



UNIVERSITÉ DE POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Année 2019 - 2020

MÉMOIRE

En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

Présenté par Léa Waterhouse

**TRADUCTION DE L'ÉCHELLE DE LANGAGE
DU NOURRISSON ET DU PETIT ENFANT DE
ROSSETTI :**

Étude sur vingt-six enfants francophones et anglophones âgés de 9 à 12 mois

Soutenu en juin 2020

Co-direction du mémoire :

Dr Clémence Gordon-Dana, es. Sciences cognitives, Orthophoniste
Madame Monique Haddad, Orthophoniste

Autres membres du Jury :

Madame Elodie Pascual, Orthophoniste
Dr Aude Laloi, es. Sciences du langage, Orthophoniste



UNIVERSITÉ DE POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Année 2019 - 2020

MÉMOIRE

En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

Présenté par Léa Waterhouse

**TRADUCTION DE L'ÉCHELLE DE LANGAGE
DU NOURRISSON ET DU PETIT ENFANT DE
ROSSETTI :**

Étude sur vingt-six enfants francophones et anglophones âgés de 9 à 12 mois

Soutenu en juin 2020

Co-direction du mémoire :

Dr Clémence Gordon-Dana, es. Sciences cognitives, Orthophoniste
Madame Monique Haddad, Orthophoniste

Autres membres du Jury :

Madame Elodie Pascual, Orthophoniste
Dr Aude Laloi, es. Sciences du langage, Orthophoniste

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord adresser ma reconnaissance à mes directrices de mémoire, Mme Haddad et Mme Gordon-Dana, sans qui la réalisation de ce projet n'aurait pu voir le jour. Je les remercie pour leur encadrement, leurs encouragements et leurs conseils avisés.

Je remercie également Mme Elodie Pascual et Mme Aude Laloi d'avoir accepté de faire partie de mon jury et toutes les familles qui ont participé à cette étude.

A mes camarades qui m'ont accompagnée et soutenue au cours de mes études : Lisa, pour notre aventure humanitaire exceptionnelle, Juliette pour nos moments partagés ici et ailleurs, Margaux pour dix ans de bonheur et d'amitié et surtout Maylis pour notre complicité et sa positivité contagieuse.

J'adresse une pensée particulière à Ophélie, mon binôme, qui a ensoleillé mes dernières années d'université par toutes ses qualités humaines et qui continuera d'égayer mes années à venir.

Un immense merci à mes parents pour leur soutien infaillible dans toutes mes décisions de vie et leur modèle d'éducation dont je suis fière et redevable. Et à James, car il n'y a nul ami tel qu'un frère.

Je tiens également à accorder ma gratitude à certaines orthophonistes rencontrées en chemin : Caroline Collet et Clémence Waymel qui m'ont transmis la passion de ce métier et Clémence Gordon-Dana pour avoir forgé l'orthophoniste et la personne que je serai demain.

Enfin, à Christian, merci pour son aide précieuse et de m'avoir aidée à m'épanouir.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : PROBLÉMATIQUE.....	3
1. La communication et le développement langagier chez le très jeune enfant :.....	3
1.1. La communication pré-linguistique :.....	3
1.1.1. Définition générale :.....	3
1.1.2. Développement de la communication pré-linguistique chez les 0-12 mois :....	4
1.2. Développement des compétences du jeune enfant de 9-12 mois :.....	5
1.2.1. La communication d'émotions :.....	6
1.2.2. La communication d'intention :.....	7
1.2.2.1. La gestuelle :.....	7
1.2.2.2. La pragmatique :.....	9
1.2.2.3. Le jeu :.....	10
1.2.3. La communication orale :.....	12
1.2.3.1. Compréhension orale :.....	12
1.2.3.2. Expression orale :.....	13
1.3. Interaction enfant-adulte :.....	15
1.4. Conclusion :.....	17
2. Évaluation précoce :.....	17
2.1. Présentation :.....	17
2.1.1. Définition :.....	17
2.1.2. Importance de l'évaluation précoce chez les populations à risque :.....	18
2.1.3. L'apport insuffisant des tests français :.....	19
2.2. Rossetti Scale :.....	22
2.2.1. Présentation et intérêt :.....	22
2.2.2. Mode d'administration :.....	23
3. Différences culturelles entre les Etats-Unis et la France :.....	26
3.1. Les différences épidémiologiques :.....	26
3.2. Le comportement parental :.....	26
3.3. Les différences développementales langagières, alimentaires et culturelles.....	27

DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODE.....	29
1. Objectifs, problématique et hypothèse :	29
1.1. Objectifs généraux :	29
1.2. Problématique :	29
1.3. Hypothèse :	30
2. Sujets, matériels, méthode :	30
2.1. Présentation des sujets :	30
2.1.1. Recrutement de la population :	30
2.1.1.1. Critères de sélection :	31
2.1.1.2. Critères d'exclusion :	32
2.2. Matériel :	32
2.2.1. Le manuel d'évaluation :	32
2.2.2. Le questionnaire parental :	33
2.2.3. La grille d'observation :	34
2.3. Méthode :	34
2.3.1. Le questionnaire parental :	34
2.3.1.1. Observation clinique :	35
2.3.2. L'évaluation :	35
2.3.3. Cotation :	36
3. Résultats : traitement paramétrique des données et analyse des résultats.....	37
4. Discussion :	39
4.1. Interprétation des résultats et vérification des hypothèses :.....	39
4.2. Atouts de l'étude :	40
4.3. Limites de l'étude :	42
4.4. Perspectives et apports personnels pour la future pratique professionnelle :.....	44
CONCLUSION.....	48
BIBLIOGRAPHIE.....	49
ANNEXES.....	53

SOMMAIRE DES TABLES :

Tableau 1 : Répartition de la population au moment de la passation.....	30
Tableau 2 : Moyenne du nombre de domaines validés pour chaque population.....	38
Tableau 3 : Résultats du test T de Student.....	39

INTRODUCTION

Apprendre à parler n'est pas aussi facile pour tous. Certains enfants doivent travailler beaucoup plus dur que d'autres pour maîtriser le langage, ce dernier étant un élément essentiel de leur développement. Selon le ministère de la Santé, maîtriser le langage oral permet à l'enfant de développer son identité et sa personnalité, de s'épanouir en milieu scolaire, de s'intégrer socialement et d'assurer sa future insertion professionnelle.

En France, en 2018, les troubles du développement langagier concernaient quatre à cinq pour cent des enfants par tranche d'âge, soit un enfant par classe (Santé & Santé, 2019). La proportion d'enfants concernés est si grande qu'un problème de santé publique est évoqué, nécessitant des interventions médicales (dépistage, diagnostic, actions thérapeutiques) le plus tôt possible (Santé & Santé, 2019). Parmi les enfants ayant des difficultés langagières dans leurs premières années de vie, un certain nombre évolue favorablement et naturellement. Pour les autres, une prise en charge orthophonique est nécessaire. En effet, les orthophonistes sont les premiers à prendre en charge ces patients à risque de développer un trouble du langage oral. Pourtant, le manque de formation et surtout d'outils d'évaluation précoce du langage laissent ces professionnels démunis face à ce genre de prise en soin.

Actuellement, les tests francophones pour les très jeunes enfants, tels que l'Échelle d'Évaluation de la Communication Sociale Précoce (ECSP), l'Inventaire Français du Développement de la Communication (IFDC) et Dialogoris 0/4, ne balayent pas toutes les modalités de communication de l'enfant. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à un nouvel outil : l'échelle américaine d'évaluation du nourrisson et du petit enfant de Rossetti (2006). Cet outil d'évaluation précoce s'intéresse à la communication et l'interaction sociale de 0 à 3 ans, dont la communication pré-linguistique. Il est de ce fait plus complet que ceux précédemment cités et s'administre par l'observation des interactions parent-enfant.

Ce mémoire est destiné à proposer la traduction fiable et complète de cette échelle d'évaluation du langage du nourrisson et du petit enfant pour la tranche d'âge 9-12 mois. Le temps imparti pour le mémoire ne permettant pas de traduire l'échelle entière, la tranche d'âge choisie fait suite aux remarques d'intervenants, maîtres de stage et collègues pointant sans cesse le manque d'outils d'évaluation fiable pour les enfants de moins d'un an. Ainsi, un nouvel outil de dépistage du langage oral pourra être proposé aux orthophonistes afin de

prévenir dès le plus jeune âge la survenue de trouble du langage chez les enfants pour ceux à risque d'en développer.

« Si l'on considère les transformations, adaptations, les réalisations, la conquête du milieu... toutes les activités auxquelles l'enfant doit se livrer de 0 à 3 ans, on peut considérer que cette première période de la vie est fonctionnellement – plus longue que celle qui s'étend de 3 ans à la mort. Les besoins de l'enfant durant cette période sont si impérieux que l'on ne peut pas les ignorer sans de très graves conséquences pour l'avenir ».

Montessori, citée par d'Esclaibes (2020, p. 7).

PREMIÈRE PARTIE : PROBLÉMATIQUE

1. La communication et le développement langagier chez le très jeune enfant :

1.1. La communication pré-linguistique :

1.1.1. Définition générale :

Le bébé, dès sa naissance, entre normalement dans un bain de langage. Selon l'étymologie propre du mot enfant, « in-fans » (*in* privatif et *fari* parler), l'enfant est celui qui ne parle pas (De Boysson-Bardiès, 1996). Cependant nous savons aujourd'hui que chez le sujet sain nourrisson, s'il n'y a pas de parole sans intention de communication, il existe une communication sans parole qui précède le langage oral. L'enfant serait en effet doué de capacités innées, l'incitant, par une série d'étapes, à développer le langage (Bruner, 1983).

Ainsi, le nouveau-né, dès sa naissance et avant même de savoir parler, est capable de communiquer. Pour Bruner (1983), l'enfant naît avec une base de dons innés qui lui permettrait de rechercher l'échange et la communication et d'utiliser des moyens pour arriver à ses fins. Il avance également qu'avant le langage, l'enfant utilise les moyens pré-linguistiques pour communiquer se manifestant par des comportements non-verbaux (sourires, regards, gestes) et des productions vocales signifiantes, bien que non langagières, comme les cris de protestation par exemple. La communication pré-linguistique n'est donc pas à confondre avec la communication non verbale, qui précédait la communication verbale, selon les approches interactionnistes (Kern, 2019). Nous savons aujourd'hui que les modalités verbales et non verbales ne se succèdent plus mais co-existent et constituent ensemble la communication pré-linguistique.

Si la continuité entre le non verbal et le verbal n'est donc plus envisagée comme une succession, il existe, selon Guidetti (2010), une continuité fonctionnelle entre le développement pré-linguistique et linguistique. Selon l'auteur, les comportements expressifs de l'enfant durant la première année peuvent être considérés comme des indices prédictifs de l'apparition du lexique, d'où l'intérêt d'accorder une importance significative à ces signes pré-linguistiques dans le cadre de trouble du langage oral. Ainsi, durant la phase pré-linguistique, le nourrisson développe son propre système de communication par la gestuelle,

au travers duquel il met en correspondance la forme du message et une situation de communication pour exprimer ses intentions (Guidetti et al., 2004).

En conséquence, la communication pré-linguiste se présenterait comme un comportement précurseur de la communication. Elle qualifie l'ensemble des moyens mis en place par le jeune enfant pour communiquer, exprimer ses intentions et ses besoins, et interagir avec son environnement avant qu'il n'entre dans la communication et puisse communiquer intentionnellement (Kern, 2019).

1.1.2. Développement de la communication pré-linguistique chez les 0-12 mois :

Lors de sa venue au monde, le nouveau-né absorbe tout ce qu'il entend dans son environnement, du bruit à la parole (Rondal, 1998). Cependant, avant de pouvoir prononcer les mots entendus, le bébé va apprendre à reconnaître les phonèmes des langues parlées autour de lui. L'apprentissage des phonèmes, précédant la production de mots, est possible grâce à une capacité innée à percevoir l'ensemble des contrastes sonores de la parole. Le nourrisson est donc capable, contrairement aux adultes, de percevoir tous les sons de toutes les langues (Delahaie, 2009). C'est autour de 6 mois qu'il va progressivement perdre cette capacité de distinction des sons pour se spécialiser dans les phonèmes de sa langue maternelle (Delahaie, 2009).

Toutefois, ces grandes capacités perceptives sont en décalage avec ses possibilités expressives limitées par un appareil phonatoire immature. En effet, l'ensemble des organes sollicités pour l'émission de sons et notamment la configuration du conduit vocal (pharynx et cavité buccale) devient semblable à celui des adultes à partir de 6 mois (Delahaie, 2009). Avant cet âge, l'appareil phonatoire est immature et les productions de sons sont soumises aux contraintes physiologiques. De ce fait, jusqu'à 2 mois, le bébé va d'abord produire des vocalisations réflexes (soupirs, gémissements, bâillements etc.) (Hermouet, 2010). Puis, aux vocalisations réflexes vont rapidement s'ajouter des productions « primitives », la descente progressive du larynx offrant la possibilité de produire de nouvelles vocalises grâce à la récente mobilité de la base de langue et la place allouée aux résonateurs (Delahaie, 2009). Le bébé va pouvoir explorer ses possibilités en étendant la gamme et la hauteur des sons qu'il produit, en alternant leur niveau d'intensité. Il se familiarise ainsi avec son appareil phonatoire. Vers 6 mois, il prend le contrôle de ses productions phonatoires et commence à pouvoir interrompre ses vocalises quand il le souhaite (Delahaie, 2009). Cette période est concomitante à l'apparition du babillage que nous détaillerons plus bas.

Enfin, lorsque le bébé est capable de contrôler ses productions et d'imiter celles de son entourage, il doit apprendre à marquer la frontière entre les mots dans le flot de parole qu'il entend pour pouvoir les extraire et les apprendre. A 10 mois et demi, l'enfant utilise des indices prosodiques, c'est-à-dire les phénomènes rythmiques, accentuels et intonatifs de la parole, pour délimiter la démarcation des mots (Kern, 2019). A partir de 12 mois, la capacité de comprendre les règles relatives à l'ordre des mots et de se constituer un stock lexical marque la finalité de la période pré-linguistique qui s'étend de 12 à 18 mois (Delahaie, 2009). L'enfant peut généraliser cet apprentissage.

1.2. Développement des compétences du jeune enfant de 9-12 mois :

Comme le souligne Delahaie (2009, p. 17), « dans le domaine des sciences de la vie, la variabilité n'est pas une exception, mais la règle ». Cependant, le langage échappe largement à cette loi par la surprenante régularité de son développement. En effet, l'émergence du langage suit une série d'étapes durant son évolution, qui sont partagées par tous. Si les étapes sont universelles, les repères chronologiques que nous allons décrire ne concernent que cinquante pour cent des enfants : certains enfants sont plus précoces ou plus tardifs que d'autres, mais ces différences interindividuelles ne sont pas forcément une manifestation de pathologie (Schilte & Rufo, 2015).

Actuellement, les neurologues ont tendance à considérer que l'aptitude langagière est inscrite dans notre ADN, comme en témoignent par exemple les troubles de type « apraxie de la parole » liés à une mutation dans le gène FoxP2 (Démonet, 2009). Cependant, si le développement du langage dépend de la maturation cérébrale après la naissance, on ne peut l'isoler du développement des capacités motrices, des caractéristiques physiques et cognitives ou encore du développement psychoaffectif de l'individu. Nous retenons donc l'idée d'une articulation en plusieurs facteurs : internes, externes, fondés sur l'expérience ou sur l'apprentissage. C'est pourquoi nous allons étudier tous les domaines qui concernent la phase pré-linguistique du langage (Delahaie, 2009).

Concernant cette phase pré-linguistique, Danon-Boileau et Brigaudiot (2015) distinguent trois modes successifs de communication chez l'enfant : d'abord la *communication d'émotions* par la mimique et le regard, dès 3 mois, puis la *communication d'intention* transmise par les gestes, entre 8 mois et 1 an, et enfin la *communication orale* avec les premiers mots, souvent associés aux gestes à partir de 8-9 mois. Entre 9 et 12 mois, les

enfants peuvent donc être évalués sur ces trois axes développementaux, précurseurs à l'émergence du langage.

1.2.1. La communication d'émotions :

Il a longtemps été coutume de croire que le nouveau-né était un être passif sur le plan de la communication, qui répondait uniquement à la stimulation et l'initiative de l'adulte. Brazelton (1995), pédiatre américain, a été l'un des premiers scientifiques, dans les années 70, à démontrer à quel point le petit enfant a un rôle actif dans les interactions. Ses recherches ont démontré que le bébé est à la fois capable de réguler l'interaction, mais aussi de l'initier grâce à sa sensibilité aux humeurs et à ses compétences sociales.

- **Sensibilité aux humeurs :**

Les bébés sont capables de reconnaître les humeurs grâce à un dispositif de reconnaissance des expressions faciales et gestuelles. Ce dispositif est inné et universel, partagé par tous les individus neurotypiques (Démonet, 2009). Le jeune enfant peut donc très tôt détecter les émotions et comportements d'autrui, et leur interprétation structure son système de communication au cours de la première année de vie. Cette capacité à reconnaître et interpréter les humeurs fonde donc le milieu naturel où s'ancrera le langage (Bruner, 1983).

D'après Danon-Boileau (2018), c'est d'ailleurs entre 8 mois et 1 an que l'enfant devient capable d'exprimer des intentions, grâce à ses mimiques expressives spontanées qui prennent de plus en plus de sens. Certaines émotions primaires telles que la surprise, l'excitation ou l'agacement, prennent une importance croissante et sont destinées à traduire l'état interne de l'enfant à son entourage.

- **Compétences sociales :**

Selon Brazelton et al. (1995), les nouveau-nés sont déjà doués de grandes capacités sociales. Les auteurs objectivent que le petit-enfant est capable de réduire les interférences de son activité motrice et contrôler ses états internes pour répondre socialement aux comportements interactifs d'autrui, signifiant que ces compétences sont innées. Ainsi, si l'enfant se trouve dans un environnement adapté, et en l'absence de pathologie, il développera son système de communication. Lorsque l'enfant grandit dans un environnement social sain, il est capable de distinguer les personnes familières dès la première année de vie (Wendland et

al., 2011). C'est pourquoi le bébé peut manifester une angoisse appelée « angoisse de séparation » lorsqu'il est séparé d'une de ses figures familiales. La survenue de cette angoisse est une réaction anxieuse normale durant l'enfance, témoignant d'une avancée du développement psychologique, affectif et cognitif de l'enfant. Chez les bébés, elle se traduit par des cris ou des pleurs et une réaction de détresse générale. Elle est considérée comme universelle et d'un point de vue phylogénétique est nécessaire à l'adaptation et à la survie (Wendland et al., 2011). L'absence de manifestation d'angoisse de séparation peut être dans certains cas un élément révélateur de troubles de l'attachement et des compétences sociales, comme observé dans certaines pathologies telles que les psychoses.

L'enfant joue donc un rôle important dans les interactions, grâce à ses émotions et utilise ses compétences sociales pour initier un échange, ce que l'on appelle la communication d'intention.

1.2.2. La communication d'intention :

La communication d'intention est principalement marquée par le recours aux gestes pour s'exprimer dans l'environnement (Danon-Boileau, 2018). Cette phase, qui évolue entre 8 et 12 mois, est donc caractérisée par la gestuelle, mais aussi par les précurseurs de la pragmatique comme les actes de langage, puisque les gestes s'inscrivent dans un contexte.

1.2.2.1. La gestuelle :

Parmi les précurseurs formels de la communication, les gestes ont une place prépondérante (Galiano et al., 2014). En effet, l'enfant les utilise avant de parler et continue même de les utiliser après avoir appris à parler. Ainsi, il existe une forte interaction geste-langage qui démontre que le langage est multimodal. Cette corrélation existe tout au long de la vie du sujet et dépend de sa culture. Nous attribuons une valeur illocutoire aux gestes, même adulte, semble-t-il. Par exemple en France, le geste conventionnel de « se taire » est caractérisé par l'index se positionnant devant la bouche fermée. Chez les nourrissons, les gestes ne sont pas encore des gestes conventionnels mais ils s'inscrivent dans des situations d'interaction de la vie quotidienne et servent plutôt à attirer l'attention. Selon Guidetti (2010), les gestes tels que le pointage et les gestes à valeur de demande, fruits de l'attention conjointe, sont les seuls moyens d'interaction conventionnels avant l'émergence du lexique chez le jeune enfant.

- **L'attention conjointe :**

La communication s'inscrit dans un cadre intersubjectif partagé par le bébé et l'adulte et dans lequel les productions prennent sens (Kern, 2019). Dès la naissance, des relations d'intersubjectivité primaire se manifestent. Elles correspondent à la tendance innée du nouveau-né, ayant une conscience réceptive aux états subjectifs, à interagir de manière émotionnelle et conversationnelle avec les adultes (Trevarthen & Aitken, 2003). Puis, à 9 mois, des relations d'intersubjectivité secondaire apparaissent, où la communication est partagée entre l'adulte et l'enfant autour d'un tiers, ce que l'on appelle l'attention conjointe.

Pour Tomasello (2019), l'attention conjointe est le premier élément séparant la branche des grands primates dotés d'intentionnalité et les humains qui partagent des états psychologiques. L'émergence de l'attention conjointe marque une révolution de la cognition sociale du nouveau-né qui est désormais capable de partager des expériences triadiques enfant-adulte-objet (Kern, 2019). L'enfant peut, dans ce cadre intersubjectif, s'approprier des formes symboliques (gestes, mots, structures) qui servent à communiquer. C'est ainsi que son langage va se structurer. Tomasello (2019, p. 16) affirme même que « le langage n'est rien de plus qu'un autre type d'habileté d'attention conjointe ; les gens utilisent le langage pour influencer et manipuler l'attention de chacun ».

Les épisodes d'attention conjointe, pour être le plus efficace possible, doivent se dérouler lors d'activités qui ont un sens pour les participants, ce que Bruner (1983) nomme les formats routiniers, que nous développerons plus tard. C'est la répétition de ces expériences, durant lesquelles l'adulte guide l'enfant vers son intention communicative par divers moyens, qui permettra à l'enfant de construire son langage (Kern, 2019).

- **Le pointage :**

« Communiquer, c'est avant tout transmettre des informations sur le monde extérieur » (Bruner, 1983, p. 96). Lorsque l'enfant commence à s'ouvrir au monde et à s'intéresser aux objets qui l'entourent, ses regards et ses gestes sont interprétés par les adultes dans l'environnement. Les parents proposent rapidement un sens à ces gestes et ont tendance à les commenter, ce qui permet de partager un moment privilégié avec l'enfant tout en délimitant un cadre sémantique (Danon-Boileau, 2018).

L'apparition du pointage gestuel entre 9 et 12 mois marque le développement de la communication intentionnelle et référentielle (Kern, 2019). Il renvoie notamment à l'attention

conjointe puisqu'avant de nommer un objet, l'enfant doit être capable de diriger l'attention de l'adulte vers cet objet par le pointage (Guidetti, 2010). L'enfant est alors apte à établir une relation entre le monde et les symboles qui l'entourent. L'adulte va ensuite poser une étiquette sur l'objet désigné en le nommant et l'enfant enrichira son vocabulaire. Ainsi, une corrélation est établie entre le rythme de développement du lexique et l'importance qualitative et quantitative de l'exposition de l'enfant à des épisodes d'attention conjointe (Kern, 2019). Le processus pointage/étiquetage est donc une étape essentielle du développement langagier de l'enfant.

Le pointage renvoie également à une demande qui, de toutes les formes d'emploi du langage, est celle la plus ancrée et dépendante du contexte (Bruner, 1983). Vers 8 mois, l'enfant commence donc à fournir la première indication référentielle interprétable de ce qu'il demande, et l'adulte le comprendra grâce au contexte de communication et aux indices pragmatiques. Ainsi, l'approche socio-pragmatique de l'acquisition du langage met en évidence une continuité entre l'attention conjointe, par le pointage et les mimiques, et les éléments de construction linguistique dans un contexte de communication (Tomasello, 2019).

1.2.2.2. La pragmatique :

Le développement de la pragmatique est un fondement de la cognition humaine (Tomasello, 2019). Elle correspond à l'interprétation du langage en fonction du contexte et de la situation de communication dans lequel il apparaît. La pragmatique s'intéresse donc à la manière dont le destinataire décode le message en prenant en compte les éléments non verbaux telles que les inférences et les émotions, et les para-verbaux tels que les conventions culturelles et le contexte de communication. Parmi les différentes approches théoriques, la pragmatique développementale cherche à comprendre comment les enfants établissent un lien entre la forme d'un énoncé et son contexte de communication. Pour Kern (2019), dès les premiers mois de vie, les enfants utilisent les indices fournis dans leur environnement pour comprendre les intentions de communication d'autrui. Ils doivent créer un terrain partagé avec leurs interlocuteurs pour comprendre et être compris. Si la question a longtemps été de savoir si les enfants apprennent les formes linguistiques avant leur usage, les études actuelles affirment que les deux s'apprennent en même temps, puisque la pragmatique se développe dès la première année de vie, conjointement au développement langagier (Kern, 2019). Selon Hupet (2006), cité par Kern (2019), les « ingrédients » nécessaires au développement de la pragmatique sont nombreux et de nature diverse : linguistique, cognitive et sociale.

Aujourd'hui sont comptés six repères qui sous-tendent l'émergence de la pragmatique : la préférence pour la contingence, le rapport convention/contraste, la dualité forme/fonction, les actes de langage, l'interaction face-à-face et les conduites étayantes et la réciprocité. Nous nous intéresserons tout particulièrement aux conduites étayantes et à la réciprocité puisque ce sont « les ingrédients » les plus précoces au développement de la pragmatique.

Nous avons vu que le bébé, très précocement, est actif dans les interactions avec l'adulte. Il s'appuie sur différents indices pour comprendre le monde qui l'entoure. Cependant, le poids de ces indices varie selon le niveau de développement du nouveau-né : plus le nouveau-né est jeune, plus il s'appuie sur des indices perceptifs. Puis, lorsque l'attention conjointe s'installe, les indices sociaux prennent le dessus (Kern, 2019). Ainsi, en même temps que les enfants apprennent à contrôler leurs capacités attentionnelles, les parents tentent de répondre à l'interaction par l'implication ou le retrait. Les deux coopèrent et œuvrent ensemble vers une meilleure compréhension l'un de l'autre, de part un engagement émotionnel réciproque. Ces échanges sont qualifiés d'étayant car on considère un locuteur « expert » (un adulte ou un pair plus âgé) en interaction avec un locuteur novice. Bruner (1983) qualifie ces échanges comme des interactions de tutelle où l'adulte montre le modèle à l'enfant pour l'aider à aller plus loin qu'il ne le pourrait seul. D'après lui, la nature asymétrique des interactions parent-enfant permet à l'adulte d'étayer la progression de l'enfant, le but étant que cet étayage soit transitoire et que l'enfant utilise ensuite ses acquisitions de manière autonome.

La pragmatique est donc essentielle à l'apprentissage de mots : la convergence des bases perceptives, linguistiques et sociales et la répétition des expériences permettent leur acquisition (Kern, 2019). Le meilleur moyen de répéter les expériences selon Bruner (1983) est lors du jeu.

1.2.2.3. Le jeu :

Le jeu, activité physique ou mentale visant à procurer du plaisir, commence dès le stade sensori-moteur (0 à 2 ans) et permet à l'enfant d'explorer certaines sensations avec des objets (Grevesse, 2015). A 9 mois, le corps et la dimension sensorielle prennent moins d'importance et de nombreuses interactions avec l'adulte se feront alors sous forme de jeux. Pour Bruner (1983), un jeu est à sa façon « une petite pré-conversation » et se présente comme un excellent médiateur permettant à l'enfant d'acquérir les fonctions communicatives.

Pour Gosle (2004), le jeu des bébés est à distinguer des jeux des enfants, selon la notion thétique et non thétique, c'est-à-dire la conscience du jeu. Si un enfant est capable de demander « tu veux jouer avec moi ? » c'est parce qu'il a une conscience thétique du jeu, alors qu'un bébé n'a pas encore conscience de la dimension ludique de l'activité à laquelle il participe. Le jeu pour lui est donc dépendant du caractère affectif de cet échange. Ce sont l'interaction et l'activité qui lui plaisent principalement, même si le jeu des bébés n'est pas toujours relationnel (Gosle, 2004).

Plusieurs types de jeux peuvent être caractérisés :

- **Jeu de routine :**

Certains jeux sont qualifiés de routine car ils sont caractérisés par la répétition. Ce sont des jeux relationnels comprenant au moins deux participants et dans lesquels on retrouve un plaisir partagé entre les joueurs (Bruner, 1983). Il ne se déroule jamais de manière aléatoire, mais toujours de la même manière. Il est déterminé par une systématisme permettant à l'enfant de ritualiser ce que le parent lui dit et d'apprendre des structures d'action. L'enfant commence à mettre en lien le langage et l'action en dégageant le lexique et la grammaire de la structure (Kern, 2019).

Par exemple, le jeu du « coucou le voilà » (un morceau de tissu fait disparaître le visage de l'adulte avant qu'il ne ressurgisse) est un jeu de routine représentant l'absence. Il permet à l'enfant d'accéder à la permanence de l'objet, c'est-à-dire de prendre conscience qu'un objet continue d'exister même s'il est en dehors de son champ de vision. Ce jeu, caractérisé par une expérience renouvelée, fait appel à la réciprocité et permet à l'enfant de « savourer le plaisir de communiquer » selon Schilte et Rufo (2015, p. 198).

La situation de face-à-face entre adulte et enfant et le fait que les deux participants soient actifs à un moment donné du jeu tendent aussi à la mise en place du tour de rôle, essentiel à la structuration du dialogue.

- **Jeu fonctionnel :**

Contrairement au jeu de routine, le jeu fonctionnel se fonde sur l'utilisation conventionnelle des objets. Par exemple, prendre une voiture en plastique et la pousser pour qu'elle roule est un jeu fonctionnel. Ce n'est pas un jeu relationnel, puisqu'il peut être effectué seul par l'enfant. Celui-ci, ayant vu le parent réaliser cette action suffisamment de

fois, peut dès 9 mois, l'imiter (Delahaie, 2009), du fait que des formes élaborées d'imitation se développent à partir du cinquième mois. Quel que soit le type de jeu, sensoriel, routinier ou fonctionnel, le jeu se présente pour le bébé comme un espace de récit et de liberté dans lequel il acquiert des connaissances nécessaires au développement de la communication (Gosle, 2004).

A travers ces échanges réciproques, parfois verbaux ou vocaux, au cours desquels il adopte tour à tour un rôle passif puis actif, l'enfant apprend à partager les émotions et les connaissances du monde qui se maintiendront durant toute la vie sociale adulte (Bruner, 1983).

1.2.3. La communication orale :

La toute première étape de la communication orale est l'audition. Chez le fœtus, le développement neuro-cellulaire du système auditif se met en place lors du dernier trimestre de grossesse (Granier-Deferre & Busnel, 2011). La transmission du signal sonore vers les voies corticales est alors fonctionnelle et le système auditif du fœtus commence à se former : l'enfant est capable de percevoir des sons. Puis, dès sa naissance, une continuité perceptivo-sensorielle permet à l'audition de se préciser très rapidement. L'enfant est donc sensible à son environnement sonore dès sa gestation mais, c'est autour de 8-9 mois de vie qu'il produit ses premières manifestations de compréhension verbale.

1.2.3.1. Compréhension orale :

Si les compétences réceptives de l'enfant peuvent s'observer dès les premiers mois de vie, lorsque le bébé se tourne vers une source sonore ou la personne qui s'adresse à lui (Van der Horst, 2010), c'est cependant à partir de 9 mois qu'il commence à comprendre des mots familiers en contexte. Si le nourrisson possède un répertoire inné contenant tous les phonèmes de toutes les langues, aucun répertoire de mot n'existe. Apprendre les mots est donc la seule solution pour faire émerger le lexique d'une langue : (Delahaie, 2009). Le jeune enfant possède toutes les structures cognitives suffisantes pour percevoir les mots, lorsque l'environnement est propice, et selon Delahaie (2009), il s'appuie sur trois éléments de sa langue :

- Les « **contraintes phonotactiques** » : elles restreignent les possibilités de combinaisons de sons dans une langue. Par exemple en français un mot ne peut comporter la séquence /r/ /t/ /p/.

Elles nécessitent donc une séparation : « carte perdue ».

- Les « **régularités distributionnelles** » : lorsque le nourrisson écoute son entourage parler, il repère la fréquence des suites de sons utilisées. Il établit alors des chances d'association de sons pour constituer un mot, comme en français : /m/ et /a/ s'associent pour former la séquence /ma/, plus fréquemment utilisée en français que la séquence /my/, en anglais.

- La « **prosodie de la parole** » : le bébé devient sensible à l'intonation et au rythme de la parole dans le flux de parole qu'il entend dès 5 mois, ce qui permet de délimiter le contour des mots. Il n'entend plus un flux continu de sons mais une suite de mots dont il découvre petit à petit les frontières. Vers 9-10 mois, âge de début d'apparition des mots, l'enfant développe également des informations concernant l'intonation et le rythme de sa langue maternelle selon Delahaie (2009). Lorsque nous parlons, nous modulons les différents paramètres vocaux de nos productions : l'intensité, plus ou moins forte ou faible selon nos émotions, la hauteur, déterminée par la hauteur du fondamental F0, et le timbre, aigu à rauque. Ces caractéristiques vocales sont propres à chaque individu. A cet âge, le bébé tente de réaliser les contours intonatifs de la langue à laquelle il est exposé (Schilte & Rufo, 2015). Les babillages prennent alors des allures de conversation car ils sont imprégnés de la mélodie de cette langue.

C'est ensuite que la compréhension de l'enfant s'accroît de manière exponentielle, à partir de 11 mois. Il comprend d'abord les situations telles que l'environnement dans lequel il se trouve et les objets utilisés, ce que les parents peuvent remarquer lorsque le bébé regarde une personne ou un objet mentionné (Schilte & Rufo, 2015). Puis l'enfant commence à délimiter les mots dans les séquences entendues et les mémorise. A 11 mois, il comprend donc entre quarante et cinquante mots dont les noms (personnes, objets), puis les verbes (actions de la vie quotidienne), ainsi que des phrases simples (Van der Horst, 2010).

A maintenant un an, le bébé a appris qu'il doit associer les sons qu'il est capable de produire à des objets, des événements, des personnes (Rondal, 1998). C'est au cours des derniers mois de la première année de vie qu'il généralise ses connaissances en matière de phonologie, afin d'identifier les mots pour les apprendre et les reproduire (Kern, 2019).

1.2.3.2. Expression orale :

Bien que l'enfant commence à parler, il n'a pas encore atteint la période linguistique qui commence vers 18 mois. Comme nous l'avons vu, la période pré-linguistique la précède

jusqu'à 12-18 mois et est caractérisée par diverses productions orales. Ces productions sont d'abord des vocalisations réflexes, puis du babillage et enfin des mots (Van der Horst, 2010). Ainsi, l'émergence de l'expression orale est une première ébauche de productions langagières s'inscrivant dans la période pré-linguistique, puis, la période linguistique vient. Elle se caractérise par l'acquisition d'un premier stock de mots et l'apparition d'énoncés, libérant l'enfant des comportements non verbaux indispensables à sa communication en l'absence de parole (Delahaie, 2009). L'enfant entre alors dans l'expression orale.

➤ **Production pré-lexicale :**

Si les études fondées sur les données du cerveau adulte restent approximatives, on peut tout de même avancer que « le babillage » ne débiterait que lorsque les voies thalamo-corticales (auditives) et cortico-bulbaires (motrices) seraient myélinisées, c'est-à-dire au deuxième semestre de la vie (Dubois et al., 2014). A cette période-là, le jeune enfant est très sensible au bain langagier dans lequel il évolue, et ce, depuis sa naissance. Il s'intéresse, regarde, écoute et tente d'imiter les mouvements de la bouche qu'il suit avec attention (De Boysson-Bardiès, 1996). Lorsque le bébé a une maturation cérébrale suffisante pour traiter les informations sonores, il se familiarise avec des routines et devient de plus en plus apte à produire des effets sonores variés : ce sont les babillages (Rossetti, 2001).

On entend par babillage la faculté qu'a le nouveau-né à jouer avec sa voix en contrôlant différents paramètres (hauteur, intensité, caractéristiques vocaliques ou consonantiques, etc.). Les productions sont répétitives avec alternance de consonnes et de voyelles (babillage canonique) (Hermouet, 2010). Le babillage est la principale production de l'enfant durant la période pré-lexicale, c'est-à-dire la période précédant l'émergence de mots. Il passe d'abord par un babillage « vocalisation » puis par un babillage « linguistique » selon Hermouet (2010). De 7 à 12 mois, le babillage dit linguistique se distingue du babillage vocalisation, beaucoup plus primitif, et correspond à la production de sons et syllabes. Il est dit linguistique car il est influencé par la langue à laquelle le bébé est exposé (Hermouet, 2010).

➤ **Production lexicale :**

Les premiers mots émergent autour de 10-12 mois. Les enfants peuvent exprimer un ou deux mots reconnaissables et significatifs tels que « papa » ou « maman » (Rondal, 1998). Le développement du langage répond à des contraintes culturelles ainsi qu'au développement cognitif de l'enfant. L'holophrase, ou mot-phrase, est une première étape où l'enfant produit

un mot correspondant à une phrase ex : /ka/ pour *regarde le chat*. Certaines holophrases peuvent cependant avoir plusieurs significations, par exemple /to/ peut correspondre à *manteau* ou *chaussette* (Van der Horst, 2010). L'entourage de l'enfant doit impérativement accorder une valeur significative à ces productions afin de les valider et encourager l'enfant.

1.3. Interaction enfant-adulte :

Nous avons souligné précédemment que le bébé est capable de communication grâce à des capacités endogènes (capacités naturelles, innées et cognitives). Selon les études génétiques comportementales, l'hérédité du langage se situerait entre un et quatre-vingt-deux pour cent, en fonction des méthodes expérimentales utilisées (Hoff, 2006). Ceci suggère que si le langage repose sur des dispositifs innés, son développement nécessite également la participation de facteurs exogènes, tels que l'environnement langagier. Comme nous l'avons déjà évoqué, cet environnement doit servir de médiation culturelle et sociale, dont le principal moteur est l'interaction avec l'adulte. Dès les années 60-70, le LAE (Langage adressé à l'enfant) de Chomsky (1965), cité par (Rayna & Laevers, 2011), évoque l'importance des productions de l'adulte quand il parle à l'enfant sur la construction du langage. Quarante ans plus tard, Hoff (2006) met en évidence trois facteurs environnementaux ayant un rôle dans cette acquisition du langage :

➤ L'offre socio-langagière :

Le rôle de l'environnement est d'offrir des opportunités d'interactions. L'adulte échange, joue, parle avec l'enfant et lui offre ainsi des modèles de langage analysables (Kern, 2019). Adamson et al., (2020) observent que les enfants de 6 à 18 mois sont d'ailleurs plus intéressés par des activités conjointes sur des objets avec leur mère ou leur père, que seuls ou avec des pairs. L'enfant prend davantage part aux jeux avec l'adulte qu'avec un pair parce qu'il sait qu'un adulte est plus expérimenté que lui et peut proposer un grand éventail d'actions ou possibilités de jeu. Ce sont les interactions de tutelle évoquées par Bruner (1983) précédemment. En outre, l'enfant peut tirer parti de l'offre langagière, s'il est actif dans l'échange, en se saisissant de l'input donné par l'adulte dont la variabilité ou l'intensité est déterminante, contrairement à un de ses pairs mais aussi à une vidéo.

➤ Importance de la réactivité/passivité des interlocuteurs dans l'échange :

En effet, les très jeunes enfants ont une attirance pour les relations sociales qu'ils ne peuvent réprimer selon Khul, Tsao et Liu (2003), cités par Kern (2019), qui ont mené une

expérience pour comprendre jusqu'où les bébés s'attachent à l'interaction sociale et la réactivité de leur interlocuteur. Ils ont comparé l'efficacité de l'apprentissage chez le très jeune enfant à partir d'une vidéo versus une interaction humaine. Les résultats suggèrent que l'être humain est porteur d'indices sociaux qui attirent l'attention de l'enfant qu'il perçoit plus efficacement en situation de face à face qu'à travers un écran. Ces indices permettent un meilleur apprentissage, soulignant ainsi l'importance d'un échange actif en face-à-face, plutôt que passif, via un écran. L'appétence de l'enfant pour les relations sociales ne peut être que nourrie par les interactions avec l'adulte au démarrage (Kern, 2019). Ce n'est d'ailleurs pas seulement la fréquence des occurrences des offres langagières qui pronostique un bon développement langagier. C'est aussi la manière dont l'adulte est réactif au désir de faire sens de l'enfant, selon le contexte et ses capacités langagières à ce moment donné.

➤ La sensibilité et la lecture des intentions réciproques :

Dès leur première année de vie, les bébés manifestent donc des comportements d'intérêt pour l'adulte. A 10 mois, ils suivent le mouvement de tête de leurs parents pour voir ce qui les intéresse dans l'environnement (Lytle et al., 2018). Si le très jeune enfant est curieux de savoir ce qui intéresse son parent, la sensibilité de l'adulte à relever ces comportements d'intérêt est cruciale. En effet, la réceptivité des partenaires de communication conditionne la réactivité des différents interlocuteurs. Pour Kern (2019), certains parents se montrent, par exemple, plus réceptifs que d'autres en étant particulièrement sensibles aux vocalisations pré-linguistiques de leur enfant. Ils produisent alors des réponses contingentes à ces verbalisations précoces qui seront une bonne base de données pour l'enfant, puisqu'il s'agit souvent d'extension ou de reformulation de ses productions. Ainsi, le discours parental sensible au comportement de l'enfant sera mieux interprété par ce dernier et l'aidera à développer plus rapidement son langage que les enfants de parents moins contingents.

L'apport des neurosciences démontre donc qu'en sus du côté inné de l'acquisition du langage, l'apprentissage implicite joue un rôle fondamental dans l'acquisition du langage oral. Cet apprentissage est fait sans effort, progressivement, avec un « plaisir renforcé par les encouragements de l'entourage » (Démonet, 2009, p. 2). Selon Bruner (1983), la communication se présente alors comme un espace de co-construction dans lequel parent et enfant sont tous deux acteurs. Ils doivent se montrer à la fois réceptifs et réactifs, pour mettre

en place le dialogue. La communication est régie par les offres langagières données par l'adulte, mais dépend aussi d'un engagement mutuel des deux participants (Kern, 2019).

1.4. Conclusion :

Les différentes étapes du développement de la communication durant la première année de vie évoquées précédemment sont primordiales. Le jeune enfant communique avant même de pouvoir parler grâce à des mécanismes corporels. Il est non seulement capable de communiquer mais aussi de converser et d'entrer en interaction puisque dès 2 mois il produit davantage de sons et de bruits en présence de l'adulte qu'en son absence, ce qui signifie qu'il reconnaît l'adulte comme un interlocuteur privilégié en situation de communication (Rondal, 1998). Cette période pré-linguistique – qui dure en moyenne jusqu'à l'âge de 12-18 mois – constitue ainsi la phase « d'initialisation » du langage oral et peut être évaluée (Delahaie, 2009).

2. Évaluation précoce :

2.1. Présentation :

2.1.1. Définition :

La majeure partie des enfants entre dans le langage sans difficulté, quand ils ont les ressources cognitives et les stimulations environnementales nécessaires pour le développer. D'autres enfants ont plus de difficultés à développer le langage oral et un décalage peut alors se créer. Ce décalage peut se résorber naturellement ou au contraire se transformer en retard de parole et de langage voire même être la manifestation de troubles développementaux au sens plus large (déficience intellectuelle, Trouble du Spectre Autistique, etc.) (Kern, 2019). C'est pourquoi il est crucial, toutes pathologies confondues, de diagnostiquer le cas échéant le plus tôt possible afin de prendre en charge le plus rapidement possible (Martel, 2009). Plus tôt un trouble du langage oral est repéré, plus ce trouble a de chance de se lisser voire se résorber rapidement (Martel, 2009). Afin de diagnostiquer les enfants dès le plus jeune âge, des tests d'évaluation précoce sont utilisés comme outil de dépistage. L'évaluation précoce permet aux orthophonistes de recueillir des échantillons du comportement communicationnel du jeune enfant afin de les interpréter et de faire des inférences sur son développement. L'ambition n'est pas toujours de poser un diagnostic mais de dépister et prévenir les troubles au plus tôt afin d'orienter la prise en charge (Rossetti, 2001).

Cependant, comme le précisent Dale, Janet et Patterson (2017), le dépistage précoce du langage englobe deux problématiques : la difficulté d'obtenir des informations valides à un âge où les enfants ne sont pas suffisamment coopératifs pour procéder à des tests directs, et le fait que bon nombre d'enfants accusant un retard de langage vers l'âge de 2 ans arriveront à rattraper les autres enfants dans les années suivantes, sans intervention. L'enjeu est donc de trouver les renseignements pertinents pouvant établir le profil d'un enfant à risque de développer un trouble du développement langagier, tout en sachant qu'il existe très peu d'outils pour recueillir ces informations.

2.1.2. Importance de l'évaluation précoce chez les populations à risque :

Un facteur de risque, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), renvoie à toute caractéristique exposant une personne à un risque plus élevé de développer une maladie ou un traumatisme par rapport à une personne choisie au hasard dans la population. C'est donc un lien de probabilité et non un lien de cause, c'est-à-dire que certaines personnes bien qu'exposées au risque ne développeront pas ladite maladie (Kern, 2019).

Concernant les pathologies du langage oral, il est important de distinguer les enfants « à risque » de développer un retard, des enfants avec un « risque établi » (Rossetti, 2006). En effet, la catégorie « risque établi » regroupe les enfants pour lesquels il est attendu d'observer un retard du développement langagier, par exemple les enfants présentant une trisomie 21, une surdité dépistée précocement ou une fente palatine. Ils sont considérés comme présentant un « risque établi » car le syndrome lui-même inclut différents degrés de retard développemental sur le versant cognitif, moteur et langagier. Ces enfants, dont le diagnostic est posé avant ou juste après la naissance, sont vulnérables et une aide précoce doit leur être accordée pour soutenir les étapes du développement de leur communication (Kern, 2019). A l'inverse, un enfant « à risque » n'a aucune pathologie avérée signant un retard du développement de la communication. Cependant, il peut en développer un et que cela passe inaperçu pendant plusieurs années. Les échelles d'évaluation précoce s'intéressent donc plutôt au dépistage des enfants « à risque », afin de déterminer s'ils nécessitent une aide pour améliorer le développement de leur langage oral.

Les risques peuvent être prénataux ou néonataux et peuvent émaner de l'enfant ou de sa famille. Deux grandes familles de facteurs de risque peuvent être distinguées selon Kern (2019) :

- **Les facteurs biologiques** : prédispositions génétiques, antécédents médicaux etc.
- **Les facteurs environnementaux** : vulnérabilité psychosociale de la famille, niveau socio-économique, compétence parentale, etc.

Pour Rossetti (2001), il existe une population grandissante « à risque », composée d'enfants prématurés ou exposés de manière prénatale aux drogues, porteurs du VIH, de mère adolescente et de nourrissons survivants à un poids néonatal bas. Parmi cette population, la prématurité constitue le premier facteur de risque selon l'auteur. Elle est définie par une naissance avant trente-sept semaines d'aménorrhées, soit un mois avant le terme. Elle est, dans le monde anglo-saxon, également liée au poids du bébé à la naissance, signifiant qu'un enfant né à terme, soit à la quarantième semaine, avec un poids très inférieur à la moyenne, comme 2,250 kg, sera également considéré comme prématuré. Selon l'auteur, l'âge gestationnel et le poids de naissance peuvent influencer leur développement ultérieur.

L'environnement social est également un vecteur important du développement langagier de l'enfant. Il détermine si les expériences sont suffisamment stimulantes pour qu'il développe la communication correctement. La qualité de l'environnement social est caractérisée par les pratiques et les croyances des parents, mais également par l'accès au matériel (livres, jeux, etc.) (Kern, 2019).

Du fait qu'il existe ainsi une multitude de facteurs de risque pouvant retarder le développement d'un enfant, tous ces facteurs possibles rendent les enfants « à risque » souvent difficiles à repérer (Rossetti, 2006). Pourtant, la présence de plusieurs facteurs de risque chez un enfant doit alerter les professionnels de santé et amener à s'interroger sur les premières étapes de son développement langagier (babillage, pointage, âge d'acquisition des premiers mots, etc.) (Collisson et al, 2016).

2.1.3. L'apport insuffisant des tests français :

En France, nous possédons malheureusement très peu d'outils destinés au dépistage et à l'intervention précoce des troubles du langage oral. Pourtant, depuis 2004, l'ASHA (American Speech Language Hearing Association) souligne le rôle crucial des orthophonistes dans l'intervention précoce et plus précisément dans le domaine des troubles de la communication et du langage (Grevesse, 2015). En France, chez les orthophonistes et cliniciens, la prévention constitue encore un défi à relever car les outils sont peu nombreux. Nous pouvons établir deux catégories de tests français :

➤ Évaluation indirecte par un questionnaire :

- **Les Inventaires MacArthur-Bates du développement de la communication (IMBCD)** sont la traduction canadienne d'un test américain créé dans les années 90 par Fenson et al. (1993), cités par Boudreault et al. (2007). Les inventaires ont été étalonnés sur une population québécoise (Trudeau et al., 2008). La communication et le langage de l'enfant sont évalués indirectement grâce à des questionnaires, remplis par l'entourage de l'enfant (parents, enseignants, personnel médical). Selon l'âge de l'enfant, le questionnaire s'intéresse à différents domaines de la communication : le geste et le mot (8-16 mois), le mot et la phrase (16-30 mois) et le CDI 3, Communication Development Index (30-42 mois). Pour les 9-12 mois, soit la catégorie qui nous intéresse dans le cadre de ce mémoire, le questionnaire se fonde donc sur la production de gestes, la compréhension et la production orale (lexicale et grammaticale). Il ne s'intéresse pas aux autres modalités nécessaires au développement du langage telles que la pragmatique, le jeu et l'interaction.

- **Les Inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC)** sont une adaptation de l'IMBCD par le laboratoire Dynamique du langage du CNRS et les pédiatres de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire et de la Société Européenne de Pédiatrie Ambulatoire (Bovet et al., 2005). Cet outil est identique à celui présenté précédemment, mais étalonné cette fois selon les spécificités de chacun des quatre pays francophones européens : la Suisse, le Luxembourg, la Belgique et la France. Il est cependant important de noter que dans l'adaptation française de l'inventaire, les parents avec un niveau d'étude bac +2 et au-delà sont plus représentés que dans la population nationale (Kern, 2019). Ceci constitue un biais d'interprétation pour les enfants venant de catégories socio-professionnelles plus défavorisées sachant que ces derniers sont plus « à risque » de développer un trouble du langage oral et donc de consulter un orthophoniste (Kern, 2019).

En conclusion, les questionnaires parentaux sont fondés sur la technique du compte-rendu parental (Bovet et al., 2005). Ils sont rapides à administrer et recueillent auprès des parents des informations concernant le développement gestuel et langagier du nourrisson. De plus, ils ne demandent pas la participation du très jeune enfant qui peut se comporter différemment en situation de test ou refuser de coopérer. Cependant, les étalonnages de ces tests ne sont pas toujours représentatifs de la population nationale, ce qui remet en cause les propriétés psychométriques du test (fidélité, validité du contenu et prédictivité). Les résultats sont donc à interpréter avec précaution puisque les familles d'un

milieu socio-économique favorisé et avec un bon niveau d'éducation sont sur-représentées alors que celles d'un niveau socio-économique faible sont plus nombreuses, dans la patientèle des orthophonistes (Kern, 2019). Par ailleurs, aucune observation directe du nourrisson n'est effectuée par un professionnel, ce qui ne permet pas une analyse optimale.

➤ Évaluation directe par un test :

Il existe également des tests par évaluation directe. Ils sont plus longs en termes de passation mais leur cotation et interprétation sont faciles lorsqu'elles se réfèrent à un manuel des habiletés langagières diverses. Les tests existants sont les suivants :

- **L'Échelle d'Évaluation de la Communication Sociale Précoce (ECSP)** est une batterie d'évaluation précoce créée par Guidetti et Tourrette en 1995. Elle fait suite à l'échelle américaine de J. Seibert et A. Hogan qui a donné lieu aux Early Social Communication Scales (ECS) (1982). Elle s'intéresse à la communication sociale chez les enfants de 3 à 30 mois, voire jusqu'à 5 ans pour les enfants avec un développement atypique. Elle explore trois fonctions socio-communicatives : l'interaction sociale, l'attention conjointe et la régulation du comportement. La batterie évalue les enfants sans diagnostic spécifique et permet souvent un diagnostic précoce de T.E.D (Troubles Envahissants du Développement) et de T.S.A (Trouble du Spectre Autistique). Pour chaque domaine, l'évaluateur renseigne les capacités de l'enfant à initier un comportement, y répondre et le maintenir. Les items (chaque item désignant un comportement) sont répartis sur huit échelles et évalués dans vingt-trois situations différentes, inductrices de comportements interactifs, observées directement par l'examineur et en utilisant du matériel varié. C'est donc un outil diagnostique recommandé par la Fédération Française de Psychiatrie. Cependant, bien que ce bilan évalue les prérequis qui concourent au développement du langage, il n'évalue pas le langage lui-même sur les versants réceptif et expressif.

- **Dialogoris 0-4 orthophoniste** est un outil de prévention des troubles du langage oral, spécifique aux orthophonistes. Ce bilan précoce créé par trois orthophonistes, Antheunis, Ercolani-Bertrand et Roy en 2003/2006, se fonde sur une évaluation directe et indirecte des compétences de l'enfant. Les auteurs l'ont élaboré de manière à prévenir le développement déficitaire de la communication et du langage, dépister précocement des enfants à risque et proposer des pistes d'intervention précoce pour le très jeune enfant de 0 à 4 ans et sa famille. L'évaluation indirecte se caractérise par un dialogue avec les parents, alors que les questionnaires reposent sur des questions fermées (Tricot, s. d., 2003). L'évaluation directe se

fonde elle sur l'exploration des compétences de l'enfant, par observation clinique, à l'aide d'un matériel. Sont observées : les compétences sociales, la communication verbale et non verbale, les capacités cognitives et motrices, l'affectivité, l'expression et la compréhension orale. Ces compétences sont ensuite à comparer aux tableaux synoptiques qui récapitulent les compétences attendues de l'enfant selon sa tranche d'âge. L'évaluation permet d'orienter les enfants vers une prise en soin adaptée, si elle est nécessaire, voire d'établir un diagnostic précoce. Cependant, le partenaire de communication n'est pas pris en considération dans l'observation directe, ce qui peut fausser les résultats (moins de coopération, anxiété, etc.). Par ailleurs, il ne permet pas de balayer toutes les compétences précoces pré-linguistiques de l'enfant de moins de 12 mois. Nous avons évoqué précédemment le rôle primordial de l'interaction parentale dans le développement du langage, qui suggère que les parents doivent également avoir une place prépondérante dans l'évaluation. Les parents sont sollicités de manière indirecte (par questionnaire ou dialogue anamnestique) mais jamais de manière directe. Or, il semble essentiel en matière d'évaluation de déterminer si les difficultés développementales observées proviennent du bébé et de ses compétences ou si elles émanent d'un déficit des compétences parentales (parents pas assez stimulants, incompetents, en manque d'information, etc.).

Il semble donc nécessaire de trouver un outil s'intéressant à toutes les compétences pré-linguistiques de l'enfant, ainsi qu'à l'interaction parent-enfant. L'échelle d'évaluation américaine du Dr Rossetti, orthophoniste également, spécialisé dans le développement de l'enfant, semble répondre à tous ces critères (Rossetti, 2006).

2.2. Rossetti Scale :

2.2.1. Présentation et intérêt :

L'échelle de Rossetti est un test d'évaluation américain créé en 1990 puis réédité en 2006, version que nous connaissons en France et proposons d'utiliser dans ce mémoire. C'est un outil explorant certains aspects particuliers et codifiés du jugement clinique (Brin-Henry et al., 2011).

Cette échelle est le produit d'une collaboration entre différentes disciplines et balaye tous les domaines de développement de l'enfant. En effet, depuis une dizaine d'années, les connaissances dans le domaine de l'intervention précoce sont en plein essor (Rossetti, 2001). Le travail en interdisciplinarité est reconnu comme essentiel dans le dépistage et la

reconnaissance d'enfants à risque de développer un retard de communication. Si l'évaluation précoce s'intéressait jusqu'alors essentiellement aux capacités verbales de l'enfant, aujourd'hui, nous avons vu qu'il faut également prendre en compte les capacités pré-verbales tels que l'interaction, le jeu et la gestualité, certaines théories sociocognitives, comme la théorie fondée sur l'usage de Tomasello (2003), cité par Kern (2019), mettant en lumière l'importance fondamentale de la participation aux interactions sociales pour le développement.

Par ailleurs, les compétences communicatives sont le seul indicateur des performances de développement des enfants âgés de moins de 3 ans (Rossetti, 2006). Selon l'auteur, il existe une corrélation forte entre les compétences précoces de communication, l'émergence du langage et les performances à l'école. Il est donc primordial d'identifier et de remédier, le cas échéant, précocement aux troubles de communication potentiels.

D'après Rossetti (2006), une évaluation seule de l'expression et de la compréhension du langage n'est pas représentative de la communication complète de l'enfant. Comme nous l'avons évoqué, l'évaluation doit également prendre en compte la famille qui est considérée comme un partenaire durant le bilan et les intégrer à l'évaluation. En effet, il semblerait que les très jeunes enfants atteignent leur meilleur degré de performance durant les activités d'intervention précoce, lorsqu'ils sont en présence de leur famille (Van der Horst, 2010). Rossetti (2006) prend en compte l'importance de cette interaction parent-enfant dans le développement du langage et en a fait le fondement de son échelle d'évaluation. C'est une échelle d'évaluation observationnelle s'intéressant aux interactions parent-enfant, qui est reconnue comme un indicateur pertinent concernant le retard de l'enfant mais également comme un outil permettant un bon pronostic des potentialités évolutives de celui-ci.

2.2.2. Mode d'administration :

L'échelle de Rossetti est un outil non normé se fondant sur des critères référencés. Elle comprend un peu moins de trois cents items de 0 à 3 ans, chaque item correspondant à un comportement observable chez les enfants (Normand & Clouard, 2014). Les items balayent onze tranches d'âge, chacune de 3 mois. L'observation de l'interaction parent-enfant explore six domaines de communication :

- **L'interaction-attachement** (0-18 mois) : l'attachement parent-enfant est un lien affectif se créant entre le parent et l'enfant. L'interaction désigne quant à elle les moyens

qu'ils utilisent pour échanger. Lorsque l'enfant se développe dans un climat affectif où il se sent en sécurité, les interactions avec l'adulte sont d'autant plus riches et stimulantes.

- **La pragmatique** (0-21 mois) : l'exposition de l'enfant au langage et à l'interaction lui permet de comprendre l'usage de la communication. Ainsi, il va comprendre les règles conversationnelles (tour de rôle, contact oculaire, etc.) et donc les fonctions pragmatiques. Il pourra ensuite s'adapter aux attentes sociales de ses partenaires de communication.

- **La gestuelle** (0-27 mois) : Rossetti s'intéresse au geste en tant que moyen de communication. Selon lui, le mouvement est porteur de sens lorsqu'il est intentionnel.

- **Le jeu** (0-36 mois) : activité dont le but premier est le plaisir, c'est un moment d'échange primordial entre le parent et l'enfant. Il existe une intrication entre les différents processus cognitifs impliqués dans le jeu et le langage. L'enfant doit comprendre comment manipuler un objet pour se le représenter puis imaginer des rôles. Sans ces étapes de jeu, il ne peut accéder à la fonction symbolique, nécessaire au développement langagier.

- **Le langage réceptif** (0-36 mois) : Rossetti s'intéresse aussi à la compréhension du langage oral. L'enfant doit être réceptif et répondre correctement aux sollicitations verbales de l'adulte.

- **Le langage expressif** (0-36 mois) : Rossetti observe enfin l'expression orale, allant des simples vocalises à l'enrichissement du lexique et le développement de la morphosyntaxe.

Les critères sélectionnés pour chacun des six domaines sont des critères considérés comme discriminants et représentatifs des compétences spécifiques de l'enfant pour l'âge donné. Ils sont le fruit des observations et des connaissances cliniques de Rossetti, ainsi que des comportements reconnus par les instances principales dans le domaine d'évaluation du nourrisson et du petit enfant, telles que par les Associations Pédiatriques Américaines.

L'examineur dispose d'objets familiers et attrayants, parfois même d'objets personnels de l'enfant si la passation se fait à domicile ou si les parents apportent les jouets préférés de l'enfant. Pour chaque domaine, plusieurs comportements sont référencés dans la grille d'évaluation. Lorsque l'examineur repère ces comportements dans l'interaction parent-enfant, il les rapporte sur la grille d'analyse détaillée. Il indique si le comportement a été directement observé durant l'interaction parent-enfant (O), si le comportement a été

provoqué par l'examineur (E) ou bien si le parent rapporte qu'il a déjà observé ce comportement chez son enfant (R) lorsque l'examineur lui pose la question.

Les résultats permettent d'apprécier les capacités de l'enfant pour chaque domaine de communication en lui accordant un âge développemental pour le domaine concerné. Pour que l'enfant atteigne l'âge développemental d'un domaine de compétence, il doit manifester tous les comportements compris par ce domaine. Par exemple, si l'examineur ne rapporte pas tous les comportements de la catégorie pragmatique pour un enfant entre 9 et 12 mois, alors il remonte les tranches d'âge précédentes, jusqu'à celle pour laquelle tous les items du domaine exploré sont validés afin d'établir un niveau de base.

Par ailleurs, un questionnaire parental (Annexe 2) est à remplir avant le début de l'évaluation. Il permet de recueillir des informations sur les antécédents de l'enfant concernant l'interaction et la communication avant la rencontre avec le soignant. En général, les questionnaires parentaux sont dépouillés en accordant une attention particulière aux forces et aux faiblesses de l'enfant identifiées par ses parents dans le domaine du langage et de la communication (Grevesse, 2015). Les données recueillies en fin d'évaluation sont croisées avec celles du questionnaire parental et de l'anamnèse afin d'émettre une hypothèse de diagnostic (par exemple, différencier un retard du développement langagier où l'enfant présente une réelle appétence à la communication, d'un déficit massif de la communication pré-linguistique et des interactions sociales évoquant davantage un Trouble du Spectre de l'Autisme).

L'échelle de Rossetti est donc un outil permettant aux praticiens d'évaluer le développement de la communication et du langage chez les petits enfants, en situation directe et indirecte (Normand & Clouard, 2014). Le test est déjà un peu utilisé en France grâce à une traduction cependant libre et sans traduction du manuel. La traduction est en effet un exercice à la fois difficile ou conséquent par sa longueur pour le manuel notamment, mais aussi délicat car il doit tenir compte des différences culturelles entre les Etats-Unis et la France, pour que le résultat soit le plus fiable possible. De ce fait, la ou les traductions de l'échelle sont restées libres et incomplètes.

3. Différences culturelles entre les Etats-Unis et la France :

3.1. Les différences épidémiologiques :

Aux Etats-Unis, le retard de langage est le symptôme le plus commun des handicaps développementaux chez les enfants de moins de 3 ans. Il affecte cinq à dix pour cent de la population (Rossetti, 2006). Ces chiffres sont comparables à ceux de la France : les troubles du langage oral ou écrit touchent environ cinq pour cent d'enfants en France, selon Masson (2014), chercheur au CNRS. Comme l'affirme par ailleurs De Boysson-Bardiès (1996, p. 13) « toutes les langues ont en commun des principes fondamentaux ». Ce sont, entre autres, ces principes universels que nous avons décrits dans cette première partie. La traduction d'une échelle étudiant des comportements observables chez tous les enfants du monde ayant une langue appartenant au système alphabétique occidental, semble donc envisageable.

Ainsi, d'après les grands principes universels et d'un point de vue épidémiologique, il n'y a aucune réelle différence en termes d'acquisition du langage oral entre la France et les Etats-Unis. Les différences que nous souhaitons soulever résident davantage dans les représentations culturelles mêmes de ces pays.

3.2. Le comportement parental :

Dans son ouvrage « *Comment la parole vient aux enfants* », De Boysson-Bardiès (1996) explique que les attentes de l'adulte et leurs représentations à propos du langage de leur enfant ont une influence non seulement sur leur façon de s'adresser à eux mais aussi sur la « qualité » de leur écoute. Elle relève que certains comportements parentaux sont à rattacher à la culture dont ils sont issus. Ainsi, elle remarque que les dialogues, d'un pays à l'autre, sont divergents et que les parents, qu'ils soient asiatiques, européens ou américains, ont un contenu de discours très différents. Les parents américains, par exemple, sont fortement attachés au développement des performances précoces de leur enfant. Ainsi, ils attireraient son attention surtout sur les objets de l'entourage, inciteraient l'enfant à les nommer avec pour objectif l'acquisition d'un lexique solide. D'après Schilte et Rufo (2015), les études retrouvent une majorité de noms dans les productions des enfants américains. Ils utilisent les mots appris pour désigner l'entourage proche, leur personnage animé préféré et les objets de la vie quotidienne. Cependant, en l'absence de verbes, cet enchaînement de mots ressemble plus à une énumération de vocabulaire qu'à une phrase, et les mots ne sont pas toujours prononcés correctement. A l'inverse, la majorité des parents français s'attacheraient

plutôt à « l'art de vivre ». Certains mots comme « lire, manger, boire, c'est beau » entrent vite dans le vocabulaire des enfants français où nous retrouvons plutôt une majorité de verbes avec un accent sur la construction morpho-syntaxique des phrases. Les parents développeraient des histoires en commentant des images et s'attacheraient davantage à la bonne prononciation d'un mot, qu'à ce dernier lui-même. Ainsi, les bébés américains possèdent plus de vocabulaire que les bébés français mais ces derniers sont capables de former des phrases avant les premiers. Ces divergences culturelles seront donc à prendre en compte lors de la traduction de l'échelle.

3.3. Les différences développementales langagières, alimentaires et culturelles :

Dans le questionnaire destiné aux parents (Annexe 2), ils doivent cocher les mots que leur bébé dit et entourer les mots qu'il comprend. Lors de la traduction, les différences culturelles concernant le vocabulaire utilisé par les enfants seront aussi à prendre en considération. Par exemple, dans les mots reconnus en anglais, le mot « cookie » figure à trois reprises. Il est un mot s'apparentant à la catégorie « gâteau » de manière générale. En France, le cookie est un biscuit spécifique et non une catégorie de gâteau, à part entière. De plus, le lexique des enfants français a un rapport étroit à la nourriture, plus riche que chez les enfants américains au même âge. En effet, des différences certaines ont été établies entre l'attitude des américains et des français face à la nourriture (Dara R. Musher-Eizenman, Blandine de Lauzon-Guillain, 2008). Les parents français exercent plus de contrôle et de restriction sur les aliments consommés pour surveiller la prise de poids, tandis que les américains utilisent plus d'aliments non nutritifs, ou considérés comme de moins bonne qualité nutritive par les français, de type « junk food » et « fast food ». Ainsi, l'enseigne « Mac Donald » figure dans les mots potentiellement compris par l'enfant, du fait qu'elle est particulièrement répandue aux Etats-Unis. Si elle est également présente en France, le nom de l'enseigne est beaucoup moins ancré dans notre culture. Ce mot ne pourra de ce fait, être conservé dans notre traduction. Il faudra adapter la traduction française aux références culturelles de notre pays.

Conclusion :

Le seul moyen de communication de l'enfant avant 12 mois est une communication pré-linguistique se caractérisant par des gestes, des mimiques, des expressions et des vocalisations, auxquels les adultes sont plus ou moins sensibles. Pourtant, seul le passage à

l'école est déterminant dans la mise en lumière de difficultés langagières chez les enfants. Or, en matière de langage oral, un dépistage précoce permettrait de faciliter l'évaluation des difficultés. Par ailleurs, Rossetti (2006) souligne que les outils d'évaluation précoce de la communication sont souvent centrés sur le langage réceptif et expressif uniquement. C'est pourquoi son échelle d'évaluation se veut innovante en centrant l'évaluation sur l'expression et la compréhension du langage, mais également sur les autres aspects de la communication pré-linguistique cités préalablement. De plus, il est nécessaire de déterminer si les difficultés de l'enfant proviennent de lui-même ou bien s'ils sont induits entre autres par son partenaire principal de communication, à savoir si le retard développemental est dû à des interactions pauvres ou peu stimulantes, ce que cette échelle de dépistage peut mettre en évidence. Il faut cependant une traduction fiable et complète de cet outil.

DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODE

1. Objectifs, problématique et hypothèse :

1.1. Objectifs généraux :

Les nourrissons et enfants de moins d'un an peuvent être reçus en orthophonie pour une évaluation précoce. En effet, nous avons démontré tout au long de la première partie la pertinence de prendre en charge les très jeunes enfants, qui sont déjà doués de nombreuses compétences communicationnelles. Il semble d'autant plus intéressant de les recevoir précocement en orthophonie, que nous pourrions agir sur leur plasticité cérébrale et donc leur développement (Van der Horst, 2010). Pourtant, peu d'outils existent en français pour cet âge, et le manque de connaissance sur l'intervention précoce est un réel frein aux prises en charge orthophoniques du jeune enfant. Parmi les outils déjà existants en français, il n'en existe aucun évaluant la qualité de l'interaction parent-enfant dans le cadre de la communication. Ainsi, nous visons au travers de ce travail de recherche, un apport de connaissances pratiques concernant l'évaluation du jeune enfant grâce à la traduction fiable d'un nouvel outil de dépistage des troubles de la communication conduisant à une meilleure prise en charge précoce en orthophonie.

1.2. Problématique :

Plusieurs mémoires d'orthophonie portant sur l'échelle d'évaluation du nourrisson et du petit enfant de Rossetti (2006) évaluant les capacités pré-langagières et langagières de l'enfant de 0 à 3 ans se sont appuyés sur une traduction libre de l'échelle, et ont conclu que cet outil était efficace et intéressant pour une population française. L'objectif de cette étude est de proposer une traduction valide et fiable de cette échelle, son manuel et du questionnaire parental. Le temps imparti à la réalisation de ce mémoire ne permettant pas de valider toutes les classes d'âge, nous avons choisi de centrer notre étude sur la tranche d'âge 9-12 mois, sachant que la première année de vie est un âge fonctionnellement crucial pour le développement de l'individu et que les outils de dépistage précoce en orthophonie pour cet âge manquent encore à ce jour. Ce nouvel outil devrait permettre une meilleure évaluation des compétences communicationnelles et interactionnelles de l'enfant à cet âge.

1.3. Hypothèse :

Après avoir administré l'échelle d'évaluation à une population anglophone, puis sa traduction à une population francophone, nous effectuerons une moyenne des résultats pour les deux populations et les comparerons grâce à un test paramétrique (test T de Student). Notre hypothèse principale est que les résultats de l'évaluation chez les sujets francophones seront similaires à ceux obtenus chez les sujets anglophones. Si les résultats se reproduisent de manière quasi-identique, nous pourrions alors penser que la traduction proposée est valide.

2. Sujets, matériels, méthode :

2.1. Présentation des sujets :

L'étude est composée de deux échantillons : une cohorte anglophone recrutée au Royaume-Uni, en région londonienne et dans le comté d'Essex, et une cohorte francophone recrutée en France, en région parisienne. L'étude est donc multicentrique, car elle se déroule dans différents lieux, et transversale car chaque individu a été rencontré une seule fois.

Les échantillons français et anglais comportent chacun treize sujets. Les participants ont été rapportés dans des tableaux récapitulatifs (Annexe 1) sans les prénoms pour conserver leur anonymat, bien que les parents aient signé une lettre de consentement concernant l'utilisation des informations recueillies. Le classement s'est établi selon la date de passation.

Population	Sexe		Age au moment de la passation				Type de naissance	
	Filles	Garçon	9 mois	10 mois	11 mois	12 mois	Prématuré	Terme
Française	4	9	4	6	2	1	5	8
Anglaise	5	8	8	0	4	1	4	9

Tableau 1 : Répartition de la population au moment de la passation

2.1.1. Recrutement de la population :

Les sujets anglophones et francophones ont été évalués entre juillet 2019 et février 2020. Le recrutement s'est fait par plusieurs biais, dont la diffusion d'une annonce écrite et validée par les maîtres de mémoire, dans divers lieux fréquentés par des parents avec leurs enfants :

- Les bibliothèques proposant des temps de lecture pour jeunes enfants (Médiathèque de Clamart, Shoe Lane Library dans la City de Londres).
- Les salles de sport proposant des ateliers baby gym / baby nageur / baby yoga

(Loughton Leisure Center, Chess Smart Class).

- Les nurseries (Little lambs nursery à Loughton, Little people of Fulham, High Barnet Church nursery).

- Les crèches (Caramel et Nougatine à Vanves, Boulard à Clamart).

Nous avons principalement recruté la population anglophone grâce aux groupes National Childbirth Trust (NCT) qui sont des groupes de préparation à l'accouchement au Royaume-Uni. Ces groupes sont composés de huit à dix couples de parents préparant l'arrivée de leur bébé. Les parents restent souvent en contact après l'accouchement et se fréquentent régulièrement. Après avoir rencontré quelques familles, les parents ont proposé de partager cette expérience avec leur groupe NCT, amenant d'autres parents à nous contacter.

La population francophone a été recrutée en partie par la diffusion de l'annonce sur les réseaux sociaux et notamment dans un groupe réunissant les parents de jumeaux en Ile-de-France. Nous avons également contacté le centre de Protection Maternelle Infantile (PMI) de Poitiers. Plusieurs mères ont accepté d'entrer en contact avec nous mais n'ont pas souhaité participer à l'étude en recevant davantage d'informations.

2.1.1.1. Critères de sélection :

Nous avons sélectionné pour notre étude des enfants âgés de 9 à 12 mois, de toutes catégories socio-culturelles, tous sexes confondus. Les enfants étaient « tout-venant » c'est-à-dire sans pathologie connue pour la plupart.

Les sujets francophones sont nés et ont grandi uniquement en France, tout comme les sujets anglophones sont nés et ont grandi uniquement au Royaume-Uni. La langue maternelle principale de l'enfant devait être l'anglais pour la population anglaise et le français pour la population française. Nous avons accepté les enfants plurilingues à condition que le parent présent lors de l'évaluation soit natif de la même langue maternelle que le bébé. Par exemple, pour les sujets français, si un parent était français et l'autre russe, nous avons effectué l'évaluation avec le parent parlant français.

Afin de créer une cohorte la plus représentative possible de la population, nous avons inclus quelques enfants prématurés dans les deux populations ainsi que plusieurs jumeaux et un enfant présentant une Trisomie 21 (population francophone).

Pour participer à l'étude, les parents ont tous signé une lettre de consentement concernant l'utilisation des enregistrements effectués durant l'évaluation et la diffusion des résultats recueillis.

2.1.1.2. Critères d'exclusion :

Nous avons décidé d'exclure tout patient en dehors de la tranche d'âge concernée, ainsi que les enfants dont les deux parents n'étaient ni anglophones ou francophones natifs et parlaient donc une autre langue avec leur enfant.

Pour répondre à la composante culturelle de l'échelle d'évaluation, nous avons aussi refusé les enfants français au Royaume-Uni et les enfants anglais en France. Comme évoqué dans la partie théorique, la traduction de l'échelle prend en considération l'aspect linguistique mais également l'aspect culturel.

2.2. Matériel :

L'échelle de Rossetti, comprenant le manuel d'évaluation, le questionnaire parental et la grille d'observation pour la tranche d'âge 9-12 mois, a fait l'objet d'une traduction en français, mais seule la grille d'évaluation elle-même a bénéficié d'une traduction et d'une contre-traduction.

2.2.1. Le manuel d'évaluation :

Le manuel d'évaluation (Annexe 4) est un ouvrage expliquant dans quel contexte l'échelle de Rossetti a été créée et comment l'administrer. La plus grande partie du manuel est consacrée à la cotation des items par domaine de compétence et selon la classe d'âge. Pour chaque item, il est indiqué ce que l'examineur doit observer ou faire pour pouvoir cocher la case « observé », comment provoquer le comportement s'il n'est pas observé et quelles questions poser aux parents pour « rapporter » le comportement s'il n'a pas pu être provoqué. L'auteur donne aussi si nécessaire des indications sur le matériel à utiliser, comme un jouet coloré ou un animal en peluche. Il donne également des conseils de passation, comme mettre un objet hors de portée de l'enfant. Les commentaires concernant l'auteur et la création de l'échelle n'ont pas été traduits. Seules les directives aidant à la cotation et la passation de l'échelle pour la tranche d'âge concernée ont bénéficié d'une traduction complète.

2.2.2. Le questionnaire parental :

Le questionnaire parental (Annexe 2) valable pour les enfants âgés de 0 à 3 ans, a été traduit librement. Il comportait trente-six questions comme « Pensez-vous que le langage de votre enfant est normal pour son âge ? » ou bien « Y a-t-il quelque chose concernant le développement de la parole et du langage de votre enfant qui vous a paru inhabituel ? ». A la fin du questionnaire, il était demandé aux parents d'entourer parmi une liste de mots, ceux qu'ils pensaient que leur enfant comprenait, et de mettre une croix à côté des mots que leurs enfants produisent. Ces mots ont été traduits avec une attention particulière. La liste a été lue et validée par plusieurs parents dans notre entourage. Leurs remarques ont été prises en compte pour la traduction finale afin de proposer une liste la plus cohérente possible.

En l'occurrence, nous avons tout d'abord essayé de tenir compte du champ sémantique des mots. Par exemple, « hot dog » a été traduit par « burger » qui n'est pas une traduction littérale puisque ce mot est toujours anglais mais les français utilisent plutôt le mot « burger » que « hot dog » pour évoquer la restauration rapide. Nous avons également tenu compte des différences culturelles. Par exemple, « cracker » est un biscuit salé très fréquemment consommé dans les pays anglo-saxons, et notamment avec le fromage, mais peu présent en France en dehors de l'apéritif. C'est pourquoi nous l'avons traduit par « pain », bien plus utilisé en France. Certains mots nous ont paru difficiles à traduire culturellement parlant, tel que « church » signifiant église. Aux Etats-Unis, la religion est davantage présente qu'en France du fait que nous sommes un pays laïque. Il nous est clairement apparu difficile d'imaginer que la plupart des bébés de moins d'un an pourraient comprendre le mot « église », ce que nous ont confirmé nombre des parents. D'autre part, le mot « church » est monosyllabique et simple pour un anglophone alors qu'« église » est un mot complexe pour un jeune enfant francophone. Nous avons donc décidé de retirer le mot « église » du questionnaire français. Enfin, nous avons tenu compte de la fréquence d'occurrence des mots dans la langue française dans le choix de certaines traductions. Pour ce faire, nous avons cherché des données sur lexique.org. Ce site est le fruit de plusieurs recherches en psycholinguistique de Ferrand et al. (2003), qui ont tenté d'établir les normes d'âge d'acquisition de quatre cents mots monosyllabiques dans la langue française. A partir des résultats de l'étude, l'auteur a créé Lexique, une base de données comportant cent quarante mille mots pouvant être classés selon leur fréquence dans la langue française. Nous l'avons utilisée pour traduire de manière aussi cohérente que possible le questionnaire parental, lorsque nous hésitions entre plusieurs traductions possibles. Pour traduire « cookie »

notamment, nous avons « biscuit » qui a une fréquence de 12.72 dans la langue française, tandis que « gâteau » a une fréquence de 55.19. Nous avons donc traduit « cookie » par « gâteau » et procédé de la même manière pour plusieurs des mots de la liste. Pour certains nous avons adopté plusieurs propositions telles que : ventre / bidou / bidon, laissant ainsi aux parents le choix du mot le plus utilisé et susceptible d'être compris par l'enfant.

2.2.3. La grille d'observation :

La grille d'observation (Annexe 3) comporte six grands domaines : interaction-attachement, pragmatique, gestuelle, jeu, compréhension orale, expression orale. C'est la seule traduction qui a été complètement validée. En effet, deux spécialistes du langage et de la traduction (une journaliste américaine retraitée, G Hoff, et une traductrice bilingue, français-anglais, M-N Dana) ont procédé à une traduction et une contre-traduction.

Chaque item a d'abord été traduit en français par le Mme Gordon-Dana et moi-même, étant toutes les deux bilingues français-anglais, puis une seconde traduction a été faite. Nous avons dans un premier temps comparé les deux traductions, puis avons demandé une contre-traduction. La contre-traduction a été comparée à la grille originale afin de déterminer si elle avait conservé le sens de chaque item et ainsi obtenir une traduction finale comparable à la grille initiale. La contre-traduction a permis d'adapter quelques items qui ne correspondaient plus exactement aux items originaux, mais dans l'ensemble, elle a démontré que les deux traductions d'origine avaient conservé le sens de la grille initiale. La grille traduite a ensuite été utilisée lors des passations.

2.3. Méthode :

Le protocole de passation complet a été élaboré à partir de celui prévu par son auteur. Il s'appuie sur les informations contenues dans notre partie théorique. Il comporte quatre parties : le questionnaire parental, l'observation clinique, l'évaluation et la cotation.

Notre évaluation a permis de mener une analyse quantitative, cotée par l'absence ou la présence des comportements à observer, pour la traduction de l'échelle d'évaluation de Rossetti, et une analyse qualitative, pour les données apportées par le questionnaire parental.

2.3.1. Le questionnaire parental :

Le protocole a débuté par une prise de contact téléphonique, comme classiquement avant une évaluation, entre le parent et l'examineur. Nous avons remercié les parents de

l'intérêt qu'ils portaient à notre étude, puis les avons questionnés pour déterminer si leur(s) enfant(s) étai(en)t éligible(s). Dans le cas où ils pouvaient participer, nous avons proposé un rendez-vous pour effectuer l'évaluation, à leur convenance, en précisant qu'il fallait la présence d'au moins un des deux parents. Le questionnaire parental a été envoyé par mail à la suite de l'appel et nous avons invité les parents à nous le renvoyer avant le jour de l'évaluation afin de préparer au mieux la rencontre. Nous avons bien entendu précisé que certaines questions ne pourraient être remplies, le questionnaire concernant les enfants jusqu'à 3 ans alors que les enfants de nos populations n'avaient qu'entre 9 et 12 mois.

2.3.1.1. Observation clinique :

L'évaluation s'est toujours effectuée au domicile des participants, afin d'être dans un environnement familier pour l'enfant, et dans les conditions les plus écologiques possibles avec ses jouets et son matériel quotidien. Comme évoqué dans la partie théorique, il peut être difficile au moment de l'évaluation de dresser un portrait des compétences de l'enfant car il peut, pour une multitude de raisons, avoir un comportement tout à fait différent ce jour-là. En permettant à la famille de rester dans un environnement connu et réconfortant, nous avons augmenté les chances de mettre l'enfant suffisamment à l'aise pour qu'il ne change pas de comportement et qu'il agisse comme il le ferait normalement en dehors notre présence. Nous avons demandé aux parents d'interagir avec leur enfant, de jouer comme ils le feraient sans notre présence et les avons observés.

2.3.2. L'évaluation :

A l'aide de la grille d'observation, chaque fois que nous avons relevé un comportement, nous avons coché l'item correspondant dans la grille. Si certains items n'avaient pas été remplis, nous sommes intervenus en essayant de provoquer ces comportements, en suivant les conseils prodigués dans le manuel d'évaluation. Si nous ne parvenions pas à les provoquer, nous avons demandé au parent de les rapporter en posant les questions conseillées par le manuel également.

Nous avons enregistré les évaluations à l'aide d'une caméra de type Go pro, après avoir recueilli le consentement écrit des parents. Ainsi, l'analyse des comportements s'est poursuivie après l'épreuve, afin de compléter ou vérifier certains éléments de la grille. Seuls quelques items de la grille n'ont pas été enregistrés sur vidéo, étant donné que les

comportements de l'enfant devaient être observés dès le début de la rencontre, soit parfois avant l'installation de la caméra.

2.3.3. Cotation :

La cotation s'est en grande partie déroulée pendant l'épreuve, en complétant la grille d'observation. A l'issue de l'épreuve, l'examineur a pu compléter la grille si besoin à l'aide de l'enregistrement. L'analyse finale permettant un compte-rendu s'est faite à partir des résultats de la grille mais aussi en tenant compte des éléments anamnestiques recueillis dans le questionnaire parental.

Pour dresser le profil de compétence de l'enfant, il fallait utiliser la grille d'observation de la tranche d'âge dans laquelle se situait l'enfant. Ensuite, nous avons dressé un niveau de base et un niveau plafond pour chaque domaine de compétence. En effet, les items sélectionnés pour représenter les domaines développementaux étant considérés comme étant les plus représentatifs de ce domaine, tous les items devaient être cochés pour valider que l'enfant ait acquis ce domaine de compétence pour sa tranche d'âge. Par exemple, le domaine « pragmatique » comporte trois items. Ces trois items devaient être cochés pour valider l'acquisition des compétences pragmatiques de sa tranche d'âge : il avait alors atteint le niveau plafond. Cependant, si l'enfant n'avait pas coché tous les items, alors il était automatiquement reporté à la classe d'âge inférieure jusqu'à ce l'examineur ait pu remplir tous les comportements d'une classe d'âge. Si l'enfant remplissait tous les items de la tranche d'âge 6 à 9 mois, ceci constituait son niveau de base et nous considérions que ses compétences pragmatiques étaient en émergence pour son âge.

Au final, sur les six grands domaines de compétences explorés, nous avons pu déterminer dans combien de domaines les enfants avaient développé les compétences attendues à leur âge et s'il existait certains domaines où les compétences étaient encore en émergence ou en retard. Ainsi, nous avons obtenus des indications sur le développement général de chaque enfant, si le développement était plutôt homogène ou hétérogène, si certains éléments étaient rassurants ou non, et si les enfants rencontraient d'éventuelles difficultés. Les résultats ont permis de donner des conseils aux parents ou bien d'orienter l'enfant vers le professionnel de santé le plus adapté en cas de retard significatif.

3. Résultats : traitement paramétrique des données et analyse des résultats :

Afin de traiter les données de l'étude, tous les résultats ont été rapportés dans des tableaux Excel. Les échantillons de la population anglaise (treize participants) et de la population française (treize participants) ont été représentés dans deux tableaux séparés (Annexe 1). La cohorte totale de l'étude était donc de vingt-six participants.

Dans le cadre d'une analyse statistique, les deux échantillons n'étaient pas assez importants pour pouvoir appairer les mesures. En effet, même si nous avons été très vigilants dans le choix de notre population, les participants possédant des caractéristiques similaires (âge, sexe, milieu socio-culturel), ces mesures n'étaient pas tout à fait identiques. Ainsi, nous ne pouvions pas organiser les données en paires et les mesures testées sont indépendantes les unes des autres. Le résultat de notre analyse paramétrique ne dépendait donc ni de l'âge ni du sexe ou encore du milieu socio-culturel des participants. Nous cherchions uniquement à déterminer si les moyennes des échantillons étaient égales pour des données non appariées.

Pour ce faire, nous avons effectué une analyse paramétrique de notre hypothèse à partir du test T de Student. Ce test (loi de probabilité) traite les données quantitatives et permet de comparer deux moyennes à variance égale ou non. L'utilisation de la loi Student est pertinente pour les petits échantillons (<30) (Box & Draper, 2012), ce qui était le cas de notre étude. Il semblait donc être le test le plus approprié pour interpréter les résultats que nous avons obtenus.

Nous disposions de deux échantillons indépendants, pour lesquels nous avons calculé une moyenne du nombre de domaines validés par participant à l'issue de l'évaluation (Tableau 2). A partir du calcul des moyennes pour les deux populations, nous devons déterminer si les variances des échantillons pouvaient être considérées comme égales, sachant qu'une variance égale permet de soutenir la crédibilité des analyses de petits échantillons.

Nous avons utilisé le test F de Fisher pour rechercher cette égalité, ce test permettant d'observer l'homogénéité des variances de deux échantillons. Nous avons formulé deux hypothèses, en fixant le seuil de risque pour accepter H₀ à 5% ou 0,05 :

- **H0** : Hypothèse nulle, les variances sont homogènes donc considérées comme égales.
- **H1** : Hypothèse alternative, les variances sont hétérogènes donc considérées comme inégales.

Nous avons obtenu le résultat suivant $f = 0,569$. Le résultat f étant supérieur à $0,05$, nous avons accepté l'Hypothèse H0. Les variances des deux populations peuvent être considérées comme égales.

Cohorte anglaise	Nombres de domaines validés
1	2
2	3
3	3
4	3
5	3
6	1
7	1
8	3
9	2
10	3
11	3
12	6
13	3
Nombre de domaines validés en moyenne	2,76

Cohorte française	Nombre de domaines validés
1	3
2	3
3	4
4	4
5	4
6	2
7	1
8	2
9	3
10	3
11	1
12	2
13	2
Nombre de domaines validés en moyenne	2,61

Tableau 2 : Moyenne du nombre de domaines validés pour chaque population

A partir de ce résultat, nous avons pu utiliser le test T de Student afin de déterminer la significativité de l'égalité des moyennes. Nous avons de nouveau formulé deux hypothèses que nous avons testées l'une contre l'autre :

- **H0** : Hypothèse nulle, les participants des deux groupes ont des résultats similaires, que l'échelle soit en anglais ou en français, signifiant que la traduction de l'échelle est valide.
- **H1** : Hypothèse alternative, les participants ont des résultats différents selon la langue dans laquelle l'échelle a été administrée. Notre traduction n'est donc pas valide.

Afin de déterminer le seuil de rejet ou d'acceptation de l'hypothèse H0, le risque d'erreur pour accepter H0, était fixé à 5% ou $0,05$. Nous avons ensuite calculé le degré de significativité du test, la p -value, à partir de la fonction T.STUDENT :

-Si p -value $> 0,05$, alors l'égalité entre les moyennes est significative et l'hypothèse H_0 est acceptée.

-Si p -value $< 0,05$, alors la différence entre les moyennes n'est pas significative et l'hypothèse H_0 est rejetée au profit de l'hypothèse alternative H_1 .

La valeur p a donc été calculée à partir du test T de Student avec une répartition bilatérale du fait que les échantillons ne sont pas appariés et indépendants l'un de l'autre, pour une variance égale.

Nous avons mis en évidence l'égalité des variances grâce au test F de Fisher, ce qui nous a permis d'utiliser le test T de Student pour analyser nos résultats. Ainsi, nous avons calculé la valeur p en respectant les données suivantes :

Matrice 1 : premier ensemble de données, correspondant à la cohorte anglaise ;

Matrice 2 : deuxième ensemble de données, correspondant à la cohorte française ;

Type 2 : répartition bilatérale, car l'échantillon est indépendant ;

Variance : égale, d'après le résultat du test F de Fisher.

t	df	p-value	Intervalle de confiance, 95%
0,343	24	0.735	[-0.7719, 1.0796]

Tableau 3 : Résultats du test t de Student¹

Nous avons obtenu une p -value de 0,735. La valeur p étant supérieure à 0,05 ou 5%, nous avons pu accepter l'hypothèse initiale H_0 .

4. Discussion :

4.1. Interprétation des résultats et vérification des hypothèses :

Notre étude est partie du postulat que les orthophonistes français manquent d'outils pour évaluer précocement la communication et le langage de l'enfant durant sa première année de vie. Nous souhaitons donc valider une traduction française de l'échelle d'évaluation du langage du nourrisson et du petit enfant de Rossetti pour la tranche d'âge 9-12 mois.

¹ **t** est la statistique de Student, **df** est le degré de liberté, **p-value** est le degré de significativité du test. L'intervalle de confiance de la différence des moyennes à 95% est également montré.

Les résultats obtenus grâce à l'analyse paramétrique des données recueillies a permis de valider notre hypothèse initiale. La traduction de l'échelle de Rossetti pour les enfants de 9-12 mois que nous avons effectuée peut donc être utilisée comme un outil d'évaluation fiable.

4.2. Atouts de l'étude :

Nous avons, grâce à cette étude, pu valider une traduction française d'une partie de l'échelle de Rossetti pour la tranche d'âge 9-12 mois, et proposons ainsi aux orthophonistes un nouvel outil d'évaluation fiable et fidèle à sa version originale. Les points forts de notre étude résident dans les choix méthodologiques suivant :

Population

Comme nous l'avons évoqué précédemment, même si la cohorte est assez petite, ce qui nous a empêchés d'apparier les données, la diversité des participants que nous avons recrutés est un avantage. Nous avons mobilisé suffisamment de participants en essayant d'obtenir une cohorte variée et la plus représentative possible d'une population nationale, grâce à un mode de recrutement très vaste. En effet, nous avons recruté des enfants monolingues et plurilingues, des enfants de familles monoparentales et biparentales et des enfants de catégories socio-professionnelles allant des ZUS (Zones Urbaines Sensibles) aux communautés aisées. De plus, nous avons tenté de répartir les âges des participants et d'obtenir des résultats pour des enfants de 9 mois, 10 mois, 11 mois et 12 mois. Culturellement, certaines familles étaient issues de l'immigration, venant d'Europe (Suède), d'Asie (Inde), d'Afrique (Maghreb) et d'Eurasie (Russie). Nous avons également accepté quelques enfants issus de grossesses gémellaires monozygotes ou dizygotes. Enfin, les enfants étaient tout-venant mais nous avons accepté des enfants avec des pathologies connues dont un enfant présentant une maladie génétique (Trisomie 21) et plusieurs enfants nés prématurés. Selon l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale), la prématurité en France correspond à sept pour cent des naissances (« Etude INSERM », 2017). Pour être représentatifs de la population française, il fallait donc recruter au moins deux enfants nés prématurés pour une cohorte de vingt-cinq à trente participants. De même, selon l'Institut des Maladies Génétiques, la prévalence d'enfants nés avec une maladie génétique est de trois pour cent, d'où l'intérêt d'accueillir un enfant porteur de Trisomie 21 dans notre étude (*Qu'est-ce qu'une maladie génétique ?*, s. d., 2020).

Contexte

Les évaluations ont été administrées au domicile des enfants recrutés. L'espace référentiel est un paramètre crucial de l'évaluation orthophonique puisqu'il peut influencer le comportement des participants et donc le résultat des observations. En effet, un enfant de très jeune âge est encore dépendant affectivement de ses parents ou de son adulte référent, mais aussi de son espace quotidien (Rodi, 2017). En évaluant l'enfant à domicile, nous lui avons laissé ses repères, ce qui a permis de conserver le contexte familial et le caractère naturel de l'échange. Adultes et enfants ont aussi eu à disposition tout le matériel qu'ils avaient l'habitude d'utiliser (jeux, livres, jouets, poupées, peluches etc.), ce qui a permis les routines langagières et les formats d'interactions fondamentaux décrits par Bruner (1983). Nous avons pu observer à la fois ce que comportait l'espace référentiel de l'enfant (présence ou absence d'espace de jeu, de matériel approprié aux enfants), et aussi quel était le but de l'interaction (ludique, affective, productive, etc.). Ainsi, la situation d'interaction observée était naturelle et écologique.

Recueil des données

Nous avons utilisé deux méthodes pour recueillir les données de l'évaluation :

- un recueil direct, en remplissant la grille lors de l'évaluation elle-même.
- un recueil indirect, grâce à l'utilisation de la vidéo.

Cette dernière méthode a permis de compléter les résultats en cas de doutes, mais également de les réviser. En effet, lors d'une situation d'observation, il est difficile de se concentrer à la fois sur la cotation de la grille et sur la situation d'interaction. La vidéo permet de visionner des éléments qui ont pu être mal perçus. La sécurité d'avoir un enregistrement vidéo permet à l'examineur d'être plus disponible lors de l'évaluation et améliore la relation avec l'enfant. Rappelons que certains items doivent être provoqués par l'examineur s'ils ne sont pas observés directement lors de l'évaluation. Or, provoquer le comportement attendu tout en inscrivant les observations sur la grille altère le caractère naturel de l'échange avec l'enfant. La révision vidéo permet donc de libérer l'examineur lors de l'échange, d'affiner l'analyse et d'enrichir les données afin de dresser un portrait avisé des compétences développementales de l'enfant et des habiletés interactionnelles de l'adulte référent.

Approche collégiale

Nous avons sollicité de nombreux participants afin d'obtenir un regard avisé sur la traduction libre du manuel et du questionnaire parental. Nous avons demandé à des orthophonistes, étudiants et professionnels, parents ou non, de donner un avis sur la pertinence de la traduction et avons tenu compte de leurs suggestions de modification. Enfin, nous avons surtout bénéficié de la relecture de plusieurs personnes bilingues franco-anglaises ayant résidé en France et au Royaume-Uni pour prendre en compte les différences culturelles dans la traduction. La traduction de tous les documents a donc été construite, discutée et délibérée sous forme de décision collégiale. Le collège s'opposant à la position d'une seule personne, la traduction a bénéficié du savoir et de l'expertise de plusieurs personnes plutôt que des seuls émetteurs de ce mémoire.

4.3. Limites de l'étude :

En administrant l'échelle de Rossetti aux participants, nous nous sommes heurtés aux limites de cette évaluation. Nous avons argumenté dans la partie théorique que l'échelle présentait un atout majeur qu'aucun autre outil d'évaluation précoce à notre disposition en français ne possède : la prise en compte de l'interlocuteur primaire de l'enfant dans la situation d'interaction. Néanmoins, l'échelle manque de qualités que certaines autres évaluations présentent.

Cohorte

Même si nous avons été particulièrement vigilants sur la sélection de nos deux populations afin de les comparer au mieux, la taille totale de nos échantillons n'a pas permis de les apparier entre elles (âge, sexe, milieu socio-culturel). Ceci nous amène, dans une certaine mesure, à considérer nos résultats avec une certaine prudence.

Matériel

Concernant le matériel, l'échelle de Rossetti est une échelle qualitative, ce qui signifie qu'elle ne présente pas de qualités psychométriques. Les items découlent des observations de Rossetti au long de sa carrière, et de données développementales admises par les principales instances en charge de l'évaluation du nourrisson et du très jeune enfant. Selon lui, si les items sélectionnés sont considérés comme étant à chaque fois les comportements les plus représentatifs d'une classe d'âge et d'un domaine de compétence, l'évaluation n'est cependant

pas étalonnée, ce qui empêche l'échelle de présenter des valeurs hautes de fidélité et de validité. Les consignes de passation restent par ailleurs parfois quelque peu succinctes. Par exemple, la cotation est plus difficile quand les classes d'âge se chevauchent. En effet, si un enfant a 9 mois, doit-il être évalué par la grille 6-9 mois ou 9-12 mois, ou bien doit-il être évalué par les deux grilles ? Enfin, les résultats obtenus à l'issue de l'évaluation permettent de dresser un profil du niveau développemental de l'enfant. Néanmoins, le manuel ne donne aucune explication sur les éventuelles difficultés observées et aucune piste de réflexion quant à l'orientation et la prise en charge de l'enfant. Il faut donc être un praticien expérimenté possédant des connaissances solides sur le développement précoce pré-linguistique de l'enfant afin de tirer le meilleur profit de cette évaluation.

Âge

Concernant les tranches d'âge, le manuel d'évaluation n'indique pas si elles sont inclusives ou exclusives. Ceci pose question pour les enfants de 9 mois et de 12 mois. Nous avons choisi d'inclure les enfants strictement âgés de 9 mois et avons accepté deux enfants de tout juste 12 mois, à quelques jours suivant leur anniversaire. Cependant, il est d'autant plus difficile de dresser un tableau des compétences développementales des enfants compris dans des tranches d'âge qui se chevauchent. En effet, les enfants de 9 mois remplissaient tous la grille 6-9 mois comme niveau base mais seulement quelques domaines de la grille 9-12 mois pour le niveau plafond. Nous avons donc considéré qu'ils ne présentaient pas de retard mais que leurs compétences étaient en émergence.

Il est cependant intéressant de noter qu'il n'existe aucun effet test-retest à cette évaluation, soit aucune contre-indication à réaliser plusieurs fois l'épreuve dans une même tranche d'âge. Le praticien peut donc évaluer un enfant puis le prendre en charge et se référer à nouveau à la grille un mois plus tard pour voir si l'enfant a acquis de nouvelles compétences.

Domicile

Si l'exercice orthophonique peut se pratiquer à domicile pour des patientèles n'ayant pas l'autonomie suffisante pour se déplacer jusqu'au lieu d'exercice, les patients concernés sont donc plutôt des personnes âgées ou porteuses de handicap lourd.

Il est ainsi rare pour les praticiens de se déplacer pour évaluer des enfants de moins d'un an à domicile. Si nous considérons que les parents bénéficient d'une autonomie

suffisante pour se déplacer en institution, alors ils seront invités à venir au bureau du professionnel de santé car l'exercice à domicile est trop coûteux, notamment en temps. Néanmoins, nous avons largement souligné l'intérêt d'évaluer l'enfant à domicile pour conserver ses repères et observer une interaction écologique entre l'adulte référent et l'enfant, alors que pratiquer systématiquement l'évaluation à domicile semble peu réalisable pour les orthophonistes. Il serait donc intéressant de savoir dans quelle mesure l'échelle pourrait être adaptée en cabinet ou en institution, en demandant par exemple a minima aux parents lors du premier entretien téléphonique, d'apporter quelques objets et jouets utilisés fréquemment par leur enfant et facile à transporter.

4.4. Perspectives et apports personnels pour la future pratique professionnelle :

Cette étude a permis de mettre en évidence les éléments que nous recherchions : nous avons validé la traduction française de l'échelle de Rossetti pour la tranche d'âge 9-12 mois. Si certaines ouvertures se créent pour cette tranche d'âge quant à l'évaluation, des recherches ultérieures pourraient prolonger notre travail afin de traduire l'échelle intégrale de 0 à 3 ans. Par ailleurs, les limites observées pourraient aussi être adressées dans d'autres travaux.

En tant que future orthophoniste, cette recherche a développé mon regard sur les pratiques d'évaluation orthophonique. En effet, les tests langagiers que nous utilisons, qu'ils concernent le langage oral ou le langage écrit, sont parfois construits de manière à souligner les compétences déficitaires des individus. Nous analysons des erreurs et cherchons à chiffrer des écarts-types pathologiques par rapport à la norme. Cependant, il pourrait être bénéfique, et d'autant plus chez les très jeunes enfants, de nous intéresser aux compétences préservées et fonctionnelles. L'échelle de Rossetti est sûrement une des seules échelles d'évaluation permettant de déterminer un niveau de base mais surtout un niveau plafond qui met en lumière certaines compétences de l'enfant attendues pour un âge supérieur au sien. Comme l'indique Le Normand (2014, p. 164), si l'échelle de Rossetti permet un examen des difficultés, elle permet également une évaluation des potentialités de l'enfant et contribue « à une meilleure connaissance de la façon dont maturation corticale, compétence cognitive, linguistique et expérience de l'enfant son réellement liés ». Ceci donne également des pistes de réflexion pour les prises en charge, comme s'appuyer sur les compétences préservées pour développer les compétences déficitaires.

Par ailleurs, la revue de littérature effectuée pour la partie théorique m'a interrogée sur la place de la pratique orthophonique dans notre système de santé. En introduction, nous avons présenté l'évaluation précoce comme étant un problème de santé publique, mais elle représente aussi un réel enjeu économique. D'un point de vue humain, l'évaluation précoce permet à l'enfant de prendre le chemin d'une construction positive de soi-même. Mais nous pouvons aussi la présenter comme un investissement. Rossetti (2001) a évalué aux Etats-Unis que chaque dollar dépensé sur une intervention précoce économise six dollars plus tard aux écoles lors d'interventions de remédiation. Selon l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique), la Réforme Obama aux USA a très largement revu l'investissement du système de santé à la hausse. En effet, en 2010, les Etats-Unis consacraient seize pour cent de leur PIB (Produit Intérieur Brut) à la santé. Dans le classement des pays qui dépensent le plus en santé, la France se range juste derrière les États-Unis avec un coût de onze pour cent de notre PIB (Chernyak, 2010). Si les deux pays se suivent dans le classement en termes d'investissement, alors nous pouvons inférer que les prises en charge précoces des enfants en bas âge permettraient une économie significative en France également.

De plus, les difficultés développementales précoces engendrent souvent des difficultés sociales et académiques plus tard dans la vie (Heckman, 2007). Aujourd'hui, de nombreux moyens d'intervention permettent d'aider les enfants en difficulté voire en décrochage scolaire (aide aux devoirs, soutien scolaire, mise en place d'auxiliaire de vie scolaire (AVS) et autres). Cependant, d'après Heckman, ces programmes d'intervention ont également un coût important. Ainsi, il est d'autant plus intéressant humainement mais aussi économiquement d'agir de manière préventive plutôt que curative. Les orthophonistes y gagneront aussi. Dans le climat actuel où les listes d'attentes pour consulter un orthophoniste sont très longues, la demande de soin dépasse nos capacités. Une intervention précoce de courte durée devrait éviter une rééducation plus longue lorsque l'enfant sera scolarisé et en réelle difficulté scolaire.

Par ailleurs, l'évaluation précoce n'est pas encore un automatisme dans notre système de santé, du fait que peu de médecins semblent assez sensibilisés à nos compétences professionnelles. En effet, l'évaluation précoce de déficits communicationnels doit s'inscrire dans le cadre d'un bilan médical où le médecin est capable d'identifier les enfants « à risque » et de les orienter vers les professionnels concernés. Il peut s'agir d'un médecin d'un service de protection maternelle et infantile (PMI), d'un médecin pédiatre ou d'un médecin

généraliste. La PMI, lieu d'accueil et de prévention médico-social, semble être un des meilleurs candidats pour orienter les enfants vers une évaluation orthophonique précoce étant donné qu'elle effectue un suivi de la mère et de l'enfant jusqu'à six ans (*La protection maternelle et infantile (PMI)*—Ministère des Solidarités et de la Santé, s. d., 2017). Si le médecin l'estime nécessaire, ces visites pourraient être l'occasion d'orienter l'enfant et l'adulte référent vers un orthophoniste. Sont également concernés des enfants nés avec une anomalie crânio-faciale, souffrant d'épilepsie ou présentant un syndrome génétique (fente naso-labio-vélo-palatine, Syndrome Prader-Willi, Trisomie 21 etc.), et dont les pathologies sont connues dès la naissance. Ces enfants sont à haut risque en termes de conséquences cognitives et linguistiques. C'est pourquoi ils bénéficient généralement d'un suivi médical pluridisciplinaire très tôt, dont un suivi orthophonique. L'échelle de Rossetti peut identifier des difficultés spécifiques très tôt afin de proposer une prise en charge adaptée et assurer le bon développement de l'enfant. Nous espérons que notre travail facilitera l'automatisation de l'évaluation précoce.

Enfin, ce travail, très exigeant, m'a aussi permis de développer des compétences spécifiques à l'accompagnement parental et de mettre en place la Communication Non Violente (CNV) (Rosenberg, 2018). L'avantage du recrutement était que les parents se portaient volontaires pour participer à l'étude, donc l'accueil s'est toujours bien déroulé. Certains m'ont sollicitée par curiosité, d'autres par intérêt car leur médecin leur avait conseillé de consulter un orthophoniste, et d'autres encore parce qu'ils étaient inquiets du bon développement de leur enfant. Si les parents ont toujours été agréables, beaucoup se sont montrés surpris du fait de mon jeune âge, m'ont instinctivement tutoyée, et parfois demandé si j'avais moi-même des enfants. J'ai apprécié l'honnêteté des parents m'avouant qu'ils avaient des préjugés sur mes compétences de prime abord. L'étude de la CNV m'a beaucoup aidée à comprendre ces phénomènes, et notamment comment la communication peut parfois être aliénante et éventuellement entraver la bienveillance. Cet exercice m'a appris qu'il est possible d'observer, sans évaluer, et j'ai remarqué une différence dans les relations avec les parents entre mes premières et dernières passations. J'ai appris et tenté de mettre en œuvre les bases d'un dialogue fondé sur l'empathie et l'absence de préjugés. C'est avant tout un moyen de communiquer favorisant un langage fondé sur nos qualités humaines ou « qualité de cœur » comme le décrit Rosenberg (2018, p. 10). Elle nous engage alors à repenser ce que nous disons et ce que nous entendons, d'autant plus dans des conditions éprouvantes, afin de diminuer nos réactions naturelles de défense et d'agressivité. Quels que soient les préjugés et

les questions trop personnelles des parents, j'ai appris à les comprendre et mieux les appréhender tout en instaurant doucement un cadre thérapeutique adéquat. Cette expérience m'a permis de commencer à développer un sens du professionnalisme nécessaire à mon futur exercice professionnel.

CONCLUSION

Ce mémoire a permis de mettre à disposition des professionnels de santé un nouvel outil d'évaluation précoce valide : l'échelle de langage du nourrisson et du petit enfant de Rossetti, pour la tranche d'âge 9-12 mois, ainsi que son manuel d'évaluation et le questionnaire parental. Cette échelle dresse un profil fiable des compétences de l'enfant, dès la première année de vie. L'évaluation prend autant en compte l'enfant que son partenaire d'interaction primaire, l'adulte, ce qui est d'autant plus intéressant sachant que le développement de l'enfant dépend de facteurs internes et externes. Le test permet ainsi de déterminer si un enfant est à risque de développer un trouble du langage et de la communication mais également si les éventuels dysfonctionnements sont imputables à l'enfant lui-même ou bien à son partenaire de communication.

Aujourd'hui, des opportunités certaines d'orienter un enfant vers un bilan orthophonique précoce existent, mais elles ne sont pas forcément saisies notamment du fait du manque d'outils suffisamment complets. Si notre échelle ne permettra pas de poser un diagnostic, elle peut conduire à une intervention orthophonique précoce. Elle est vivement encouragée par les données scientifiques actuelles, sachant que plus la prise en charge est précoce plus elle sera bénéfique à l'enfant puisque nous agissons sur sa plasticité cérébrale (Van der Host, 2010). Notre échelle trouvera donc, nous l'espérons, toute sa place dans la pratique orthophonique. Après évaluation, les orthophonistes pourront alors proposer, sous forme de partenariat parental, des stratégies pour intéresser, éveiller, et développer la communication de l'enfant avant la possible émergence d'un trouble plus complexe.

BIBLIOGRAPHIE

Articles de revues :

- Adamson, L. B., Kaiser, A. P., Tamis-LaMonda, C. S., Owen, M. T., & Dimitrova, N. (2020). The developmental landscape of early parent-focused language intervention. *Early Childhood Research Quarterly*, 50, 59-67. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.11.005>
- Boudreault, M.-C., Cabirol, É.-A., Trudeau, N., Poulin-Dubois, D., & Sutton, A. (2007). *Les Inventaires MacArthur du développement de la communication : Validité et données normatives préliminaires*. 31(1), 11.
- Bovet, F., Danjou, G., & Kern, S. (2005). *Les inventaires français du développement communicatif (IFDC) : Un nouvel outil pour évaluer le développement communicatif du nourrisson*. 6.
- Box, G. E. P., & Draper, N. R. (s. d.). « Remember that all models are wrong ; the practical question is how wrong do they have to be to not be useful. ». 146.
- Dara R. Musher-Eizenman, Blandine de LAuzon-Guillain. (2008). *Child and parent characteristics related to parental feeding practices. A cross-cultural examination in the US and France*. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.08.007>
- Démonet, J.-F. (2009). Le langage entre nature et culture : Apport des neurosciences. *Revue de neuropsychologie, Volume 1*(4), 277-278.
- Dubois, J., Dehaene-Lambertz, G., Kulikova, S., Poupon, C., Hüppi, P. S., & Hertz-Pannier, L. (2014). The early development of brain white matter : A review of imaging studies in fetuses, newborns and infants. *Neuroscience*, 276, 48-71. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2013.12.044>
- Ferrand, L., Grainger, J., & New, B. (2003). Normes d'âge d'acquisition pour 400 mots monosyllabiques. *L'Année psychologique*, 103(3), 445-467. <https://doi.org/10.3406/psy.2003.29645>
- Galiano, A., D'Ervau, T., & Richard, A. (2014). *Précurseurs langagiers dans la cécité précoce : Revue de littérature et étude de cas*. 55 à 71.
- Gosle, B. (2004). *Les bébés savent-ils jouer ?* | *Cairn.info*. <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2004-2-page-443.htm>
- Granier-Deferre, C., & Busnel, M.-C. (2011). L'audition prénatale, quoi de neuf ? *Spirale*, n° 59(3), 17-32.
- Grevesse, P. (2015). *Intestable ? Le bilan orthophonique du jeune enfant sans langage*. 7.

- Guidetti, M. (2010). Introduction—Des gestes, des mimiques et des mots pour dire, apprendre et comprendre. *Enfance*, N° 3(3), 227-237.
- Guidetti, M., & Tourrette, C. (1995). Un nouvel outil d'évaluation des compétences communicatives du jeune enfant : l'ECSP et sa validation. *Enfance*, 48(2), 173-178. <https://doi.org/10.3406/enfan.1995.2127>
- Heckman. (2007). *THE PRODUCTIVITY ARGUMENT FOR INVESTING IN YOUNG CHILDREN*.
<https://www.nber.org/papers/w13016.pdf>
- Hermouet, M. (2010). *Développement du langage*. 15.
- Hoff. (2006). *Doi:10.1016/j.dr.2005.11.002 | Elsevier Enhanced Reader*.
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2005.11.002>
- Lytle, S. R., Garcia-Sierra, A., & Kuhl, P. K. (2018). Two are better than one : Infant language learning from video improves in the presence of peers. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(40), 9859-9866. <https://doi.org/10.1073/pnas.1611621115>
- Martel, K. (2009). Introduction – L'étude de la prosodie en acquisition : Un enjeu clinique. *Enfance*, N° 3(3), 259-272.
- Masson, C. (2014). *Repérage précoce des retards de langage : Enjeux de la prévention et élaboration d'une action autour de l'identification des troubles du langage au sein d'un Centre d'Action Médico Sociale Précoce (CAMSP)*. 17.
- Normand, M.-T. L., & Clouard, C. (2014). De nouveaux outils pour l'évaluation de la parole, du langage et de la communication chez le jeune enfant. *Contraste*, N° 39(1), 161-180.
- Rayna, S., & Laevers, F. (2011). Understanding children from 0 to 3 years of age and its implications for education. What's new on the babies' side? Origins and evolutions. *European Early Childhood Education Research Journal*, 19(2), 161-172. <https://doi.org/10.1080/1350293X.2011.574404>
- Rodi, M. (2017). *Les interactions du quotidien comme ressources pour*. 25.
- Tricot, M. (s. d.). *Un outil de prévention précoce des troubles du langage oral*. 2.
- Trudeau, N. (2008). *Les Inventaires MacArthur-Bates du développement de la communication (IMBCD)*.
https://eoa.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/32/docMacArthurBates_Manuel_MacArthur.pdf
- Van der Horst, L. (2010). Observation orthophonique et intervention précoce. *Archives de Pédiatrie*, 17(3), 319-324. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2009.09.019>

Ouvrages :

- Brazelton, T. B., Brazelton, T. B., & Nugent, J. K. (1995). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Cambridge University Press.
- Brin-Henry, Courier, Lederlé, & Masy. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie. 4e édition* (Ortho Edition).
- Bruner, J. (1983). *Le développement de l'enfant (8ed), Savoir faire, savoir dire*. Puf.
- d'Esclaibes, N., & d'Esclaibes, S. (2020). *Mes activités Montessori faciles pour les 0-4 ans, c'est malin*. Éditions Leduc.s.
- Danon-Boileau, L. (2018). *Les troubles du langage et de la communication chez l'enfant : « Que sais-je ? » n° 2158*. Presses Universitaires de France.
- Danon-Boileau, L., & Brigaudiot, M. (2015). *La naissance du langage dans les deux premières années*. Presses Universitaires de France.
- De Boysson-Bardiès, B. (1996). *Comment la parole vient aux enfants : De la naissance jusqu'à deux ans*.
- Delahaie, M. (2009). *L'évolution du langage de l'enfant : De la difficulté au trouble : guide de ressources pour les professionnels*. Éd. INPES.
- Kern, S. (2019). *Le développement du langage chez le jeune enfant* (Troubles du développement).
- Rondal, J.-A. (1998). *Votre enfant apprend à parler*. Editions Mardaga.
- ROSENBERG, M. B. (2018). *Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs) : Initiation à la Communication NonViolente*. La Découverte.
- Rossetti, L. M. (2001). *Communication Intervention : Birth to Three*. Cengage Learning.
- Schilte, C., & Rufo, M. (2015). *Pr Marcel Rufo—Élever son enfant*. Hachette Pratique.
- Tomasello, M. (2019). *Becoming Human : A Theory of Ontogeny*. Harvard University Press.
- Wendland, J., Camon-Sénéchal, L., Khun-Franck, L., Maronne, C., Rabain, D., & Aidane, É. (2011). Troubles de l'angoisse de séparation et de l'attachement : Un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants. *Devenir, Vol. 23*(1), 7-32.

Sources tirées d'Internet :

- Chernyak, Y. (2010, avril 9). *Comparatif des systèmes de santé américain et français*.
<https://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/comparatif-des-systemes-de-sante-americain-et-francais>

Etude INSERM : Une meilleure prise en charge des grands prématurés. (2017, septembre 7). *Alliance VITA*.

<https://www.alliancevita.org/2017/09/etude-inserm-une-meilleure-prise-en-charge-des-grands-prematures/>

Heckman. (2007). *The productivity argument for investing in young children*.

<https://www.nber.org/papers/w13016.pdf>

La protection maternelle et infantile (PMI)—Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>

Qu'est-ce qu'une maladie génétique ? (2020). Institut Imagine. <https://www.institutimagine.org/fr/quest-ce-quune-maladie-genetique-143>

Santé, M. des S. et de la, & Santé, M. des S. et de la. (2019, novembre 6). *Les troubles du langage et des apprentissages*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/les-troubles-du-langage-et-des-apprentissages>

ANNEXES

Annexe 1 : *Tableaux récapitulatifs des populations*

Annexe 2 : *Traduction du questionnaire parental*

Annexe 3 : *Traduction de l'échelle d'évaluation de Rossetti tranche d'âge 9-12 mois*

Annexe 4 : *Traduction du manuel d'évaluation*

Annexe 1 : Tableaux récapitulatifs des populations

	Prénom	Date d'examen	Date de naissance	Age
1	J	16/07/2019	19/10/2018	9 mois
2	J	23/07/2019	24/07/2018	12 mois
3	E	19/08/2019	22/11/2018	9 mois
4	D	20/08/2019	11/11/2018	9 mois
5	H	22/08/2019	05/12/2018	9 mois
6	M	22/08/2019	05/12/2018	9 mois
7	A	23/08/2019	17/11/2018	9 mois
8	R	23/08/2019	31/11/2018	9 mois
9	M	23/08/2019	22/11/2018	11 mois, corrigé
10	R	24/09/2019	05/01/2019	9 mois
11	U	26/10/2019	06/09/2018	11 mois, corrigé
12	H	28/10/2019	04/10/2018	11 mois, corrigé
13	A	02/11/2019	16/10/2018	11mois, corrigé

Population anglophone

	Prénom	Date d'examen	Date de naissance	Age
1	L	01/03/2018	10/06/2017	9 mois
2	J	04/12/2019	06/01/2019	11 mois
3	A	01/12/2019	30/11/2018	12 mois
4	H	02/02/2020	02/04/2019	10 mois
5	E	02/02/2020	02/04/2019	10 mois
6	L	02/02/2020	05/03/2019	11 mois
7	N	06/02/2020	27/03/2019	9 mois (corrigé)
8	A	06/02/2020	27/03/2019	9 mois (corrigé)
9	M	06/02/2020	17/01/2019	10 mois (corrigé)
10	L	06/02/2020	17/01/2010	10 mois (corrigé)
11	A	18/02/2020	27/04/2019	9 mois (corrigé)
12	T	20/02/2020	04/04/2019	10 mois
13	T	20/02/2020	04/04/2020	10 mois

Population francophone

Annexe 2 : Traduction du questionnaire parental

QUESTIONNAIRE PARENTAL

Nom de l'enfant.....

Date de naissance.....Date.....

Votre Nom.....

Votre lien avec l'enfant.....

Les questions suivantes concernent vos interactions avec votre enfant et le développement de ses capacités de communication depuis la naissance. Veuillez répondre à autant de questions que possible. Vos réponses apporteront des informations précieuses pour l'équipe de spécialistes du développement de l'enfant que vous rencontrerez avec votre enfant. Merci de votre aide.

Interaction et développement de la communication

Parmi les items suivants, lesquels décrivent votre enfant ou votre nourrisson ?
Si vous entourez « oui » pour les questions suivantes, veuillez utiliser l'espace pourvu dessous pour expliquer.

Oui Non 1. Votre enfant a-t-il été séparé de vous durant une longue période ?

Oui Non 2. Votre enfant a-t-il nécessité de fréquentes hospitalisations ?

Oui Non 3. Votre enfant a-t-il déjà refusé les câlins ?

Oui Non 4. Votre enfant a-t-il souvent été difficile à calmer ?

Oui Non 5. Votre enfant a-t-il souvent eu des coliques ?

Oui Non 6. Votre enfant paraissait-il agité ?

Oui Non 7. Votre enfant paraissait-il inactif ?

Oui Non 8. Votre enfant était-il réactif lorsque vous « parliez » avec lui/elle ?

Oui Non 9. Votre enfant évitait-il souvent le contact visuel avec vous ou les autres ?

Oui Non 10. Votre enfant jouait-il souvent avec des jouets de manière inhabituelle ?

Oui Non 11. Votre enfant utilisait-il des gestes pour communiquer ?

Oui Non 12. Votre enfant se montrait-il intéressé par les gens et les choses autour de lui/elle ? *Si vous répondez « non », veuillez expliquer*

Compréhension

Lorsque vous comparez votre enfant aux autres enfants du même âge :

Oui Non 13. Votre enfant est-il facilement confus lorsqu'il se passe beaucoup de choses autour de lui/elle ? *Si vous répondez « oui », merci d'expliquer.*

14. Comment votre enfant répond-il lorsque vous lui donnez des directives ?

15. Comment votre enfant répond-il aux questions simples ?

16. Comment verriez-vous l'intelligence de votre enfant ou sa capacité à penser ?

Développement du langage et de la parole

17. Décrivez les sons que votre enfant a produit avant 1 an – roucoulement voyelles prolongées, babillage répété de syllabes, couinement etc.

Oui Non 18. Y avait-il quelque chose d'inhabituel concernant les sons produits par votre enfant durant cette période ? *Si vous répondez « oui », merci d'expliquer.*

19. Quand votre enfant a dit son premier vrai mot ?

Oui Non 20. Votre enfant a-t-il continué à ajouter de nouveaux mots sur une base régulière ? *Si vous répondez « non », veuillez répondre à a et b ci- dessous.*
a. A quelle fréquence votre enfant ajoutait-il de nouveaux mots ?

b. Votre enfant utilisait-t-il fréquemment un autre moyen pour communiquer ?

Oui Non 21. Le développement de la parole et du langage de votre enfant a-t-il semblé s'interrompre durant une période ? *Si vous répondez « oui », veuillez répondre à a et b ci-dessous.*

a. Quand et pourquoi pensez-vous qu'il s'est interrompu ?

b. Comment votre enfant communiquait-il avec vous durant cette période ?

22. Quand votre enfant a commencé à dire deux ou trois mots ensemble ?

23. Quand votre enfant a-t-il commencé à utiliser des phrases plus complètes ?

24. Combien de mots différents peut maintenant dire votre enfant ?

25. Considérez-vous votre enfant comme bavard ou silencieux ?

26. Comment votre enfant vous fait-il savoir ce qu'il/elle veut ? *Si vous répondez par « pointage » ou « gestes, gestuelle » à cette question, veuillez répondre à a et b ci-dessous.*

a. Votre enfant essaye-t-il de parler en même temps qu'il pointe ?

b. Qui que ce soit dans la famille essaye-t-il de parler pour votre enfant ou d'interpréter ses gestes ?

Oui Non 27. Votre enfant a-t-il jamais mieux parlé qu'il ne le fait maintenant ? *Si vous répondez « oui » à cette question, veuillez expliquer.*

Oui Non 28. Pensez-vous que le langage de votre enfant est normal pour son âge ? *Si vous répondez « non » à cette question, veuillez répondre à a, b et c ci-dessous.*

a. Dans quelle mesure comprenez-vous le langage de votre enfant ?

b. Dans quelle mesure les personnes extérieures à la famille comprennent-elles votre enfant ?

c. Comment votre enfant réagit-il s'il n'est pas compris par les autres ?

Oui Non 29. Avez-vous des inquiétudes concernant la manière dont la langue ou la bouche de votre enfant fonctionnent lorsqu'il parle ou lorsqu'il mange ? *Si vous répondez « oui » à cette question, veuillez décrire.*

30. Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus concernant les compétences langagières (parole et langage) de votre enfant actuellement ?

31. Qu'avez-vous fait pour aider votre enfant à apprendre à parler ?

Oui Non 32. Y a-t-il quelque chose concernant le développement de la parole et du langage de votre enfant qui vous a paru inhabituel ? *Si vous répondez « oui » à cette question, veuillez décrire.*

33. Combien de temps votre enfant passe-t-il/elle avec d'autres enfants ?

Oui Non 34. Quelqu'un dans la famille a-t-il des antécédents de problèmes langagiers et de parole ? *Si vous répondez « oui » à cette question, veuillez décrire.*

35. Listez tous les autres spécialistes qui ont vu votre enfant :

Médical :

Audition :

36. Quelles informations concernant votre enfant aimeriez-vous le plus connaître à l'issue de cette évaluation ?

Sont listés ci-dessous les mots que les nourrissons et les tout-petits sont susceptibles de comprendre ou de dire. Veuillez mettre un ✓ à côté des mots que vous pensez que votre enfant comprend. Entourez les mots que votre enfant dit lorsqu'il/elle vous parle.

tout	montre (heure)	aller au lit	plus	chaussette
y'en a plus	manteau	aller au revoir	plus gâteau	cuillère
pomme	froid	aller dodo	bouche	bâton
bras	peigne/brosse	sortir	bonne nuit	arrête
bébé	gâteau	mamie	non	cuisinière
prénom	pain	papi	nez	balançoire
nounou	verre	chewing-gum	vieux	dents
balle	papa	cheveux	dessus	merci
ballon	couche	mains	dehors	soif
banane	sale	chapeau	papier	fatigué
doudou	chien	bonjour	téléphone	orteils
bidou/ ventre	ne fais pas /non	cheval	pizza	jouet
gros / grand	fini	chaud	s'il te plaît	camion
vélo	en bas	burger	pot	télé
livre	boire	hein ?	sac	uh-oh
bottes	oreilles	je	caillou	sous
garçon	mange	dans	regarde	debout
bête/ bébéte	manger gâteau	clé	chut	veux
lapin	yeux	mouchoir	jupe	mouillé
aurevoir	tomber	jambes	chaussure	quoi
bonbon	doigt	petit	assis/ assieds-toi	c'est quoi
voiture	fleurs	mama / maman	ciel	oui
chat / minou	fille	moi	dors	toi
chaise	vas-y	lait	neige	beurk
fromage	c'est parti	miens	si grand/ si gros	

Listez les noms de membres de la famille, amis ou animaux de compagnie que votre enfant dit.

.....

Listez tout autre mot dit par votre enfant.

.....

.....

Expression orale

O	P	R

31. Dit « maman » ou « papa » à bon escient
32. Imité des combinaisons de consonnes et de voyelles
33. Imité des sons non verbaux
34. Vocalise fréquemment avec intention
35. Utilise un mot pour appeler une personne
36. Dis 1 à 2 mots spontanément
37. Vocalise un désir de changer d'activité
38. Imité le nom d'objets familiers

O = Observé

P= Provoqué

R= Rapporté

DIRECTIVES DE NOTATION

INTERACTION-ATTACHEMENT

1. Se montre sensible / perçoit les humeurs d'autrui

L'enfant semble-t-il conscient et sensible aux humeurs d'autrui ?

Provoqué :

Mettre l'enfant face à soi. Parler à l'enfant avec enthousiasme en accentuant les mimiques faciales.
Parler à l'enfant d'un ton sérieux, le visage neutre.

Critère de notation :

L'enfant répond aux changements d'humeurs d'autrui. L'enfant peut sourire lorsqu'on lui présente un interlocuteur enthousiaste. L'enfant peut se calmer et sembler malheureux en réponse à un interlocuteur sombre ou pleurer lorsqu'un frère ou une sœur est grondé.

Rapporté :

- Comment votre enfant montre-t-il qu'il est conscient de vos différences d'humeur ?
- Votre enfant montre-t-il qu'il est conscient de vos différences d'humeur ?

2. Présente une peur des inconnus

L'enfant manifeste-t-il une peur accrue des personnes non familières ?

Observé :

Noter la réaction de l'enfant lorsqu'il est approché par une personne non familière.

Critère de notation :

L'enfant démontre une peur initiale des inconnus. L'enfant peut s'agiter, pleurer, se retirer ou se tourner vers la personne qui s'occupe de lui.

Rapporté :

- Comment votre enfant réagit-il face à une personne non familière ?
- Votre enfant semble-t-il avoir peur des inconnus ?

3. Accepte une brève séparation (physique) dans des situations nouvelles

L'enfant tolère-t-il une rupture momentanée du contact physique avec son adulte référent dans des situations non-familiales ?

Observé :

Observer la famille lorsqu'elle entre dans l'environnement de l'évaluation. Prendre note de la réponse de l'enfant au moment où la personne qui s'occupe de lui libère le contact pour la première fois.

Critère de notation :

L'enfant tolère une brève période de libération après un contact physique avec la personne qui s'occupe de lui. Une personne inconnue ne devrait pas s'approcher de l'enfant pendant ce temps.

Rapporté :

- Lorsque vous entrez dans une nouvelle situation, comment votre enfant réagit-il lorsque vous le posez ou lui lâchez la main ?
- Votre enfant se sépare-t-il facilement de vous dans de nouvelles situations ?

4. Peut se donner en spectacle pour attirer l'attention des autres

L'enfant fait-il quelque chose pour attirer l'attention des autres ?

Observé :

Noter les comportements que l'enfant dirige vers la personne qui s'occupe de lui ou l'examineur lorsqu'il ne reçoit pas ou ne maintient pas l'attention des autres.

Critère de notation :

L'enfant manifeste un comportement visant à obtenir ou à maintenir l'attention sociale d'autrui.

Rapporté :

- Que fait votre enfant quand il a besoin de votre attention ?

PRAGMATIQUE

5. Vocalise pour appeler les autres

L'enfant vocalise-t-il pour appeler autrui ?

Provoqué :

Faire jouer l'enfant avec des jouets qui l'intéressent beaucoup. Demander ensuite à la personne qui s'occupe de l'enfant de quitter la zone immédiate. Encourager l'enfant à appeler la personne qui s'occupe de lui.

Rapporté :

- Que fait votre enfant quand il veut que vous veniez à lui ?
- Votre enfant fait-il des sons pour vous appeler ?

Critère de notation :

L'enfant vocalise pour appeler d'autres personnes. L'enfant peut appeler un autre enfant de l'autre côté d'une barrière de sécurité pour enfants, vocaliser lorsqu'un adulte familial qui s'approche de chez lui, ou appeler une personne qui s'occupe de lui d'une autre pièce.

Conseil de test :

Ce point peut être coché conjointement avec l'item 35 de l'expression orale.

6. Indique un désir de changer d'activité

L'enfant indique-t-il un désir de changement d'activité ?

Observé :

Observer le jeu de l'enfant avec les jouets pendant l'évaluation.

Rapporté :

- Comment savoir si votre enfant est fatigué d'un jouet ou s'il veut changer d'activité ?
- Votre enfant vous fait-il savoir quand il veut changer d'activité ?

Critère de notation :

Le comportement de l'enfant indique qu'il veut un changement d'activité ou de jouet. L'enfant peut cesser de jouer avec le jouet qu'il tient, prendre un nouveau jouet ou se plaindre en regardant un jouet différent.

7. Vocalise quand une autre personne appelle

L'enfant vocalise-t-il quand une autre personne l'appelle ?

Provoqué :

Faire jouer l'enfant. Ensuite, demander à la personne qui s'occupe de l'enfant de sortir de son champ de vision. Demander à la personne qui s'occupe de l'enfant de l'appeler. Noter la réponse de l'enfant.

Critère de notation :

L'enfant vocalise lorsqu'une autre personne l'appelle.

Rapporté :

- Que fait votre enfant quand vous l'appellez d'une autre pièce ?

- Votre enfant vous rappelle-t-il lorsque vous l'appellez?

Conseil de test :

Si le frère ou la sœur de l'enfant est présent lors de l'administration de cette évaluation, demander à l'enfant de rester avec la personne qui s'occupe de lui et demander au frère ou à la sœur d'appeler l'enfant d'une autre pièce.

GESTUELLE

8. Couvre et découvre le visage lors de « coucou le voilà »

L'enfant couvre et découvre-t-il son visage durant le jeu du « coucou le voilà » ?

Provoqué :

Lever et abaisser la serviette devant le visage de l'enfant pour déclencher un jeu du « coucou le voilà » et invitez-le à retirer la serviette. Continuer le jeu jusqu'à ce que l'enfant place indépendamment la serviette sur son visage et l'enlève. Demander à la personne qui s'occupe de l'enfant de l'engager dans un jeu du « coucou le voilà ».

Critère de notation :

L'enfant couvre et découvre son visage avec une serviette ou ses mains lors d'un jeu du "coucou le voilà".

Rapporté :

- Décrivez comment votre enfant joue à « coucou le voilà » avec vous.
- Votre enfant couvre et découvre-t-il son visage lorsqu'il joue à « coucou le voilà » avec vous ?

Conseil de test :

Choisir une serviette légère pour ce jeu. Avoir plus d'une serviette à votre disposition et les laver régulièrement.

9. Tend les bras pour demander à se faire porter

L'enfant tend-il la main vers le haut pour demander à être porté ?

Observé :

Observer les interactions de l'enfant avec la personne qui s'occupe de lui pendant l'évaluation et au moment où la famille se prépare à quitter la structure de soin.

Critère de notation :

L'enfant tend vers le haut pour demander à être porté. L'enfant peut être invité à faire des gestes ou à verbaliser.

Rapporté :

- Que fait votre enfant quand il veut qu'on le porte ?
- Votre enfant lève-t-il les bras quand il veut qu'on le porte ?

Conseil de test :

Un enfant est susceptible de demander à être porté lorsqu'il est réuni avec la personne qui s'occupe de lui, lorsque la famille passe d'une pièce à l'autre ou lorsqu'elle se prépare à quitter la structure de soin.

10. Fait un signe de la main « bonjour » et « au revoir »

L'enfant fait-il signe « bonjour » ou « au revoir » ?

Provoqué :

Accueillir l'enfant à son arrivée ou lorsqu'il quitte le lieu de l'examen. Observer la réponse de l'enfant.

Critère de notation :

L'enfant salue « bonjour » ou « au revoir » à un moment approprié. La personne qui s'occupe de l'enfant peut demander à l'enfant de faire le signe.

Rapporté :

- Que fait votre enfant quand quelqu'un lui fait signe et lui dit « bonjour » ou « au revoir » ?

- Votre enfant vous salue-t-il « bonjour » ou « au revoir » ?

Conseil de test :

Il peut être nécessaire de noter l'item dans le rapport des parents, car l'enfant peut ne pas répondre socialement à une personne qui ne lui est pas familière.

11. Tend le bras pour montrer un objet (tenu)

L'enfant allonge-t-il le bras pour montrer un objet tenu dans sa main avec ou sans sollicitation verbale ?

Matériel :

De petits jouets adaptés à l'âge de l'enfant qui peuvent être facilement saisis par l'enfant, comme des poupées, des véhicules de jeu, des jouets à remontoir, des livres, des animaux de jeu ou des billes.

Observé :

Observer l'interaction de l'enfant avec les autres.

Critère de notation :

L'enfant tend son bras pour montrer un objet tenu dans sa main

Rapporté :

- Comment votre enfant vous montre-t-il un objet nouveau ou intéressant ?

- Votre enfant tend-il les bras pour vous montrer un objet dans sa main ?

Provoqué :

Lorsque l'enfant choisit un jouet, l'inviter à le montrer à la personne qui s'occupe de lui.

12. Pointe des objets (pour indiquer qu'il en a conscience)

L'enfant pointe-t-il un objet lorsqu'il le voit ?

Matériel :

Un jouet coloré ou un animal en peluche.

Rapporté :

- Que fait votre enfant quand il voit un jouet intéressant qui est hors de sa portée ?
- Votre enfant pointe-t-il vers des objets ?

Provoqué :

Placer le jouet coloré ou l'animal en peluche hors de portée de l'enfant sur un mur, une porte ou une fenêtre ordinaire de la salle d'examen. Avant d'entrer dans la pièce, demander à la personne qui s'occupe de l'enfant d'ignorer le jouet jusqu'à ce que l'enfant montre qu'il est conscient du jouet. Observer la réaction de l'enfant lorsqu'il voit le jouet pour la première fois.

Observé :

Observer les réactions de l'enfant aux objets qui l'intéressent pendant l'évaluation.

Critère de notation :

L'enfant désigne un objet pour indiquer qu'il est conscient de l'objet.

Conseil de test :

Pointer des objets en présence d'une autre personne indique qu'un enfant a élaboré une stratégie pour établir une attention conjointe avec les autres.

JEU

13. Participe (physiquement) dans des jeux de langage routinier

L'enfant réagit-il par des mouvements à des jeux de parole et de routine ?

Provoqué :

Demander à la personne qui s'occupe de l'enfant de donner des exemples de ses jeux d'expression et de routine préférés. Ces jeux peuvent inclure des jeux de doigts « ainsi font les petites marionnettes » ou « pomme de reinette et pomme d'api », des chansons simples ; ou une interaction ludique oui/non, comme « est-ce ton nez ? », par exemple. Inviter l'enfant à participer.

Rapporté :

- Comment réagit votre enfant lorsque vous jouez à un jeu de langage familier comme « ainsi font les petites marionnettes » ou « pomme de reinette et pomme d'api » ?
- Votre enfant aime-t-il jouer au jeu « ainsi font les petites marionnettes » et « pomme de reinette et pomme d'api » ?

Critère de notation :

L'enfant réagit par des mouvements physiques aux jeux de la routine vocale. L'enfant peut lever les bras en réponse à la question « quelle taille fait bébé », taper ses mains ensemble durant « pomme de reinette et pomme d'api » ou vocaliser et faire des gestes aux jeux de doigts et aux chants qui sont accompagnés de gestes.

Conseil de test :

Cet élément peut être noté conjointement avec l'item 22 du domaine « compréhension orale ».

14. Couvre son visage avec une serviette pendant « coucou le voilà »

L'enfant joue-t-il à « coucou le voilà » en couvrant et découvrant son visage avec une serviette ?

Matériel :

Une serviette.

Provoqué :

Lever et baisser une serviette devant le visage de l'enfant pour initier un jeu de « coucou le voilà ». Si l'enfant répond avec plaisir, placez légèrement la serviette sur son visage, dire « coucou le voilà » et demandez à l'enfant de retirer la serviette. Continuer le jeu jusqu'à ce que l'enfant place spontanément la serviette sur son visage ou l'enlève.

Conseil de test :

Choisir une serviette légère pour ce jeu. Avoir plus d'une serviette à portée de main et laver régulièrement les serviettes. Cet élément peut être noté conjointement avec l'item 8 du domaine « gestuelle ».

Critère de notation :

L'enfant tente de se couvrir le visage ou d'enlever la serviette de son visage pendant le jeu

Rapporté :

- Décrivez ce que fait votre enfant lorsqu'il joue à « coucou le voilà » avec vous.
- Votre enfant couvre et découvre-t-il son visage pour jouer à « coucou le voilà » ?

15. Résiste quand on lui prend un jouet

L'enfant résiste-t-il au retrait d'un jouet de sa prise ?

Matériel :

Les petits jouets qui peuvent être facilement saisis par l'enfant, comme les jouets sonores, les hochets, les bagues en plastique ou les petites poupées.

Rapporté :

- Que fait votre enfant quand vous essayez de lui prendre un jouet ?
- Votre enfant résiste-t-il à vous laisser lui prendre un jouet préféré ?

Conseil de test :

Ne pas retirer complètement le jouet de la main de l'enfant après avoir senti la force de résistance. L'enfant peut se fâcher si on lui enlève le jouet.

Provoqué :

Présenter à l'enfant une variété de jouets. Une fois que l'enfant a choisi un jouet, essayer de retirer le jouet de sa main.

Critère de notation :

L'enfant maintient une forte prise et tire le jouet vers lui, ou l'enfant pleure, pleure et se détourne de l'examineur ou de la personne qui s'occupe de lui.

16. Essaye d'obtenir un objet hors d'atteinte

L'enfant essaie-t-il d'atteindre ou de se rapprocher d'un objet qui est hors de sa portée immédiate ?

Matériel :

Les jouets pour bébés qui présentent un grand intérêt pour l'enfant, comme les jouets sonores, les balles, les cloches, les poupées, les jouets à écraser ou les jouets à pousser et à tirer.

Provoqué :

Retirer les jouets de la zone immédiate autour de l'enfant. Introduire un nouveau jouet, en le plaçant juste hors de la portée de l'enfant.

Critère de notation :

L'enfant fait des efforts physiques pour atteindre et récupérer un jouet. L'enfant peut se pencher, ramper ou rouler vers le jouet à tout moment pendant l'évaluation.

Observé :

Observer les tentatives de l'enfant d'obtenir les jouets désirés tout au long de l'évaluation.

Rapporté :

- Que fait votre enfant quand il veut un jouet hors de sa portée ?
- Votre enfant essaie-t-il d'obtenir un jouet hors de sa portée ?

17. Imiter le touillement avec une cuillère

L'enfant imite-t-il le fait de remuer une cuillère dans une tasse ?

Matériels :

Deux tasses larges et cuillères.

Provoqué :

En remuant une cuillère dans une tasse. Donner à l'enfant une tasse et une cuillère. Demander à l'enfant de remuer la cuillère dans la tasse.

Rapporté :

- Votre enfant imite-t-il le fait de remuer une cuillère dans une tasse ?

Critère de notation :

L'enfant imite le fait de remuer une cuillère dans une tasse.

18. Pousse une voiture-jouet

L'enfant pousse-t-il une voiture-jouet ?

Matériel :

Voitures-jouets.

Provoqué :

Placer les voitures-jouets à la portée de l'enfant. Modèle poussant une voiture. Si nécessaire, demander à l'enfant de pousser une voiture.

Rapporté :

- Comment votre enfant joue-t-il avec les voitures-jouets ?
- Votre enfant pousse-t-il les voitures-jouets ?

Critère de notation :

L'enfant pousse une voiture-jouet.

COMPREHENSION ORALE

19. Perçoit de nouveaux mots

Votre enfant manifeste-t-il de l'intérêt pour l'écoute de nouveaux mots ?

Rapporté :

- Comment votre enfant montre-t-il qu'il est intéressé par l'apprentissage de nouveaux noms d'objets, des personnes ou des lieux ?
- Votre enfant semble-t-il intéressé à écouter de nouveaux noms d'objets, de personnes ou de lieux ?

Critère de notation :

L'enfant montre un intérêt accru pour l'écoute de nouveaux mots. Il s'occupe du monde et de l'objet qu'il représente plus intensément et est moins distrait par d'autres curiosités ou sons lorsque de nouveaux objets ou personnes sont présentés.

20. Donne un objet sur requête verbale

L'enfant donne-t-il des objets familiers à un adulte sur demande verbale ?

Matériels :

Les jouets adaptés à l'âge des enfants, comme les ballons, les bagues en plastique, les perles, les poupées ou les animaux-jouets, ou les objets familiers, comme les chaussettes ou les chaussures.

Observé :

Observer la réponse de l'enfant si la personne qui s'occupe de lui demande un objet pendant l'évaluation.

Provoqué :

Demander à la personne qui s'occupe de l'enfant de choisir trois objets qui lui sont familiers. Placer les objets près de l'enfant. Sans faire de geste vers l'objet, demander à l'enfant de vous donner l'objet.

Rapporté :

- Quelles choses votre enfant peut-il vous donner quand vous le lui demandez ?
- Votre enfant peut-il vous donner des objets familiers quand vous le lui demandez ?

Critère de notation :

L'enfant donne un objet familier à un adulte sur demande verbale

Conseil de test :

Lorsque l'enfant doit faire l'objet d'une évaluation à l'extérieur de la maison, encourager la personne qui s'occupe de l'enfant à apporter certains de ses jouets préférés et à les utiliser pendant l'évaluation. Consulter la personne qui s'occupe de l'enfant avant d'administrer cet item pour vous assurer que tous les objets portent le même nom que ceux qui sont utilisés à domicile.

21. Regarde la personne qui nomme l'enfant

L'enfant regarde-t-il une personne qui prononce son nom ?

Observé :

Observer la réponse de l'enfant si une personne l'appelle pendant l'évaluation.

Rapporté :

- Que fait votre enfant lorsqu'une personne l'appelle par son nom ?
- Votre enfant vous regarde-t-il constamment quand vous l'appellez par son nom ?

Provoqué :

Faire jouer l'enfant. Appeler périodiquement le nom de l'enfant. Noter la réponse de l'enfant.

Critère de notation :

L'enfant regarde constamment la personne qui l'appelle.

22. Réalise une activité routinière sur requête verbale

L'enfant accomplit-il des activités quotidiennes de routine sur demande verbale ?

Rapporté :

- Quelle activité quotidienne votre enfant est-il capable d'accomplir lorsque vous le lui demandez ?
- Votre enfant pratique-t-il des activités qui font partie de sa routine quotidienne lorsque vous lui demandez ?

Critère de notation :

L'enfant exécute des activités simples qui font partie de sa routine quotidienne sur demande verbale. Il peut essayer de s'essuyer le visage ou de se peigner les cheveux lorsqu'on le lui demande.

23. Regarde les objets et personnes familiers lorsqu'ils sont nommés

L'enfant regarde-t-il des objets et des personnes familiers lorsqu'ils sont nommés ?

Matériels :

Des jouets adaptés à l'âge de l'enfant, comme une balle, un hochet, des clés en plastique, une poupée ou un animal en peluche, ou les jouets et articles personnels fournis par la personne qui s'occupe de lui.

Rapporté :

- Quels objets ou quelles personnes votre enfant regarde-t-il ou touche-t-il quand vous les nommez ?
- Votre enfant regarde-t-il ou attrape-t-il des objets et des personnes quand vous les nommez ?

Provoqué :

Demander à la personne qui s'occupe de l'enfant de choisir trois objets qui lui sont familiers. Placer les objets près de l'enfant et lui demander d'en trouver un, ou demander à l'enfant de chercher des personnes qui lui sont familières.

Critère de notation :

L'enfant regarde constamment des objets et des personnes familiers lorsqu'ils sont nommés.

24. Perçoit les objets mentionnés pendant la conversation

L'enfant s'occupe-t-il des objets mentionnés pendant la conversation ?

Observé :

Observer les réactions de l'enfant lorsque les noms des objets sont mentionnés pendant la conversation.

Provoqué :

Parler à l'enfant des jouets et des objets qui l'entourent. Noter où il regarde quand vous mentionnez les noms des objets.

Rapporté :

- Que fait votre enfant lorsque vous lui parlez de jouets ou d'objets quand vous vous adressez à lui ?
- Est-ce que votre enfant regarde les jouets ou les objets que vous mentionnez lorsque vous lui parlez ?

Critère de notation :

L'enfant regarde des jouets ou des objets mentionnés dans le cadre d'une conversation.

25. Peut suivre des consignes simples sur demande

L'enfant suit-il occasionnellement des consignes verbales simples ?

Matériels :

Des jouets adaptés à l'âge, comme une balle, un hochet, des clés en plastique, une poupée, un animal en peluche ou une boîte pleine.

Observé :

Observer la réaction de l'enfant aux ordres de la personne qui s'occupe de lui.

Provoqué :

Faire jouer l'enfant. Donner périodiquement à l'enfant des ordres verbaux au sujet des jouets, tels que « embrassez le bébé ». Ne pas faire de gestes. Noter les réponses de l'enfant.

Rapporté :

- Que fait votre enfant quand vous lui demandez de suivre des instructions simples avec ses jouets ?
- Votre enfant suit-il parfois des directives simples que vous lui donnez ?

Critère de notation :

L'enfant suit de façon incohérente des ordres simples présentés sans geste. L'enfant peut remettre un objet à un adulte ou agir sur un jouet d'une manière spécifique demandée.

26. Comprend des questions simples

L'enfant comprend-il les questions simples qui lui sont posées au sujet de sa routine quotidienne ?

Rapporté :

- Quelles questions, que votre enfant comprend, pouvez-vous lui poser au sujet de sa routine vie quotidienne ?
- Votre enfant comprend-il les questions simples que vous lui posez dans le cadre de votre routine quotidienne ?

Critère de notation :

L'enfant montre qu'il comprend au moins une question sur sa routine quotidienne à travers ses actions. Il peut se déplacer vers le réfrigérateur lorsqu'on lui demande s'il veut boire un verre ou bien aller à sa chaise haute lorsqu'on lui demande s'il est prêt pour le déjeuner.

27. Fait des gestes à des requêtes verbales

L'enfant fait-il un geste pour montrer qu'il comprend les demandes verbales ?

Observé :

Observer les réponses de l'enfant aux demandes de la personne qui s'occupe de lui au cours de l'évaluation.

Provoqué :

Demander à la personne qui s'occupe de l'enfant de décrire les situations où les gestes de l'enfant répondent à une demande verbale. Présenter des demandes similaires à l'enfant et noter ses réponses.

Rapporté :

- Quand votre enfant répond-il à vos demandes par des gestes ?
- Votre enfant répond-il parfois à vos demandes par des gestes ?

Critère de notation :

L'enfant répond par des gestes aux demandes verbales faites sans gestes. L'enfant peut souffler un baiser sur demande, frapper des mains lorsqu'on lui demande de jouer à faire « bravo », couvrir son visage lorsqu'on lui demande « où est bébé », ou secouer la tête « non » en réponse à une demande.

28. Verbalise ou vocalise en réponse à des requêtes verbales

L'enfant verbalise ou vocalise-t-il en réponse à des demandes verbales ?

Observé :

Observer les réponses de l'enfant aux demandes de la personne qui s'occupe de lui pendant l'évaluation.

Rapporté :

- Quand votre enfant répond-il à vos demandes en disant un mot ou en faisant des sons ?
- Votre enfant répond-il à vos demandes en disant un mot ou en faisant des sons à l'occasion ?

Provoqué :

Demander à la personne qui s'occupe de l'enfant de décrire les situations dans lesquelles l'enfant vocalise ou verbalise en réponse à une demande verbale. Présenter des demandes similaires à l'enfant et noter ses réponses.

Critère de notation :

L'enfant verbalise ou vocalise en réponse à une demande verbale faite sans gestes. L'enfant peut dire "non" en réponse à une demande ou peut faire des bruits d'animaux lorsqu'un adulte le lui demande.

29. Participe (verbalement) dans des jeux de langage routinier

L'enfant participe-t-il à des jeux répétitifs dans lesquels un adulte verbalise et l'enfant répond ?

Observé :

Demander à la personne qui s'occupe de l'enfant de décrire les jeux de conversation auxquels il joue régulièrement avec son enfant.

Rapporté :

- A quels jeux pouvez-vous jouer avec votre enfant dans lesquels vous dites quelque chose et votre enfant verbalise quelque chose en retour, en réponse ?

Critère de notation :

L'enfant participe à des jeux de routine verbale. L'enfant peut désigner des parties du corps ou des membres de la famille tels qu'ils sont nommés par un adulte. L'enfant peut applaudir en réponse à faire « bravo » ou se couvrir le visage lorsqu'il entend le « coucou le voilà ».

30. Identifie deux parties du corps sur lui-même

L'enfant identifie-t-il deux parties de son corps ?

Provoqué :

Demander à l'enfant de pointer les parties de son corps au fur et à mesure qu'ils sont nommés.

Critère de notation :

L'enfant identifie deux parties de son corps.

Rapporté :

- Quelles parties de son corps votre enfant peut-il vous montrer quand vous les nommez ?
- Votre enfant peut-il identifier deux ou plusieurs parties de son corps lorsque vous les nommez ?

Conseil de test :

Les yeux, le nez, la bouche, les cheveux, le ventre et les oreilles sont souvent les parties du corps les plus familières au jeune enfant.

EXPRESSION ORALE

31. Dit « maman » ou « papa » à bon escient

L'enfant dit-il « maman » ou « papa » comme nom spécifique pour sa mère, son père ou la personne qui s'occupe principalement de lui ?

Observé :

Observer les verbalisations spontanées de l'enfant pendant l'évaluation. Noter si l'enfant dit "maman" ou "papa" pendant l'évaluation.

Rapporté :

- Votre enfant a-t-il des noms qu'il utilise juste pour vous et son père ?
- Votre enfant vous appelle-t-il « maman » ? Votre enfant appelle-t-il quelqu'un d'autre « maman » ou « papa » ?

Critère de notation :

L'enfant utilise « maman » comme nom spécifique pour sa mère ou sa principale gardienne ou « papa » comme nom spécifique pour son père ou son principal gardien. Il ne continue pas à appeler d'autres femmes « maman » ou d'autres hommes « papa ».

32. Imite des combinaisons de consonnes et de voyelles

L'enfant imite-t-il des combinaisons de consonnes et de voyelles ?

Observé :

Dresser une liste des combinaisons de consonnes et de voyelles que l'enfant imite spontanément pendant l'évaluation.

Rapporté :

- Quelles combinaisons de sons votre enfant peut-il imiter ?
- Votre enfant imite-t-il des combinaisons de sons tels que « da, na, ta » ou « ga » lorsque vous les dites en premier ?

Provoqué :

Essayer d'avoir un échange vocal avec l'enfant. Modéliser des combinaisons de consonnes et de voyelles, telles que « da, na, ta, ma, ga » ou « ba ». Dresser une liste des différentes combinaisons de consonnes et de voyelles que l'enfant imite.

Critère de notation :

L'enfant imite un plus large éventail de combinaisons de consonnes et de voyelles du modèle d'un adulte.

33. Imite des sons non verbaux

L'enfant imite-t-il des sons non verbaux ?

Matériel :

Jouets bruyants, comme un tambour, un animal et un téléphone.

Provoqué :

Faire jouer l'enfant. Modéliser les sons non vocaux associés aux jouets, comme le miaulement d'un chat, la sonnerie d'un téléphone ou le son d'un tambour. Au besoin, inviter l'enfant à imiter le son. Dresser une liste des sons que l'enfant imite.

Observé :

Dresser une liste des sons non vocaux que l'enfant imite spontanément pendant l'évaluation.

Rapporté :

- Quels bruits d'animaux, bruits domestiques ou sons d'instruments de musique votre enfant imite-t-il ?
- Votre enfant imite-t-il les bruits d'animaux, les bruits domestiques ou les sons d'instruments de musique ?

Critère de notation :

L'enfant imite des sons non verbaux, tels que des bruits d'animaux, des instruments de musique ou des sons domestiques.

34. Vocalise fréquemment avec intention

L'enfant utilise-t-il des vocalisations intentionnelles ?

Rapporté :

- Quels sons votre enfant utilise-t-il pour vous dire ce dont il a besoin ou ce qu'il veut ?
- Utilise-t-il souvent ces sons ?
- Votre enfant utilise-t-il souvent des sons, comme des cris et des gémissements, pour attirer votre attention ou vous faire savoir ce qu'il veut ?

Critère de notation :

La personne qui s'occupe de l'enfant rapporte que l'enfant utilise fréquemment des vocalisations intentionnelles. L'enfant peut crier pour attirer l'attention ou gémir dans un but précis.

35. Utilise un mot pour appeler une personne

L'enfant utilise-t-il un mot pour appeler une personne ?

Observé :

Noter si l'enfant appelle la personne qui s'occupe de lui ou ses frères et sœurs au cours de l'évaluation.

Critère de notation :

L'enfant utilise un mot pour appeler une personne. L'enfant peut dire « maman, papa » ou une approximation du nom d'un frère ou d'une sœur, ou il peut utiliser un autre mot plus général pour appeler les gens.

Rapporté :

- Comment votre enfant vous appelle-t-il ou appelle-t-il les autres membres de la famille ?
- Votre enfant appelle-t-il les gens en essayant de dire leur nom ou en utilisant un certain mot ?

36. Dit un à deux mots spontanément

L'enfant dit-il spontanément deux mots vrais autres que "maman" ou "papa" ?

Matériels :

Jouets adaptés à l'âge, comme une boîte pleine, une poupée et une bouteille, des balles, des anneaux d'empilage, des animaux-jouets, des jouets à pousser et à tirer, ou des appareils bruyants

Provoqué :

Faire jouer l'enfant en toute liberté. Modéliser des phrases courtes sur le jeu de l'enfant. Faire des pauses fréquentes pour permettre à l'enfant de verbaliser.

Critère de notation :

L'enfant dit spontanément un ou deux vrais mots autres que « maman » ou « papa ».

Observé :

Dresser une liste des verbalisations spontanées de l'enfant pendant l'évaluation.

Rapporté :

- Combien de mots votre enfant dit-il tout seul ?
- Quels sont ces mots ?

Conseil de test :

Si possible, inclure des objets dans le jeu libre que la personne qui s'occupe de l'enfant rapporte comme des mots que l'enfant peut dire. Cependant, ne pas hésiter à inciter l'enfant à choisir ces jouets pour jouer. Cet élément peut être noté conjointement avec l'item 38 de l'expression orale.

37. Vocalise un désir de changer d'activité

L'enfant s'exprime-t-il avec des vocalises pour indiquer son désir de changer d'activité ?

Observé :

Observer le jeu de l'enfant pendant l'évaluation.

Rapporté :

- Que fait votre enfant lorsqu'il veut changer d'activité?
- Votre enfant fait-il des bruits pour signaler qu'il veut changer d'activité ?

Critère de notation :

L'enfant vocalise quand il veut changer d'activité. Il peut gémir et tendre la main vers un autre jouet ou il peut appeler la personne qui s'occupe de lui pour obtenir de l'attention lorsqu'il se lasse d'un jouet.

Conseil de test :

Ce point peut être noté conjointement avec l'item 6 du domaine « pragmatique ».

38. Imite le nom d'objets familiers

L'enfant essaye-t-il d'imiter les noms d'objets familiers ?

Observé :

Noter les imitations verbales spontanées de l'enfant et les approximations des mots pendant l'évaluation.

Rapporté :

- Votre enfant essaye-t-il d'imiter les noms d'objets familiers ?
- Quels noms d'objets essaye-t-il d'imiter ?

Provoqué :

Demander à la personne qui s'occupe de l'enfant de choisir plusieurs jouets qui lui sont familiers ou que l'enfant essaie de nommer à la maison. Amener l'enfant à jouer avec ces jouets. Modéliser les noms de ces jouets pendant le jeu. Noter si l'enfant imite spontanément ces mots pendant le jeu.

Critère de notation :

L'enfant tente d'imiter les noms d'objets familiers. Il utilise toujours le même terme pour un objet, bien qu'il ne s'agisse peut-être que d'une approximation du mot.

Résumé :

Tout au long de la vie d'un individu, développement physique et psychologique, langage et interaction sociale sont profondément dépendants. La première année de vie marque une période fonctionnellement charnière dans le développement de l'enfant et le prépare notamment au langage. Ainsi, un enfant qui ne parle pas inquiète son entourage et nécessite d'être évalué par un professionnel de la petite enfance tel que l'orthophoniste. Cependant, afin de prendre en charge ces enfants d'âge pré-linguistique, les professionnels de santé ont peu d'outils à disposition. C'est pourquoi notre étude s'est intéressée à un nouveau test, quasiment inconnu en France : l'échelle de langage du nourrisson et du petit enfant de Rossetti. Nous l'avons traduite et administrée à une population de vingt-six jeunes enfants francophones et anglophones, âgés de 9 à 12 mois. En corrélant les résultats des deux populations, nous avons pu valider la traduction de cette échelle pour la tranche d'âge 9-12 mois. Ce mémoire propose donc un nouvel outil de dépistage précoce du langage et de la communication, à l'adresse de tous ceux qui sont confrontés à de très jeunes enfants dont le langage ou les capacités de communication pourraient être perturbés.

Mots-clés :

Évaluation précoce - Communication pré-linguistique - Nourrisson — Langage

Abstract :

Throughout an individual's life, physical and psychological development, language and social interaction are deeply dependent. The first year of life is a functionally pivotal period in a child's development, and particularly prepares the child for language. Thus, a child who does not speak worries those around him and needs to be assessed by an early childhood professional such as a speech therapist. In order to take care of these pre-linguistic children, health professionals have few tools at their disposal. This is why our study focused on a new test, almost unknown in France : Rossetti's infant and toddler language scale. We translated it and administered it to a population of twenty-six young francophone and anglophone children, aged 9 to 12 months. By correlating the results of the two populations, we were able to validate the translation of this scale for the 9-12 month age group. This dissertation therefore offers a new tool for the early detection of language and communication difficulties for all those who are confronted to very young children whose language or communication skills could be disturbed.

Keywords :

Early-intervention – Pre-linguistic communication- Infant – Language

