | transférer | spam | déplacer vers | autres fonctions

boîte de réception   retour  précédent  suivant


thibault.alice4@ora... (+999)

brouillons

envoyés (211)



spam

corbeille

mes dossiers 

718,31 Mo utilisés / 10 Go
[besoin de plus d'espace ?](#)
[\(https://boutique.orange.fr/options/giga-mail-boite-messagerie/\)](https://boutique.orange.fr/options/giga-mail-boite-messagerie/)

RE: Recrutement médecins généralistes - Mémoire orthophonie

CDOM VIENNE 24/11/22 13:04
à : Alice Thibault  

Bonjour,

Nous ne sommes pas en mesure de transmettre votre demande. Nous privilégions l'envoi des questionnaires de thèse des étudiants en médecine générale.

Les 91 médecins généralistes acceptant de répondre aux questionnaires de thèse des étudiants en médecine générale sont assaillis de questionnaires et nous ne pouvons les surcharger davantage.

Regrettant de ne pouvoir donner suite à votre demande.

Cordialement,

Dr Chloé DE BEKETCH
Secrétaire Générale

Conseil Départemental de la Vienne de l'Ordre des Médecins
14 rue du Beaupré - 86280 Saint-Benoît
Tél : 05 49 61 61 00

De : Alice Thibault <thibault.alice4@orange.fr (mailto:thibault.alice4@orange.fr)>
Envoyé : mercredi 23 novembre 2022 17:20
À : service conseil-national <conseil-national@ordre.medecin.fr (mailto:conseil-national@ordre.medecin.fr)>
Objet : Recrutement médecins généralistes - Mémoire orthophonie

Madame, Monsieur,

Je suis Alice THIBAULT, étudiante en dernière année d'**orthophonie** à Limoges. Je réalise un travail de recherche qui donnera lieu à la **publication d'un mémoire** à la fin de l'année scolaire, pour lequel j'ai besoin d'échanger avec des **médecins généralistes** sur des **thématiques centrées sur le jeune enfant**.

Pour cela, je suis à la recherche de **médecins généralistes** qui voudraient bien m'accorder **une trentaine de minutes** lors d'un **entretien en présentiel ou distanciel de novembre 2022 à janvier 2023** selon les disponibilités.

Ci-joint, une infographie qui résume ma demande.

N'hésitez pas à me contacter si vous souhaitez participer à cette étude, je vous en serais très reconnaissante, cela m'aiderait beaucoup.

Je vous remercie par avance et vous adresse mes sincères salutations.

Cordialement,

Alice THIBAULT, étudiante orthophoniste

Annexe V. Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Données
administratives

Prénom	
Date	
Lieu	
Durée	

ID anonyme	
------------	--

Présentation

- Remerciements
- Rappel présentation de l'enquêteur
- Rappel présentation de l'enquête
- Objectif de partager ce qui semble pertinent et intéressant
- Rappel règles de confidentialité
- Questions du participant
- Début de l'enregistrement

Questions

Introduction	Tout d'abord, actuellement quelle proportion approximative de jeunes enfants avez-vous dans votre patientèle ? J'entends par jeunes enfants, des enfants entre 0 et 3 ans. <input type="checkbox"/>	
	Quelle est la fréquence en générale des consultations auprès de ces patients ? <input type="checkbox"/>	
	Pour quelle motif recevez-vous ces jeunes enfants et leur famille ? <input type="checkbox"/>	

Développement de la communication et du langage	Comment voyez-vous votre rôle en tant que médecin généraliste lors de ces consultations ? <input type="checkbox"/>	
	Quand vous accompagnez ces familles et leur enfant, lorsque le motif concerne la communication et le langage de l'enfant, sur quels éléments vous appuyez-vous pour répondre aux questionnement des jeunes parents ? <input type="checkbox"/>	
	Je vous propose de choisir dans votre tête, un jeune patient que vous suivez actuellement. [...] Vous êtes en consultation avec lui et son parent, et celui-ci vous pose une question sur le développement de la communication et du langage. Comment vous sentez-vous à ce moment précis ? <input type="checkbox"/>	
	Quels seraient vos besoins de formation ou d'information sur cette thématique ? <input type="checkbox"/>	

Liaison	Parmi les jeunes patients et leur famille auxquels vous pensez, quels sont les patients qui vous ont interrogé sur la communication signée, qu'on appelle également le « bébé signe » ? <input type="checkbox"/>	
---------	--	--

Questions

La communication signée chez le jeune enfant tout-venant	SI QUESTION DÉJÀ ABORDEE Quelles étaient les questions des parents à ce sujet ? <input type="checkbox"/>	
	Qu'avez-vous répondu à leurs questionnements ? <input type="checkbox"/>	
	SI QUESTION JAMAIS ABORDEE En avez-vous déjà entendu parler ? <input type="checkbox"/> Si NON : selon vous, qu'est-ce que c'est ? <input type="checkbox"/> Def° si besoin	
	Je vous invite alors à vous projeter dans une situation de consultation auprès d'un jeune enfant de 6 mois, accompagné de ses parents. Ils vous expliquent qu'ils ont entendu parler de la communication signée pour les bébés tout-venants, ils n'ont pas approfondi le sujet et vous demandent « qu'est-ce que vous pensez de la communication signée ? » Que répondriez-vous à ce questionnement ? <input type="checkbox"/>	
	Ils vous demandent si cela va retarder l'acquisition du langage de leur enfant ? que répondriez-vous ? <input type="checkbox"/>	
	Sur quels éléments vous appuyez-vous pour répondre aux questions ? <input type="checkbox"/>	
	Comment vous sentez-vous lorsque la famille aborde cette thématique ? <input type="checkbox"/>	
	Post-consultation, que mettez-vous en place pour répondre aux prochains questionnements sur cette thématique ? <input type="checkbox"/>	

Formation ou information	Au vu de ce que vous m'avez précédemment expliqué, que pensez-vous d'une formation ou une information à destination des médecins généralistes sur la communication signée/le bébé signe ? <input type="checkbox"/>	
	Quelle forme devrait prendre cette formation ou information pour qu'elle soit la plus pertinente selon vous ? <input type="checkbox"/>	
	Quel serait le moment le plus pertinent pour apporter cette formation ou information ? <input type="checkbox"/>	
	Quelles contraintes devraient être prises en compte afin d'adapter au mieux l'information ou la formation à votre profession ? <input type="checkbox"/>	

Fin de l'entretien

Durée de l'enregistrement	
---------------------------	--

Questions posées à la fin de l'entretien	
Conditions d'enregistrement	
Remarques	

Annexe VI. Formulaire de consentement éclairé et autorisation d'enregistrer



Consentement éclairé de participation à une étude et autorisation pour l'enregistrement audio/vidéo et l'exploitation des données enregistrées

Présentation

Cette étude est réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études en orthophonie. Elle porte sur les besoins de formation des médecins généralistes sur des thématiques centrées sur l'enfant et sa famille.

Cette recherche est menée par Alice THIBAUT, étudiante en 5^{ème} année d'orthophonie à l'ILFOMER (Institut Limousin de FORMation aux MÉtiers de la Réadaptation), à Limoges. Elle est encadrée par Madame Emilie BERNARD, orthophoniste.

Les entretiens menés seront enregistrés au format audio ou vidéo, et les enregistrements seront détruits après leur retranscription. Les données recueillies seront anonymisées et uniquement destinées à cette étude. Seuls quelques extraits de la retranscription et/ou sa totalité seront publiés de manière anonyme dans le mémoire d'orthophonie.

Ces recherches ne sont possibles que grâce au consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées. Nous vous demandons par conséquent votre autorisation à procéder aux enregistrements. Le retrait de votre participation à l'étude est possible à tout moment et sans aucun préjudice.

Autorisation

(rayer les paragraphes ou les termes qui ne conviendraient pas)

Je soussigné(e).....

- Déclare accepter, librement et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude
- Déclare avoir reçu des informations précisant les modalités de déroulement de cette étude et exposant notamment les éléments suivants :
 - o L'entretien sera individuel et réalisé par visioconférence ou en présentiel, selon les préférences et disponibilités de chacun.
 - o L'entretien pourra durer environ 30 minutes.
 - o On me demandera de répondre à des questions au cours d'un entretien semi-dirigé.
 - o Ma participation ne fera l'objet d'aucune rétribution.
- Déclare avoir disposé d'un délai de réflexion suffisant avant de prendre ma décision.
- Autorise par la présente Alice THIBAUT, à enregistrer l'entretien en audio/vidéo.
- Autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée, pour leur analyse et à des fins de recherche scientifique (mémoire, article issu du mémoire, exposé à un congrès)
- Prends acte que pour toutes ces utilisations scientifiques, les données ainsi enregistrées seront anonymisées : ceci signifie que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information qui permettrait l'identification des participants.
- Souhaite que la contrainte supplémentaire suivante soit respectée :

.....
.....

- Déclare avoir reçu une copie du présent document et avoir été informé qu'une copie sera également conservée par Mme Alice THIBAUT dans des conditions garantissant la confidentialité (dans un tiroir fermé à clé si le document est au format papier, protégé par un mot de passe s'il est au format numérique), et y consens.

- Accepte de participer à l'étude menée dans le cadre du mémoire d'orthophonie de Mme Alice THIBAUT, dirigé par Mme Emilie BERNARD, orthophoniste, dans les conditions précisées ci-dessus. Si je le désire, j'ai le droit de refuser de participer à cette recherche ou de retirer mon consentement à tout moment, sans aucun préjudice.

Fait à :, Le :

Nom, prénom et signature :

Alice THIBAUT
Etudiante en Master 2 d'Orthophonie
ILFOMER, Université de Limoges
Mémoire dirigé par Emilie BERNARD, orthophoniste

Annexe VII. Recueil de caractéristiques



Recueil de caractéristiques

Vous avez accepté de participer à l'étude menée par Alice THIBAUT, étudiante en 5^{ème} année d'orthophonie à l'ILFOMER, dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Afin de mener une recherche la plus complète possible, merci de bien vouloir répondre au questionnaire ci-dessous. Il permettra d'analyser les données recueillies par le biais de l'entretien de la manière la plus exhaustive possible. Les renseignements que vous mentionnerez seront traités de manière anonyme et confidentielle, et supprimés au terme de l'étude.

Date de naissance	
Nombre d'enfants et âge	
Date d'obtention du DES de médecine générale	
Lieu d'obtention du DES de médecine générale	
Nombre d'années d'expérience	
Ville d'exercice	
Thèmes des formations continues effectuées ces 3 dernières années	

Alice THIBAUT
Etudiante en Master 2 d'Orthophonie
ILFOMER, Université de Limoges
Mémoire dirigé par Emilie BERNARD, orthophoniste

Annexe VIII. Transcription de l'entretien E4

ENTRETIEN 4 – 17/01/2023

Métadonnées de l'entretien :

- **Enquêteur** : Alice THIBAUT (AT)
 - **Enquêté** : Clé d'identification Loïc
 - **Date** : 17 janvier 2023
 - **Lieu et modalités** : appel visioconférence via Skype
 - **Durée** : 33 minutes 33 secondes
-

[Début de l'enregistrement]

Alice THIBAUT : Alors, donc pour commencer, je voulais vous demander, actuellement dans votre patientèle, euh quelle proportion vous avez approximativement de jeunes enfants ?

Loïc : Alors, jeunes enfants ça veut dire moins de 6 ans, moins de 2 ans, moins de... ?

AT : Plutôt entre 0 et 3 ans si possible.

Loïc : Entre 0 et 3 ans ?

AT : Oui.

Loïc : Euh... C'est dur à la louche comme ça... J'ai la possibilité de le savoir en principe si vous souhaitez une information exacte.

AT : Oh non, non à peu près, à peu près.

Loïc : Ouais euh... une quarantaine je dirais. Une quarantaine oui.

AT : Ok, ça représente à peu près combien sur tous vos patients ? Enfin si vous savez à peu près.

Loïc : Oui bah en fait, je pense que j'en ai plus que ça, parce que des patients, je crois que j'en ai euh 1000, 1200 je pense.

AT : D'accord.

Loïc : Et je pense que, j'avoue que comme ça, c'est pas facile de jauger. Euh... je pense que... moins de 3 ans, je pense que j'en ai, non j'en n'ai pas tant que ça donc 40, 50 je pense quand même.

AT : D'accord, ok, ok. Donc en général la fréquence de ces consultations-là, c'est à peu près quoi ?

Loïc : Alors euh, vous voulez dire pour euh, dans, est-ce que j'ai beaucoup d'enfants dans une journée ou est-ce que c'est à quel rythme je vois ces enfants-là ?

AT : Oui c'est ça ! A quel rythme ?

Loïc : A quel rythme je vois les enfants de moins de 3 ans ? Eh bien euh... Dans la toute petite enfance on les voit jusqu'à 6 mois, tous les mois euh... on va dire jusqu'à 1 an c'est quasiment tous les mois. Et après, c'est tous les 6 mois quoi.

AT : D'accord, ok.

Loïc : Tous les 6 mois puis tout, oui bah... à 2 ans et demi, je les revois pas forcément donc ça va être tous les mois jusqu'à 1 an grossièrement, euh, tous les 6 mois jusqu'à 2 ans et après je vais passer sur un rythme plutôt annuel ouais. Bon après, ça c'est pour les visites systématiques sachant qu'il y a plein de patients, plein de parents qui finalement n'amènent pas les enfants aux visites systématiques. Et à l'inverse, on a plein de parents qui consultent pour plein

d'autres motifs, donc c'est toujours l'occasion de refaire le point sur euh, le suivi général quoi donc y a des enfants qu'on voit souvent et d'autres qu'on voit peu. Même quand on leur dit qu'il faut venir au plus tard dans un mois.

AT : Ah oui, d'accord ok. Donc en général les motifs pour lesquels vous les recevez, c'est soit des suivis de, de...

Loïc : Alors voilà, voilà, y a les suivis, y a les suivis systématiques comme je vous l'ai dit là, et puis ensuite y a tous les motifs de consultation qui sont euh, pour les pathologies aiguës qui se surajoutent à ça. Qui sont pas des consultations dédiées au, au, à des dépistages ou à voilà, mais qui peuvent être toujours l'occasion de, de faire un p'tit point quoi.

AT : D'accord, oui, oui.

Loïc : Mais c'est... euh ouais alors sur le suivi général, c'est une problématique hein parfois. Parce qu'on a des pa, en effet, y a des, des, des, selon les familles, des enfants qu'on va voir pour les pathologies aiguës donc on va les voir régulièrement mais on va avoir du mal à les faire venir à partir d'un certain âge pour les consultations dédiées au mois annuel quoi.

AT : Ah oui ok. Comment, est-ce que vous savez pourquoi, c'est parce qu'ils sont pas spécialement alertes ou parce qu'ils n'y voient pas forcément l'intérêt ?

Loïc : Oh bah j'pense que y a une partie euh qui n'y voit pas l'intérêt et puis une autre partie euh... Fin qui sont submergés par leur emploi du temps donc euh... Bah ça c'est pas valable que pour les enfants mais euh... Si y a pas de douleur ressentie, de gêne ressentie euh, tout ce qui va être consultation de dépistage, de prévention, ça va, ça va facilement passer au second plan. Alors chez les tout-petits non. Chez les tout-petits, y a la vaccination qui aide à ça mais même en dehors de ça, y a aucune difficulté jusqu'à 2 ans.

AT : D'accord.

Loïc : Mais dès qu'on a, dès que les enfants sont scolarisés, ça devient euh, ça devient bah il faut les amener à l'école, il faut gérer son travail, il faut tout ça donc euh ça devient secondaire. Tout ce qui, puisqu'il n'y a pas de plainte, la prévention devient facilement secondaire.

AT : Eh oui, oui.

Loïc : Mais ça dépend des familles hein ! Y a des familles euh...

AT : Oui bien sûr.

Loïc : Voilà hum.

AT : Ok, ok c'est intéressant tout ça ! Donc, comment est-ce que vous, vous voyez votre rôle en tant que médecin généraliste dans ces consultations vraiment auprès des jeunes enfants ?

Loïc : Alors euh... comment je vois mon rôle auprès de ces enfants ouais, ouais... euh... alors je sais pas quoi vous dire, mon rôle auprès des jeunes enfants, ça va être euh, on a le rôle du médecin généraliste auprès des jeunes enfants, bah pour moi il est double. Donc y a euh un rôle euh... On parle uniquement de ces consultations de prévention, de suivi ou de manière générale ?

AT : Euh de manière générale, sur vraiment les 0-3 ans en fait, vraiment sur les petits.

Loïc : Ouais, de manière générale, en tant que médecin généraliste on a, on va dire grossièrement deux, deux fonctions. Une première fonction qui va être, en effet, quand y a une pathologie aiguë, eh bah de faire un diagnostic et de donner la conduite à tenir aux parents, un traitement éventuellement, euh voilà. Donc là c'est l'aspect purement curatif.

AT : Oui.

Loïc : Et on a une fonction de suivi qui est de, de prévention et de dépistage. Alors là, on va avoir à la fois détecter précocement une pathologie quelle qu'elle soit et euh une pathologie qui pourrait être chronique, ou un trouble du développement ou quoi que ce soit.

AT : D'accord.

Loïc : Et euh... Et puis après les, on a tout un tas de prévention, d'informations de prévention à donner, sur l'alimentation, sur l'activité physique etc. quoi, sur des choses comme ça, euh, le sommeil etc. quoi. Dépistage, prévention d'un côté et de l'autre côté, le, le diagnostic curatif quoi.

AT : Oui, oui vous avez plein de rôles différents en fait.

Loïc : Ouais, ouais.

AT : Rôle de conseil, de dépistage, de prévention... Enfin bon c'est hyper complet. D'accord. Et quand vous accompagnez ces familles donc avec les jeunes enfants, lorsque le motif de la consultation concerne vraiment la communication et le langage de l'enfant, ou que les parents se posent des questions. Euh sur quels éléments est-ce que vous, vous pouvez vous appuyer pour répondre à ces questions-là ?

Loïc : Euh pour le, pour le dépistage des troubles, d'un retard de langage par exemple ?

AT : Eventuellement oui, ou que les parents sont inquiets sur la communication, ils ont des doutes ou ils vous posent des questions ?

Loïc : Pas forcément sur le langage alors, sur la communication en général.

AT : Ouais c'est ça, hm.

Loïc : Oui, ça coupe quand je vous parle, donc j'entends pas tout mais ok, ok.

AT : Ah mince, pardon !

Loïc : Sur la communication en général, alors euh... Sur tout ce qui va être retard du langage, ça, ça, c'est, sur le diagnostic hein, ça, ça, c'est pas, pas pour moi le plus simple parce qu'on a des repères euh, l'acquisition des premiers mots euh, l'âge auquel il va y avoir l'association des mots, le début des phrases etc. donc dans la petite, petite enfance c'est assez simple. Euh... sur la communication au sens large, alors on va être un peu plus en difficulté parce que c'est, c'est souvent, alors soit va y avoir des pathologies, enfin des pathologies, mais des problèmes qui sont plutôt d'ordre relationnel, dans la relation parent-enfant, ou avec son entourage etc. qui va entraîner des troubles de la communication. Mais là-dessus on n'est pas, enfin moi je suis pas très bien formé...

AT : D'accord.

Loïc : Et donc là, ça va être plus au feeling et sans avoir d'argu-, de, de, de connaissances solides finalement, sur tout ce qui va être la relation voilà. Et puis après y a aussi tout ce qui va être euh, on va rentrer dans le spectre euh des troubles de l'autisme où là, la difficulté, on est formés, mais la difficulté elle est autre, c'est qu'on n'a pas d'expériences parce qu'on est peu confrontés à ces situations-là. Donc à partir du moment où on y est moins confrontés bah on est moins, moins efficaces, mais ça se présente peu. Et après il va y avoir toutes les, tous les, tout ce qui va être plutôt euh, troubles de la prononciation...

AT : Hm...

Loïc : Mais ça, ça va être plus tardif, c'est plus tardif ces problèmes-là, souvent à cet âge-là c'est plutôt de la réassurance auprès des parents. Y a pas, tellement peu, dans ma pratique quotidienne, y a pas d'intervention de ce côté-là chez les moins de 3 ans.

AT : D'accord, oui donc, vous vous appuyez surtout sur le ressenti des parents et si vous sentez au niveau relationnel...

Loïc : Ah ça dépend de quoi on parle, pas pour le langage, pas pour le retard de langage mais pour la communication au sens large, bah y a une partie, oui une grande partie sur le ressenti des parents et le, le relationnel qu'on, le comportement qu'on, de l'enfant en consultation etc. bien que ce soit très compliqué, mais les paroles des parents c'est aussi très important. Mais c'est difficile de trouver, euh ça dépend des situations mais c'est souvent, quand les problèmes sont pas bien tranchés c'est difficile d'avoir des arguments très objectifs. Enfin pour moi, en tout cas, je sais pas les, forcément les... les mettre en évidence quoi. J'ai pas de repères très, très, très objectifs là-dessus.

AT : D'accord.

Loïc : Contrairement à un retard de langage pur quoi, où là, l'acquisition du langage, où là c'est, c'est plus simple quoi, de le mettre en évidence.

AT : Oui, vous avez vos repères de développement en tête.

Loïc : Oui, voilà c'est ça ! C'est un peu, c'est basic quoi, voilà c'est ça. Alors que la communication au sens large c'est complexe et puis j'ai l'impression de pas avoir eu de formation très importante là-dessus hm.

AT : D'accord, ok. Donc vous vous sentez pas spécialement à l'aise avec cette thématique quand c'est vraiment plus la communication mais quand c'est...

Loïc : Hm alors ça dépend. Tant que ça reste, tant que j'ai le sentiment qu'il n'y a pas de pathologie, mais ça reste du feeling hein, en effet. Bah là je vais être à l'aise parce que ça va être de la réassurance. Et on passe notre temps à faire de la réassurance donc on trouve, on trouve des choses à dire qui vont les rassurer en fonction de leur discours. Dès qu'on va partir sur quelque chose, qu'on sent que y a quelque chose d'un peu... d'un peu anormal ou pathologique, eh bah ouais, je pense que je suis un peu plus démuni parce que ouais, un peu moins à l'aise ouais, ouais tout à fait.

AT : D'accord.

Loïc : Et parce que en plus, après, nous la difficulté qu'on a, en médecine générale de plus en plus et particulièrement dans ces domaines-là, on a peu d'interlocuteur avec qui, avec qui interagir sur la, ouais, ouais... Parce que faut dire qu'après enfin voilà c'est ça.

AT : Oui, vous aimeriez peut-être avoir des...

Loïc : Bah c'est-à-dire que si c'est d'ordre, enfin là on est sur, on parle vraiment des moins de 3 ans donc euh, les moins de 3 ans, si on a un problème en lien avec la communication, ça dépend de quoi on parle, mais on va faire appel facilement à une structure comme le CAMSP en fait. Et là, les délais, ils, ils sont submergés donc on peut pas, en fait on peut pas facilement euh, on réserve vraiment à des patients, à des enfants pour lesquels y a des troubles qui semblent vraiment très importants. Mais y a plein de champs de la médecine où actuellement c'est comme ça. Si on est dans l'entre-deux. Si c'est simple, le médecin généraliste gère. Si c'est compliqué on trouve toujours quelqu'un pour gérer. Et toutes les situations interm-, enfin ça dépend des domaines, mais y a plein de domaines où les situations intermédiaires finalement on est avec le patient à dire « bon bah moi je sais pas quoi faire de plus, mais y a personne pour vous aider à côté ». Donc ça, ça met tout le monde en difficultés ouais.

AT : Ouais, je vois très bien ce que vous voulez dire c'est ce que je rencontre aussi en stage quand on, lors des consultations en orthophonie donc euh... Oui c'est assez compliqué, c'est sûr.

Loïc : Oui, voilà, voilà. Y a une zone où... ça dépend des domaines hein mais dans ces domaines-là c'est, c'est ouais. Si on parle euh, je sais pas d'une pathologie ORL, les ORL euh, ils vont recevoir facilement pour euh, pour plein de choses, donc en orthophonie on fait parfois appel, je pense qu'il y a parfois le bilan ORL notamment pour euh l'audition. Et ça c'est facile. Même si on a un doute très léger, il va voir l'ORL rapidement et facilement. Et dès qu'on est dans les troubles du développement etc. euh là euh, donc on peut faire à des pédiatres, mais souvent les pédiatres ils sont peut-être plus compétents que nous, généralistes mais ça reste malgré tout, ils sont pas spécialisés quoi. Les services spécialisés, déjà nous en [région] à proximité de [ville], donc on est déjà censés être relativement privilégiés et là déjà c'est difficile.

AT : Hm, ouais, je vois très bien ce que vous voulez dire. Ok, très bien. Vous pensez avoir des besoins au niveau de votre formation ou des besoins d'informations sur cette thématique vraiment de, de communication plutôt ou pas spécialement ?

Loïc : Ouais, ouais, ouais ! Et tout le, les problèmes, je pense que oui, oui tout à fait.

AT : D'accord, ok. Hm pour continuer, je voulais vous demander parmi les jeunes patients que vous avez avec leur famille, quels sont les parents qui vous aurez interrogés sur la communication signée associée à la parole, donc c'est ce qu'on appelle le bébé signe, dans le langage plus courant.

Loïc : Oui, euh est-ce que j'ai des parents qui me posent des questions par rapport à ça ?

AT : Oui.

Loïc : Non, non, très, très peu. J'ai quelques parents qui l'ont mis en pratique avec leurs enfants mais sans m'avoir demandé un avis particulier à ce sujet-là. Et d'ailleurs, ça rejoint ce qu'on a dit juste avant, je serais euh, maintenant on est quand même dans une médecine où on aime bien euh, quand on dit quelque chose, on aime bien que ça soit fondé scientifiquement. Et donc pour ça il faut avoir une formation. Et parfois on se rend compte qu'il n'y a pas de base scientifique. Et alors là pour le bébé signe, l'intérêt pour un enfant dans le développement de la communication etc. je l'ai uniquement sur mes a priori en fait, qu'ils soient négatifs ou positifs, mais j'ai pas de connaissances scientifiques à ce sujet-là.

AT : D'accord.

Loïc : Et euh, dans mon entourage, ouais même dans mon entourage, des médecins généralistes qui ont des enfants, y en a qui ont mis ça en place et d'autres qui euh disent « surtout pas » quoi. Voilà, mais donc euh c'est basé sur rien de scientifique voilà. Donc moi j'ai pas de non, là-dessus ouais. Donc pour revenir à la question, j'ai quelques parents qui ont débuté ça avec leurs enfants et qui sans m'en avoir parlé au préalable, et qui sans m'avoir posé de questions particulières à ce sujet-là. Donc c'est une démarche personnelle de leur part, et puis s'ils m'avaient posé des questions je leur aurais répondu que je... que je, que j'ai pas de connaissances à ce sujet-là, donc euh j'aurais pas donné d'avis, ni favorable, ni défavorable hein, sur le, l'intérêt.

AT : D'accord, ok. Donc euh, mais vous savez quand même ce que c'est, vous en avez déjà entendu parler ?

Loïc : Oui.

AT : Est-ce que vous vous souvenez d'où est-ce que vous connaissez ce sujet-là ?

Loïc : Alors c'est mon entourage personnel. C'est pas du tout en lien, pas du tout, par le, après j'ai quelques patients voilà mais à l'origine c'est par mon entourage personnel. C'est pas par une voie professionnelle que j'ai entendu parler de ça. Non, non, jamais, je pense.

AT : D'accord hm, hm.

Loïc : Pourtant je fais des formations pédiatrie euh, celle du CHU de [ville] qui sont deux journées annuelles.

AT : D'accord.

Loïc : J'y vais systématiquement.

AT : Ok

Loïc : Et euh, on parle pas de ça, non, non.

AT : En général, c'est quoi comme thématique qui sont abordées dans les, dans ces journées-là, est-ce que vous savez à peu près ?

Loïc : Euh... c'est très très varié. Donc ça va euh... mais il, on a déjà dû avoir des interventions d'orthophoniste hein, mais sur quel thème... sur les troubles de l'oralité par exemple. On a, y a eu une formation sur les troubles de l'oralité.

AT : D'accord.

Loïc : Euh, j pense que c'est ce jour-là où y avait les orthophonistes. Euh, après non les thèmes, ça va être très, très varié. L'orthopédie, la cardiologie, de la dermatologie, toutes les pathologies somatiques euh, sur lesquelles pour le coup on a des bonnes bases dans notre formation et euh, et sur la communication y a eu des formations sur le... le trouble autistique mais euh en dehors de ça, j'ai pas de souvenirs euh, non. Y en a peut-être eu hein, mais j'en n'ai pas le souvenir.

AT : Hm, d'accord.

Loïc : Les troubles de l'oralité, je m'en rappelle très bien des troubles de l'oralité voilà mais euh.

AT : D'accord, ouais c'est plutôt complet, complet sur ce que vous avez déjà aussi vu dans votre formation quoi, ça approfondit un peu ce que vous avez vu.

Loïc : Hum hum.

AT : Donc si on revient à la communication signée, donc vous me disiez que si on vous posait des questions, en général vous, vous dites plutôt que vous êtes euh pas trop formé sur le sujet et vous, vous...

Loïc : Que j'ai pas de connaissances particulières donc je, j'y vois pas, j'ai pas d'objection particulière, voilà c'est tout ouais. C'est vrai que je me pose toujours la question euh, alors là c'est pas le sujet d'aujourd'hui alors vous allez peut-être pas m'en parler forcément mais euh, je me pose toujours la question, y a une vision très favorable des gens qui mettent ça en pratique avec leurs enfants. Ça permet d'installer une communication plus précoce, et donc de faciliter, en effet, les relations, la gestion peut-être de l'humeur de l'enfant etc. Et euh tout un tas de choses, tout un tas de bénéfiques. Et en même temps, mais alors c'est vraiment... euh c'est vraiment du ressenti et alors faut se méfier du ressenti en médecine dans ces cas-là, mais alors j'ai, j'ai parfois l'impression que ça va être des enfants qui vont avoir plus de temps à développer le langage, la parole. Mais en fait pour juger de ça, c'est pas mon ressenti qui peut le, qui peut qui est suffisant quoi... Il faudrait, alors peut-être qu'elles existent ces études, je me suis pas renseigné du tout

hein, mais il faudrait des études sur des échantillons importants et bien menées pour le savoir, et ça, je sais pas. Est-ce que vous, est-ce qu'il y a eu des études là-dessus, sur le sujet ? [rires]

AT : [rires] Euh, je vous dirai peut-être à la fin ce que j'en pense pour pas biaiser !

Loïc : [rires] Ah oui d'accord, ok !

AT : Mais oui, je vous dirai plus tard.

Loïc : Voilà, donc du coup, j'ai des a priori, c'est ce que je disais, à la fois favorables et négatifs mais qui sont basés sur rien de concret en fait. A la fois oui, une communication plus précoce peut-être et donc qui favorise plein de choses, et à la fois peut-être un, une parole qui met plus de temps à se mettre en place mais c'est peut-être complètement faux ce que je dis, voilà. Donc c'est pour ça que, comme je sais que mes a priori sont fondés sur pas grand-chose bah je vais, je me garde d'en parler en fait, en consultation.

AT : Oui, oui, oui vous vous appuyez vraiment sur vos ressentis et puis sur votre entourage, votre expérience plutôt personnelle donc euh...

Loïc : Mes a priori sont fondés là-dessus mais du coup comme je sais que ce ne sont que des a priori, je vais pas m'en servir sur le plan professionnel.

AT : Oui, oui, oui je comprends. Donc quand la famille aborde cette thématique euh, vous, vous, comment est-ce que vous pouvez réagir si vous vous retrouvez dans cette situation ?

Loïc : Bah tout dépend de ce que vous posez les parents, comme question. Euh, mais ça m'est jamais arrivé qu'ils me posent des questions là-dessus, mais s'ils me demandaient est-ce que je suis favorable ou défavorable, je commencerais par leur dire euh, que moi j'ai aucune connaissance scientifique à ce sujet. Donc euh, j'y ai pas d'opposition puisqu'à ma connaissance y a pas de problème particulier relaté par rapport à ça, à cette pratique. Et après si, si, s'ils insistent, parce que parfois les parents insistent, en disant mais euh « mais qu'est-ce que vous en pensez personnellement ? », bah je leur dirai ce que je viens de vous dire. Parce que j'essaie d'être honnête et donc je leur dirai bah exactement ce que je viens de dire quoi, ça a certainement un intérêt sur, euh, le développement voilà de la communication précoce etc. mais, je sais pas si ça a un impact sur la parole ou pas, sur le développement de la parole dans un second temps ouais. Bon après, il faut jamais partir de l'exemple, mais c'est vrai que j'ai un têté une enfant euh, qui a signé et qui a parlé très, très, très tôt donc euh c'est le contreexemple de ce que je viens de dire, donc euh voilà. Les exemples, on peut pas se baser là-dessus, sur les exemples individuels... Donc voilà comment je réagis, je redirais à peu près ce que je vous ai dit auparavant.

AT : Très bien, ok ! Et donc post-consultation où éventuellement on vous aurait posé des questions sur ça, vous, qu'est-ce que vous mettez en place après, pour répondre éventuellement aux prochains questionnement d'autres parents ?

Loïc : Hm, eh bah, pour ça, pour avoir des informations sur le sujet et être un peu plus voilà... Eh bah, je peux avoir 4 attitudes. La première c'est euh, la première ça va être euh, bah c'est des recherches euh, on se sert toujours de Google parce qu'on peut trouver parfois des informations scientifiques fiables. Euh, moi j'ai un abonnement à une revue médicale avec un moteur de recherche où on a tout un tas de sujets qui sont abordés donc je vais toujours chercher sur cette revue médicale, voir si y a des informations, j'ai pas fait. A mon avis, sur ce sujet-là y aura pas grand-chose mais faudrait que je le fasse, que je recherche. Après on a, on a, moi j'ai, on a un groupe WhatsApp, de médecins [département], sur lequel on pose nos questions et on s'envoie nos références et alors là-dessus, j'aurais bizarrement plus de réponses à mon avis, parce qu'on a pas mal de médecins qui sont assez intéressés par ce genre de sujet. Du fait déjà, qu'il y a beaucoup de jeunes parents dans ce groupe de médecins, donc ils se sont posé les questions pour leurs enfants, donc du coup ils s'en servent aussi en consultation, ouais. Donc euh, après y a aussi la quatrième attitude qui est, parce que j'ai pas le temps et que le sujet me paraît pas forcément sur le coup, primordial, bah je laisse de côté puis je me renseigne pas plus.

AT : Hm, oui, oui, ok, donc en fait ça dépend aussi de quand est-ce que ça tombe dans votre emploi du temps un petit peu aussi ?

Loïc : Ça dépend de quand est-ce que ça tombe, ça dépend de, si sur le coup j'ai le temps ou pas, si les, puis voilà, après on se pose des questions mais... Vous voyez, par exemple, nos formations euh qu'on a de pédiatrie deux fois par an, à chaque fin de formation, ils nous demandent quels sujets on veut aborder la fois suivante et donc on peut proposer. Par exemple, je pourrais proposer ce sujet-là et il sera pas forcément exposé, euh, parce qu'il faut qu'il jugent que ça soit intéressant et puis il faut qu'ils aient des personnes compétentes pour faire la formation.

AT : Oui, bien sûr.

Loïc : Oui, voilà, voilà.

AT : Oui, c'est sûr. Et vous me parlez de la revue médicale, c'est quoi le nom de cette revue médicale que vous suivez ?

Loïc : Alors là, moi c'est la revue du praticien avec laquelle ouais.

AT : D'accord !

Loïc : La revue du praticien ouais.

AT : Je le note, parce que c'est vrai que c'est des revues auxquelles nous on n'a pas spécialement accès mais qui peuvent être super intéressantes.

Loïc : Bah c'est pas une revue, euh, la revue du praticien c'est pas une revue scientifique, donc c'est pas des articles de recherche comme euh comme les universitaires vont euh, c'est vraiment des articles pratiques. Donc ça va être souvent des universitaires qui les rédigent mais c'est des, des fiches, des articles pratiques sur des pathologies, des thèmes etc. Voilà. C'est une revue euh, moi je trouve qui est très, très pratique pour moi au quotidien, euh et euh par contre si on en parle à des universitaires, ils vont faire le reproche que c'est une revue qui avec, euh des publicités etc. donc qui pour eux va pas forcément être impartiale quoi.

AT : D'accord.

Loïc : Donc cette problématique-là, je sais pas si vous êtes, pas forcément sensibilisés à ça en orthophonie parce que euh y a pas de, vous avez pas l'acte de prescription, de médicament etc. et donc on essaie maintenant de toujours prendre de la distance avec euh, la publicité qui peut-être faite euh concernant les médicaments etc. pour être euh le plus objectif dans nos prescriptions et pas être euh... donc cette revue elle a des publicités etc. Mais bon je trouve qu'elle est, elle est quand même pratique. Donc ça peut répondre à plein de questions et ça évite des fois voilà, parce que sinon, nos, nos ressources maintenant c'est, ça va être surtout Google et alors Google, on repère les sites qui sont de qualité mais voilà, sur un sujet comme ça, je sais pas, j'ai pas de site de référence euh. Je sais pas sur quel site de référence je pourrais aller. On a des sites de référence dans plein de spécialité, j'imagine qu'en orthophonie vous avez des sites de référence, mais je les connais pas [rires].

AT : [rires] Oui, je sais même pas si le sujet serait éventuellement abordé sur ces sites de référence non plus, comme c'est un sujet assez récent.

Loïc : Oui, d'accord.

AT : Bon, très bien. Alors au vu de tout ce que vous m'avez précédemment expliqué, qu'est-ce que vous pensez, vous, d'une formation ou une information à destination des médecins généralistes, sur ce sujet-là de la communication signée ?

Loïc : Euh, bah moi je serais toujours intéressé pour avoir une communication là-dessus. Maintenant ça dépend, où, quand et comment. C'est-à-dire que, une formation, sincèrement une formation dédiée à ça, je pense que je n'irais pas. Par contre une formation, une communication sur ce sujet avec d'autres communications voilà, comme nos journées de formation, je serais, au contraire, je serais très intéressé. Parce que, euh on aime bien être euh, justement quand on est face à nos patients après on est, on est plus à l'aise pour en parler quoi. Et puis, s'il y a une utilité, on va pouvoir au contraire, promouvoir cette pratique en disant « c'est intéressant » etc. et à l'inverse, si c'est contre-productif on dira, on parlera de la prévention en disant « évitez-ça, parce qu'on s'est rendu compte que ça apportait des retards d'acquisition » etc. voilà. Mais il nous faut l'information, donc là pour le coup, ça rentre totalement dans le cadre de notre rôle de médecin généraliste hein, de savoir ces choses-là et de pouvoir soit promouvoir ça, soit au contraire euh faire de la prévention je sais pas, ou alors rester sur une supposition intermédiaire parce que finalement les études n'ont pas de, ne penchent ni d'un côté, ni de l'autre. De toute façon, de manière générale, il faut qu'on soit formés et informés sur toutes ces choses-là donc euh oui, oui. Mais par contre c'est vrai que si on me dit « il faut bloquer une demi-journée pour une formation dédiée à », non, j'irais pas, parce que ça, ça reste pour moi, dans mon activité du quotidien, c'est, c'est une part très, très infime de mon travail donc euh.

AT : Eh oui.

Loïc : Mais voilà, nous nous à [ville], à [ville], c'est différent les formations mais y a des formations aussi. Mais à [ville], on a des formations de pédiatrie, donc là, ça aurait toute sa place.

AT : D'accord.

Loïc : Et après y a aussi, ce qu'on appelle les [X], qui sont organisées par le CHU aussi, auxquelles je ne participe pas mais y a beaucoup de médecins généralistes qui y vont, où là c'est pendant une semaine mais y a des dizaines et des dizaines de communications et alors là, c'est pour le coup c'est des communications très, très, très brèves, donc c'est je crois 10 minutes, 10 minutes par sujet et pendant toute une semaine donc euh, ça permet d'avoir tout un tas de nouvelles connaissances, de remises à jour etc. Mais alors là, oui, ça aurait sa place tout à fait.

AT Ouais, d'accord.

Loïc : Je pense que ça intéresserait beaucoup de médecins.

AT : Oui donc, ce serait intéressant pour vous de l'inclure dans des formations qui sont déjà accès sur le thème de l'enfant et de...

Loïc : Oui, ou de la médecine générale, pas forcément que de l'enfant mais de la médecine générale ouais.

AT : Oui, oui d'accord et selon vous ça intéresserait quand même pas mal de médecins, quand même ce sujet-là ?

Loïc : Après ça dépend, on a, après c'est toujours pareil, on a notre vision à nous, mais les médecins que je côtoie et avec qui j'échange régulièrement, je suis sûr qu'ils seraient intéressés mais est-ce qu'ils sont représentatifs de tous les médecins, je ne sais pas. Mais en tout cas, les médecins avec qui j'ai des contacts réguliers, c'est certain. C'est tout à fait les thèmes qui, parce qu'ils font beaucoup de suivis de pédiatrie, de prévention, de consultations pédiatriques ouais.

AT : D'accord, ok. Donc les contraintes qu'il faudrait vraiment prendre en compte pour apporter cette formation, ce seraient des contraintes euh liées à quoi selon vous ?

Loïc : Euh, les contraintes, euh... Les conditions dans lesquelles il faudrait la réaliser cette formation c'est ça ?

AT : Oui, à quoi il faudrait faire attention, en fonction de votre profession justement pour que ce soit le plus pertinent quoi.

Loïc : Hm, alors pour que ce soit pertinent, bah c'est encore mon point de vue, mais faudrait une formation qui soit pas trop longue, parce que voilà, donc c'est, je me rends pas compte de ce qu'il y a à dire, donc ça dépend du contenu hein. Mais euh, une formation brève, qui s'inclue dans une journée de formation. Donc une formation de 15 à 30 minutes, pour intéresser les médecins généralistes il faut, on n'est pas des universitaires donc il faut du pratique, du pratico-pratique mais quand même en ayant quelques éléments sur des bases scientifiques. C'est-à-dire que il faut, il faut pas, parfois dans des formations, ce qui est très bien hein, mais ça correspond pas à notre pratique à nous, on nous abreuve des résultats d'études, ce qui est... Mais nous quand on va à ces formations, on s'attend à ce que le formateur ait assimilé toutes ces études pour nous donner une formation basée sur ces études mais qu'on ait le pratico-pratique. Qu'on ait quelques éléments des études mais qu'on s'attarde surtout sur la pratique mais pas trop sur les bases scientifiques quoi. Mais c'est important pour nous de savoir qu'il y en a et qu'on ait quelques-unes parce quand on en a et qu'on sait qu'il y a des études, voilà, fiables etc. bah ça va nous convaincre d'autant plus de mettre ça en œuvre.

AT : Oui ok, d'accord, donc la contrainte, c'est vraiment, bah forcément le temps comme vous le disiez mais aussi l'aspect théorique de ce qui sera amené et pratico-pratique.

Loïc : Oui, voilà, pour moi, voilà, que j'ai le sentiment que ce que je vais mettre en œuvre derrière, ça soit démontré, pour être certain que, voilà, c'est pas juste euh, parce que parfois y a des choses qui sont plus de l'ordre de la mode, de la tendance et alors ça on essaie de, de pas, de pas, de pas tomber là-dedans, et c'est toujours compliqué mais donc quelque chose, pour moi en tout cas, il faut que je sois convaincu que ce que je vais mettre en œuvre ça soit vraiment acquis, donc pour ça il faut que ce soit démontré. Et faut qu'ensuite ça soit du pratique quoi, il faut que ça soit... parce que si, si voilà.

AT : Oui vraiment du clinique.

Loïc : C'est-à-dire que par exemple sur les, sur... le langage signé chez les petits, si on me dit « oui, ça a une utilité, on voit que ça permet de développer le langage plus tôt, que les enfants sont plus euh, voilà, plus stables, que les acquisitions futures sont meilleures » mais qu'on me dit pas à quel âge il faut le mettre en œuvre, euh comment il faut le mettre en œuvre etc. bah il va me manquer des données et je vais pas beaucoup m'en servir quoi. A l'inverse, si on

me donne une méthode d'acquisition du langage signé mais qu'on me dit pas quel intérêt ça pour l'enfant, bah c'est pareil, je le mettrais pas en œuvre, il faut les deux.

AT : Oui, bien sûr.

Loïc : Il faut que ce soit pratique, simple, et quand même expliquer pourquoi c'est vraiment utile quoi.

AT : Oui, très bien je vois totalement ce que vous voulez dire. Bon très bien, c'est hyper intéressant, hyper intéressant ce que vous m'avez dit. Moi j'ai posé toutes mes questions donc j'ai tout ce qu'il me faut pour analyser tout ça.

Loïc : Parfait !

AT : Donc, déjà je vais arrêter l'enregistrement.

[Fin de l'enregistrement]

Annexe IX. Grille d'analyse déductive de l'entretien E4

Thème	Codes	Extraits de verbatim
<p>Perception de l'état des connaissances</p>	<p>Sur le développement typique de la communication</p>	<p>« sur la communication au sens large, alors on va être un peu plus en difficultés parce que c'est, c'est souvent, alors soit va y avoir des pathologies, enfin des pathologies, mais des problèmes qui sont plutôt d'ordre relationnel, dans la relation parent-enfant, ou avec son entourage etc. qui va entraîner des troubles de la communication. Mais là-dessus on n'est pas, enfin moi je suis pas très bien formé... »</p> <p>« donc là, ça va être plus au feeling et sans avoir d'argu-, de, de, de connaissances solides finalement, sur tout ce qui va être la relation voilà. »</p> <p>« Mais c'est difficile de trouver, euh ça dépend des situations mais c'est souvent, quand les problèmes sont pas bien tranchés c'est difficile d'avoir des arguments très objectifs. Enfin pour moi, en tout cas, je sais pas les, forcément les... les mettre en évidence quoi. J'ai pas de repères très, très, très objectifs là-dessus. »</p> <p>« Dès qu'on va partir sur quelque chose, qu'on sent que y a quelque chose d'un peu... d'un peu anormal ou pathologique, eh bah ouais, je pense que je suis un peu plus démuné parce que ouais, un peu moins à l'aise ouais, ouais tout à fait. »</p> <p>« Ouais, ouais, ouais ! Et tout le, les problèmes, je pense que oui, oui tout à fait. »</p>
	<p>Sur le développement typique du langage</p>	<p>« Sur tout ce qui va être retard du langage, ça, ça, c'est, sur le diagnostic hein, ça, ça, c'est pas, pas pour moi le plus simple parce qu'on a des repères euh, l'acquisition des premiers mots euh, l'âge auquel il va y avoir l'association des mots, le début des phrases etc. donc dans la petite, petite enfance c'est assez simple. »</p> <p>« Contrairement à un retard de langage pur quoi, où là, l'acquisition du langage, où là c'est, c'est plus simple quoi, de le mettre en évidence. »</p>
	<p>Sur les intérêts de la communication gestuelle associée à la parole</p>	<p>« Et alors là pour le bébé signe, l'intérêt pour un enfant dans le développement de la communication etc. je l'ai uniquement sur mes a priori en fait, qu'ils soient négatifs ou positifs, mais j'ai pas de connaissances scientifiques à ce sujet-là »</p> <p>« Voilà, donc du coup, j'ai des a priori, c'est ce que je disais, à la fois favorables et négatifs mais qui sont basés sur rien de concret en fait. A la fois oui, une communication plus précoce peut-être et donc qui favorise plein de choses, et à la fois peut-être un, une parole qui met plus de temps à se mettre en place mais c'est peut-être complètement faux ce que je dis, voilà. Donc c'est pour ça que, comme je sais que mes a priori sont fondés sur pas grand-chose bah je vais, je me garde d'en parler en fait, en consultation. »</p> <p>« mais voilà, sur un sujet comme ça, je sais pas, j'ai pas de site de référence euh. Je sais pas sur quel site de référence je pourrais aller. On a des sites de référence dans plein de spécialité, j'imagine qu'en orthophonie vous avez des sites de référence, mais je les connais pas »</p>
	<p>Aspect langagier</p> <p>Aspect moteur</p>	<p>« Ça permet d'installer une communication plus précoce »</p> <p>« j'ai parfois l'impression que ça va être des enfants qui vont avoir plus de temps à développer le langage, la parole. »</p>

	Aspect psycho-comportemental	« faciliter, en effet, les relations, la gestion peut-être de l'humeur de l'enfant etc »
	Aspect cognitif	
	Etendu du champ d'intervention	« Mais par contre c'est vrai que si on me dit « il faut bloquer une demi-journée pour une formation dédiée à », non, j'irais pas, parce que ça, ça reste pour moi, dans mon activité du quotidien, c'est, c'est une part très, très infime de mon travail donc euh. »
	Peu d'information dans formation initiale sur développement typique langage et communication	« sur la communication au sens large, alors on va être un peu plus en difficultés parce que c'est, c'est souvent, alors soit va y avoir des pathologies, enfin des pathologies, mais des problèmes qui sont plutôt d'ordre relationnel, dans la relation parent-enfant, ou avec son entourage etc. qui va entraîner des troubles de la communication. Mais là-dessus on n'est pas, enfin moi je suis pas très bien formé... »
	Peu d'information dans formation initiale sur communication gestuelle associée à la parole	« Alors que la communication au sens large c'est complexe et puis j'ai l'impression de pas avoir eu de formation très importante là-dessus »
Origine du besoin		« C'est pas par une voie professionnelle que j'ai entendu parler de ça. Non, non, jamais, je pense. »
	Peu d'intérêt pour la thématique	« la quatrième attitude qui est, parce que j'ai pas le temps et que le sujet me paraît pas forcément sur le coup, primordial, bah je laisse de côté puis je me renseigne pas plus. » « C'est-à-dire que, une formation, sincèrement une formation dédiée à ça, je pense que je n'irais pas. »
	Peu de temps à y consacrer	« Mais par contre c'est vrai que si on me dit « il faut bloquer une demi-journée pour une formation dédiée à », non, j'irais pas, parce que ça, ça reste pour moi, dans mon activité du quotidien, c'est, c'est une part très, très infime de mon travail donc euh. »
	Freins pécuniers	« la quatrième attitude qui est, parce que j'ai pas le temps et que le sujet me paraît pas forcément sur le coup, primordial, bah je laisse de côté puis je me renseigne pas plus. » « Ça dépend de quand est-ce que ça tombe, ça dépend de, si sur le coup j'ai le temps ou pas, si les, puis voilà, après on se pose des questions mais »
Raison qui explique le besoin	Intérêt personnel	« parce qu'on a pas mal de médecins qui sont assez intéressés par ce genre de sujet. Du fait déjà, qu'il y a beaucoup de jeunes parents dans ce groupe de médecins, donc ils se sont posés les questions pour leurs enfants, donc du coup ils s'en servent aussi en consultation, ouais »
	Intérêt professionnel	« Euh, bah moi je serais toujours intéressé pour avoir une communication là-dessus » « Euh, bah moi je serais toujours intéressé pour avoir une communication là-dessus » « De toute façon, de manière générale, il faut qu'on soit formés et informés sur toutes ces choses-là donc euh oui, oui. »

<p>« Après ça dépend, on a, après c'est toujours pareil, on a notre vision à nous, mais les médecins que je côtoie et avec qui j'échange régulièrement, je suis sûr qu'ils seraient intéressés mais est-ce qu'ils sont représentatifs de tous les médecins, je ne sais pas. Mais en tout cas, les médecins avec qui j'ai des contacts réguliers, c'est certain. C'est tout à fait les thèmes qui, qui, parce qu'ils font beaucoup de suivis de pédiatrie, de prévention, de consultations pédiatriques ouais. »</p>	<p>« Euh, bah moi je serais toujours intéressé pour avoir une communication là-dessus »</p> <p>« Non, non, très, très peu. J'ai quelques parents qui l'ont mis en pratique avec leurs enfants mais sans m'avoir demandé un avis particulier à ce sujet-là »</p> <p>« et puis s'ils m'avaient posé des questions je leur aurais répondu que je... que je, que j'ai pas de connaissances à ce sujet-là, donc euh j'aurais pas donné d'avis, ni favorable, ni défavorable hein, sur le, l'intérêt. »</p>	<p>« Par contre une formation, une communication sur ce sujet avec d'autres communications voilà, comme nos journées de formation, je serais, au contraire, je serais très intéressé »</p> <p>« une formation qui soit pas trop longue »</p> <p>« une formation brève, qui s'inclue dans une journée de formation. Donc une formation de 15 à 30 minutes, pour intéresser les médecins généralistes »</p>	<p>« c'est pendant une semaine mais y a des dizaines et des dizaines de communications et alors là, c'est pour le coup c'est des communications très, très, très brèves, donc c'est je crois 10 minutes, 10 minutes par sujet et pendant toute une semaine donc euh, ça permet d'avoir tout un tas de nouvelles connaissances, de remises à jour etc. Mais alors là, oui, ça aurait sa place tout à fait »</p> <p>« on n'est pas des universitaires donc il faut du pratique, du pratico-pratique mais quand même en ayant quelques éléments sur des bases scientifiques. »</p>	<p>« Qu'on ait quelques éléments des études mais qu'on s'attarde surtout sur la pratique mais pas trop sur les bases scientifiques quoi. »</p> <p>« que j'ai le sentiment que ce que je vais mettre en oeuvre derrière, ça soit démontré, pour être certain que, voilà, c'est pas juste euh, parce que parfois y a des choses qui sont plus de l'ordre de la mode, de la tendance et alors ça on essaie de, de pas, de pas, de pas tomber là-dedans, et c'est toujours compliqué mais donc quelque chose, pour moi en tout cas, il faut que je sois convaincu que ce que je vais mettre en oeuvre ça soit vraiment acquis, donc pour ça il faut que ce soit démontré. Et faut qu'ensuite ça soit du pratique quoi »</p>	<p>« C'est-à-dire que par exemple sur les, sur... le langage signé chez les petits, si on me dit « oui, ça a une utilité, on voit que ça permet de développer le langage plus tôt, que les enfants sont plus euh, voilà, plus stables, que les acquisitions futures sont meilleures » mais qu'on me dit pas à quel âge il faut le mettre en oeuvre, euh comment il faut le mettre en oeuvre etc. bah il va me manquer des données et je vais pas beaucoup m'en servir quoi. A l'inverse, si on me donne une méthode d'acquisition du langage signé mais qu'on me dit pas quel intérêt ça pour l'enfant, bah c'est pareil, je le mettrais pas en oeuvre, il faut les deux. »</p>
<p>Curiosité</p>	<p>Demande des parents des patients</p>	<p>Temporalité</p>	<p>Accessibilité</p>	<p>Support</p>	
<p>Caractéristiques à intégrer dans la création d'outil</p>					

Annexe X. Extrait de la grille d'analyse inductive

Thème	Codes	Informations recueillies	Extraits de verbatim
Perception de l'état des connaissances	Sur le développement typique de la communication	<p>Exprime le besoin d'informations supplémentaires</p> <p>Exprime le fait de ne pas trop savoir comment faire/réagir</p> <p>Exprime besoin sur la relation parent-enfant, troubles de la communication</p> <p>Manque de repères concrets</p> <p>Informations supplémentaires nécessaires sur le développement typique et « les problèmes »</p>	<p>« Oui. Parce qu'on est allés un peu les chercher hein, parce que dans notre cursus euh... c'était pas vraiment évident » E1</p> <p>« Donc euh, non je saurais pas trop » E2</p> <p>« sur la communication au sens large, alors on va être un peu plus en difficultés parce que c'est, c'est souvent, alors soit va y avoir des pathologies, enfin des pathologies, mais des problèmes qui sont plutôt d'ordre relationnel, dans la relation parent-enfant, ou avec son entourage etc. qui va entraîner des troubles de la communication. Mais là-dessus on n'est pas, enfin moi je suis pas très bien formé... »</p> <p>« donc là, ça va être plus au feeling et sans avoir d'argu-, de, de, de connaissances solides finalement, sur tout ce qui va être la relation voilà. » « Mais c'est difficile de trouver, euh ça dépend des situations mais c'est souvent, quand les problèmes sont pas bien tranchés c'est difficile d'avoir des arguments très objectifs. Enfin pour moi, en tout cas, je sais pas les, forcément les... les mettre en évidence quoi. J'ai pas de repères très, très, très objectifs là-dessus. » « Dès qu'on va partir sur quelque chose, qu'on sent que y a quelque chose d'un peu... d'un peu anormal ou pathologique, eh bah ouais, je pense que je suis un peu plus démuné parce que ouais, un peu moins à l'aise ouais, ouais tout à fait. » « Ouais, ouais, ouais ! Et tout le, les problèmes, je pense que oui, oui tout à fait. » E4</p>
	Sur le développement typique du langage	<p>Manque de compétences dans ce domaine</p> <p>Pas d'outil à disposition, imagine qu'il y en a mais ne les connaît pas</p> <p>Exprime son intérêt sur la thématique des troubles du langage</p> <p>Si suspicion trouble du langage → oreille et articulé</p> <p>Orientation orthophonique si doute</p> <p>Facilité dans diagnostic retard d'acquisition du langage puis contradiction</p>	<p>« Euh...mouais, moi j'ai pas grand-chose sur le le le, un retard de langage et tout non moi là je suis pas très, je suis pas très compétent dans ce domaine-là. »</p> <p>« Et c'est vrai que moi j'ai pas d'outil systématique pour euh, pour... les faire parler, pour entendre un petit peu leur voix, leur niveau de langage, le nombre de mots acquis. »</p> <p>« Peut-être certainement qu'il doit y en avoir sur euh... sur spécifiquement sur les enfants et tout, sur la pédiatrie pas trop mais euh, mais euh je pense que ça ce serait pas mal. »</p> <p>« Si y a euh, un cours, enfin un rappel d'une heure, deux heures, sur le, sur vraiment les troubles du langage, ça ça peut être pas mal ouais. » E2</p>

		<p>Jamais entendu parler Limité dans les connaissances, se fonde sur ce qui a déjà été vu, impressions Ne sait pas quel support, comment apprendre, vers qui orienter Exprime l'intérêt pour une formation à ce sujet Ne saurait pas quoi répondre aux parents, ne sait pas comment orienter Fondé sur a priori, pas de connaissances scientifiques Hypothétise le retard de parole Exprime manque de site de référence pour s'informer</p>	<p>« Bah s'ils me parlent de problèmes de langage, mon premier, effectivement mon premier, mon premier ça va être regarder au niveau des oreilles et puis après j'ai pas une grande expérience, effectivement une grande formation là-dedans mais j pense qu'il faut rechercher aussi un trouble de l'articulé, fin si y a un problème de, de diction etc. Mais euh dans ce cas-là, si je vois quelque chose, ce sera un bilan orthophonique qui sera orienté. » E3 « Sur tout ce qui va être retard du langage, ça, ça, c'est, sur le diagnostic hein, ça, ça, c'est pas, pas pour moi le plus simple parce qu'on a des repères euh, l'acquisition des premiers mots euh, l'âge auquel il va y avoir l'association des mots, le début des phrases etc. donc dans la petite, petite enfance c'est assez simple. » « Contrairement à un retard de langage pur quoi, où là, l'acquisition du langage, où là c'est, c'est plus simple quoi, de le mettre en évidence. » E4 « Non, j'ai pas entendu parler » « bah j'aurais pas répondu parce que je sais pas » « Bien sûr, bien sûr, bien sûr, ah bien sûr ! » E1 « Euh, oui donc après, fin voilà je connais pas grand-chose sur le sujet, je leur répondrais que je suis plutôt favorable, enfin je suis vraiment pour, que ça a l'air vraiment bien, j'ai vu, j'ai déjà vu certains enfants qui le faisaient euh... On a l'impression que ça les aidait quand même au développement et tout. Que à l'inverse euh je sais pas trop comment apprendre, euh comment, à quel endroit s'adresser pour apprendre et tout. Mais après je pense qu'en se renseignant un petit peu sur internet, ils trouvent euh, quelques petites choses. Euh mais voilà, clairement, les les inciter à, à faire ça, puis voilà leur expliquer que c'est voilà apprendre les signes avant de pouvoir euh s'exprimer par la parole. Ça permet à l'enfant de, de de se faire comprendre pour certaines choses. » « Oh bah à l'aise non, pas de tabou en tout cas, pas de, pas de tabou mais après clairement euh... Fin ce que je leur dis voilà, je suis pas expert du sujet hein euh, voilà je sais pas quel endroit il faut se former et tout, comment commencer et tout. » « A l'aise,</p>
--	--	---	---

		<p>Fondé sur des croyances, pensées Communication plus précoce mais impression que l'enfant va mettre plus de temps à développer le langage, la parole</p> <p>Aspect langagier</p>	<p>parce que ça me pose pas de souci et tout mais après euh... Limité quand même sur mes connaissances dans le sujet. » « Ah oui oui non ça peut être très bien ouais ! ça peut être très bien » E2 « Et d'ailleurs, on m'interrogerait je saurais très peu répondre en fait, et peu orienter les parents. » « Mais pas suffisamment pour pouvoir, pour pouvoir je pense aider les parents et les orienter là-dessus. Alors peut-être qu'il suffirait juste de connaître quelques livres pour les orienter hein. » « Oh bah j' pense que c'est intéressant ! » E3 « Et alors là pour le bébé signe, l'intérêt pour un enfant dans le développement de la communication etc. je l'ai uniquement sur mes a priori en fait, qu'ils soient négatifs ou positifs, mais j'ai pas de connaissances scientifiques à ce sujet-là » « Voilà, donc du coup, j'ai des a priori, c'est ce que je disais, à la fois favorables et négatifs mais qui sont basés sur rien de concret en fait. A la fois oui, une communication plus précoce peut-être et donc qui favorise plein de choses, et à la fois peut-être un, une parole qui met plus de temps à se mettre en place mais c'est peut-être complètement faux ce que je dis, voilà. Donc c'est pour ça que, comme je sais que mes a priori sont fondés sur pas grand-chose bah je vais, je me garde d'en parler en fait, en consultation. » « mais voilà, sur un sujet comme ça, je sais pas, j'ai pas de site de référence euh. Je sais pas sur quel site de référence je pourrais aller. On a des sites de référence dans plein de spécialité, j'imagine qu'en orthophonie vous avez des sites de référence, mais je les connais pas » E4 « Oh oui, oh bah que non ! Peut-être que je me trompe mais pour moi non non non, fin ça retarde pas euh... bien au contraire. Je pense que s'ils ont plusieurs types de langage et tout, c'est que bénéfique derrière. » E2 « Alors non ça je saurais pas répondre. Et je pense que non, ça retarde pas l'acquisition du langage mais c'est une pensée, c'est pas quelque chose de fondé que j'ai appris quoi... D'ailleurs j'aimerais bien avoir la réponse ! » E3 « Ça permet d'installer une communication plus précoce »</p>
--	--	--	--

		<p>Aborde gestion des relations, des émotions sous couvert des croyances</p> <p>Plutôt positif, encouragement à pratiquer N'en parle pas car ne sait pas mais si on pousse à donner un avis : ni favorable, ni défavorable Pas de connaissances scientifiques, honnêteté et ne sait pas si impacte la parole ou pas</p>	<p>« J'ai parfois l'impression que ça va être des enfants qui vont avoir plus de temps à développer le langage, la parole. » E4</p> <p>« faciliter, en effet, les relations, la gestion peut-être de l'humeur de l'enfant etc » E4</p> <p>« Moi je, j'en penserais quelque chose de plutôt positif. Je leur signalerais que ça peut être un moyen de... Alors après sans avoir de preuve attestée que c'est quelque chose de positif hein mais euh... oui je, je les encouragerais plutôt à s'orienter vers cette euh, ce moyen de communication-là si c'est quelque chose qui, qui les tente et qui les intéresse. » E3</p> <p>« Voilà, donc du coup, j'ai des a priori, c'est ce que je disais, à la fois favorables et négatifs mais qui sont basés sur rien de concret en fait. A la fois oui, une communication plus précoce peut-être et donc qui favorise plein de choses, et à la fois peut-être un, une parole qui met plus de temps à se mettre en place mais c'est peut-être complètement faux ce que je dis, voilà. Donc c'est pour ça que, comme je sais que mes a priori sont fondés sur pas grand-chose bah je vais, je me garde d'en parler en fait, en consultation. »</p> <p>« Que j'ai pas de connaissances particulières donc je, j'y vais pas, j'ai pas d'objection particulière, voilà c'est tout ouais. »</p> <p>« comme je sais que ce ne sont que des a priori, je vais pas m'en servir sur le plan professionnel. »</p> <p>« s'ils me demandaient est-ce que je suis favorable ou défavorable, je commencerais par leur dire euh, que moi j'ai aucune connaissance scientifique à ce sujet. Donc euh, j'y ai pas d'opposition puisqu'à ma connaissance y a pas de problème particulier relaté par rapport à ça, à cette pratique. Et après si, s'ils insistent, parce que parfois les parents insistent, en disant mais euh « mais qu'est-ce que vous en pensez personnellement ? », bah je leur dirai ce que je viens de vous dire. Parce que j'essaie d'être honnête et donc je leur dirai bah exactement ce que je viens de dire quoi, ça a certainement un intérêt sur, euh, le développement voilà de la communication précoce etc. mais, je sais pas si ça a un impact sur la parole ou pas, sur le</p>
<p>Aspect moteur</p> <p>Aspect psychocomportemental</p> <p>Aspect cognitif</p>	<p>Conseils éventuels apportés aux parents</p>		

		<p>Beaucoup d'enfants dans la patientèle Beaucoup de contenu dans la formation initiale Métier général donc bloqué dans le choix de formation Part infime du travail (en parlant de la communication gestuelle associée à la parole)</p>	<p>développement de la parole dans un second temps ouais. » E4 « Alors que c'est quelque chose de... on voit des enfants en médecine générale, on en voit beaucoup et c'est vrai que c'est important d'avoir des supports » E1 « Je pense qu'on pourrait pas nous apprendre tout ça au cours de nos études » « fin on a un métier tellement général que bah... on est bloqués dans le choix des différentes formations qu'on peut faire quoi, fin... » E3 « Mais par contre c'est vrai que si on me dit « il faut bloquer une demi-journée pour une formation dédiée à », non, j'irais pas, parce que ça, ça reste pour moi, dans mon activité du quotidien, c'est, c'est une part très, très infime de mon travail donc euh. » E4 « Oui. Parce qu'on est allés un peu les chercher hein, parce que dans notre cursus euh... c'était pas vraiment évident » E1 « De la formation et aussi beaucoup de, de, de ce qu'on remplit dans le carnet de santé » « Euh, souvent un petit peu si y a pas de certificat et tout des fois on consulte un petit peu là sur Pédiadoc [...]Qu'on consulte peut-être pas forcément tout le temps, tout le temps et tout mais dès qu'on a la moindre question sur le développement et tout... » E2 « Bah s'ils me parlent de problèmes de langage, mon premier, effectivement mon premier, mon premier ça va être regarder au niveau des oreilles et puis après j'ai pas une grande expérience, effectivement une grande formation là-dedans mais j pense qu'il faut rechercher aussi un trouble de l'articulé, fin si y a un problème de, de diction etc. Mais euh dans ce cas-là, si je vois quelque chose, ce sera un bilan orthophonique qui sera orienté. » « Personnellement euh, pas assez formée. Euh... clairement euh dans nos études euh, y a pas une grande, une grande proportion des cours qui sont destinés à ça et donc vraiment euh, oui pas assez formée, peu formée et, et avec un manque de compétences du coup. »</p>
<p>Origine du besoin</p>	<p>Etendu du champ d'intervention</p> <p>Peu d'information dans formation initiale et/ou continue sur développement typique langage et communication</p>	<p>Besoin de compléter le cursus initial Aide avec le carnet de santé Aide avec le site Pédiadoc Peu de cours sur le langage et la communication → exprime manque de compétence et pas assez formé Peu d'éléments sur le développement classique de l'enfant Pas assez de place en stage de pédiatrie Peu formé sur relation parent-enfant Pas de repères objectifs sur le développement de la communication</p>	

« moi personnellement je me sens pas plus formée que ça sur le développement de l'enfant en fait, classique quoi. On n'a pas, fin sur le développement du langage, on n'a pas, c'est dans les cours de développement psychomoteur classique, on connaît les, les âges à partir desquels il faut se dire qu'il est censé parler, dire des mots etc, mais on en sait pas plus quoi. C'est vraiment, on a vraiment ouais une trame générale mais pas, c'est pas approfondi quoi. » A l'aise : « Non, avec cette question-là, malheureusement non. »

« parce que nous par exemple à [ville], à l'internat malheureusement y a un, y a pas assez de places en stage pour qu'on fasse à la fois la gynéco et la pédiatrie. Et donc en principe c'est les médecins euh, y a des médecins qui n'ont pas pu avoir de formation en pédiatrie, et qui vont avoir tendance à utiliser, enfin à faire le DU de pédiatrie. » E3

« sur la communication au sens large, alors on va être un peu plus en difficultés parce que c'est, c'est souvent, alors soit va y avoir des pathologies, enfin des pathologies, mais des problèmes qui sont plutôt d'ordre relationnel, dans la relation parent-enfant, ou avec son entourage etc. qui va entraîner des troubles de la communication. Mais là-dessus on n'est pas, enfin moi je suis pas très bien formé... »

« donc là, ça va être plus au feeling et sans avoir d'argu-, de, de connaissances solides finalement, sur tout ce qui va être la relation voilà. » « Mais c'est difficile de trouver, euh ça dépend des situations mais c'est souvent, quand les problèmes sont pas bien tranchés c'est difficile d'avoir des arguments très objectifs. Enfin pour moi, en tout cas, je sais pas les, forcément les... les mettre en évidence quoi. J'ai pas de repères très, très, très objectifs là-dessus. » « Dès qu'on va partir sur quelque chose, qu'on sent que y a quelque chose d'un peu... d'un peu anormal ou pathologique, eh bah ouais, je pense que je suis un peu plus démuné parce que ouais, un peu moins à l'aise ouais, ouais tout à fait. »

« Alors que la communication au sens large c'est complexe et puis j'ai l'impression de pas avoir eu de formation très importante là-dessus » E4

Médecins généralistes et communication gestuelle associée à la parole utilisée auprès des jeunes enfants au développement neurotypique : recueil des besoins de formation à travers des entretiens semi-dirigés

Notre étude a pour objectif de recueillir les besoins de formation des médecins généralistes concernant la thématique de la communication gestuelle associée à la parole. En effet, le « bébé signe », moyen de communication associant gestes et parole, utilisé auprès des jeunes enfants au développement neurotypique est arrivé récemment en France et provoque certaines inquiétudes chez les professionnels de santé. Nous nous sommes alors intéressée aux médecins généralistes, à leur perception de l'état de leurs connaissances et à leurs besoins de formation sur la communication gestuelle associée à la parole. Pour recueillir ces informations, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés auprès de quatre médecins généralistes. L'analyse des résultats obtenus permet de confirmer un réel besoin de formation sur cette thématique, la pertinence d'un outil de formation sur ce moyen de communication ainsi que des informations intéressantes concernant la forme que devrait prendre cet outil. En effet, les médecins généralistes expriment manquer de supports concrets et de données théoriques sur la communication gestuelle associée à la parole. Selon eux, la création d'une formation synthétique inscrite au sein de la formation continue, apportant des éléments exhaustifs et fonctionnels, contenant des données théoriques et pratiques, tout en utilisant des moyens de pédagogie active leur semble adaptée et optimale pour acquérir des connaissances et des compétences sur la communication gestuelle associée à la parole. Cela leur permettrait alors de conseiller au mieux les parents qui souhaiteraient mettre en place ce type de communication avec leur bébé.

Mots-clés : [médecin généraliste, besoins de formation, signes, communication, bébés]

General practitioners and sign language communication used with young children with neurotypical development: collection of training needs through semi-structured interviews

The aim of our study is to collect the training needs of general practitioners concerning the theme of gesture communication associated with speech. As a matter of fact, baby sign language as a means of communication associating gestures and speech, used with young children with neurotypical development, has recently arrived in France and is causing some concern among health professionals. Thus, we took interest in general practitioners and in their perception of the state of their knowledge as well as in their training needs on gestural communication associated with speech. To collect this information, we conducted semi-structured interviews with four general practitioners. The analysis of the results obtained confirms a real need for training on this topic, the relevance of a training tool on this means of communication as well as interesting information concerning the form that this tool should take. Actually, general practitioners are expressing a lack of concrete support and practical information on gestural communication associated with speech. According to them, the creation of a concise training course within continuing education, synthetic, providing accurate and functional elements, containing theoretical and practical information, while using active pedagogical means would be relevant. This seems to them the most appropriate and optimal way to acquire skills and knowledge of sign language communication. This would allow them to better advise parents who wish to start using this type of communication with their baby.

Keywords : [general practitioner, training needs, signs, communication, babies]

