

UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de médecine et de pharmacie
Ecole d'orthophonie

Année 2013-2014

MEMOIRE

en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie

présenté par

Louise CHEVAL

**L'ENFANT FACE A LA TELEVISION : UNE PREVENTION
PRIMAIRE A INVENTER EN ORTHOPHONIE**

**EXPERIMENTATION D'UNE PLAQUETTE COMME OUTIL DE
SENSIBILISATION AUPRES DES ORTHOPHONISTES ET DES
FAMILLES**

Directeurs du mémoire : Madame Marie-Hélène ROSSI-DAUDE, orthophoniste
Madame Lydie MOREL, orthophoniste

Autre membre du jury : Madame Nadine RABIOUX, médecin de PMI

UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de médecine et de pharmacie
Ecole d'orthophonie

Année 2013-2014

MEMOIRE

en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie

présenté par

Louise CHEVAL

**L'ENFANT FACE A LA TELEVISION : UNE PREVENTION
PRIMAIRE A INVENTER EN ORTHOPHONIE**

**EXPERIMENTATION D'UNE PLAQUETTE COMME OUTIL DE
SENSIBILISATION AUPRES DES ORTHOPHONISTES ET DES
FAMILLES**

Directeurs du mémoire : Madame Marie-Hélène ROSSI-DAUDE, orthophoniste
Madame Lydie MOREL, orthophoniste

Autre membre du jury : Madame Nadine RABIOUX, médecin de PMI

Remerciements

Je tiens à remercier très sincèrement :

Mme Marie-Hélène ROSSI-DAUDE,

Merci d'avoir accepté de m'encadrer pour ce mémoire après avoir fait naître l'envie de développer ce sujet suite à l'un de vos cours. Merci de m'avoir soutenue tout au long de l'année. Merci pour votre présence, vos encouragements, vos précieux conseils. Merci d'avoir cru en notre projet.

Mme Lydie MOREL,

Merci d'avoir accepté de codiriger ce mémoire. Merci du temps que vous m'avez accordé. Merci pour toutes vos remarques toujours si pertinentes qui ont fait évoluer ce travail et mûrir notre réflexion. Merci de m'avoir mis en contact avec Noémie Freund sans qui nous n'aurions pas pu tester l'utilisation de cette plaquette.

Mme Olivia ALEXANDRE,

Merci pour votre accueil si chaleureux et pour tout ce que vous m'avez fait partager en termes de pratiques orthophoniques. Merci pour votre soutien tout au long de l'année, pour vos encouragements.

Mme Charline GIRAUD-LEROUX

Merci pour cette année de stage très riche d'enseignement et de découvertes. Merci de m'avoir accueillie avec autant de gentillesse et de bienveillance. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis, pour votre soutien. Merci également à vous et à votre mari pour votre participation à l'impression des plaquettes.

Mme Noémie FREUND,

Merci pour ton soutien tout au long de l'année, pour ta disponibilité, le partage de ton expérience. Un grand merci pour m'avoir donné l'occasion de travailler avec la plaquette que toi et ta collègue, Nathalie MATHIEU, avez créée. Merci à vous deux. Merci d'avoir permis que notre projet prenne forme sur ce sujet qui nous tient à cœur. J'espère que ce n'est que le début d'un très beau projet qui est en train de se dessiner au jour le jour avec cette plaquette.

Mme Emilie HELIO et l'ensemble des orthophonistes des « Ortho Vienne(nt) »

Merci d'avoir cru au projet et de m'avoir soutenue dès le départ. Merci de m'avoir aidée dans la mise en œuvre de la sensibilisation auprès des orthophonistes. Merci de votre participation, à toutes, à l'étude.

Toutes les orthophonistes qui ont participé à l'expérimentation,

Merci pour votre enthousiasme pour notre projet, merci du temps que vous m'avez accordé et de vos encouragements.

Mme Magali DUROY,

Un grand merci pour tout le travail que vous avez fourni pour révéler tout le potentiel de la plaquette et mettre ainsi en valeur le travail de Noémie FREUND et Nathalie MATHIEU. Merci pour votre temps, votre disponibilité, votre savoir-faire. Merci également pour votre travail autour de la création du livret final.

Mme RABIOUX,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, et de l'intérêt que vous avez porté à cette problématique.

Toutes les orthophonistes qui m'ont reçue au cours de mes années d'études,

Merci pour tout ce que vous m'avez transmis, pour votre accueil. Merci de m'avoir transmis votre passion du métier d'orthophoniste et de m'avoir offert une vision si plurielle de la profession. Merci également à tous vos patients qui ont accepté que je sois présente et qui m'ont tellement apporté.

L'école d'orthophonie de Poitiers ainsi que tous les enseignants,

Merci à tous les enseignants pour vos cours riches de savoirs, pour tout ce que vous nous avez transmis. Merci également à tout le personnel qui s'est investi dans pour que notre formation soit de qualité et qu'elle se déroule le mieux possible.

Mes parents,

Merci pour votre soutien au quotidien. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir permis de réaliser mes projets en me donnant les moyens nécessaires pour y arriver. Merci d'être si présents malgré la distance. Merci également pour vos précieuses relectures tout au long de

l'année et vos conseils pour ce mémoire. Merci d'avoir toujours été là, même dans les moments plus difficiles. Merci pour votre amour.

Ma sœur,

Merci d'être toujours là pour moi et de m'encourager dans tout ce que j'entreprends. Merci pour tous les bons moments passés et à venir, pour notre complicité, pour ton amour, pour tout ce que tu m'apportes. Merci également à Anthony, à Adèle, pour toute la joie que vous mettez dans nos vies à tous, pour votre bonne humeur.

Mes grands-parents,

Merci pour votre amour et pour votre soutien. De tout mon cœur, merci.

Lise DERAM,

Je te remercie pour ton soutien tout au long de l'année, pour ces quatre années extraordinaires, pour les moments que nous avons partagés, dans la joie, mais aussi dans les révisions, dans les moments de découragement. Merci pour tous ces bons week-ends avec toi et Quentin. A nos projets d'avenir.

Tout le reste de ma famille,

A ma marraine, merci d'avoir toujours été présente à mes côtés, même de l'autre côté de l'océan, à mon parrain, mes oncles et tantes, cousins et cousines, merci.

Mes amis,

Merci à vous tous, Priscille, Benoît, pour votre bonne humeur et votre accueil toujours si chaleureux, Blandine, merci d'être toujours aussi présente malgré la distance, disponible et à l'écoute, merci à toi, à Nicolas, à Hélène, à Laëtitia pour ta disponibilité, tes bons conseils, ta gentillesse.

La promotion Hélène Keller de l'école d'orthophonie de Poitiers,

Merci pour ces quatre années partagées, pour les bons moments passés en cours mais aussi pour tout ce que cela nous a permis de vivre ensemble en dehors.

Table des matières

Liste des figures	1
INTRODUCTION.....	2
PARTIE THEORIQUE.....	4
I-La prévention.....	4
1-Introduction.....	4
2-Définitions : de la santé à la prévention.....	5
2.1-Définition de la santé par l’OMS	5
2.2-Les autres définitions de la santé	5
2.3-Les trois stades de la prévention.....	6
2.3.1-La prévention primaire.....	6
2.3.2-La prévention secondaire	7
2.3.3-La prévention tertiaire.....	7
2.4- Classification de la prévention selon R.S. Gordon	7
2.4.1-La prévention universelle.....	7
2.4.2-La prévention sélective	7
2.4.3-La prévention ciblée ou indiquée	8
3-La prévention : politique de santé publique.....	8
3.1-Directives et positions gouvernementales.....	8
3.1.1- Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé.....	8
3.1.2 L'Education Nationale	9
3.2-Les moyens et les organismes.....	10
3.2.1-L'INPES	10
3.2.3-L'ARS.....	11
4-Appuis sociologiques	11
4.1-Comment déterminer et toucher une population-cible?.....	11

4.1.1-Prévention de masse ou prévention ciblée?	11
4.1.2-Toucher la population ciblée.....	12
4.2-Les aléas de la prévention	13
4.2.1-La stigmatisation	13
4.2.2-Les risques concurrents.....	14
4.2.3-Bénéfices secondaires des conduites.....	14
4.2.4-Multiplicités des facteurs	15
5-Historique de la prévention en orthophonie.....	15
5.1-Inscription de la prévention dans le décret des actes de la profession.....	15
5.2-Les trois stades de la prévention au sein de la pratique orthophonique.....	16
6-La prévention en orthophonie : développement.....	17
6.1-L'information.....	17
6.2-La formation.....	17
6.3-Le dépistage précoce.....	18
6.4-L'orientation, les soins et les mesures d'accompagnement.....	19
7-Les principaux domaines de prévention en orthophonie	19
7.1-L'oralité.....	19
7.2- Le langage oral.....	20
7.3-Le langage écrit.....	21
7.4-La phonation	21
7.5-L'audition.....	22
7.6-Le vieillissement	22
7.7-L'aphasie.....	23
7.8-La maladie d'Alzheimer.....	23
7.9-L'illettrisme.....	24
8-Les outils de la prévention	24
9-La prévention à différentes échelles.....	24

9.1-La prévention au niveau national : les différents ministères, la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO).....	25
9.2-La prévention au niveau local : Les associations de prévention.....	25
9.3-La prévention au niveau individuel : Les orthophonistes, en salariat ou en libéral.....	25
II-Les écrans.....	26
1-Le développement de l'enfant.....	26
1.1-Le développement cognitif, psychomoteur et affectif de l'enfant.....	27
1.2-La manipulation ou travail des mains et ses enjeux.....	28
1.3-Apprentissage par l'imitation et le jeu.....	29
1.4-Le très jeune enfant, son développement et les écrans.....	30
1.4.1-Attention, mémoire de travail.....	32
1.4.2-Interactions parents-enfant.....	32
1.5-La télévision, entrave au développement du jeu.....	33
1.6-L'enfant captif de l'écran.....	34
2-La télévision, le temps et les relations humaines.....	34
2.1-La présence grandissante des écrans dans les foyers et dans le quotidien des individus.....	34
2.1.1-La place de la télévision dans les foyers.....	34
2.1.2-La télévision, source d'occupation.....	35
2.1.3-La télévision et les temps de repas.....	35
2.2-La télévision : « un écran aux relations humaines ».....	36
2.2.1-Ecoute et communication.....	36
2.3-Des écrans chronophages.....	37
2.3.1-Les écrans et les apprentissages.....	38
2.3.2-Ecrans, activités physiques et temps consacré aux jeux.....	39
2.3.3-La lecture.....	39
2.3.4-Les écrans et le sommeil.....	40
2.3.5-Moins de temps pour s'ennuyer... et donc imaginer... rêver.....	40

3-Les répercussions possibles	41
3.1-Les risques cognitifs	41
3.1.1-Le langage	41
3.1.2-Le raisonnement.....	42
3.1.3-L'attention.....	42
3.1.4-L'imagination et l'enkystement des identifications précoces.....	43
3.1.5-La lecture	44
3.2-Les risques pour la santé	44
3.2.1-Le sommeil.....	44
3.2.2-La sédentarité	45
3.2.3-Les problèmes visuels	45
3.2.4-Les risques alcooliques et tabagiques, les troubles alimentaires	46
3.2.5-Le risque « d'addiction »	46
PARTIE PRATIQUE	47
I-Arguments sous tendant la réflexion autour de l'émergence d'une problématique	47
1-Naissance du projet	47
1.1-Sensibilisation à la problématique des écrans au cours de notre cursus	47
1.2-Recherches sur le sujet et rencontre de personnes travaillant sur cette problématique.....	47
1.3-Le Festival audiovisuel en orthophonie	48
1.3.1-Quelques exemples recueillis au cours des témoignages.....	49
1.3.2-Présentation de la plaquette	49
1.4-Conférences sur le sujet	50
1.4.1-Conférence de M. Desmurget	50
1.4.2-Conférence à Niort (28/11/13).....	51
1.4.3-Conférence de Serge Tisseron à Poitiers	51
II-Problématique.....	53

III-Partie expérimentale.....	53
1-Première phase de la méthodologie	53
1.1-Déroulement et mise en œuvre.....	53
1.2-Les grandes tendances de la prévention dans la pratique actuelle des orthophonistes	54
1.2.1-Eléments recherchés et moyens mis en œuvre.....	54
1.2.2-Elaboration du questionnaire	54
1.2.3-Participation, résultats obtenus et interprétation.....	55
Question n°1	55
Question n°2.....	56
Question n°3.....	56
Question n°4.....	57
Question n°5.....	57
Question n°6.....	57
Question n°7.....	58
Question n°8.....	58
Question n°9.....	59
Question n°10.....	59
Question n°11.....	60
Question n°12.....	60
Question n°13.....	61
Question n°14.....	61
Question n°15.....	62
Question n°16.....	62
1.2.4-Conclusions.....	62
1.3-Travail autour du support de la plaquette.....	63
2-Deuxième phase de la méthodologie	63

2.1-Contact direct avec les orthophonistes de la Vienne et recherche de participants.	63
2.2-Sensibilisation préalable des orthophonistes	64
2.3-Elaboration d'une trame pour le recueil des expériences	65
3-Phase de recueil des informations	66
4-Exposé des résultats	66
4.1-Abord du sujet des écrans avec les familles.....	66
4.2-Présentation de la plaquette.....	67
4.3-Age et sexe des enfants concernés	67
4.4-Modalités de présentation de la plaquette	67
4.4.1-Moment de présentation.....	67
4.4.2-Introduction de la plaquette	69
4.5-Engagement dans une réflexion avec les parents.....	69
4.6-Accueil de la prévention par les parents	70
4.6.1-Réaction par rapport au sujet	70
4.6.2- Réactions par rapport à la plaquette	70
4.6.3-Engagement dans la réflexion	71
4.7-L'orthophoniste et la plaquette	71
4.7.1-La plaquette comme support utile dans l'échange à visée préventif ?.....	71
4.7.2-Difficultés relevées	72
4.7.3-Avantages relevés	72
4.7.4-Questionnement de l'orthophoniste sur sa pratique.....	73
4.7.5-Eventuels besoins méthodologiques	74
4.7.6-Besoin en informations complémentaires.....	75
5-Création d'un livret pour les orthophonistes, accompagnant la plaquette	76
DISCUSSION	81
I-Limites et critiques de notre travail	81
1-D'un point de vue théorique.....	81

2-D'un point de vue méthodologique.....	81
2.1-Représentativité de notre population	81
2.2-Délais de notre étude.....	82
2.3-Interprétation des résultats	82
2.3.1-Premier questionnaire	82
2.3.2-Utilisation de la plaquette	82
CONCLUSION	83
BIBLIOGRAPHIE	85
ANNEXES	89

Liste des figures

Figure 1 : La prévention dans la pratique des orthophonistes.....	55
Figure 2 : Fréquences des différents sujets abordés par les orthophonistes.....	56
Figure 3 : Aisance ressentie lors de l'abord des différents sujets de prévention.....	56
Figure 4 : Sensibilisation de l'orthophoniste à la problématique des écrans.....	58
Figure 5 : Fréquence de l'abord du sujet des écrans par les orthophonistes avec les familles .	58
Figure 6 : Accueil réservé au discours de l'orthophoniste par les familles.....	59
Figure 7 : Fréquence du questionnement du rythme des journées de l'enfant par l'orthophoniste.....	60
Figure 8 : Observations de l'orthophoniste concernant l'importance des différentes activités de l'enfant.....	61
Figure 9 : Ages majoritairement concernés par une exposition importante aux écrans.....	62

INTRODUCTION

« Les lieux de soins sont parmi les rares espaces où l'individu peut encore, aujourd'hui, être entendu, tisser des liens et prendre conscience de l'impact des dysfonctionnements de la société sur sa santé. » (Cognard & Lalande, 2013)

Le cabinet de l'orthophoniste fait partie de ces espaces dont il est question dans l'édition de la revue « Pratiques », véritable lieu de soins et de prise en charge, mais aussi de prise en compte de l'individu dans sa globalité. Par son savoir-faire, son savoir-être et son « savoir-dire », il se révèle être un professionnel privilégié dans l'instauration d'une relation de confiance permettant un soin efficace et personnalisé. Par des actions de prévention et de sensibilisation à certains sujets jugés importants par l'orthophoniste, un accompagnement peut être proposé aux familles et se mettre en place d'un commun accord, en tenant compte des spécificités de chaque situation.

Ainsi, la prévention fait partie des missions de la profession d'orthophoniste. Les sujets susceptibles d'être abordés sont multiples et reflètent l'évolution de nos sociétés et de nos comportements.

Aujourd'hui, c'est la question des écrans que nous avons décidé d'interroger, problématique devenue incontournable par la place importante, voire l'omniprésence, que ceux-ci ont pris ces dernières années, modifiant nos habitudes, nos relations aux autres, nos modes d'appréhension du réel.

Avec le recul actuel, on sait désormais que l'exposition aux écrans est à adapter à chaque âge, aussi bien en ce qui concerne le contenu que la durée d'exposition.

Mais, si les écrans sont devenus incontournables dans le quotidien, la prise en compte des répercussions possibles de ceux-ci sur le développement général des enfants, sur leur comportement et sur leur langage est loin d'être une réalité présente à l'esprit de chacun.

Nous avons donc souhaité travailler sur la problématique des écrans comme sujet de prévention. Pour cela, nous avons voulu tester l'introduction et l'utilisation d'une plaquette d'information à destination des parents, mais aussi d'une certaine manière des professionnels, dans la mise en place d'un réel accompagnement faisant suite à la sensibilisation à la réalité que représentent les écrans.

Dans un premier temps, nous exposerons la théorie sous-jacente en matière de prévention ainsi que les résultats des recherches sur les écrans ayant soutenu notre réflexion au regard des connaissances sur le développement de l'enfant. Dans la seconde partie, nous exposerons notre problématique ainsi que la méthodologie de travail mise en place afin d'apporter des éléments de réponse à cette dernière. Nous en analyserons les résultats et nous nous appuierons sur ceux-ci pour l'élaboration d'un outil spécifique à destination des orthophonistes. Celui-ci s'inscrit dans le développement d'actions de prévention et offre des possibilités de réponses aux questions qui auront pu émerger au cours de notre expérimentation. Enfin, nous proposerons une discussion critique de notre travail avant de conclure en proposant une ouverture sur les perspectives en orthophonie.

PARTIE THEORIQUE

I-La prévention

1-Introduction

Le terme prévention vient du latin *praeventio* qui veut dire « *précéder, venir avant* ». L'histoire de nos sociétés contemporaines est marquée par la prévention et ses actions, ce qui a permis d'améliorer la santé des populations. Le principe de prévention s'est progressivement imposé, au point de devenir une évidence.

La prévention revêt plusieurs sens, dont le plus courant est : « *Ensemble des mesures préventives contre certains risques ; organisation chargée de les appliquer.* » (Le Nouveau Petit Robert, 2010). Ainsi, pour en comprendre les fondements, il faut se reporter à la notion de risque. C'est en effet cette notion qui a fait de la prévention ce qu'elle est aujourd'hui. Elle lui a fourni des objectifs, notamment avec l'émergence de « conduites à risques ». Dès le XIV^{ème} siècle, on retrouve le terme de « risque », associé à une volonté d'anticiper sur l'avenir. Il se rapporte alors à la notion de fait accidentel sans se réduire à une catégorie précise et déterminée d'éléments ou de situations. Tout peut, par définition, devenir un risque. Cette manière de percevoir le monde et l'avenir comme potentiellement porteurs de risques traduit une attitude marquée par une volonté de maîtriser l'avenir. Le mode d'appréhension du réel s'en trouve alors modifié, concevant les obstacles futurs en accidents potentiels.

Le risque et son évaluation, sa prévision sont devenus l'une des préoccupations primaires des individus, dans une recherche de contrôle et de limitation des effets liés à celui-ci. De sorte que, pour Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti (2009, p.15.), « *la prévention reflète aujourd'hui la "mise en risque" du monde en même temps qu'elle y participe.* ».

Au XIV^{ème} siècle déjà, on retrouve également le terme de prévention. Il est alors plutôt réservé à l'usage médical. Petit à petit, celui-ci va faire son apparition dans d'autres domaines, prenant alors un sens juridique, psychologique, mais aussi économique. C'est seulement au XIX^{ème} siècle qu'il prend son sens moderne : « *aller au-devant de quelque chose pour y faire obstacle* », dépassant ainsi chaque définition partielle, la prévention devient globale. On y retrouve « *l'ensemble des mesures destinées à garantir l'individu ou la société contre certains risques.* ». Tous les secteurs de la vie publique et privée sont concernés : médecine prophylactique, prévention des accidents du travail, prévention médico-sociale, protection de l'enfance, etc. Aujourd'hui encore, la prévention n'a de cesse de s'étendre, par

exemple dans le secteur marchand avec notamment les notions d'assurance et de garantie. Elle est le témoin de l'évolution de nos sociétés et de nos modes de vie et ce, à travers les différentes époques. Notre façon de considérer le risque, de le démultiplier et de chercher à s'en prémunir traduit un changement dans le rapport que l'Homme entretient avec sa santé et ce qu'elle signifie pour lui.

2-Définitions : de la santé à la prévention

2.1-Définition de la santé par l'OMS

L'OMS, organisation mondiale de la santé, définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition est celle qui figure au préambule de la Constitution, rédigée en 1946 et à laquelle on se réfère encore actuellement.

Cette définition met en exergue la difficulté d'établir des repères unanimes pour décrire l'état de santé. La notion sous tendue est en effet relative, ne se limitant pas à la simple absence de maladie. Elle repose sur la convergence de tout un ensemble de facteurs, de déterminants qui viennent influencer sur l'état général de la personne. Aucune mesure ne peut servir de référence. Le bien-être est difficilement une donnée directement quantifiable. C'est un ressenti, et il constitue de ce fait, une donnée subjective.

Dès lors, on mesure la complexité d'évaluer la santé des populations et l'impact des différentes mesures visant à préserver celle-ci. Cette définition plurielle légitime la prise en charge globale de la personne. Soigner un individu, ce n'est pas seulement traiter un symptôme ou en éradiquer les effets.

L'OMS s'est donnée pour mission de défendre et de promouvoir la santé de tous les individus. Celle-ci est un droit qui doit parfois être défendu. En effet, selon cette définition, la santé suppose la satisfaction de l'ensemble des besoins fondamentaux de l'être, sanitaires certes, mais également nutritionnels, sociaux, affectifs, culturels et ce, tout au long de la vie de la personne. Les mesures qui l'accompagnent doivent donc tenir compte de ces différents aspects et veiller à leur satisfaction.

2.2-Les autres définitions de la santé

D'autres définitions de la santé existent. Le Petit Robert (2010) distingue cinq sens que ce terme peut recouvrir. Du latin *sanus*, « sain », elle consiste en un « *Bon état physiologique d'un être vivant, fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme* »

pendant une période appréciable (indépendamment des anomalies ou des traumatismes qui n'affectent pas les fonctions vitales) ». Il s'agit également du « Fonctionnement plus ou moins harmonieux de l'organisme, sur une période assez longue ». On retrouve dans cette définition la relativité de cette notion qui ne repose pas sur des termes positifs, clairement identifiables. Le Petit Robert définit encore la santé comme étant « Equilibre et harmonie (de la vie psychique) » et « Etat physiologique et psychique des membres d'un groupe social ; état de bien-être dans une société ». Mais également « Etat plus ou moins satisfaisant (dans le domaine économique) ». Les différents aspects qui sont ici évoqués illustrent la complexité relative à la notion de santé ainsi que la complémentarité de ses facettes. La santé est physique, psychique, sociale et sociétale, économique et doit s'inscrire dans la durée.

Dès lors que l'on a énoncé tout cela, on comprend la multiplicité des domaines d'intervention qui gravitent autour de la santé, qui s'attachent à la préserver et à en prévenir les éventuelles défaillances. La santé touche tous les domaines de la vie des individus, tout comme les actions qui l'accompagnent et la soutiennent.

Sa préservation passe par des mesures de prévention qui visent à intervenir en amont de la survenue de perturbations venant compromettre la santé des individus, elle demande également des actions qui visent à limiter les conséquences des problèmes de santé une fois que ceux-ci sont déclarés. La prévention s'inscrit donc aux différents stades de la maladie.

2.3-Les trois stades de la prévention.

La prévention, quel que soit son domaine d'intervention, vise donc au maintien d'un certain équilibre par le biais d'actions plus ou moins directes auprès des individus qu'elle cherche à atteindre. Elle est à la fois générale et spécifique, multiple et unique. Elle s'est largement développée au cours des siècles et s'est étendue parallèlement aux découvertes et aux évolutions sociétales.

En réalité, il n'existe pas une mais des préventions, selon les formes qu'elle peut prendre et le moment auquel elle intervient. Trois stades sont décrits, chacun avec des caractéristiques propres.

2.3.1-La prévention primaire

La prévention primaire s'adresse aux personnes « saines ». Elle regroupe des mesures qui visent à la réduction voire à la suppression de la probabilité d'apparition d'un risque avant même sa survenue. Elle cherche ainsi à diminuer l'incidence d'une maladie et donc l'apparition de nouveaux cas de celle-ci. Elle intervient en amont, par le biais de l'éducation

et l'information des individus entre autres, au travers notamment de campagnes d'information, de sensibilisation ou encore par des campagnes de vaccination.

2.3.2-La prévention secondaire

La prévention secondaire débute lorsque le risque est repéré afin de diminuer la prévalence d'une maladie. Elle vise alors à en réduire les effets, la durée d'évolution ou la propagation de celle-ci, en tenant compte des divers facteurs de risque. On la retrouve dans le dépistage de l'ensemble des maladies ainsi que dans le début de leurs prises en charge.

2.3.3-La prévention tertiaire

La prévention tertiaire, quant à elle, désigne les actions qui sont menées afin de réduire la prévalence des incapacités chroniques, des invalidités et des récives qui peuvent faire suite à la survenue d'une maladie. Elle a donc pour but de limiter les conséquences de la maladie, une fois que celle-ci est déclarée et clairement identifiée. Elle peut alors prendre la forme de rééducations ainsi que d'actions visant à faciliter la réinsertion professionnelle et sociale.

2.4- Classification de la prévention selon R.S. Gordon

En 1982, R.S. Gordon propose une classification de la prévention selon la population qui est visée.

2.4.1-La prévention universelle

La prévention universelle s'adresse à l'ensemble de la population, indépendamment de son état de santé. Elle se concrétise au travers de diverses actions telles que les campagnes de sensibilisation sur des thèmes appartenant au domaine de la santé, la mise en place de programmes préventifs au sein d'établissements scolaires ou professionnels etc. Elle se rattache aux notions générales d'éducation et de promotion de la santé.

2.4.2-La prévention sélective

La prévention sélective est destinée à des parts plus restreintes de la population, constituant des sous-groupes spécifiques par leurs caractéristiques : jeunes femmes, automobilistes, hommes de plus de 50 ans, travailleurs du bâtiment par exemple. Les campagnes mises en place prônent la promotion de certains comportements qui se rattachent à

ces différentes catégories (par exemple la contraception, le port de la ceinture de sécurité, les bienfaits de l'activité physique etc.).

2.4.3-La prévention ciblée ou indiquée

La prévention ciblée s'établit elle en fonction des sous groupes constitués au sein de la population mais également à partir des facteurs de risque spécifiques identifiés pour cette part de la population (par exemple rechute tabagique chez les femmes en post-partum, hypercholestérolémie chez les hommes de plus de 50 ans etc.).

3-La prévention : politique de santé publique

3.1-Directives et positions gouvernementales

Les mesures prises en matière de santé s'inscrivent dans les orientations gouvernementales. Elles se dessinent au sein de la Santé Publique. Celle-ci se définit comme étant « *l'ensemble des connaissances et techniques propres à prévenir les maladies, à préserver la santé des individus* ».

3.1.1- Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé, actuellement Mme Marisol Touraine, élabore et met en œuvre la politique du Gouvernement dans les domaines des affaires sociales, de la solidarité et de la cohésion sociale, de la santé publique et de l'organisation du système de soins. Il participe également à la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de protection sociale. De ce fait, le ministre des Affaires sociales et de la Santé est responsable, entre autres, de l'organisation de la prévention et des soins. Il est chargé d'élaborer et de mettre en œuvre, en liaison avec les autres ministères concernés, les règles relatives à la politique de protection de la santé contre les divers risques susceptibles de l'affecter.

Ce ministère est donc à l'origine de nombreuses études qui sont réalisées afin d'évaluer l'état de santé de la population, les risques qui la menacent et les comportements susceptibles d'avoir un impact sur celle-ci. Des rapports sont ensuite rédigés, faisant état de la situation et pouvant ainsi légitimer la mise en œuvre d'actions menées à l'échelle nationale. En effet, les grandes campagnes de prévention que le Gouvernement met en place reposent sur des études préalables. Il s'agit d'études épidémiologiques. Les données recueillies sont essentielles pour

décider ou non de mener des actions dont l'impact est parfois difficile à évaluer, ce en raison de la multitude de facteurs qui sont impliqués.

Les domaines concernés par la prévention sont multiples et certains sont plus récurrents que d'autres (tabagisme, alcool, contraception, cancers etc.). Récemment, le ministère s'est penché sur le cas des enfants et des écrans. Un rapport, consacré aux droits de l'enfant est paru en 2012, dans lequel le Défenseur des Droits a choisi de consacrer ses travaux aux relations Enfants/Ecrans intitulé : « Enfants et écrans : grandir dans le monde numérique » (« Enfants et écrans », 2013). Celui-ci a abouti à la rédaction de recommandations.

3.1.2 L'Education Nationale

La prévention a depuis longtemps fait son entrée dans le domaine scolaire, ce, sous différentes formes. Cela peut se traduire par une pédagogie adaptée et, quand cela est nécessaire, par la mise en place de services d'aide spécialisée. De plus, de nombreux sujets sont abordés à visée préventive. Il s'agit en effet d'amener les enfants à réfléchir sur des situations données et à prendre conscience de certains faits, afin de prévenir la violence, les incivilités etc. Il s'agit également parfois de les inciter à adopter un comportement citoyen et responsable et à être vigilants face aux dangers qui les entourent (prévention de la sécurité routière). Des plans de prévention et de lutte contre l'absentéisme, le décrochage scolaire, l'illettrisme, la violence etc. sont également menés ; les exemples sont nombreux.

Une certaine prévention est également menée à l'égard des familles. Cela peut se faire notamment sous la forme d'informations délivrées concernant les conditions nécessaires à une bonne santé physique et psychique de l'enfant.

Dans le cadre scolaire, la prévention primaire va consister à agir sur l'environnement de l'enfant pour que les conditions de scolarisation soient les meilleures possibles, espérant ainsi éviter les sources de difficultés potentielles.

C'est donc tout légitimement que la prévention trouve sa place dans le milieu éducatif et scolaire, lieu privilégié pour délivrer une information et une éducation aux comportements « adaptés » à des enfants, des adolescents, des adultes en devenir, des citoyens. Les valeurs véhiculées à l'école ont un fort pouvoir de persuasion, aussi bien sur les enfants que sur les adultes qui y voient bien souvent un modèle d'éducation.

3.2-Les moyens et les organismes

Des organismes spécialisés sont ensuite chargés de mettre en œuvre les directives ainsi que les mesures prises par le Gouvernement et par ses différents ministères. Ces derniers agissent de manière plus directe auprès des populations. Ils sont les relais qui permettent l'exécution des projets décidés. Ainsi, plusieurs instances prennent part, chacune à leur échelle, à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions de prévention, tel que l'INPES, l'HAS, l'ARS, les CODES etc. Nous ne développerons pas les attributions et les fonctions de chacune de ces institutions (Annexe I) mais nous nous focaliserons plus particulièrement sur deux d'entre elles afin d'illustrer notre propos.

3.2.1-L'INPES

C'est le cas de l'INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Il s'agit d'un établissement public administratif, crée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cet institut est un acteur de santé publique. Il est chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général de la politique de santé publique telle que fixée par le Gouvernement. La formation et l'éducation pour la santé font également partie de ses attributions. Cet établissement est sous tutelle du Ministère de la Santé. Ses actions sont multiples ainsi que ses domaines d'intervention.

Il peut être amené à conduire des programmes de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre des politiques nationales. Il apporte un soutien aux actions de proximité dans le champ de l'éducation pour la santé ou de l'éducation du patient. Les différentes mesures visent à permettre à la population d'exercer un meilleur contrôle sur son état de santé ou de l'améliorer. Il est également à l'origine de l'organisation de journées de prévention ainsi que de grandes campagnes de prévention, largement diffusées par les médias nationaux.

Il se penche sur la santé et les comportements des français à travers de nombreuses enquêtes, études, et la réalisation de baromètres, étudiant ainsi l'évolution des opinions et des comportements en santé. Ceci fournit des données épidémiologiques qui viennent nourrir les réflexions menées en matière de prévention et constituant un préalable indispensable à la mise en place et à la conduite d'une politique de santé publique cohérente et efficace.

Afin de réaliser toutes ces actions, divers outils sont créés et mis à disposition du grand public: dépliants, brochures, plaquettes d'information, autocollants, livres.

L'institut apparaît donc comme un soutien, adapté à chacun, qu'il s'agisse du grand public, des acteurs de terrain ou des professionnels. Ses actions sont susceptibles de concerner chaque individu à diverses échelles.

3.2.3-L'ARS

L'ARS, Agence Régionale de Santé, a un vaste champ d'action qui comporte la prévention et la santé publique. Les agences ont été créées par la loi du 21 juillet 2009 dans le but de permettre une certaine uniformisation des directives en matière de santé au niveau régional, ce de manière claire pour l'ensemble des acteurs concernés. Les ARS s'inscrivent dans des actions de prévention à un niveau collectif, visant ainsi à protéger la santé des individus. Elles sont à l'origine de mesures pour le développement d'un environnement physique et social, bénéfique pour la santé. Leurs missions concernent également la promotion des comportements individuels favorables à la santé. Les autres champs d'action sont : la veille et la sécurité sanitaire, les parcours et offres de soins, l'accompagnement médico-social ainsi que la maîtrise des dépenses de santé.

Les ARS s'adressent donc à l'ensemble de la population, concernent tous les lieux de vie des individus, que ce soit au domicile, au travail ou encore à l'école.

4-Appuis sociologiques

La mise en place d'une action de prévention s'inscrit dans une réflexion plurielle : Comment touche-t-on une population ciblée ? Quels outils utiliser ? Comment ne pas stigmatiser les populations que l'on veut prémunir de comportements jugés nocifs ? Sur quels critères se baser pour décider d'entamer des actions préventives ? Etc. Elle demande une coordination de données extraites de la sociologie et d'études sur le fonctionnement humain, les mécanismes de défense et les effets des différents supports, afin de rendre les campagnes percutantes et efficaces.

4.1-Comment déterminer et toucher une population-cible ?

4.1.1-Prévention de masse ou prévention ciblée ?

Les études épidémiologiques sont aujourd'hui très nombreuses et concernent des domaines très variés de la vie des individus. Elles fournissent des données qui sont précieuses pour décider du bienfondé d'actions de prévention.

La question qui peut se poser ensuite est : faut-il cibler une petite part de la population qui serait exposée à un risque grave ou est-il plus opportun de viser un risque bénin qui concernerait l'ensemble de la population ? Actuellement, la deuxième solution est celle qui est majoritairement privilégiée, en raison de la complexité de mise en œuvre des actions ciblées. Il apparaît plus aisé et plus approprié de mener des campagnes de masse qui incitent chacun à adopter un comportement plus modéré ou adéquat vis-à-vis d'une situation générale. Cette stratégie préventive de masse, qui vise l'ensemble de la population, est susceptible d'amener à une réduction de la probabilité d'apparition de nouveaux cas dans le domaine concerné, même si celui-ci ne concernait pas tous les individus sensibilisés.

Par ailleurs, l'un des paradoxes de la prévention est « *qu'elle est bénéfique pour tous et inutile pour la plupart* » (paradoxe énoncé par G. Rose, citée par Peretti-Watel & Moatti p.66). En effet, une mesure préventive qui a un impact majeur sur la santé d'une population peut tout à fait être sans incidence pour la santé d'une grande part des individus qui en font partie.

4.1.2-Toucher la population ciblée

Cependant, pour aider les individus à prendre conscience des risques auxquels ils s'exposent et pour leur faire adopter un comportement différent, il ne suffit pas de les informer des risques encourus. Il s'agit en effet de leur faire réaliser qu'ils ont la capacité de changer les choses par eux-mêmes, qu'ils peuvent choisir, dans une certaine mesure, d'essayer de mettre en place des comportements susceptibles d'être bénéfiques pour leur santé ou du moins, de se tourner vers des personnes aptes à les y aider. Ainsi la « rhétorique du réveil » est très marquée dans les messages préventifs et dans les étapes qui accompagnent la modification comportementale. Le point de départ de tout changement est la prise de conscience du comportement visé puis la naissance d'une réelle volonté de changement de cet état. La démarche de prévention doit s'inscrire dans la durée et demande un accompagnement, que celui-ci soit ponctuel ou plus suivi, pour soutenir les changements et encourager leur persistance.

Les réflexions qui sont menées pour la conception des campagnes et des actions de prévention commencent par une étude préalable des individus visés. En effet, pour que ceux-ci se sentent concernés par les messages véhiculés, il faut aborder le problème selon leur point de vue et non d'emblée se positionner en docte scientifique détenant un savoir. Les motivations ne seront pas les mêmes en fonction du milieu et des conditions de vie des individus. Pour illustrer ceci, on peut citer les résultats d'une étude de l'INPES de 2008,

reprise dans l'ouvrage de Patrick Peretti-Watel (2009 p.71). Cette étude concerne les motivations des fumeurs. Il apparaît que les individus exerçant des professions intellectuelles supérieures évoquent le plaisir et la convivialité comme motivation, alors que les ouvriers et les employés semblent plutôt invoquer le fait de combattre le stress comme justification à leur comportement. Nombre de nos comportements sont marqués par notre culture et nos idéologies. Et c'est bien là toute la complexité de la prévention. Elle doit se donner les moyens de toucher l'ensemble de la population alors que les individus qui la composent sont différents, et ne seront pas sensibles aux mêmes arguments ou aux mêmes modes de sensibilisation. Elle doit être spécifique et générale à la fois, suffisamment percutante pour attirer l'attention et provoquer un réveil, une prise de conscience, sans pour autant stigmatiser les comportements visés et les personnes qui les pratiquent.

De plus, lorsque la prévention vise la réduction d'une conduite à risque, il ne faut pas oublier d'analyser les besoins que satisfait cette conduite, savoir ce qu'elle procure au sujet dans le but de pouvoir lui proposer quelque chose qui remplisse des fonctions similaires, dégagées du risque.

4.2-Les aléas de la prévention

La prévention est soumise à tout un gradient de complexité qui oblige à trouver la juste approche, entre réveil des consciences et risque de rejet des propositions et des faits avancés. Son objectif principal est d'inciter les individus à se conformer à certains types de comportements et à en abandonner d'autres, sous couvert que ces comportements influencent et déterminent l'état de santé.

4.2.1-La stigmatisation

La prévention fait donc d'une certaine manière la promotion du bien, du sain, du beau au risque parfois de pointer les attitudes et les habitudes « néfastes » des personnes qu'elle espère toucher. Ainsi, pour inciter les individus à limiter leur consommation d'alcool, les campagnes de prévention n'hésitent pas à utiliser des images chocs qui montrent des personnes en état d'ébriété dans des situations qui leurs sont très défavorables. Les personnes visées par la campagne sont alors celles aussi qui sont utilisées pour faire contrepoids, au risque de les stigmatiser. La question qui se pose est de savoir si ce biais de la prévention est acceptable et se justifie par son efficacité. Dans certains cas cela peut se révéler être un moyen efficace, par exemple pour dissuader ceux qui sont tentés de commencer à fumer en dénigrant cette population. Ainsi, d'après une étude de l'INPES (2008, citée par Peretti-Watel & Moatti

p.34) « 58% des français considéraient que la lutte antitabac donne une mauvaise image des fumeurs ». Cependant, cette stigmatisation peut également s'avérer dommageable pour l'action de prévention menée et aller à l'encontre de l'effet recherché. Ainsi, les effets de celle-ci peuvent venir contrecarrer les bienfaits recherchés en matière de santé publique. Si l'on reprend l'exemple du tabagisme, cela peut être vrai dans le cas où elle décourage certains fumeurs de s'adresser à un système de soins par crainte justement d'être stigmatisés ou encore si la relation avec les soignants s'en trouve dégradée. De plus, chez certaines personnes, le caractère hostile perçu dans la campagne peut venir conforter un comportement, qui prend alors valeur d'acte de rébellion, de résistance.

Par ailleurs, la prévention peut mener à une dévalorisation voire une certaine forme de discrimination, en faisant entrer par exemple la cigarette dans les critères de sélectivité dans différents domaines (travail, logement, assurance, vie privée etc.). De plus, les personnes visées ne se retrouvent pas forcément dans les comportements évoqués. Les campagnes ont alors une moindre chance de susciter les réactions espérées.

4.2.2-Les risques concurrents

Il arrive que les solutions proposées par la prévention pour garantir l'état de santé des individus fassent encourir d'autres risques (sociaux, affectifs...) expliquant parfois les réticences à se soumettre à une conduite dont les effets sont censés être positifs pour la personne. C'est ce que l'on peut appeler des risques concurrents. Pour illustrer ces propos on peut citer le cas du tabac. Bien souvent, sa consommation est liée à la gestion du stress ou à une volonté de maintenir un certain poids. De ce point de vue, fumer peut alors être perçu comme un biais permettant de contourner ces deux risques concurrents.

4.2.3-Bénéfices secondaires des conduites

De plus, il ne faut pas oublier que les conduites à risque revêtent bien souvent un caractère fonctionnel pour les individus. Ceux-ci y trouvent un bénéfice, une réponse à un besoin. Ceci est à prendre en compte en matière de prévention. Il faut veiller à proposer un comportement alternatif qui remplisse des fonctions similaires à celles mises en exergue. Des études préalables sont donc nécessaires afin de bien mesurer tous les aspects qui sont attachés à ces conduites dites à risque et aux enjeux qui les sous-tendent.

4.2.4-Multiplicités des facteurs

La prévention ne peut être coupée de tout contexte. En effet, elle n'implique pas seulement un émetteur et un récepteur, qui serait, de plus, attentif et prêt à recevoir le message qu'on lui délivre. Elle s'inscrit dans un environnement complexe dans lequel gravitent nombres d'acteurs, individus, professionnels, associations, institutions, qui ont tous leur manière personnelle d'envisager la situation et qui portent chacun un jugement qui leur est propre. Toutes ces personnes représentent autant d'occasions de porter ou au contraire de bloquer le message préventif, mais aussi de le déformer voire de le détourner afin qu'il serve des objectifs qui leurs sont propres.

De plus, l'individu auquel s'adresse le message préventif est un être en perpétuelle évolution et ses choix, ses actions demeurent rarement figés. Ils sont le résultat de la combinaison de nombreux facteurs et bien souvent, il est très difficile de déterminer clairement une raison spécifique qui a pu pousser à adopter un comportement donné. Ceci fait partie des aléas de la prévention et est à prendre en compte lorsque l'on veut délivrer un message précis.

La prévention est soumise à de nombreux aléas avec lesquels elle doit composer. Ceux-ci semblent bien souvent intrinsèques à sa nature même. Il convient d'en être conscient afin de rester vigilant et d'essayer, autant que possible, d'en éviter les principaux écueils.

La prévention concerne de nombreux domaines et intervient dans différents aspects de la vie quotidienne, de l'environnement, de l'état de santé des individus. Nous en avons développé ici brièvement quelques exemples non exhaustifs.

La prévention fait également partie intégrante du métier d'orthophoniste.

5-Historique de la prévention en orthophonie

5.1-Inscription de la prévention dans le décret des actes de la profession

Le métier d'orthophoniste a progressivement évolué depuis sa création légale en 1964 et, avec lui, les domaines et les moyens d'action des orthophonistes.

L'orthophoniste est un acteur de santé et prend de ce fait part aux différentes actions qui visent à préserver la santé des individus. C'est seulement à partir de 1992 que lui seront reconnues les compétences en matière de prévention par les pouvoirs publics. Ceci est alors inscrit dans la modification du décret de compétences du 30 mars 1992, dans le libellé de l'article 2, stipulant que « *les orthophonistes peuvent participer, par leurs actes, ci-dessus*

énumérés, à des actions de prévention au sein d'une équipe pluridisciplinaire. ». Il faudra attendre encore dix ans pour que soit énoncée clairement la pleine responsabilité de l'orthophoniste pour assurer cette mission.

Ainsi, l'article 4 du décret n°2002-721 du 2 mai 2002 (Kremer & Lederlé, 2009 p.25), relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste définit l'acte de prévention au sein de la pratique orthophonique : « *La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient. L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie.* ». L'orthophoniste est chargé de « *prévenir, repérer et dépister, d'évaluer par le bilan orthophonique, et de rééduquer les pathologies et les troubles de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit et de la communication, quelle que soit leur origine, chez l'enfant comme chez l'adulte.* ».

5.2-Les trois stades de la prévention au sein de la pratique orthophonique

Dès le début des années 80, des actions de prévention ont été mises en place, et ce, aux trois stades de la prévention, tels que définis par l'OMS.

Le stade de la prévention primaire, est composé d'actions d'information du public et des parents sur le développement du langage et les signes évocateurs de troubles, ainsi que d'actions de formation et d'information des professionnels qui s'occupent de la petite enfance, professionnels du secteur médical, sanitaire, social et éducatif. Il s'agit donc d'actions concourant à l'éducation sanitaire, à la guidance parentale.

Le stade de la prévention secondaire est caractérisé par les actions menées concernant le dépistage de troubles précoces, par exemple des troubles du langage. Il s'agit alors de repérer les enfants présentant des difficultés le plus tôt possible afin de pouvoir proposer des actions de remédiation adaptées et propices au développement adéquat des potentialités de l'enfant.

Le stade de la prévention tertiaire regroupe généralement les actions thérapeutiques de rééducation, de remédiation et de réinsertion familiale, sociale et culturelle.

6-La prévention en orthophonie : développement

La prévention en orthophonie, tel qu'on a pu le constater au travers de la description des différents stades qui la composent, peut se traduire de différentes manières. Nous en détaillerons ici quelques exemples.

6.1-L'information

L'information est susceptible de concerner différents publics. En premier lieu, les orthophonistes sont en mesure de donner des repères, de faire part de leurs connaissances et leurs expériences aux patients rencontrant des troubles de la communication et/ou du langage et à l'entourage familial de ces personnes ce, dans le but d'aider le patient dans un souci de continuité entre le cabinet et son milieu de vie. Le patient reçoit lui-même une information claire concernant ses difficultés, leur origine, leur expression, leur évolution possible etc. L'information est également importante pour la famille pour une meilleure compréhension des troubles qui viennent perturber la vie d'un de leurs proches et des répercussions que cela peut engendrer. Ainsi, il leur est plus facile d'aider et de soutenir. Avec les parents de jeunes enfants, l'orthophoniste développera l'importance des interactions avec l'enfant, les attitudes positives à privilégier afin d'encourager l'enfant dans sa découverte du langage.

L'information délivrée par les orthophonistes ne s'adresse pas uniquement aux patients et à leur entourage mais concerne également les professionnels. Il peut s'agir de professionnels de la santé comme les médecins traitants par exemple, pour informer sur le développement du langage, ses troubles et concernant les occasions d'adresser un patient à un orthophoniste ; de personnels du secteur paramédical, de la petite enfance mais aussi d'enseignants concernant les troubles des apprentissages, leurs caractéristiques, leurs conséquences et les moyens qui peuvent être mis en œuvre.

Cette information, que ce soit auprès des patients, de leurs familles ou des professionnels, peut, outre le message délivré de manière directe, prendre différentes formes : livrets d'information, séquences vidéo, affiches, sites Internet. Les médias peuvent venir jouer un rôle important en tant que vecteur d'une information à relayer.

6.2-La formation

La prévention passe par l'information délivrée aux patients, aux familles mais également, nous venons de le voir, aux professionnels afin qu'eux-mêmes puissent être en mesure de délivrer une information complète, appropriée et pertinente. Tout cela suppose une approche pluridisciplinaire en partenariat. Il est nécessaire qu'une formation puisse leur être

proposée, que ce soit au cours de la formation initiale de ces différents corps de métiers (puéricultrices, personnels de la petite enfance, travailleurs sociaux, enseignants et éducateurs, médecins, infirmiers, professionnels de la rééducation, auxiliaires de vie etc.), ou au cours de la formation continue de ces professionnels.

La formation peut également concerner directement les orthophonistes, les sensibilisant aux thèmes à aborder, aux outils à leur disposition pour les accompagner dans leur démarche, à la manière de présenter et d'amener le sujet en question (ex : formations Dialogoris).

6.3-Le dépistage précoce

La prévention en orthophonie se décline dans des actions de dépistage afin de repérer les personnes présentant des difficultés et/ou un retard susceptible de venir entraver le développement normal -lorsqu'il s'agit d'un enfant- et/ou le quotidien de l'individu. Plus le dépistage est précoce, plus la prise en charge a de chances d'être efficace et rapide.

Le début des années 90 a vu apparaître la notion de repérage, dévolu, en théorie, aux professionnels qui côtoient les enfants très jeunes : personnels de crèches et garderies, enseignants de l'école maternelle, équipes médicales de prévention (PMI), médecins traitants et pédiatres. Pour ce faire, des outils spécifiques ont été élaborés par des orthophonistes afin d'aider ces différents professionnels à déceler la présence de signes évocateurs de troubles et ainsi, pouvoir orienter en faveur d'une prise en charge adéquate. Ces outils doivent remplir des critères tels que la simplicité, la rapidité de passation et la fiabilité pour permettre une orientation appropriée. Il s'agit entre autres du DPL3, de l'ERTL4 (Annexe II).

Ce repérage, tel qu'il peut être proposé par la PMI lors des contrôles médicaux obligatoires durant la scolarité, est d'autant plus important à des âges clés du développement : vers 18 mois, âge de la communication verbale et non verbale, entre 3 ans et demi et 4 ans, période pendant laquelle on doit pouvoir apprécier l'explosion linguistique et l'enrichissement du lexique, puis entre 5 ans et demi et 7 ans au moment de la mise en place des premiers apprentissages scolaires.

Un petit fascicule a été édité (Ortho Edition) par F. Coquet (orthophoniste) et le Dr B. Maëtz (ORL-phoniatre), intitulé « 3ans, 3ans ½ - Quelques repères clairs... ». Il aborde les compétences attendues au cours de cette période développementale (en matière de langage, de jeu, de comportements psycho-sociaux...), les signes qui peuvent évoquer un dysfonctionnement ou un retard, et donne des conseils de prévention.

Un site Internet a été mis au point par la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO), « Info langage » (« Info-langage.org - Prévention des troubles du langage. », s. d.). Il donne des repères en matière de développement langagier, psychomoteur et interactif du jeune enfant. Ceci peut constituer une source d'informations précieuses pour les parents qui se posent des questions quant au développement de leur enfant par rapport aux grandes étapes attendues en fonction des âges. De plus, des documents fournissent également des indications sur les signes évocateurs de difficultés à surveiller, regroupées au sein de la rubrique « *Quand s'inquiéter* ».

L'élaboration d'outils de repérage pour les adultes éprouvant des difficultés de perte du langage et des aptitudes conversationnelles est en cours de réflexion.

6.4-L'orientation, les soins et les mesures d'accompagnement

Lors d'une prise en charge, un travail en partenariat avec les différents professionnels qui gravitent autour du patient est primordial pour offrir des soins optimaux. Parfois, le rôle de l'orthophoniste pourra être d'orienter le patient vers d'autres professionnels, afin de compléter la prise en charge en considérant l'individu dans sa globalité.

L'accompagnement thérapeutique peut donc concerner le patient et dans une certaine mesure son entourage. Cela fait partie du travail de l'orthophoniste de savoir repérer une éventuelle souffrance et de réorienter vers les professionnels ou les associations en mesure d'y répondre.

Ainsi on constate qu'on peut envisager la prévention de deux manières. Les mesures qui s'adressent directement au patient et celles, indirectes, destinées à l'entourage, qu'il s'agisse de la famille, des professionnels ou des personnels éducatifs qui interviennent auprès de ce dernier. Toutes ces actions ont un objectif commun : améliorer la prise en charge du patient au quotidien, lors de ses différentes activités, et avec l'ensemble des interlocuteurs qu'il côtoie.

7-Les principaux domaines de prévention en orthophonie

7.1-L'oralité

L'oralité est un domaine d'intervention de l'orthophoniste qui peut concerner les individus à tous les âges de la vie, des nouveau-nés aux personnes âgées.

Ce terme recouvre : l'oralité alimentaire et tous les aspects sensoriels et moteurs qui s'y rattachent, la commande volontaire et les automatismes qui l'accompagnent ainsi que l'oralité verbale.

La prise en charge des troubles de l'oralité comporte un volet préventif important. Dès la maternité, la stimulation d'enfants nés prématurément ou de nourrissons est envisageable dans le but de prévenir l'apparition de troubles de l'oralité qui pourraient survenir à la suite d'un vécu difficile autour de la sphère oro-faciale (soins de bouche, sonde etc.) ou de difficultés à effectuer correctement des actes réflexes du nouveau-né.

La prévention passe par l'information et l'éducation à certaines techniques (postures, installation, manœuvres) en ce qui concerne la dysphagie par exemple. Cela peut s'adresser à des enfants souffrant d'une atteinte cérébrale comme cela peut être le cas lors d'une infirmité motrice cérébrale ou encore concerner des adultes dans le cadre de troubles neurologiques, dégénératifs ou non (maladie de Parkinson, traumatisme crânien). Parfois, certaines mesures ou adaptations simples peuvent être mises en place dans le cadre du vieillissement normal afin d'accompagner les changements physiologiques et physiques et prévenir les conséquences qui peuvent découler de difficultés alimentaires (fausses routes, pneumopathies d'inhalation, perte de poids et dénutrition, isolement social, perte d'appétit et d'envie etc.).

La prévention des troubles de l'oralité a un impact majeur sur le devenir des tout-petits et sur la qualité de vie des individus, quel que soit l'âge où ces troubles surviennent. Les interventions proposées concernent le patient et/ou son entourage, familial et médical ou paramédical par l'information et la formation à certaines techniques spécifiques. L'oralité est fondatrice de l'être et il est de ce fait tout à fait primordial d'intervenir aussitôt qu'elle est compromise.

7.2- Le langage oral

Le langage oral constitue un vaste champ d'intervention qui peut concerner les individus tout au long de leur vie. Comme nous l'avons évoqué auparavant, le dépistage précoce des troubles du langage oral constitue une première étape importante pour une prise en charge optimale de l'enfant rencontrant des difficultés dans son développement langagier. Les retards de parole et/ou langage et les réels troubles persistants sont susceptibles de venir entraver la mise en place ultérieure du langage écrit.

La prévention concernant le langage oral se fait par la diffusion d'une information. Information sur les étapes de développement du langage oral, sur les signes qui doivent alerter avec des âges donnés comme repères, sur les attitudes positives à privilégier et sur certains

comportements à éviter, dont notamment, l'exposition précoce aux écrans. Nous reviendrons plus longuement sur le sujet dans les parties suivantes.

Une plaquette a été conçue à destination des parents : « Papa, Maman, le langage c'est important » (Ortho Edition F. Coquet, S. Dussart, V. Lobry, orthophonistes). Elle rappelle l'importance du rôle des parents dans le développement langagier de leur enfant, en tant que partenaires privilégiés de communication.

7.3-Le langage écrit

Les actions concernant le langage écrit visent à prévenir l'apparition de troubles entravant la lecture et/ou l'écriture. Ceux-ci peuvent survenir au cours de l'apprentissage et de l'acquisition de compétences spécifiques ou apparaître plus tardivement dans le cadre d'une pathologie acquise. Cette intervention peut se faire via la délivrance de conseils, à destination des enseignants ou personnels accompagnant l'enfant dans le milieu scolaire mais aussi de la famille, concernant des adaptations à apporter pour optimiser les conditions d'apprentissage, ainsi que sur les compétences requises pour un bon apprentissage du langage écrit.

L'information est primordiale afin qu'une aide efficace puisse être apportée à l'enfant et que soient mis en place les outils adéquats lui permettant de progresser et de contourner certaines difficultés susceptibles d'entraver l'ensemble de sa scolarité.

7.4-La phonation

Les troubles de la phonation constituent des problématiques récurrentes, pour lesquelles la prévention peut s'avérer vraiment bénéfique. Une information claire peut être délivrée sur les mécanismes qui mènent au forçage vocal et sur les conditions environnementales et habitudes néfastes qui peuvent l'entretenir, l'aggraver voire empêcher sa disparition. Le rôle de l'orthophoniste va également consister à apprendre au patient à mieux gérer sa voix, à l'utiliser de manière adéquate et à être attentif aux signes précurseurs ou accompagnant un éventuel forçage ou malmenage vocal. Il s'agit d'une réelle éducation thérapeutique. L'orthophoniste peut également être amené à intervenir auprès de certaines populations jugées plus à risque, dans le cadre de la prévention primaire. Pour ce faire, une plaquette d'information peut être proposée : « Connaître et préserver sa voix » (Ortho Edition O. Carrière, orthophoniste). Il s'agit d'une publication destinée aux enseignants afin de les sensibiliser à leur voix, à son fonctionnement ainsi qu'à certains troubles vocaux qui peuvent apparaître.

Les troubles de la phonation et de la voix peuvent se rencontrer dans le cadre d'autres pathologies. Ils peuvent découler de chirurgies invasives (ou réparatrices) effectuées lors d'atteintes cancéreuses des voies aéro-digestives (chirurgies autour du larynx, de l'épiglotte, des aryténoïdes etc.), avec ou non, trachéostomie. Il s'agit alors pour l'orthophoniste d'accompagner le patient dans l'acceptation et la découverte de sa « nouvelle » voix, au travers d'une information claire, de l'apprentissage de techniques et de gestes spécifiques, visant l'autonomie de l'individu.

7.5-L'audition

La prévention des troubles de l'audition et le dépistage précoce de ceux-ci sont essentiels. Il s'agit en effet de prévenir l'apparition de troubles secondaires à des pathologies ORL récurrentes telles que les otites chez les enfants. La fréquence de celles-ci peut venir entraver le développement harmonieux et normal de la parole.

Les orthophonistes participent également aux actions de prévention concernant l'information sur les dangers de l'exposition au bruit et aux niveaux sonores excessifs (télévision, musique, baladeur etc.). Il s'agit de rendre les différentes populations conscientes des risques encourus et des répercussions possibles de ceux-ci.

Il ne faut pas oublier les actions menées en ce qui concerne la presbyacousie. Les répercussions de ces troubles, faisant partie du vieillissement normal, peuvent être importantes et venir modifier le quotidien de la personne, en créant des difficultés de compréhension et donc parfois un isolement social et une tendance au repli sur soi, en empêchant la réalisation de certaines activités. Il est donc primordial d'accompagner et de prévenir ces troubles et les difficultés qui peuvent en découler, par une information et des conseils prodigués au patient mais aussi à son entourage et, lorsque cela peut s'avérer bénéfique, par une prise en charge visant à développer des compétences parallèles.

7.6-Le vieillissement

Le vieillissement est un phénomène physiologique naturel dont les répercussions varient en fonction des individus et des ressources qui sont les leurs, des moyens et stratégies palliatives qu'ils mettent en place. Le vieillissement cérébral, bien que non visible physiquement, est susceptible d'avoir un impact considérable sur le quotidien des individus. Cependant, celui-ci peut faire l'objet de prévention, notamment en apportant une information sur ses mécanismes et en suggérant des activités à pratiquer pour maintenir un certain éveil

cognitif. Il est également important de veiller au maintien d'une communication efficace, répondant aux besoins de la personne concernée, tel que nous avons pu l'évoquer auparavant.

7.7-L'aphasie

L'aphasie est un trouble qui est encore trop souvent méconnu, pouvant survenir à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC), d'un traumatisme crânien, etc. La communication de l'individu peut être touchée à divers degrés, au niveau de la compréhension et/ou de l'expression. D'autres troubles peuvent venir s'ajouter à cette problématique (hémiplégie, hémianopsie latérale homonyme, troubles de l'écriture etc.) rendant les possibilités d'échange limitées et difficiles en dehors de toute rééducation.

Lors de la prise en charge des aspects formels du langage et de la communication, il ne faut pas oublier que le patient évolue dans un environnement qui lui est propre. Celui-ci doit parfois être modifié en vue d'offrir au patient des aménagements qui lui soient bénéfiques. Cet environnement est certes physique, mais il est constitué également de toutes les personnes qui gravitent autour du patient. Ainsi, l'abord global de l'individu suppose une prise en charge éco-systémique qui ne se limite pas aux symptômes visibles du patient. De plus, au cours du travail rééducatif, l'orthophoniste peut être amené à apporter son soutien aux aidants en délivrant des conseils pratiques et en étant à l'écoute des difficultés qu'ils peuvent rencontrer.

7.8-La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer concerne de plus en plus d'individus. L'accompagnement thérapeutique proposé au patient et à sa famille s'effectue sur le long terme. Il s'agit de venir ralentir une dégradation inéluctable en stimulant le patient et en lui fournissant des aides pour pallier ses difficultés. La prévention passe pour beaucoup par l'information et la formation des aidants (naturels et/ou institutionnels) à la communication avec la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. En effet, petit à petit, le malade tend à se renfermer dans un monde solitaire et les troubles du langage qui apparaissent progressivement rendent la compréhension et les échanges difficiles. Cependant, il est primordial d'essayer de conserver un lien le plus longtemps possible. Pour les aidants, les difficultés se surajoutent et ils se retrouvent parfois démunis face à cette personne qui n'est plus celle qu'ils avaient connue. Il est important de les accompagner dans ces instants et de savoir les orienter vers les professionnels et les structures adaptées lorsque cela devient nécessaire. Les formations et informations qui peuvent leur être proposées ont pour but de les aider à mieux comprendre et appréhender toutes les spécificités

de la maladie et de leur permettre d'adopter des attitudes et un comportement qui placent le patient en situation de bien-être et d'être communicant.

7.9-L'illettrisme

L'illettrisme a été déclarée grande cause nationale en 2013. Sa prévention concerne les orthophonistes. Des moyens sont réfléchis, pour que des interventions en amont puissent éviter à des personnes de se retrouver en situation d'illettrisme. Cependant, la prévention comprend également des mesures permettant de dépister les adultes illettrés, afin de pouvoir leur proposer les aides adaptées et de les accompagner.

8-Les outils de la prévention

La prévention en orthophonie s'appuie le plus souvent sur des outils spécifiques, créés pour la plupart, par les orthophonistes eux-mêmes qui ont su se donner les moyens de mettre en place les actions de prévention dans les différents domaines cités. Ces outils sont multiples et leur usage dépend du public qui est visé et du type d'action menée. Ainsi, les orthophonistes ont à leur disposition des plaquettes d'information, des films, des diaporamas, des affiches, des sites Internet (Annexes III). Cette diversité permet aux actions de la prévention de toucher un maximum de personnes et pour chacune de ces personnes, de trouver des réponses à ses interrogations, sous une forme qui lui convienne. De plus, le format de communication utilisé est variable selon l'ampleur de l'action menée.

En effet, des événements spécifiques sont également mis en place pour diffuser cette prévention. Il peut s'agir de congrès, destinés aux orthophonistes et/ou aux autres professionnels paramédicaux et de santé ou encore du monde éducatif, de journées nationales destinées à toucher le grand public (Journée Nationale de l'audition...), mais la mise en place de plans nationaux peut également donner lieu à des actions de formation (formation continue à destination des orthophonistes, formation interprofessionnelle) et d'information à destination des parents et aidants. (ex plan d'action pour les enfants atteints de troubles spécifiques du langage 2001, plan AVC, Alzheimer, autisme etc.).

9-La prévention à différentes échelles

Comme nous avons pu le voir à travers les exemples cités, la prévention est vaste, et les actions qui en découlent sont variées tout comme leurs modalités d'action. En effet, la prévention peut être menée à différentes échelles.

9.1-La prévention au niveau national : les différents ministères, la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO)

Sur le plan national, de nombreuses actions de prévention sont régulièrement menées. Certaines sont mises en place suite aux directives ministérielles, comme lors du déploiement de plans nationaux à l'échelle du territoire. Des actions de prévention en orthophonie peuvent venir s'y articuler, sous l'égide de la FNO. Certaines s'inscrivent dans la continuité, avec la mise en place de journées nationales dont les dates sont soigneusement définies. La régularité de ces actions doit permettre aux individus de repérer ces événements, de prendre plus conscience des thèmes abordés, et d'y être ainsi sensibilisés. Une action de prévention est par définition un projet qui s'inscrit dans la durée et suppose un certain accompagnement.

9.2-La prévention au niveau local : Les associations de prévention

Un peu partout en France se sont développées des associations régionales et/ou départementales de prévention en orthophonie. A ce jour, 31 sont recensées (Annexe IV). Celles-ci peuvent reprendre et amplifier des actions élaborées à un niveau national afin de les promouvoir à un niveau régional ou départemental. C'est ce qui s'est passé avec l'action « Un Bébé, un livre », que les différentes régions ont déclinée de manière spécifique.

Ces associations sont des relais, présents de manière plus concrète et accessibles facilement pour les différents intervenants. Ces relais sont une référence et donnent de grandes orientations en matière de prévention. Ils peuvent conseiller, adresser auprès d'autres associations (associations de parents, de malades, d'aide aux aidants etc.).

9.3-La prévention au niveau individuel : Les orthophonistes, en salariat ou en libéral

Les orthophonistes sont les derniers relais de la prévention. Chacun, à une échelle individuelle, est amené à faire de la prévention, auprès de l'entourage et des patients qu'il reçoit, mais également auprès des autres professionnels avec lesquels il peut être amené à travailler. La prévention fait partie des actions de soins que l'orthophoniste est amené à délivrer, ce, aux différents stades de la prévention.

Comme nous avons pu le voir, la prévention est au cœur du métier d'orthophoniste. Les domaines d'intervention sont variés et évoluent en même temps que les grandes problématiques de santé et de considération des individus. Ainsi, de nouveaux sujets apparaissent et sont à définir. C'est le cas notamment des écrans, de par la place qu'ils ont pris

dans nos vies et l'utilisation, pas toujours adéquate, qui en est faite, mais aussi au vu des études et recherches récentes qui ont pu démontrer l'impact possible d'une exposition excessive.

II-Les écrans

Depuis une dizaine d'années, les écrans se sont considérablement multipliés (télévisions, ordinateurs, tablettes et Smartphones) au point de devenir omniprésents et d'envahir toutes les sphères, de la vie privée à la vie professionnelle mais aussi publique et éducative. Cette prolifération d'écrans s'est accompagnée d'un accroissement important du nombre d'heures qui leur est consacré, modifiant les habitudes familiales et les rapports entre les individus. Selon le dernier rapport annuel de Médiamétrie, en 2013 (« Médiamétrie - Communiqués de presse - Télévision - L'année TV 2013 »), les Français ont regardé la télévision en moyenne 3h46 par jour. A cela s'ajoute le temps consacré aux autres écrans. Si on peut mettre en avant l'incroyable ouverture sur le monde et les ressources très étendues dans leurs possibles que ces nouvelles sources de médias offrent, il ne faut pas oublier que tout ceci n'est pas sans conséquence sur le développement et la santé des enfants, dont les besoins et les modes d'apprentissage sont bien spécifiques. Comme le dit Michel Desmurget (2013, p.14) en s'appuyant sur les propos de Christakis D.A. et al, « *la tendance est tellement massive que certains spécialistes n'hésitent plus à évoquer un véritable problème de santé publique* », ce, face aux effets délétères qui ont pu être constatés sur la santé des enfants : effets psychiques, cognitifs mais aussi somatiques.

Afin de bien comprendre en quoi l'utilisation qui est faite des écrans peut se révéler inadaptée, en fonction de l'âge de l'enfant, de la durée d'exposition et des programmes regardés, nous reviendrons dans un premier temps brièvement sur le développement de l'enfant.

1-Le développement de l'enfant

Nous exposerons ici brièvement les grandes étapes de développement de l'enfant, les besoins spécifiques qui le caractérisent et verrons en quoi les écrans sont susceptibles de venir perturber ce développement.

1.1-Le développement cognitif, psychomoteur et affectif de l'enfant

Le bébé à sa naissance est un être totalement dépendant du milieu dans lequel il naît. Ainsi, ce sont ses parents qui vont répondre à ses besoins, les anticiper, les comprendre et les combler, si bien que, petit à petit le bébé, sécurisé, va être à même de se différencier de sa mère et de s'en détacher pour commencer à explorer plus activement l'environnement qui est le sien.

Le bébé est un être immature, sur les plans physique, psychique et affectif. Il va traverser différents stades évolutifs et modes de pensée, d'intelligence qui ont été décrits notamment par Piaget et sur lesquels, nous ne reviendrons pas en détail. Nous nous appuyerons donc directement sur le postulat de base qui établit qu'au départ l'intelligence de l'enfant est sensorimotrice (Laval, 2007). L'enfant explore et découvre le monde et ses propriétés par l'utilisation de ses sens. Il touche, met à sa bouche, écoute, sent, observe tout ce qui est à sa portée. Il développe ainsi, grâce à ses expériences répétées, des représentations du monde et commence dès lors à le mettre en ordre. Tout ceci est un cheminement long qui nécessite un accompagnement et un étayage bienveillants de ses parents ou des adultes qui l'entourent. L'interaction qui se met en place entre ces derniers et l'enfant est primordiale. Le bébé se nourrit de tout ce qui va lui être proposé, répond aux sollicitations et à l'intérêt qui lui est manifesté. Un enfant qui n'obtient pas de réponse (encouragement, émerveillement, surprise etc.) à ses actions va très vite cesser ses expériences et probablement se désintéresser d'éléments de son environnement, tel qu'a pu l'évoquer Spitz lors de ses travaux (1993). De l'attention conjointe à l'attention partagée, attention qui est tournée ensemble vers un même objet, un même but, l'enfant se différencie petit à petit de sa mère et grandit grâce à un sentiment de sécurité et d'individuation rendu possible par la naissance progressive d'une intersubjectivité, l'acceptation d'un tiers au sein d'une relation dyadique fusionnelle avec la mère, tel que l'expose le Pr. Marcelli dans le Journal des Psychologues (n°299 juillet-août 2012).

Dans le même dossier de ce numéro, le psychiatre et psychanalyste S. Tisseron reprend les grandes étapes de l'acquisition du jeu chez le bébé, telles qu'elles ont pu être décrites par W. D. Winnicott (1971). Ce dernier distingue quatre stades successifs dans cet apprentissage qui permet à l'enfant de multiplier ses expériences et ainsi, d'étoffer ses capacités physiques, intellectuelles et sociales dans cette période où les fondements de l'être se mettent en place. Tout d'abord, la mère va présenter au bébé des objets qu'il choisira ou non d'investir. C'est ce que W. D. Winnicott nomme le rôle maternel de « *présentation des objets* ». L'objet commence alors ensuite à pouvoir être perçu de manière objective. Cela est

rendu possible par une certaine disponibilité de la mère qui lui permet de présenter à son enfant l'objet qu'il désire, sans que celui-ci ait vraiment à attendre. Cet accordage, appelé « *accordage affectif* » par Stern (1989), crée une illusion de toute-puissance, impression « magique » qu'éprouve le bébé de contrôler son environnement proche. Ce sentiment d'omnipotence constitue une étape primordiale pour le développement de l'enfant. En effet, grâce à lui l'enfant comprend qu'il peut placer sa confiance dans le monde qui l'entoure ce qui lui permettra ensuite, de pouvoir renoncer à sa volonté de contrôle absolu, tout en acceptant de dépendre d'un tiers. Et, « *c'est là que le jeu commence* », tel que l'énonce W. D. Winnicott, dans l'espace intermédiaire dans lequel se placent l'enfant et sa mère. Ceci est la condition nécessaire pour que l'enfant puisse, vers deux ans, acquérir la « *capacité de jouer seul en présence de quelqu'un* » (W. D. Winnicott, 1971). L'enfant se trouve en effet dans un sentiment suffisant de confiance dans son environnement pour imaginer que l'adulte, dont la présence est primordiale dans cette phase d'acquisition du jeu, soit en mesure de répondre à un besoin, s'il en fait la demande. Le jeu partagé peut alors apparaître car l'enfant a pu renoncer sereinement à son illusion de toute-puissance, sans se sentir menacé par la présence et les interventions possibles d'autrui. L'enfant pourra s'adapter aux propositions d'un tiers dans un jeu devenu réellement commun, co-construit, au travers d'une relation duelle. De ces expériences dépendent la capacité à jouer.

Tel que le met en avant S. Tisseron (2009), un enfant qui n'aurait pas expérimenté cette illusion de toute-puissance ou qui l'aurait fait de manière trop brève est un enfant qui pourra être en difficulté pour élaborer un sentiment de confiance dans les relations avec son environnement et les personnes qui l'entourent. Sa capacité à jouer sera alors compromise et deux types de répercussions possibles pourront être observés. Un des risques est en effet que l'enfant développe et privilégie de manière exclusive une activité fantasmatique, sans lien avec la réalité. Il cherche alors ainsi à préserver son sentiment d'omnipotence qu'il n'a pu pleinement expérimenter au cours de ses deux premières années de vie, ce, au détriment des relations avec autrui. L'autre risque principal est de voir l'enfant développer des tentatives de contrôle, voire de manipulation, de son entourage, essayant ainsi de conserver l'illusion de toute-puissance.

1.2-La manipulation ou travail des mains et ses enjeux

La manipulation est essentielle chez l'enfant. C'est ainsi que celui-ci appréhende le monde, les objets et leurs propriétés. Prendre, explorer, tenir, lâcher, reprendre, regarder, tirer, porter en bouche, éloigner, poser, mettre dans...sont autant d'actions qui permettent au bébé

de construire des premières certitudes sur les objets et les résultats de ses actions. Les objets ainsi reconnus deviennent ensuite familiers, inoffensifs et porteurs d'un intérêt notable. Il peut les utiliser à volonté, détournant leur fonction première au gré de ses envies et besoins du moment.

En manipulant, l'enfant développe et exerce sa motricité fine et globale. Il gagne en agilité, en dextérité et intègre également peu à peu son schéma corporel.

L'enfant va également tenter de résoudre ses premiers problèmes en s'appuyant sur ce qu'il a compris lors de son travail avec ses mains (Morel, 2003). Ainsi le raisonnement de l'enfant suit le cours de ses explorations. Sa pensée se complexifie à mesure que ses découvertes s'enrichissent. L'enfant doit découvrir le monde par lui-même et chercher à le comprendre pour ensuite entrer dans une pensée plus élaborée, faite de représentations, qui lui permettra d'être ancré dans la réalité et d'aborder les problèmes qui se présenteront à lui avec raisonnement et logique, suivant un cheminement rendu possible par ses explorations préalables. « *L'intelligence, instrument de connaissance, sort de l'action et y retourne* » (Wallon, 1970, p.9).

1.3-Apprentissage par l'imitation et le jeu

L'enfant qui découvre le monde est par nature très observateur de ce qui l'entoure, de même qu'il est en recherche d'un regard bienveillant et porteur de la part de son entourage proche. Tout ceci prend une place importante dans le développement de l'enfant et de ses capacités cognitives mais aussi de ses habiletés sociales. Ainsi, tel que l'expose D. W. Winnicott (1957, cité par le Pr D. Marcelli, 2012, p.19) « *Au cours des années préscolaires, le jeu est pour l'enfant le principal moyen de résoudre les problèmes affectifs qui sont du ressort de son développement, c'est aussi un des moyens dont dispose l'enfant pour s'exprimer [...]* ». De plus, « *le jeu est indissociable de la question du corps, des échanges sensoriels, mais aussi de l'interaction. La capacité de jouer du bébé dépendra donc de son âge, de ses capacités développementales intrinsèques et de son environnement.* ».

L'enfant apprend par le jeu et par l'imitation, qui font partie intégrante du processus maturatif que connaît le tout-petit. « *Le jeu c'est le travail de l'enfant, c'est son métier, c'est sa vie* » ainsi que le disait Pauline Kergomard (1886), fondatrice de l'école maternelle en France. Dans le jeu, l'enfant rejoue des scènes de la réalité afin de mieux les appréhender et d'en intégrer les règles, implicites et explicites.

Les jeux du bébé sont dits « solitaires » au départ, centrés principalement sur le corps même de l'enfant ou sur des objets que celui-ci manipule. Puis, apparaissent également

progressivement les jeux avec un partenaire actif qui partage avec le bébé l'initiative des actions engagées. Ces jeux permettent le développement d'interactions. Ce sont eux également qui permettent au bébé « *d'accéder à l'intersubjectivité, aux modalités du fonctionnement triadique, au langage et à la symbolisation* » (B. Golse, 2004, cité par le Pr D. Marcelli 2012).

Les premiers jeux de l'enfant reposent principalement sur l'imitation. Celle-ci est immédiate dans un premier temps, restant collée à l'événement qu'elle reproduit. L'enfant imite ses propres actions et bénéficie de ses parents qui sont attentifs à l'imiter à leur tour. Ainsi se construit l'intérêt du bébé pour les effets qu'il produit sur lui-même et sur autrui. Un tissage d'imitations conjointes se développe très rapidement entre le parent et le bébé. On assiste à des enrichissements mutuels entre partenaires. Ce processus est la base de l'attention partagée et de la construction de sens. Ce creuset d'imitations partagées et enrichies d'autres possibles est essentiel au développement cognitif, affectif et langagier.

Petit à petit, l'imitation va pouvoir devenir différée et prendre place en dehors de la situation initiale qui lui a donné naissance. Cela dénote des capacités de représentation et d'élaboration plus poussées.

Le jeu de l'enfant est donc dans un premier temps très proche du réel. Il ne peut s'en détacher. Mais peu à peu cela va changer laissant place à davantage d'imaginaire. Le jeu devient symbolique. L'enfant est alors capable de remanier le réel à sa guise, de le façonner selon ses désirs pour atteindre les buts qu'il s'était fixés. Ainsi, l'enfant va être capable de se dégager de sa perception immédiate pour élaborer de petits scénarii et saynètes ne reposant pas directement sur le réel. On observe ceci lorsque l'enfant est capable de se servir de n'importe quel objet pour en faire ce qu'il veut. Il peut alors par exemple prendre une banane pour faire semblant de téléphoner. Ces jeux symboliques, jeux de faire-semblant, sont très importants dans le développement de l'enfant et de sa pensée. Ils témoignent de capacités de décentration indispensables à une compréhension élaborée et à un raisonnement logique.

1.4-Le très jeune enfant, son développement et les écrans

Après avoir fait ce bref rappel concernant l'intérêt pour le bébé de mener des explorations avec les objets, on comprend qu'un enfant, d'autant plus s'il est très jeune, mis face à un écran est en position de passivité totale. Il peut tenter d'interagir avec cet écran, mais celui-ci ne va pas lui répondre et encore moins lui renvoyer de manifestations positives par rapport à ce qu'il fait. Cela ne l'encouragera donc pas à persévérer dans ses initiatives. Il n'y retrouvera pas non plus la chaleur maternelle et le contact rassurant d'un geste ou d'une parole affective.

De plus, les écrans peuvent être dommageables pour les enfants même lorsque ceux-ci ne sont pas directement installés face à eux. Il suffit en effet que la télévision soit allumée dans la pièce où joue l'enfant pour que cela puisse interrompre son activité et donc modifier le bon déroulement de ses expériences. Lorsqu'un enfant joue tranquillement par terre avec ses cubes ; il les empile, il les fait tomber et recommence. Il tâtonne, explore les possibilités qui s'offrent à lui et réitère ses expériences. Cela lui permet petit à petit d'inférer certaines propriétés aux objets et de découvrir certaines lois qui régissent le monde. Dans son cerveau se crée tout un réseau de connexions neuronales à l'origine d'une pensée de plus en plus élaborée et construite, logique. Imaginons maintenant que ce même enfant se trouve à jouer dans le salon et que la télévision y soit allumée. L'attention de l'enfant occupé à faire ses expériences est tout à coup happée par une image fugace, un bruit provenant de la télévision. Il lève la tête. Mais quand il revient à son activité, il en a perdu le fil. Et il est probable qu'il délaisse le jouet qu'il était en train d'explorer pour se saisir d'un autre. Ainsi, les liens ne se créent plus de la même manière, dans une certaine continuité. L'enfant est perturbé dans ses acquisitions. Ces phénomènes ont pu être mis en avant par des chercheurs (études de l'influence de la télévision sur les activités spontanées du jeune enfant : Anderson & Pempek, 2005, Schmidt, Pempek, Kirkorian, Lund, & Anderson, 2008, cités par Desmurget p.149). Il est ressorti de ces études que, bien que les enfants regardent en moyenne très peu l'écran dans ces moments de jeu (environ moins de 5%), cela entraîne à chaque fois l'abandon de la conduite en cours. Les enfants en présence d'une télévision « d'arrière-plan » changent de jouets plus souvent, présentent des schèmes ludiques moins développés, ce, dans des périodes plus courtes et au cours desquelles leur attention est moindre.

Or, ces tout petits événements qui peuvent paraître anodins sont susceptibles d'avoir des conséquences importantes par la suite pour l'enfant et son développement cognitif. Des études ont montré que cela constituait des facteurs de prédisposition à une évolution peu favorable du quotient intellectuel (QI) à long terme (Ruff, Lawson, Parrinello, & Weissberg, 1990, Lawson & Ruff, 2004) et pouvait être corrélé à la présence de retard cognitif (mêmes études et Handen, McAuliffe, Janosky, Feldman, & Breaux, 1998). En effet, la télévision d'arrière-plan pourrait être susceptible de « *désorganiser le déploiement intellectuel en en frelatant certaines activités constructives* » (Desmurget, 2013 p.150).

De plus, il a été démontré l'existence d'une corrélation importante entre le développement des activités ludiques spontanées et l'évolution et la construction du langage, tout comme avec les capacités intellectuelles (QI) (Vig, 2007, Lyytinen, Poikkeus, & Laakso, 1997, Wechsler D, 2000.). On comprend alors que les perturbations qui peuvent survenir lors

du jeu du jeune enfant sont susceptibles de venir entraver le développement plus général de l'enfant en termes cognitifs et langagiers (Annexe V).

1.4.1-Attention, mémoire de travail

Comme les chercheurs ont pu le mettre en avant, lors de ces activités ludiques en présence d'un écran, l'enfant a plus de difficultés à fixer son attention. Or cette capacité joue un rôle développemental primordial. En effet, c'est cela qui va lui permettre de mettre en place des petits scénarii qui vont progressivement se complexifier et au cours desquels l'enfant va devoir coordonner ses actions. A contrario, si cela est rendu impossible pour l'enfant en raison d'une labilité attentionnelle, un appauvrissement et une moindre diversité de ses jeux pourront être observés.

L'enfant est également entravé dans le développement de sa mémoire de travail, n'étant plus en mesure de persévérer dans ses activités suite aux interruptions dues à la télévision. Or, c'est la mémoire de travail qui permet de traiter plusieurs informations concomitantes, de les sélectionner et de les mémoriser afin de pouvoir les utiliser ultérieurement au sein d'une tâche plus ou moins complexe. Elle intervient dans de nombreuses activités et traitements cognitifs, tels que le langage, la lecture mais aussi dans la mise en place d'un raisonnement, dans le calcul etc. (Aubin, 2007, Gaonac'h, 2000).

1.4.2-Interactions parents-enfant

En outre, un des autres effets délétères de la télévision sur le développement de l'enfant est l'impact que celle-ci entraîne sur le comportement de ses parents. Leur attention est en effet occupée en partie par celle-ci et les interactions avec l'enfant en sont affectées. Il a été prouvé que dans de telles situations, les parents interviennent moins auprès de leur enfant afin de reprendre et d'enrichir les schèmes ludiques mais aussi langagiers de celui-ci (Christakis et al., 2009 et Kirkorian, Pempek, Murphy, Schmidt, & Anderson, 2009).

Tout ceci concourt à perturber et diminuer les sollicitations et les interactions proposées à l'enfant. Or ces moments sont essentiels car l'enfant y puise des éléments participant à son développement ; il s'appuie sur les modèles qui l'entourent, explore sous le regard bienveillant et attentif de ses parents.

Ainsi, une exposition précoce à la télévision, et aux écrans d'une manière générale, risque d'entraver le développement psychomoteur, cognitif et langagier de l'enfant en le privant d'expériences riches, variées et d'un soutien porteur de ses figures d'attachement.

Ces perturbations qui surviennent durant la prime enfance peuvent transparaître plus tard, dans les difficultés que l'enfant pourra rencontrer du fait de ces déficits cognitifs, langagiers, mais aussi dans la mise en place de ses structures logiques.

1.5-La télévision, entrave au développement du jeu

On a pu le voir auparavant, le jeu est primordial dans la construction psychique, intellectuelle et sociale du jeune enfant. Cependant, il arrive que l'on rencontre des enfants qui ne savent pas jouer, qui restent dans une illusion d'omnipotence ou qui tentent d'en recréer les conditions. Selon S. Tisseron (2012) « *l'enfant placé devant la télévision manque d'abord de temps et d'espace pour développer un sentiment normal d'omnipotence.* ». En effet, les expériences que la télévision offre au très jeune enfant sont imprévisibles, rapides et l'enfant ne peut en aucun cas exercer un contrôle dessus, bien que certains programmes laissent penser le contraire, sous le couvert de sollicitations répétées envers l'enfant d'un personnage animé qui l'interpelle et l'invite à interagir avec lui (Dufour, 2009). Or, les expériences proposées à l'enfant ne constituent pas de réelles interactions et rapidement un décalage s'installe entre les possibles réactions de l'enfant et l'émission qui suit son cours quelle que soit la concordance entre les sollicitations et les réponses apportées ou non par l'enfant (personnage qui demande à l'enfant de faire ou dire quelque chose en vue d'obtenir un résultat précis « Frappe dans tes mains pour que le ballon décolle ! » « Indique-moi le bon chemin, est-ce que je pars à droite ou à gauche ? »). Il peut éprouver un sentiment de détresse face à cette impuissance et à cette incompréhension du monde qui lui est ainsi présenté et à son impossibilité d'entrer en contact avec lui, d'agir sur lui. Le risque est alors que l'enfant développe les deux réactions que nous avons évoquées ci-dessus du fait d'un manque d'élaboration du sentiment de toute-puissance.

Au-delà des répercussions possibles chez le très jeune enfant, on peut également observer des conséquences chez l'enfant plus âgé. En effet, la télévision, par les programmes qu'elle diffuse, propose des schémas identitaires assez stéréotypés et figés auxquels l'enfant est susceptible de s'identifier en choisissant de manière préférentielle et exclusive un type de personnage dont il se sent proche (bien souvent l'agresseur, la victime ou le redresseur de torts). Les identifications précoces, que l'enfant a pu percevoir dans son entourage peuvent alors s'en trouver renforcées, au détriment de toutes les autres. De plus, « *Les enfants ont tendance à s'enfermer dans des schémas mentaux rigides où ils ne se perçoivent que dans un seul rôle* » (Tisseron, 2012). Le risque est alors que dans la réalité, ils adoptent une attitude

préférentielle de manière assez systématique. « *La capacité de se mettre à une autre place que la sienne - autrement dit la capacité d'empathie - est inhibée* ».

Ainsi on constate parfois que l'enfant ne sait plus jouer et que ses « jeux » sont marqués par un enkystement des identifications précoces, ce qui se retrouve également dans son comportement avec autrui dans le monde réel.

1.6-L'enfant captif de l'écran

Le très jeune enfant que l'on place face à un écran n'a pas la possibilité de choisir. On lui impose cette activité dont il devient rapidement prisonnier à son insu, puis demandeur. Les images, les sons vont le rendre captif en sollicitant l'ensemble de ses sens (Larrar, 2011 p.36) et le plonger dans une sorte d'état second dont il est difficile pour un si petit de se détacher, en raison des phénomènes psychiques qui sont alors à l'œuvre. Cela demande une grande volonté de sa part pour s'arracher à la contemplation de cet écran hypnotique devant lequel l'enfant peut se retrouver happé, imperméable aux sollicitations extérieures. Il ne faut pas oublier que l'enfant très jeune n'accède pas à une compréhension des images qui défilent. Cela est d'autant plus vrai qu'il est question de programmes inadaptés, trop rapides et compliqués pour son âge. L'enfant subit des stimulations qui viennent agir sur son cerveau, épuisant ses ressources attentionnelles, le privant ainsi de disponibilité par la suite pour les autres activités qui pourraient lui être proposées.

2-La télévision, le temps et les relations humaines

2.1-La présence grandissante des écrans dans les foyers et dans le quotidien des individus

2.1.1-La place de la télévision dans les foyers

A l'heure actuelle, les foyers dépourvus de télévision sont rares. Il est même plutôt courant de constater que les familles disposent en général de plusieurs postes, en fonction du nombre de pièces du domicile. Il arrive que la télévision accompagne l'ensemble des activités familiales et qu'elle reste allumée de longues heures, sans pour autant que les individus soient assis devant pour suivre un programme. On constate parfois que, tel que le dit Liliane Lurçat (2004), citée par M. Desmurget (2013, p.25) « *La télévision au foyer, ou télévision domestique, tend à devenir la maîtresse de maison autour de laquelle s'organise et se déploie la vie quotidienne.* ». Ainsi, la télévision s'est peu à peu insinuée dans notre quotidien, au

point de rythmer les journées, au gré des programmes diffusés. Il est possible de constater aujourd'hui que l'emploi du temps des enfants s'articule autour de leurs programmes préférés tout comme celui de la famille, également régi par les horaires télévisuels. Il arrive alors que les moments consacrés aux repas, aux devoirs, au coucher répondent davantage à ces injonctions qu'au rythme physiologique et naturel des individus (Lull, 1990, cité par Desmurget, 2013 p.51). Cela n'est pas sans conséquence sur la santé des enfants dont les rythmes et les besoins sont bien spécifiques.

Ainsi, petit à petit, les habitudes se sont ancrées autour de la télévision et celle-ci est entrée bien souvent jusque dans l'intimité des foyers, occupant une place de choix dans la chambre parentale mais aussi dans celle des enfants. De plus, tel que le rapporte Monique Dagnaud (2005), directrice de recherche au CNRS et ancien membre du CSA) « *la télévision est devenue l'un des plus grands sujets de tension dans les familles.* », ce qui amène certains foyers à multiplier les écrans pour contenter chacun.

2.1.2-La télévision, source d'occupation

La plupart du temps, la télévision est associée à des moments agréables, synonyme de détente et de lâcher prise. Elle s'est peu à peu imposée comme une activité à part entière, offrant à portée de main un panel très varié de programmes, susceptibles de satisfaire petits et grands. Ainsi elle est souvent considérée par les parents comme un moyen agréable d'occuper leurs enfants en leur faisant plaisir, et leur permettant de vaquer à leurs propres activités. Ils sont rassurés, les enfants sont « occupés ».

Certains y voient également une chance d'offrir à leur(s) enfant(s) une ouverture sur le monde et les clés d'une socialisation qui passe par des rites et le partage d'une « culture » commune. Ainsi, par souci de ne pas exclure leur(s) enfant(s) des relations avec les pairs dans le milieu scolaire, certains parents cèdent à l'injonction télévisuelle, pensant agir pour le mieux. La télévision apparaît donc bien souvent comme une occupation idéale pour les enfants et les parents. Cependant, il arrive dans certains cas qu'il devienne difficile de détacher l'enfant de cet écran, que ce soit pour aller faire les devoirs ou tout simplement consacrer son temps à autre activité.

2.1.3-La télévision et les temps de repas

Comme nous avons pu le noter auparavant, il arrive également que la télévision ait une place de choix au sein du foyer. Il n'est pas rare qu'elle accompagne les temps de repas. Ces moments conviviaux qui bien souvent offrent à la famille un moment privilégié de partage,

tous ensemble réunis autour d'une même table, peuvent s'en trouver appauvris. En effet, même si la télévision n'est là que pour créer un fond sonore, elle vient capter l'attention des individus par les stimulations sonores et les images qui défilent, rompant les temps d'échange et interrompant les relations. L'attention est détournée, les tentatives de communication abrégées et la réception du message de chacun limité.

De plus, les heures des repas peuvent être calées sur les temps du journal télévisé (Volatier, 1999). Or ce type de programme n'est pas adapté aux jeunes enfants. Les images souvent violentes, choquantes s'enchaînent sans explications claires, pouvant offrir un spectacle traumatisant au jeune spectateur qui n'en comprend pas forcément la teneur, ce, dans un moment qui devrait au contraire être propice à la détente et aux relations familiales apaisantes.

Ainsi, l'enfant qui souhaite raconter sa journée peut se retrouver confronté à une sorte d'indifférence ou de moindre écoute de la part de ses parents, frères et sœurs dont l'attention est en partie retenue par la télévision. De même, l'enfant peut être coupé dans son élan et perdre le fil de ses pensées, happé soudainement par une image, un son.... Les expériences que cela peut procurer, ou au contraire empêcher, peuvent être à l'origine d'un certain mal-être de l'enfant. Celui-ci peut avoir le sentiment de ne pas réussir à obtenir l'attention de ses parents.

Il arrive également de constater que des moments de convivialité soient remplacés pour les enfants par du temps passé devant un écran (enfant qui joue sur sa console lors d'un repas familial au restaurant)...On peut ainsi observer parfois que les moments de partage s'amenuisent, au risque de fragiliser les relations familiales et d'avoir un impact sur la construction psychique de l'enfant, sur son identité, propre et familiale, en tant qu'individu appartenant à une cellule familiale au sein de laquelle il doit trouver des repères essentiels à son épanouissement.

2.2-La télévision : « un écran aux relations humaines »

Par définition même, au sens premier, un écran est un support qui isole, protège d'un environnement extérieur. Par la suite, c'est devenu également un support sur lequel on peut projeter des images etc. Mais il n'a pas pour autant perdu son sens originel...

2.2.1-Ecoute et communication

Quoi de plus banal aujourd'hui que de constater que les moments d'échange sont modifiés par la présence des écrans. Ainsi, il arrive de plus en plus de voir un parent se

promener avec son enfant tout en consultant ses messages sur son téléphone portable, ou encore une mère nourrissant son bébé devant la télévision. Le danger de telles situations apparemment anodines est l'impact engendré sur les relations humaines et leur qualité. Celles-ci s'en trouvent réduites quantitativement mais aussi qualitativement. Ainsi, tel que le signale Michel Larrar, pédopsychiatre, « *dans toutes ces situations, les écrans font littéralement écran aux relations humaines, ils séparent, ils isolent et empêchent toute communication. [...] Les enfants ne se sentent plus exister dans le regard des parents qui se porte ailleurs, capté par des images, des messages.* » (Gravillon, 2012).

En effet, l'écoute des uns et des autres est modifiée par la présence des écrans. Les adultes, pris eux aussi dans la frénésie des écrans et des stimulations qu'ils offrent ne sont plus disposés de la même manière pour écouter simplement leurs enfants et réagir promptement à ce que ceux-ci leur rapportent.

Mais ces phénomènes d'écoute morcelée, superficielle et partielle concernent également les enfants. Ces derniers, habitués à faire plusieurs choses en même temps, ne le sont plus à prêter une attention soutenue à quelqu'un ou à ce qu'il dit. La communication, en plus de s'appauvrir quantitativement, perd de son efficacité et de son informativité.

Des études ont mis en avant le fait que la télévision avait pour effet de réduire de manière significative le volume et la qualité des interactions entre les parents et leurs enfants (Anderson & Pempek, 2005, Kirkorian et al., 2009). Or, ces interactions sont fondamentales pour le développement langagier (Bloom, 2000). Moins sollicité dans ses productions verbales, l'enfant peut désinvestir ce mode de communication et s'isoler. Tel que Desmurget (2013, p.175) en fait la synthèse en se référant à diverses études, « *quand le poste est allumé, que ce soit au premier ou au second plan, l'enfant entend moins de mots, il s'exprime de façon plus parcimonieuse et plus brève et il prend part à un nombre plus limité d'échanges bilatéraux.* ». Il apprend alors à se complaire dans une relation unilatérale, fictive, face à un écran qui a remplacé les moments de jeux, de convivialité, d'échange et de communication qui lui étaient offerts auparavant. L'enfant se construit avec des références autres que celles des simples figures parentales, figures bien souvent effacées, absentes ou impuissantes à asseoir une autorité face à l'hégémonie et la domination des écrans.

2.3-Des écrans chronophages

Si les écrans peuvent modifier les relations familiales, les activités quotidiennes ne sont pas non plus épargnées. Ainsi, tel qu'on a déjà pu l'entrevoir, c'est toute la vie et les habitudes passées qui sont à repenser et à aborder avec ces données nouvelles à intégrer. La

télévision et les écrans offrent une multitude d'activités et de possibilités, au risque parfois d'empêcher l'enfant d'explorer l'ensemble des possibles à portée de main, en dehors des écrans. Rendus captifs, les enfants délaissent des activités pourtant essentielles à leur développement et à leur santé. Nous allons ici en voir quelques exemples.

2.3.1-Les écrans et les apprentissages

De nombreuses personnes voient dans les écrans un mode de stimulation bénéfique aux apprentissages de l'enfant, lui permettant de multiplier les expériences. En effet, ceux-ci peuvent offrir à leurs utilisateurs des possibilités infinies en termes de découvertes et d'exploration par le biais d'un monde virtuel sans frontière et sans limite. Cela n'est vrai que dans la mesure où l'on donne cette possibilité à l'enfant, en l'accompagnant pas à pas dans son utilisation des écrans et en mettant à sa disposition les outils adéquats et adaptés à son âge et à son niveau de développement, qu'il s'agisse de programmes télévisuels (DVD, émissions spécialisées) ou informatiques. Pour que cette richesse soit à la portée des enfants, il faut qu'un adulte bienveillant et disponible soutienne l'enfant dans sa démarche. Et il faut garder présent à l'esprit, que les possibilités offertes par les écrans ne remplacent pas les expériences réelles dont pourrait bénéficier l'enfant. Ainsi, ce n'est pas pareil de découvrir les animaux en visitant virtuellement un parc zoologique qu'en s'y promenant avec ses parents, par exemple. Les expériences ne sont jamais aussi riches et imprégnées d'émotions. Les écrans peuvent donc venir soutenir les découvertes, les compléter, sans les remplacer entièrement, au détriment de tous les bénéfices qui peuvent en être tirés.

Certains mettent en avant les mérites des écrans et jeux vidéo pour développer la motricité fine des enfants, leurs capacités de raisonnement, de repérage dans l'espace et leur rapidité d'exécution. Or, cela n'a pas été clairement démontré. Il est possible en effet de constater des résultats surprenants dans l'exécution de ces tâches bien précises, mais la généralisation de ces résultats à des domaines plus concrets de l'existence n'a pas été prouvée. Les enfants deviennent donc hyper-performants en ce qui concerne des actions ciblées, virtuelles mais non dans les tâches quotidiennes ou scolaires.

Or, tel que le fait remarquer Desmurget (2013 p.40) « *un écolier du primaire passe, tous les ans, plus de temps devant la télévision que face à son instituteur* » (956h contre 864). On retrouve ce phénomène non seulement quantitativement (durée consacrée aux devoirs et travail scolaire au domicile) mais également qualitativement. Le temps qui est en effet consacré aux apprentissages subit les effets délétères des écrans sur l'enfant, notamment en termes de disponibilité, d'attention, de motivation, de persévérance et de fatigue. En effet,

après un temps d'écoute télévisuelle, l'enfant est dans de moins bonnes dispositions pour apprendre efficacement et se concentrer. Tout risque alors de lui demander plus d'efforts et d'être plus long, plus compliqué, sans faire état de la difficulté de laisser l'écran pour se consacrer à une tâche jugée plus « ingrate » et cognitivement plus coûteuse.

Ainsi, une des conséquences des effets possibles des écrans est l'apparition de difficultés dans les apprentissages scolaires.

2.3.2-Ecrans, activités physiques et temps consacré aux jeux

L'enfant a besoin de bouger et de se dépenser, d'utiliser et de découvrir son corps en mouvement afin d'intégrer son schéma corporel et d'avoir une bonne conscience de celui-ci. Or, les écrans ne favorisent pas les activités physiques et les bienfaits qui en découlent. Ainsi, c'est le développement physique, psychomoteur et postural des enfants qui est menacé et également, le bien-être physique et moral.

Lorsque que l'on évoque le temps consacré aux jeux, il est évidemment question des jeux autres que les jeux vidéo qui rentrent dans la catégorie du temps passé devant les écrans.

Le jeu est le mode d'apprentissage privilégié du jeune enfant, comme nous avons pu l'évoquer dans la première partie de ce chapitre. Si l'enfant passe beaucoup de temps devant les écrans, cela le détourne de moments précieux de jeux, seul ou à plusieurs.

2.3.3-La lecture

De même que l'on constate une diminution significative du temps consacré aux activités ludiques avec des objets, des jeux et entre pairs, celui accordé à la lecture n'est pas épargné, bien au contraire. Plusieurs études ont montré que, plus un enfant regarde la télévision, moins il consacre de temps à la lecture (Ennemoser & Schneider, 2007, Wiecha, Sobol, Peterson, & Gortmaker, 2001, Koolstra, van der Voort, & van der Kamp, 1997). Ainsi, les enfants préfèrent bien souvent suivre passivement les aventures de leurs héros sur le petit écran plutôt que de se plonger dans la lecture d'histoires pourtant d'autant plus riches qu'elles laissent à l'enfant toute possibilité d'imagination. En effet, avec la lecture, l'enfant est libre de se créer les images qu'il veut, de mettre sur les mots qu'il découvre des représentations qui lui sont propres. Avec les écrans, les images sont imposées et l'enfant n'a alors plus la possibilité ni l'occasion de faire appel à son imaginaire. On peut citer à ce sujet B. Bettelheim qui écrit « *la télévision capture l'imagination mais ne l'affranchit pas. Un bon livre stimule et libère immédiatement l'esprit.* » (Bettelheim, 1963). L'un n'exclut pas l'autre, bien au contraire,

mais l'on constate cependant souvent une diminution notable de la présence des livres dans le quotidien des enfants au profit des écrans.

De même, il est possible de constater que l'histoire du soir racontée à l'enfant au moment du coucher est bien souvent abandonnée, ce qui peut s'expliquer en partie par le changement des habitudes familiales et des emplois du temps parfois incompatibles mais aussi, avec un certain délaissement de ces histoires de la part des parents. Ces derniers ont pourtant un rôle important à jouer dans le développement du plaisir de la lecture et la stimulation de l'imaginaire.

2.3.4-Les écrans et le sommeil

L'exposition aux écrans n'est pas sans conséquence sur le sommeil des individus et notamment des enfants. On a pu montrer que la durée du sommeil diminuait de manière proportionnelle au temps consacré à la télévision (Owens et al., 1999, Li et al., 2007, Paavonen, Pennonen, Roine, Valkonen, & Lahikainen, 2006). Les conséquences sont aussi bien quantitatives que qualitatives. Les rythmes des enfants et adolescents s'en trouvent ainsi modifiés. Les enfants, captifs des écrans éprouvent plus de difficultés à s'en détacher et les heures de coucher sont repoussés au profit de temps supplémentaire consacré aux écrans.

De plus, l'excitation provoquée par les stimulations visuelles et auditives générées par les écrans ne favorise pas l'endormissement par la suite. De ce fait, en plus de retarder l'heure du coucher, les écrans sont susceptibles de décaler l'endormissement. Ainsi, « *plus un enfant regarde la télévision et plus il risque de présenter des nuits agitées, porteuses de parasomnies, de crises d'angoisse, de difficultés d'endormissement, de refus d'aller au lit, de cauchemars et/ou de réveils multiples* ». (Desmurget, 2013, p.267)

2.3.5-Moins de temps pour s'ennuyer... et donc imaginer...rêver

Les enfants sont « occupés », mis devant les écrans pour leur éviter les moments « vides », d'ennui, instants délicats où l'enfant doit apprendre à s'occuper seul. L'ennui est pourtant essentiel au développement de l'enfant et fait partie des procédés maturatifs par lesquels il doit passer. Donner à l'enfant la possibilité de disposer de moments apparemment « vides » qui ne soient pas comblés par des images ou du bruit, c'est lui offrir la possibilité de découvrir ses ressources personnelles. L'enfant est alors en position d'exploration, d'imagination, et peut ainsi développer sa créativité. Loin de « l'abrutir », ces moments le poussent à chercher par lui-même des moyens de s'occuper. « *L'ennui opère des prodiges : il*

convertit la vacuité en substance, il est lui-même vide nourricier » (Cioran, 1987). Il est donc important de permettre à l'enfant de disposer de tels espaces.

3-Les répercussions possibles

Tout ce que nous venons d'évoquer a des conséquences sur l'enfant en terme de développement aussi bien psychomoteur, physique, psychique que cognitif.

3.1-Les risques cognitifs

3.1.1-Le langage

Loin de venir répondre aux arguments des promoteurs de chaînes et programmes spécialisés pour bébés, les écrans ne développent ni n'améliorent le langage. Ceci a pu être démontré dans de nombreuses études dans lesquelles on comparait des enfants exposés à des programmes spécifiques, censés développer le langage et le vocabulaire de l'enfant, avec des familles qui n'avaient pas recours à ce type d'émissions. Les enfants soumis aux programmes « éducatifs » n'avaient pas appris plus de mots que les enfants en interaction avec leurs parents, bien au contraire (Krcmar, Grela, & Lin, 2007, DeLoache et al., 2010). Pour expliquer ces résultats, il faut rappeler que le langage est avant tout un acte de communication. Il naît de la volonté de partager un état avec autrui et s'enrichit de la réponse qui lui est apportée. Un bébé face à un écran ne va pas trouver un locuteur réceptif en la personne de l'écran lorsqu'il va produire un mot. Il ne sera donc pas incité à poursuivre ses productions. De plus, il ne bénéficie pas alors de l'étayage et de la stimulation que peut lui apporter une interaction avec un proche. Les écrans ne sont pas des outils d'enrichissement du langage. Ils ne mettent pas l'enfant en situation de communication, ne lui permettent pas d'avoir un feed-back de ses productions et peuvent au contraire le priver de moments d'interactions privilégiées, propices au développement langagier. Ainsi des chercheurs ont pu montrer que 2 heures de télévision par jour, chez des enfants de 15 à 48 mois, multipliait par 3 le risque de voir apparaître des retards de développement langagier. Cette probabilité augmente par 6 lorsque l'enfant a été exposé aux écrans avant l'âge de 1 an (Chonchaiya & Pruksananonda, 2008).

La question se pose de l'altération possible des processus d'acquisition du langage, lorsque le jeune enfant encore dépourvu de parole se retrouve face à un écran qui s'adresse à tous et à personne en particulier. Les parents ont un rôle essentiel à tenir dans la verbalisation qu'ils vont proposer à leur enfant (Dufour, 2009). C'est ainsi qu'il pourra acquérir des repères

symboliques, « *constitués de signifiants spatiaux, des déictiques comme « je », « ici », « maintenant ».* [...] *Grâce à ces indicateurs, le locuteur s'auto-indexe comme celui qui parle, fixant du même coup un où et un quand il parle.* ». Or, c'est cette transmission que la télévision peut venir entraver. Celle-ci propose en effet « un discours » non adressé, n'interpellant pas et n'obligeant pas à répondre, ce qui n'est pas le cas d'une réelle situation d'échange. « *Elle échappe ainsi à l'obligation symbolique fondamentale de la réciprocité établissant que quand l'autre a parlé, l'autre doit lui répondre...Même s'il elle n'a de cesse de solliciter (parfois jusqu'au harcèlement) les téléspectateurs, cette interpellation reste tout à fait rhétorique puisqu'il n'y a pas de voie (voix) de retour dans le circuit. Voilà pourquoi elle ne peut produire que des sujets mal installés dans le discours, c'est-à-dire, des sujets malhabiles dans l'usage déictique des repères symboliques de personnes, d'espace et de temps.* ».

Et c'est ainsi que Dufour pourra souligner l'importance pour l'enfant de posséder en premier lieu une certaine expérience langagière, expérience du discours, avant même d'être soumis aux écrans et aux diverses images qu'ils véhiculent. Cela lui permettra alors d'être en mesure de transcrire celles-ci en discours, à travers ce que Jakobson appelait « la traduction intersémiotique », c'est-à-dire la transposition sémiotique d'un système à un autre. Alors seulement, les images pourront être porteuses d'un sens partagé et explicite.

3.1.2-Le raisonnement

La manipulation est chez le tout petit et chez l'enfant en développement un moyen privilégié d'exploration et de découverte du monde et des propriétés des objets qui l'entourent, tel que nous avons pu l'exposer précédemment. Les découvertes qui peuvent être proposées par les écrans ne permettent pas à l'enfant de créer les liens indispensables à sa compréhension globale du monde. Ainsi, on peut rencontrer des enfants qui sont en difficulté dans les apprentissages scolaires parce qu'ils n'ont pas assez manipulé étant petits. D'autres modes de raisonnement émergent aujourd'hui de cette appréhension singulière de la réalité laissant parfois l'enfant démuni face aux problèmes concrets du monde, pouvant faire appel un raisonnement hypothético-déductif.

3.1.3-L'attention

Les écrans constituent des sources de stimulation puissantes. Les signaux lumineux et sonores qu'ils émettent sont d'une telle intensité et rapidité qu'ils viennent capter notre cerveau et mobilisent notre système attentionnel. Ce dernier est constitué de deux composants

principaux qui ne répondent pas aux mêmes règles. Nous possédons en effet un système automatique qui est mis en jeu par les stimulations du monde extérieur de façon totalement inconsciente. Notre deuxième système est un système volontaire qui nous permet de diriger sciemment notre attention et de la maintenir sur des éléments qui nous entourent. Il se trouve que notre système automatique est sur-stimulé par les écrans, ce, aux dépens de notre second système. Le risque est alors que le cerveau s'habitue à être stimulé de l'extérieur pour relancer sa vigilance ainsi que son intérêt tout en perdant la capacité de maintenir son attention de lui-même.

Ceci peut expliquer en partie les troubles de l'attention et de la concentration que l'on retrouve fréquemment chez les enfants. Dès lors que l'on a compris le fonctionnement attentionnel de notre cerveau, on est plus à même de comprendre pourquoi un enfant qui arrive en classe le matin après avoir été déjà exposé à un écran n'est pas en mesure de se concentrer sur son travail scolaire. Tout son système attentionnel a été capté par les stimulations qu'il a reçues des écrans et ses ressources d'attention sont épuisées. Il faut du temps à l'enfant, après une exposition aux écrans, et donc une hyperstimulation attentionnelle, pour se retrouver dans les conditions optimales de travail.

De plus, le rythme soutenu et l'enchaînement rapide des images et des sons fait que l'enfant s'habitue à un degré de stimulation extrême qu'il va rechercher par la suite pour retrouver les sensations éprouvées. Dès lors, les autres activités peuvent rapidement paraître dépourvues d'intérêt, ne répondant plus aux « besoins » de l'enfant.

En outre, tel que le dit Sébastien Clerc (2008) « *Ainsi habituée à ne plus perdre de temps avec une information qui ne soit pas frappante ou très excitante, une partie de notre jeunesse se rend de moins en moins disponible pour l'acquisition lente et progressive de connaissances abstraites.* » (cité par Desmurget, 2013 p.144). Les enseignants se plaignent de plus en plus du manque de persévérance des élèves face aux tâches proposées. Les enfants semblent en effet montrer de plus faibles capacités de persévération dans l'effort, ce dont Desmurget (2013, p.145) fait état en se basant sur un corpus d'études « *montrant que le petit écran accroît l'impulsivité comportementale et cognitive des enfants, tout en diminuant leur propension à la persévérance, leur appétence pour les tâches intellectuellement exigeantes et leurs capacités de concentration.* ».

3.1.4-L'imagination et l'enkystement des identifications précoces

Comme nous l'avons évoqué précédemment, trop souvent les écrans viennent priver les enfants d'un temps de jeu, temps d'élaboration et de création dans lequel l'enfant devient

maître du monde qu'il redessine à sa convenance. On constate bien souvent aujourd'hui que les jeux symboliques des enfants, les jeux des cours de récréation, ont perdu en créativité et en originalité. On observe massivement une tendance à rejouer les films ou dessins animés qu'ils ont vus. Ainsi, les enfants endossent volontiers les traits de leurs héros préférés, se collant à une image préfabriquée. On n'est plus tout à fait alors dans de réels phénomènes de construction, d'imagination. Sitôt qu'on leur demande de se détacher de ce moule, les enfants peuvent se retrouver en difficulté. C'est d'ailleurs d'après ces constats que S. Tisseron a lancé le concept du « Jeu des trois figures » pour essayer d'éviter un enkystement des identifications précoces (Annexe VI). Le risque est en effet de voir des enfants se complaire et être limités par la suite dans un schéma stéréotypé et réducteur de personnalité type.

3.1.5-La lecture

La lecture est une activité qui a tendance à être délaissée au profit des écrans. La lecture stimule l'imagination, demande de la concentration. C'est justement pour cela également qu'elle est parfois abandonnée. La lecture est « coûteuse » cognitivement et des enfants qui peuvent rencontrer des difficultés dans ce domaine ne vont donc tout naturellement pas privilégier ce type d'activité. Or, il ne faut pas oublier que les livres et les histoires aident largement au développement des capacités narratives. Avec le récit, l'enfant comprend qu'il existe une certaine structure, une temporalité. Il se confronte à l'implicite et à toute la richesse de la langue qui, par le pouvoir des mots, peut faire apparaître dans l'esprit de l'enfant des images infinies.

3.2-Les risques pour la santé

3.2.1-Le sommeil

La qualité du sommeil ainsi que sa durée sont des éléments essentiels à la bonne santé physique et morale des individus. Les conséquences d'un mauvais sommeil sont nombreuses et ne sont plus à démontrer (impact sur le fonctionnement cognitif et cérébral, sur l'humeur, sur le poids, l'hypertension, les performances scolaires et professionnelles, l'usage de psychotropes, l'affaiblissement des défenses immunitaires etc.).

Des études ont montré que le sommeil des enfants était plus à même d'être perturbé par une consommation jugée excessive d'écrans. Ceci est dangereux chez un être en développement pour qui ces moments de repos sont primordiaux pour une intégrité physique et psychique. En effet, pendant le sommeil, le cerveau continue sa croissance et de nouvelles

connexions se créent. L'enfant enregistre ce qu'il a fait et appris dans la journée. Les troubles du sommeil et la réduction de celui-ci sont susceptibles d'avoir des répercussions sur les moments d'éveil de l'enfant. Celui-ci risque d'être moins attentif, fatigué et davantage fatigable. S'installe alors un cercle vicieux qui ne fait qu'entretenir des difficultés chez l'enfant avec les répercussions que cela peut entraîner sur sa santé et sur ses apprentissages scolaires.

3.2.2-La sédentarité

La sédentarité de l'enfant est un problème de santé publique dont les conséquences néfastes sur la santé et le bien-être sont nombreuses. Une étude américaine a démontré qu'il existe un lien entre le temps passé devant le petit écran chez les enfants de 3 à 8 ans et le niveau élevé de tension artérielle chez ces mêmes enfants (Bourcier, 2010 reprenant Martinez-Gomez, Tucker, Heelan, Welk, & Eisenmann, 2009). Le risque de voir l'enfant développer une surcharge pondérale a tendance à augmenter proportionnellement aux heures passées devant les écrans (Desmurget, 2013 p.192), d'autant plus que ce temps est associé à des temps de repas et de grignotage. Les messages publicitaires influencent également les habitudes alimentaires des enfants dont le cerveau reçoit passivement des signaux qu'il enregistre. De plus, des études ont montré une corrélation d'autant plus importante entre le jeune âge du téléspectateur et le risque d'impact sur le poids de celui-ci. Or, on sait aujourd'hui que les excès pondéraux sont susceptibles d'avoir des conséquences majeures sur la santé des individus (diabète, accidents vasculaires cérébraux, maladies coronaires etc.) réduisant l'espérance de vie en bonne santé (Kopelman, 2000, Bellanger & Bray, 2005).

Or, depuis l'explosion des écrans on constate une diminution notable de la pratique d'activités physiques par les plus jeunes, comme par leurs aînés. Les autorités sanitaires n'ont cessé de chercher à promouvoir les activités physiques. Outre les bienfaits pour la santé, celles-ci favorisent également dans la plupart des cas les relations sociales. Les jeux collectifs apprennent aux enfants à se respecter les uns et les autres, à jouer en équipe, à respecter des règles, à persévérer dans l'effort etc. Ils donnent ainsi des bases de règles de la vie en société et aident à la socialisation.

3.2.3-Les problèmes visuels

Des études récentes ont pu montrer que le nombre d'enfants atteints de problèmes visuels était en nette augmentation depuis l'avènement des écrans et avec eux, le temps qui leur est consacré. On retrouve en effet un pourcentage grandissant de myopie chez les plus

jeunes, en raison de l'exposition aux écrans et donc également de la diminution du temps passé à l'extérieur (regard qui se porte au loin).

De plus, une fatigue visuelle peut vite être ressentie face aux écrans avec pour conséquences possibles, maux de tête, fatigabilité accrue, nervosité etc.

3.2.4-Les risques alcooliques et tabagiques, les troubles alimentaires

Il ne faut pas oublier de mentionner que les écrans, par le contenu qu'ils véhiculent, peuvent venir favoriser la survenue de troubles alcooliques, tabagiques et alimentaires. En effet, les images, par leur répétition, leur impact plus ou moins implicite sur le cerveau sont susceptibles de venir modifier nos représentations et d'induire une certaine forme de « conditionnement » dont les publicitaires sont les premiers bénéficiaires.

3.2.5-Le risque « d'addiction »

Les chercheurs ne sont pas unanimes sur l'utilisation du terme « addiction » pour parler du risque qui existe de développer une dépendance aux écrans. Cette appellation n'a d'ailleurs pas fait son apparition dans le DSM V qui vient de paraître. Certains soutiennent en effet que l'on ne peut utiliser ce terme car on ne retrouve pas l'ensemble des effets et des conséquences qui y sont d'habitude rattachés (effet de manque, de sevrage...). Cependant, les spécialistes sont tout de même d'accord pour souligner le caractère potentiellement dangereux d'une exposition excessive en termes de comportement.

PARTIE PRATIQUE

I-Arguments sous tendant la réflexion autour de l'émergence d'une problématique

1-Naissance du projet

1.1-Sensibilisation à la problématique des écrans au cours de notre cursus

Au cours de nos années d'études, nous avons découvert la réalité d'un métier en perpétuelle évolution, se faisant l'écho de réflexions actuelles. Ainsi, nous avons pu être sensibilisées à certaines problématiques rencontrées au cours de la pratique orthophonique, grâce aux différents intervenants que nous avons pu côtoyer et à l'enseignement qu'ils nous ont délivré.

La réflexion autour de la problématique des écrans a pu être abordée lors d'un cours concernant la guidance parentale, en guise d'ouverture. Ainsi, le cours s'est terminé sur des interrogations laissées en suspens quant à la place éventuelle que ce sujet d'actualité pourrait/devrait prendre dans la réflexion du professionnel qu'est l'orthophoniste. Ceci nous a interpellée et donné envie de nous pencher plus activement sur le sujet et sur ce qui existe actuellement en matière de prévention en orthophonie et en particulier, concernant les écrans.

1.2-Recherches sur le sujet et rencontre de personnes travaillant sur cette problématique

Au cours de nos recherches, nous avons eu l'occasion de lire l'article que Lydie Morel a rédigé dans la revue L'Orthophoniste sur l'enfant et les écrans (septembre 2012) dans le cadre de la présentation du festival audiovisuel en orthophonie qui a eu lieu en octobre 2013. Ceci est venu nourrir notre réflexion et nous a poussée à la contacter pour lui faire part de notre intérêt pour le sujet et de notre envie de pouvoir le développer au sein d'un mémoire. Ainsi, petit à petit, grâce à des discussions avec plusieurs personnes concernées par le sujet, notre projet a pu voir le jour et se préciser.

Par ailleurs, nous avons appris la création d'une plaquette d'information à destination des parents, censée s'inscrire dans des actions de prévention dans le cadre de prises en charge orthophoniques, du moins dans un premier temps. C'est ainsi que nous sommes entrée en contact avec l'Association de Prévention en Orthophonie Meurthe et Moselle (APOMM) et plus précisément avec les deux auteurs de cette plaquette.

Nous avons alors pu envisager un travail en partenariat. En effet, cette plaquette étant encore à l'étude, nous avons décidé de nous appuyer sur cet outil pour sensibiliser la population des orthophonistes de la Vienne tout en menant ainsi une réflexion sur une méthodologie concrète d'utilisation de cette plaquette. De ce fait, nous respectons la volonté des membres de l'APOMM qui voulaient accompagner la parution de celle-ci de conseils visant à favoriser l'introduction du sujet auprès des parents et l'accompagnement de ces derniers sur le long terme. Ceci découlant des observations et conclusions tirées des recherches sur les moyens de faire de la prévention, dont nous avons pu faire état dans la première partie. Il semble en effet primordial de pouvoir être aux côtés des parents pour les aider à envisager leur quotidien autrement, à travers de petits changements progressifs et réalistes, plutôt que de se vouloir porteur d'un message qui pourrait être considéré comme moralisateur sans accompagnement et qui laisserait les parents seuls. Nous reviendrons plus en détails sur ces différents moyens ultérieurement.

1.3-Le Festival audiovisuel en orthophonie

Le Festival audiovisuel en orthophonie est un événement qui a lieu tous les trois ans et qui réunit les orthophonistes autour d'ateliers et de présentations de pratiques singulières, grâce notamment à la projection de courts-métrages. La dernière édition a eu lieu en octobre 2013 et l'un des thèmes abordés était l'enfant et les écrans, avec l'animation d'un atelier par Noémie Freund et Nathalie Mathieu, auteurs de la plaquette de prévention. Michel Desmurget, directeur de recherche en neurosciences cognitives, était invité à ouvrir ce festival par une conférence sur les dangers des écrans.

Nous avons assisté aux deux ateliers menés autour d'une réflexion par rapport à la place de l'orthophoniste dans la mise en place d'actions de prévention auprès des parents sur le sujet de l'exposition aux écrans, intitulés « Comment sensibiliser les parents aux risques des écrans ? Réflexion autour d'un mode d'intervention. ». Au cours de ces ateliers, après un rappel des grands principes à l'œuvre dans la prévention, quelques chiffres concernant le temps consacré par les enfants aux écrans et les répercussions possibles ont été présentés afin d'entamer une discussion avec l'ensemble des participants. Le débat a alors été ouvert sur ce qui peut être fait en tant qu'orthophoniste, sur les interventions à proposer et sur le recueil de témoignages.

1.3.1-Quelques exemples recueillis au cours des témoignages

Plusieurs professionnels ont fait état d'un constat : le temps passé dans les salles d'attente des cabinets est de plus en plus réservé à une activité sur écran (téléphone portable des parents ou propre, tablette tactile), témoin de la place grandissante que ces derniers occupent, pour les petits comme pour les grands.

Certains orthophonistes, déjà sensibilisés à cette problématique, ont mis dans leur salle d'attente des affiches (CSA, campagne yapaka etc. Annexe VII). Ceci peut être un moyen d'accroche offrant une occasion de discuter avec les parents à la suite de réflexions faites par eux-mêmes. Les affiches peuvent également être prétexte à engager le dialogue à ce propos. Mais il arrive alors que des parents expriment une culpabilité, ou qu'ils se sentent dépassés. En effet, plusieurs participants ont pu rapporter que des parents, débordés, trouvent une certaine « tranquillité » grâce à ce moyen d'occupation. Parfois, ils ne savent pas quoi proposer comme alternative à l'enfant, ne réalisant pas forcément que celui-ci peut et sait jouer seul et voulant lui éviter tout temps d'ennui. De plus, beaucoup constatent que le temps que les parents consacrent à jouer avec l'enfant diminue.

La question du rapport que les parents entretiennent eux-mêmes avec les écrans a été abordée à plusieurs reprises. En effet, avec la question des écrans, c'est parfois toute la dynamique familiale que l'on interroge, entrant dans l'intimité des familles et questionnant les habitudes de chacun.

1.3.2-Présentation de la plaquette

Cet atelier a ensuite été l'occasion de présenter la plaquette de l'APOMM aux orthophonistes présents. Ceux-ci ont ainsi pu découvrir le travail réalisé par Noémie Freund et Nathalie Mathieu. La plaquette a été bien accueillie par les participants qui ont pu y trouver, pour certains, des éléments de réponses à leurs interrogations et y voir un outil propice à l'introduction d'une prévention en orthophonie. Celle-ci restant à définir.

L'idée de laisser la plaquette en libre distribution dans les salles d'attente a été abordée, discutée, pour en arriver à la conclusion que cela ne correspondait pas à la volonté de prévention en termes d'accompagnement telle qu'imaginée par les instigatrices du projet. En effet, le risque avec une telle mise à disposition est que les familles vraiment concernées par le sujet ne reçoivent pas l'information délivrée (qu'ils ne lisent pas la plaquette, qu'elle soit perdue au milieu des autres dépliant) ou que celle-ci soit mal interprétée. De plus, la prévention concernant les écrans, telle qu'elle a été réfléchiée par les membres de l'APOMM, s'inscrit dans une réelle prise en charge. Il ne s'agit pas simplement d'être le relais d'un

message préventif, il faut également donner aux parents les moyens de réfléchir sur leurs propres habitudes et sur leurs capacités à faire évoluer la situation si le besoin s'en fait ressentir, le tout, sans qu'ils se sentent stigmatisés. Ainsi, un accompagnement au long cours peut s'engager via l'introduction de ce sujet, avec la plaquette comme support.

Il est également ressorti de ces échanges que le sujet des écrans est un sujet important et délicat qui ne peut être simplement abordé en quelques minutes, entre deux portes. Il faut pouvoir prendre le temps d'écouter les parents et de dialoguer avec eux. Certains ont rapporté qu'ils avaient pu commencer à aborder la question des écrans dès le bilan, au moment de l'anamnèse, par un questionnement sur les habitudes de vie et les loisirs de l'enfant.

Ainsi, chacun a pu repartir avec des pistes de réflexion quant à la manière d'introduire la problématique des écrans dans sa pratique orthophonique.

1.4-Conférences sur le sujet

Au cours de l'année, nous avons eu l'opportunité d'assister à trois conférences sur le sujet des écrans. En effet, de nombreux professionnels (chercheurs, psychologues etc.) prennent position et cherchent à sensibiliser le public, lui aussi en demande d'informations. De plus, les débats sont eux aussi nombreux et permettent de confronter les points de vue défendus par chacun. Ce sujet est réellement au cœur de l'actualité et les nombreux articles parus dans diverses revues, reportages et interviews tout au cours de l'année en sont le témoin.

1.4.1-Conférence de M. Desmurget

Michel Desmurget a tenu une conférence au Festival audiovisuel en orthophonie, sous le titre « Les écrans, c'est formidable...évidemment ». Au cours de son exposé, il a abordé l'ensemble des répercussions constatées sur les plans cognitif, langagier et attentionnel, suite à une exposition grandissante aux différents écrans qui peuplent désormais le quotidien des petits et des grands. Afin d'illustrer son propos, il a présenté des articles internationaux traitant de la problématique des écrans (durée d'exposition aux écrans, taux d'équipement des ménages, études sur les conséquences observables de différentes variables, études PISA etc.).

La question des technologies très récentes, telles que les tablettes numériques, a été soulevée. Ainsi, le manque de recul suffisant pour permettre de se prononcer de manière unanime vis-à-vis de ces nouveaux écrans interactifs a été souligné. Cependant, tel que M. Desmurget l'a rappelé, cela doit conduire d'autant plus à une certaine vigilance quant à l'utilisation qu'on leur réserve.

M. Desmurget a également axé une grande partie de son propos sur la violence des jeux vidéo, extraits à l'appui, ainsi que sur l'impact que ceux-ci peuvent avoir sur un jeune public. En effet, on peut constater que les âges notifiés, censés protéger les enfants et leur proposer des programmes adaptés, sont souvent négligés.

1.4.2-Conférence à Niort (28/11/13)

Une conférence a été organisée par la Maïf, regroupant plusieurs spécialistes, dont Serge Tisseron, sur le thème : « Enfants mutants ? Révolution numérique et variation de l'enfance. ».

Face à l'évidence qui s'impose à chacun - les écrans font partie de notre vie à tous et cela n'ira pas en diminuant - ces spécialistes ont tenté de faire état des théories défendues sur le sujet tout en répondant aux interrogations et aux inquiétudes des personnes présentes. Il est apparu unanimement qu'une évolution dans les pratiques avait pu être observée et qu'elle allait se poursuivre, d'une manière que l'on ne peut pas prévoir mais que l'on se doit d'accompagner. En effet, psychologues et psychiatres ont pu constater au cours des dernières années les répercussions des écrans sur toute une génération d'enfants et adolescents « livrés à eux-mêmes » (sic) face à ces nouvelles technologies (isolement social, comportements à tendance hyperactive, modifications des perceptions et de la distinction réel/virtuel, diminution de la capacité d'empathie, troubles du sommeil, perte de la notion de temps etc.) Et c'est justement « ce que l'on veut éviter aujourd'hui », en accompagnant, éduquant à une pratique adaptée et raisonnée, en favorisant les « bonnes pratiques ». Les participants se sont montrés unanimes également sur la question des écrans et des très jeunes enfants, rappelant que ceux-ci ne correspondent pas à leurs besoins en termes de développement et d'expérimentation du monde environnant. L'impact de telles stimulations sur un cerveau en développement n'est pas comparable à celui observable sur un adulte. Le rôle primordial des parents, porteurs de valeurs qu'ils doivent eux-mêmes appliquer et transmettre à leurs enfants a été souligné. De nombreuses autres questions ont été abordées, notamment concernant l'évolution du temps passé sur l'outil informatique et sur Internet avec les changements que cela peut induire. Nous ne reviendrons pas en détails sur l'ensemble de ces points.

1.4.3-Conférence de Serge Tisseron à Poitiers

La Caf de la Vienne a organisé à Poitiers une réunion/débat le 17/12/2013 sur le thème : « La Net génération : nouveaux défis pour les parents ! », en présence de S. Tisseron. Un exposé sur les nouvelles technologies numériques et les changements que celles-ci sont

susceptibles d'induire a permis de poser le cadre. Au vu des études récentes, les adolescents français sont parmi les plus nombreux « multiconsommateurs » d'écrans.

Pour S. Tisseron, ces nouvelles technologies sont porteuses d'espoir pour les jeunes d'aujourd'hui, et c'est à nous, parents, éducateurs, professionnels de les accompagner dans leur découverte et dans leur utilisation de ces outils ; faire ainsi en sorte qu'ils deviennent responsables et autonomes. Son intervention a repris l'ensemble des changements induits par les nouvelles technologies : dans le rapport au savoir, dans le rapport à la connaissance, dans le rapport à soi-même et enfin dans le rapport aux autres. Il est revenu sur l'importance pour l'enfant de développer une « culture du livre », désignant par cette expression tout ce qui a trait à la narration et à la linéarité, à la temporalité. Cette notion est indispensable dans la construction d'une identité qui s'inscrit dans le temps, avec un avant, un présent et un après. Or, c'est également cette capacité qui permet à l'enfant de raconter des événements et de « se » raconter.

Cette intelligence linéaire, telle que la nomme S. Tisseron, permettra à l'enfant de mettre en mots ce qu'il a vu sur l'écran, d'en faire un petit récit. C'est aussi cela qui l'aidera à ne pas se noyer dans le flux d'informations et de possibles offerts par les nouvelles technologies et notamment Internet. En effet, il est important pour cela que l'individu, enfant ou adulte, soit en mesure de se rappeler l'origine de sa démarche, de se fixer un objectif et un temps à ne pas dépasser. Dans le cas contraire, le danger est de perdre de vue le pourquoi de sa recherche et de se laisser happer par une multitude de sollicitations annexes qui détournent l'attention et sont chronophages.

Les repères d'âges préconisés par S. Tisseron, connus sous le nom de « Règle des 3-6-9-12 » ont été repris et détaillés, parallèlement aux besoins spécifiques correspondant à chaque âge. (Annexe VIII)

Les spécialistes (chercheurs, psychiatres, psychologues etc.) se mobilisent sur la question et prennent part aux différents événements à destination du grand public. La participation nombreuse et active à ces conférences met en avant l'intérêt pour ce sujet et les inquiétudes qui peuvent l'accompagner.

De nombreux ouvrages à destination des petits et des grands sont parus sur le sujet.

Des campagnes ont également pu être menées (CSA etc. Annexe VII).

II-Problématique

La prévention est une des missions de l'orthophoniste et les sujets concernés sont variés. La place des écrans dans le quotidien de tout un chacun est devenu un véritable phénomène de société. Or, les impacts sur le développement des capacités cognitives ne sont pas neutres, notamment chez les jeunes enfants.

Notre problématique vise à voir dans quelle mesure les orthophonistes ont intégré ce sujet dans leur approche préventive. Nous voulions également voir dans quelle mesure l'apport d'un support d'information peut être utile dans l'approche du sujet et comment ce support est utilisé par les professionnels.

Les orthophonistes sont-ils sensibilisés à la problématique des écrans ? L'intègrent-ils dans leur questionnement ? Comment l'abordent-ils avec leurs patients et leurs familles ? Qu'est-ce qui leur serait utile pour les soutenir dans leurs démarches ?

III-Partie expérimentale

Notre travail s'est déroulé en plusieurs phases répondant à 3 objectifs : le premier était de tester l'impact de la plaquette remise à des professionnels ; le deuxième de recueillir des éléments à valeur de conseils d'usage de cette plaquette, afin, ensuite, de travailler sur la production d'un fascicule qui pourrait accompagner la plaquette, ce, grâce aux éléments recueillis lors de la deuxième phase de notre travail.

1-Première phase de la méthodologie

1.1-Déroulement et mise en œuvre

Premièrement, nous avons élaboré et proposé aux orthophonistes de la Vienne un questionnaire concernant la prévention au sein de leur pratique libérale afin de dresser un premier état des lieux de la place accordée par chacun à la prévention et des différents sujets habituellement abordés. Nous souhaitions ainsi pouvoir disposer d'éléments de comparaison entre « un avant » et « un après » utilisation de la plaquette afin de mettre en lumière, ou non, les apports d'un tel outil et de réaliser si celui-ci pouvait répondre à un besoin ciblé.

Nous avons ensuite contacté ces mêmes orthophonistes pour leur présenter la plaquette et leur proposer de participer à notre étude en testant l'utilisation de celle-ci auprès de certaines des familles qu'elles reçoivent. Pour cela, nous leur avons fourni plusieurs

exemplaires de la plaquette et avons laissé volontairement les orthophonistes très libres quant à la manière d'introduire et de se servir de celle-ci. Nous les avons recontactées environ deux mois plus tard, afin de pouvoir effectuer un recueil de leurs expériences singulières. Les différentes informations ainsi récoltées nous ont aidée à concevoir des pistes de réflexion quant à l'utilisation de cette plaquette, ce, en lien avec la volonté de l'APOMM d'accompagner la plaquette d'un fascicule à destination des orthophonistes facilitant une prise en main et une appropriation de cet outil.

1.2-Les grandes tendances de la prévention dans la pratique actuelle des orthophonistes

Nous avons exposé de manière théorique les grands thèmes généralement abordés lors des actions de prévention en orthophonie. Cependant, nous nous sommes interrogée sur la place effective de ceux-ci dans la réalité de la pratique quotidienne en libéral et sur celle, éventuellement accordée, à la question des écrans, sujet d'actualité.

1.2.1-Eléments recherchés et moyens mis en œuvre

Pour déterminer la place de la prévention dans la pratique quotidienne des orthophonistes, nous avons volontairement décidé de limiter notre étude à la population des orthophonistes du département de la Vienne. En effet, l'objectif de notre travail était de tester l'utilisation d'une plaquette de prévention par rapport aux écrans de manière qualitative et non quantitative. C'est pourquoi nous préférons cibler une population restreinte afin de privilégier un recueil détaillé des expériences personnelles de chacun ultérieurement.

1.2.2-Elaboration du questionnaire

Nous avons eu à cœur de réaliser un questionnaire concis afin que la durée de complétion ne soit pas un obstacle à son remplissage. En effet, pour plus de résultats, nous avons préféré aborder les sujets de manière globale et limiter les questions ouvertes. Ainsi nous avons rédigé 16 questions, dont 3 seulement en rédaction libre. Nos questions interrogeaient les orthophonistes sur la prévention en général dans la pratique personnelle de chacune, avant de cibler la problématique des écrans. Nous avons également questionné les outils éventuellement utilisés pour accompagner ces moments. De plus, nous voulions évaluer le degré d'aisance ressenti pour aborder ces différents sujets. Le questionnaire figure en annexe (Annexe IX).

Nous avons choisi de diffuser celui-ci via Internet afin de faciliter les modalités pratiques d'envoi et de réponses.

1.2.3-Participation, résultats obtenus et interprétation

Au total, 21 orthophonistes ont complété le questionnaire en ligne, ce qui représente environ un tiers des orthophonistes de la Vienne exerçant en libéral (66 orthophonistes recensées par l'ARS). Les résultats obtenus sont donc à relativiser. Le faible pourcentage de participants est à prendre en considération dans l'interprétation.

Question n°1

L'intitulé de la question était : « La prévention dans votre pratique : quelle place y accordez-vous ? » L'ensemble des participants est d'accord pour dire qu'ils considèrent que la prévention est importante. Cependant, la plupart (plus de 66%) déplorent ne pas y consacrer beaucoup de temps au quotidien. Au contraire, 6 des 21 personnes ayant répondu à l'enquête prévoient régulièrement des séances spécifiques pour aborder les sujets de prévention sur lesquels elles désirent s'entretenir avec les parents. Ainsi, nous pouvons constater que la prévention occupe une place effective dans la pratique des orthophonistes. Elle est au sein de leurs préoccupations même si la réalité des contraintes des prises en charge ne permet pas toujours de la développer autant que les orthophonistes le souhaiteraient.

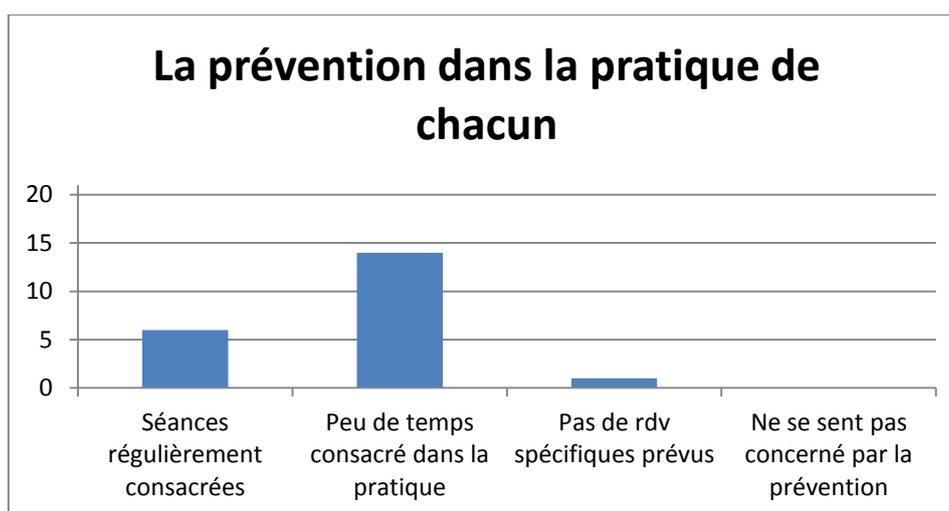


Figure 1 : La prévention dans la pratique des orthophonistes

Question n°2

« Quels sont les sujets que vous avez l'habitude d'aborder avec les parents? Avec quelle fréquence ? ». Il semble que l'audition occupe une place importante parmi les sujets qui sont abordés de manière systématique avec les parents, ainsi que le développement langagier de l'enfant et les interactions privilégiées avec celui-ci. La question du développement général de l'enfant semble être abordée également assez fréquemment. On constate que pour la plupart des orthophonistes interrogées, le sujet des écrans et de la télévision est abordé de temps en temps.

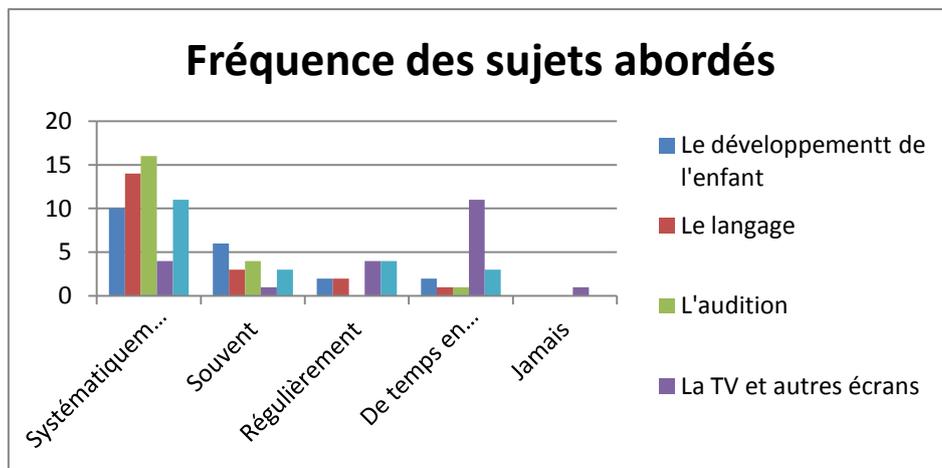


Figure 2 : Fréquences des différents sujets abordés par les orthophonistes

Question n°3

« Lorsque vous menez ainsi des actions de prévention, vous sentez-vous à l'aise pour discuter du sujet en question avec les parents ? » 20 personnes ont répondu à cette question. 4 personnes ont dit ne pas se sentir à l'aise. Il apparaît que la plupart des professionnels abordent les différents sujets de prévention sans difficulté. Cependant, cet exercice peut s'avérer délicat pour certains.



Figure 3 : Aisance ressentie lors de l'abord des différents sujets de prévention

Question n°4

« Quels domaines en particuliers sont concernés ? ». Cette question ouverte a donné lieu aux réponses suivantes : l'audition, citée à de nombreuses reprises, l'importance du jeu pour le jeune enfant, le développement du langage et les interactions privilégiées avec les parents, mais aussi l'oralité (tétine, pouce etc.), la vision, le sommeil et le temps consacré aux écrans et jeux vidéo. Ainsi on constate que les sujets abordés aisément par les orthophonistes sont variés et nombreux. La télévision est citée à plusieurs reprises ce qui dénote une sensibilisation au sujet en tant qu'enjeu de santé chez l'enfant.

Question n°5

« Si vous rencontrez des difficultés, sauriez-vous identifier pourquoi ? ». Nous avons décidé de proposer un choix multiple pour cette question limitant certes les possibilités mais cherchant ainsi à mieux définir les grandes tendances et inciter à répondre. 16 personnes ont souhaité répondre à cet item. Les résultats obtenus ne permettent pas de dégager de raison préférentielle, chacune des propositions ayant recueilli le même pourcentage de votes. On retrouve donc de manière égale le manque de connaissances sur le sujet et/ou d'informations, le manque d'outils pour étayer la démarche, l'impression de se confronter à des parents pas suffisamment disponibles ou réceptifs au message préventif diffusé.

Les actions de prévention peuvent se heurter à des difficultés de différentes natures en fonction de tout un ensemble de facteurs dont il n'est pas aisé de déterminer l'impact respectif.

Question n°6

« La télévision et les écrans : vous sentez-vous vous-même sensibilisé à ce sujet de société ? ». Tous les participants ont au moins entendu parler du sujet, même de façon imprécise ou détournée (par des personnes de l'entourage etc.). 76% d'entre eux ont eu accès à une information plus précise (résultats d'études, articles, émissions etc.). Ceci souligne l'importance prise par le sujet ces dernières années. En effet, les débats, les recherches, les articles se sont multipliés autour de cette problématique. Les scientifiques et nombre de professionnels ont montré un vif intérêt sur la question, soulevant des interrogations et interpellant le grand public.

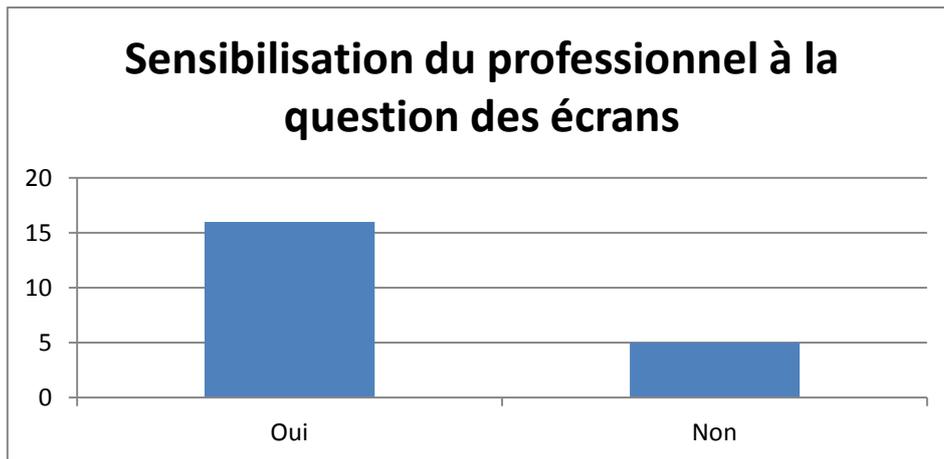


Figure 4 : Sensibilisation de l'orthophoniste à la problématique des écrans

Question n°7

« Dans votre pratique est-ce un sujet que vous abordez avec vos patients et/ou leurs parents ? ». Cela est parfois le cas pour la majorité des participants (plus de 66%), alors que 23% d'entre eux abordent le sujet fréquemment et environ 10% ne l'abordent que rarement. On constate que ce sujet, bien que présent à l'esprit de la plupart des professionnels orthophonistes, n'est pas encore entré totalement dans les habitudes de la pratique quotidienne en tant que sujet à part entière de prévention.

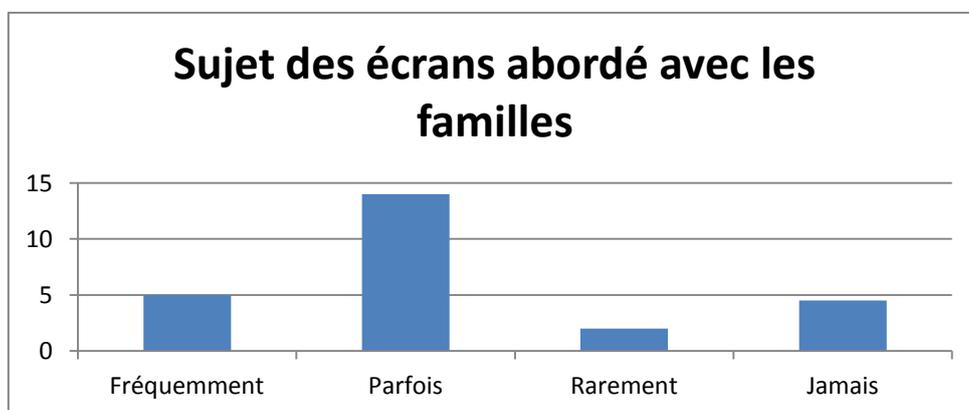


Figure 5 : Fréquence de l'abord du sujet des écrans par les orthophonistes avec les familles

Question n°8

« Pour cela, vous appuyez-vous sur des choses spécifiques ? ». Seuls 12 participants ont répondu à cette question, plusieurs choix de réponses étant possibles. Parmi eux, 8 disent parler des résultats des recherches, 4 utilisent les recommandations du CSA, et 2 disent s'appuyer sur un outil spécifique. La question suivante permet de préciser lesquels.

Question n°9

« Si oui, précisez le(s)quel(s) ». Les travaux de Serge Tisseron sont souvent cités à l'appui, avec notamment l'évocation de « La règle des 3-6-9-12 » qui donne des repères d'âge pour l'introduction progressive et l'accompagnement des écrans.

Question n°10

« Comment avez-vous l'impression que votre discours est reçu par les parents ? ». Sur les 21 participants de l'enquête, 15 (71.43%) disent remarquer que les parents les écoutent mais sans avoir l'impression que cela ne les amène pour autant à modifier leur comportement vis-à-vis des écrans. 4 personnes (19%) se sont retrouvées face à des parents demandeurs d'information, interpellés par l'intervention de l'orthophoniste. Une personne dit ressentir plutôt de l'indifférence de la part des parents. Le dernier participant ne fait pas de prévention à ce sujet.

On constate que les réactions des parents sont variées. Ceci peut venir s'ajouter aux difficultés que le professionnel peut rencontrer pour aborder le sujet avec ces derniers. Dans le cas présent il s'agit d'un sujet jugé par beaucoup comme étant délicat, mettant en jeu bien souvent l'intimité des familles et les habitudes de chacun. Parvenir à toucher les personnes que l'on veut cibler, en se dégageant de tout jugement, peut s'avérer être un exercice compliqué.

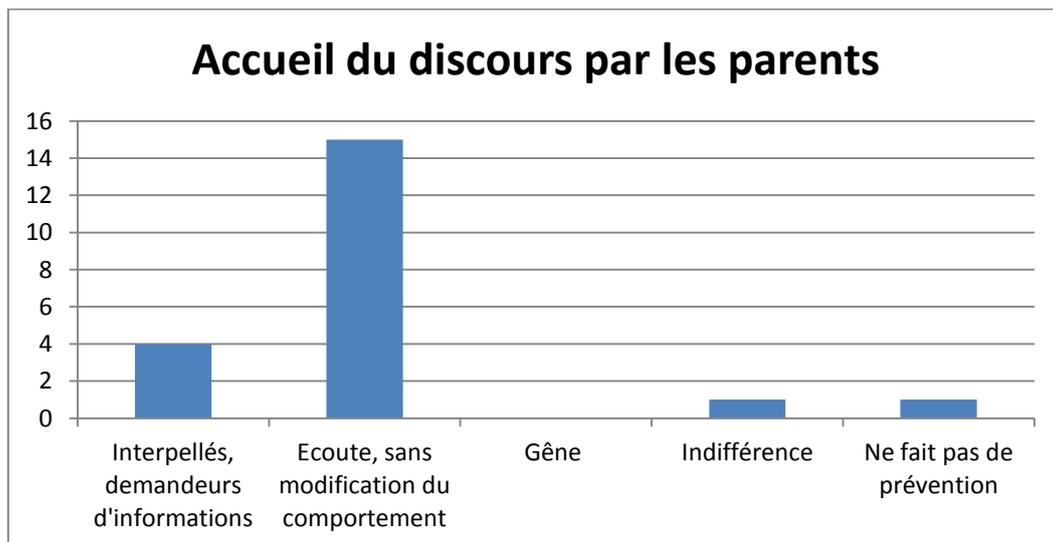


Figure 6 : Accueil réservé au discours de l'orthophoniste par les familles

Question n°11

« Vous arrive-t-il d'interroger les parents sur le rythme des journées de l'enfant et sur l'emploi du temps général de la famille ? ». Les réponses sont assez nuancées et il ne se dégage pas de tendance unanime. Les participants se répartissent globalement en trois groupes équivalents. Ainsi, 8 personnes (38%) disent le faire régulièrement, 6 (28.57%) parfois et 6 (28.57%) de manière systématique. Une personne (5%) dit ne pas avoir l'habitude de poser cette question.

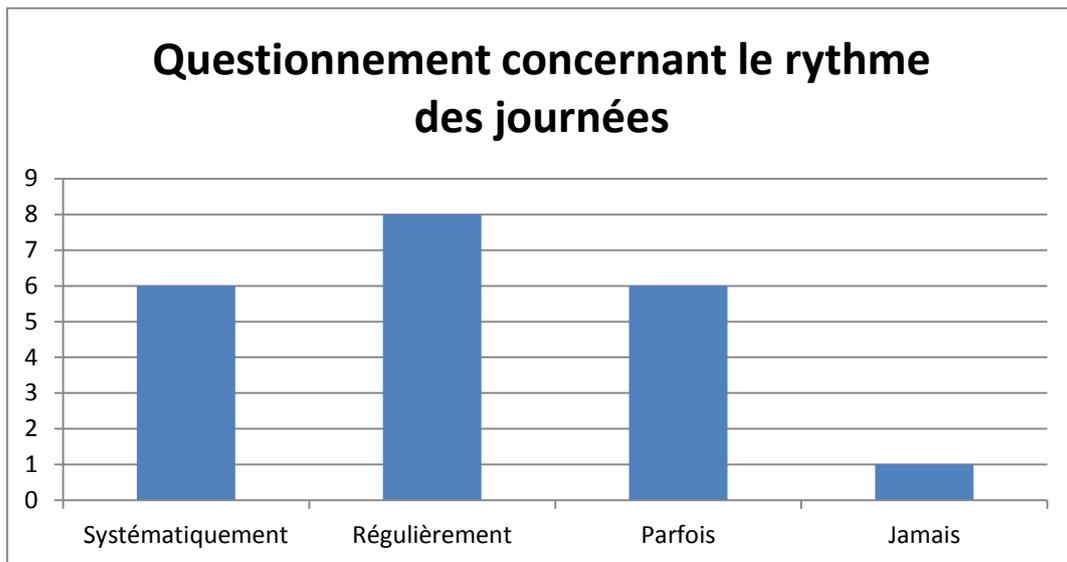


Figure 7 : Fréquence du questionnement du rythme des journées de l'enfant par l'orthophoniste

Question n°12

Cette question porte sur les constats que les orthophonistes ont éventuellement pu faire par rapport au sujet des occupations libres des enfants et de leur emploi du temps.

De manière assez générale, le constat est souvent fait que les enfants aiment regarder la télévision et qu'ils sont souvent fatigués par le rythme de leurs journées.

Il a pu être noté, dans une moindre mesure, que l'enfant passe parfois du temps à jouer seul, qu'il aime lire, qu'il a des activités à l'extérieur ou encore qu'il passe du temps à jouer avec ses parents. Ces constats sont donc moins fréquents que celui concernant le temps passé devant la télévision. Certains orthophonistes ont pu remarquer que les enfants qu'ils reçoivent passent rarement du temps à faire des activités à l'extérieur.

Ainsi on constate que les réponses sont partagées et qu'il n'y a pas de tendance générale concernant la répartition des activités des enfants, si ce n'est concernant le goût prononcé pour la télévision. On comprend aisément qu'il ne soit pas possible de faire de

généralité à ce sujet, chaque enfant ayant des activités qui lui sont propres et qui dépendent également de son environnement familial et des opportunités qui s'offrent à lui. Pour aller plus loin, il faudrait pouvoir disposer d'éléments chiffrés sur le temps passé par activité.

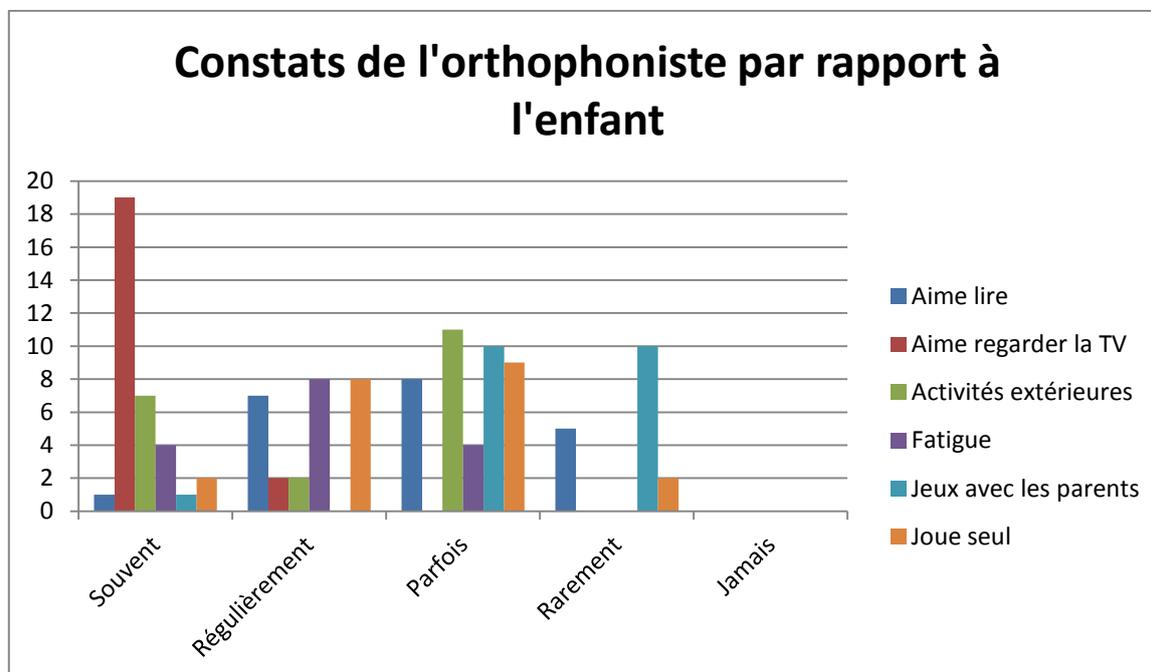


Figure 8 : Observations de l'orthophoniste concernant l'importance des différentes activités de l'enfant

Question n°13

« Au cours de votre pratique avez-vous eu l'occasion de constater que les écrans prenaient une place grandissante dans le quotidien de vos patients ? ». La réponse à cette question est unanime : oui. Cela montre bien l'importance que les écrans ont progressivement prise dans la vie des individus et notamment des enfants. Ceci justifie l'importance à accorder à ce sujet et la nécessité qui en découle de mettre en place des actions de prévention auprès des parents.

Question n°14

Cette question vient préciser la précédente en demandant quels âges semblent plus concernés par ces changements. Plusieurs items pouvaient être cochés pour cette question. Là encore les réponses sont réparties de manière assez équitable. Ainsi, 17 participants (environ 81%) disent avoir remarqué ce phénomène de manière prépondérante chez les jeunes enfants d'âge scolaire, 14 (66.67%) chez les très jeunes enfants (de 3-4 ans), et 11 (52.38%) plutôt chez les adolescents.

On peut noter que l'ensemble des enfants sont concernés par l'accentuation de l'importance des écrans dans le quotidien. Il semble difficile de dégager clairement une tranche d'âge en particulier. Les écrans regardés ne sont certainement pas les mêmes mais le résultat est identique pour tous : une augmentation du temps qui leur est consacré.

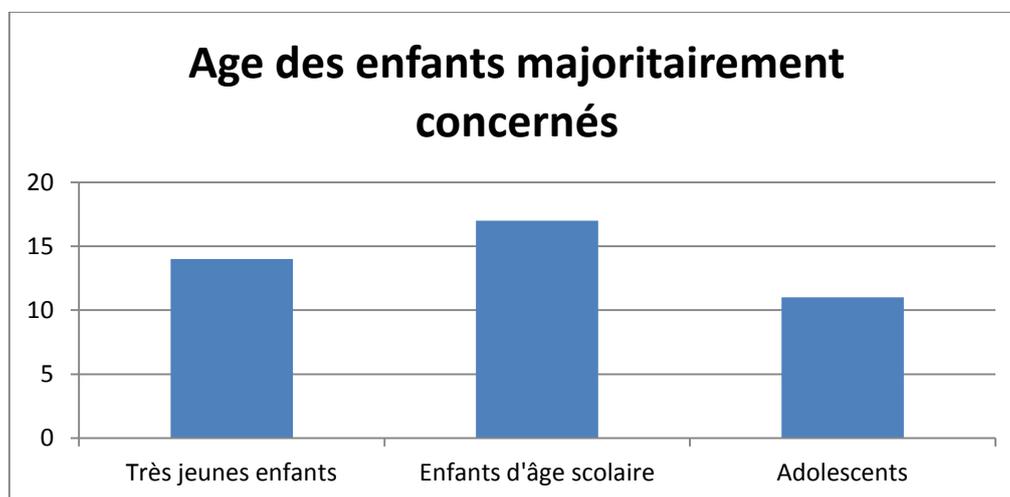


Figure 9 : Ages majoritairement concernés par une exposition importante aux écrans

Question n°15

« Quels types d'écrans vous paraissent le plus concernés ? ». Les réponses à cette question viennent confirmer la tendance observée lors de la question précédente, avec une égale répartition entre les propositions faites. En effet, tous les écrans semblent concernés, de même que l'ensemble des âges. Cette diversité peut s'expliquer par l'étendue des âges des enfants. De plus, au fur et à mesure, il apparaît que les écrans ne se substituent pas mais s'ajoutent au contraire les uns aux autres.

Question n°16

Il s'agissait d'un espace réservé aux remarques des participants. Peu de commentaires ont été laissés. Un commentaire portait sur le fait que les tablettes tactiles prennent aujourd'hui une place de plus en plus importante dans la consommation des écrans, et ce parfois dès le plus jeune âge.

1.2.4-Conclusions

Cette enquête donne une vision, à une échelle réduite, de la place que peut prendre aujourd'hui la prévention concernant les écrans dans la pratique orthophonique des

professionnels en libéral. On constate que ce sujet d'actualité interpelle et questionne les orthophonistes même si ceux-ci n'ont pas encore intégré ces éléments de manière systématique dans leur pratique. Cependant, tous ont pu remarquer au cours de leur exercice que les écrans sont désormais devenus incontournables dans le quotidien de leurs jeunes patients. Cet élément est important à prendre en compte. En effet, pour comprendre le milieu dans lequel vit et grandit l'enfant, ses activités, ses centres d'intérêt, il peut être important de se questionner sur les occupations de celui-ci. Parfois, ces informations, précieuses apportent des éléments de compréhension en rapport avec les problématiques que rencontre le patient.

On a pu constater également que les professionnels manquent globalement d'information et d'outils concernant le sujet des écrans. Les actions qui peuvent être menées actuellement le sont à titre individuel et reposent sur des initiatives personnelles des orthophonistes qui ont pu se documenter sur le sujet ou y être sensibilisés d'une manière ou d'une autre (sujet abordé notamment au cours de formations de rééducation du raisonnement logico-mathématiques).

1.3-Travail autour du support de la plaquette

Lors de nos premiers contacts avec les auteurs de la plaquette, nous avons évoqué la possibilité de pouvoir travailler avec ce support créé récemment et non encore diffusé. Noémie Freund et Nathalie Mathieu nous ont donc transmis la maquette de la plaquette qu'elles avaient elles-mêmes réalisée. Les informations essentielles y figuraient toutes et le texte était très clair. Cependant, nous avons envisagé de revoir sa forme graphique. Nous voulions faciliter la lisibilité de ce document et augmenter son impact potentiel sur les futurs lecteurs. Pour ce faire, nous avons soumis la maquette originale à deux professionnelles infographistes qui nous ont fait des propositions de mise en page originales et percutantes. Le choix final est revenu aux auteurs de la plaquette (Annexe X).

2-Deuxième phase de la méthodologie

2.1-Contact direct avec les orthophonistes de la Vienne et recherche de participants

Parallèlement à l'envoi de ce premier questionnaire nous avons contacté les orthophonistes de la Vienne. Pour ce faire, nous leur avons envoyé un premier courrier détaillant les raisons et les moyens de notre étude (Annexe XI). Nous les avons ensuite contactées par téléphone. Lors des entretiens téléphoniques (48) que nous avons pu établir,

nous avons pu rappeler les points essentiels du projet et leur proposer de tester l'utilisation de la plaquette. Nous avons alors bien pris soin de préciser aux participantes que nous n'attendions en aucun cas un nombre d'occurrence de présentation de la plaquette, étant dans une démarche qualitative.

40 orthophonistes ont accepté de participer à cette deuxième phase de la méthodologie. Suite à ce recrutement, nous avons envoyé 8 exemplaires de la plaquette à chacune des participantes, accompagnés d'une lettre (Annexe XII) rappelant les points essentiels de la démarche, sans pour autant donner de directives quant aux occasions de présenter celle-ci, afin de pouvoir recueillir ensuite les initiatives de chacune. Nous espérons ainsi pouvoir confronter diverses méthodologies de même que l'accueil réservé par les familles dans ces différentes situations. Cela devait également nous permettre d'évaluer les besoins ressentis par les orthophonistes en termes d'accompagnement dans l'utilisation du support proposé.

2.2-Sensibilisation préalable des orthophonistes

23 des 40 orthophonistes qui ont participé à l'étude étaient déjà sensibilisées en partie à la problématique des écrans. 7 d'entre elles abordaient le sujet au moment du bilan, lors d'un questionnement autour des loisirs et intérêts de l'enfant. Plusieurs avaient déjà mis dans leur salle d'attente des affiches (notamment celles du CSA ou du site Yapaka.be). Les orthophonistes concernées ont ainsi pu dire qu'elles laissaient les parents évoquer librement le sujet s'ils en éprouvaient le besoin et qu'elles utilisaient alors ces occasions pour faire de la prévention. Les affiches constituaient de ce fait un moyen d'accroche et une première sensibilisation pour certains parents. La question des écrans étant alors abordée spontanément, le travail de prévention s'en trouvait facilité.

Nous avons donc constaté que les orthophonistes étaient plus ou moins déjà sensibilisées à la question de l'utilisation des écrans, ce d'autant plus qu'elles avaient pu participer à des formations, notamment concernant le domaine du raisonnement logico-mathématiques, au cours desquelles est abordée l'importance de la manipulation pour la construction de la pensée chez le jeune enfant. D'autres avaient été sensibilisées par des collègues orthophonistes.

Cependant, bien que certaines orthophonistes puissent avoir présent à l'esprit la question des écrans, nous avons pu constater que les informations dont chacune dispose semblent majoritairement issues de leurs recherches personnelles. Leurs actions relèvent parfois également simplement de leur intime conviction et des conclusions qu'elles ont pu

tirer de leurs constats. Ceci concerne toutes les générations d'orthophonistes, aussi bien les jeunes diplômées que celles bénéficiant de plus d'expérience professionnelle.

Les orthophonistes ayant plusieurs années de pratique nous ont fait part de l'évolution à laquelle elles avaient pu assister, tant au niveau des comportements et habitudes des enfants qu'elles reçoivent, qu'au niveau des pathologies et des difficultés des patients, ainsi que dans ce qu'elles pouvaient aujourd'hui proposer lors des rééducations. Beaucoup nous ont dit qu'elles constataient qu'aujourd'hui que « les enfants ne savent plus jouer ». On nous a décrit des enfants qui ne manipulent plus suffisamment et n'ont plus l'opportunité de faire toutes les expériences qui doivent normalement accompagner et permettre leur développement. Les conséquences de ces phénomènes sont directement observables et observées dans la réalité des prises en charge et d'une manière plus générale, dans le quotidien des personnes concernées.

Ainsi, notre étude nous a permis de constater qu'avant notre expérimentation un peu plus d'un tiers des orthophonistes participantes n'abordaient pas du tout ce sujet avec leurs patients, soit parce qu'elles n'étaient pas sensibilisées au sujet, soit parce qu'elles se trouvaient en difficulté pour l'évoquer. Etre informé des dangers possibles d'une utilisation abusive et inappropriée des écrans n'est pas toujours suffisant pour se permettre de mettre en place des actions en cohérence avec ces constats.

2.3-Elaboration d'une trame pour le recueil des expériences

Nous voulions évaluer l'impact d'un tel outil de prévention en matière d'évolution des pratiques et de degré d'implication personnelle ainsi suscitée.

Pour ce faire, nous avons conçu une trame structurée afin de recueillir les expériences des orthophonistes de manière la plus détaillée possible, privilégiant les éléments qualitatifs qui pourraient apparaître au cours des entretiens. Pour cela, nous avons défini les grands axes que nous voulions dégager, chacun comportant un ensemble de questions. Il s'agissait de pouvoir évaluer les conditions éventuelles de présentation de la plaquette, l'accueil réservé à celle-ci par les parents, les difficultés potentiellement rencontrées par l'orthophoniste et les points positifs se dégageant de cette première expérience. Nous avons donc réfléchi à un ensemble de questions qui pourraient jalonner nos entretiens. Pour des raisons pratiques, nous avons privilégié les contacts téléphoniques. (Annexe XIII)

3-Phase de recueil des informations

Courant janvier, nous avons commencé à rappeler les orthophonistes qui avaient accepté de participer à notre travail afin de convenir d'un rendez-vous téléphonique nous permettant de partager leurs expériences en termes d'utilisation de la plaquette et d'action de prévention autour du sujet des écrans.

Dans certains cas, nous avons été dans l'impossibilité de soumettre l'ensemble de notre questionnaire en raison d'une non-utilisation de la plaquette. Nous tenons à rappeler que le délai laissé aux orthophonistes était assez court.

4-Exposé des résultats

4.1-Abord du sujet des écrans avec les familles

Lors de notre recueil, nous avons tenu à distinguer l'évocation du sujet des écrans de la présentation même de la plaquette. En effet, le premier n'impliquant pas nécessairement le second, tel que nous avons pu le vérifier.

Ainsi, nous avons pu constater que :

- 38 orthophonistes ont abordé le sujet des écrans avec certains parents
- parmi elles, 10 n'avaient jamais abordé ce sujet auparavant,
- 29 ont distribué la plaquette
- plus de 122 familles ont été sensibilisées
- l'âge des enfants concernés est variable, allant de 20 mois à l'adolescence (environ 15 ans pour le plus âgé) avec cependant une prévalence plus importante pour les enfants entre 4 et 8 ans (au moins environ 4 ou 5 enfants concernés par tranche d'âge).

Nous avons également pu constater que 5 d'entre elles ont choisi de sensibiliser leurs patients et leurs familles de manière assez systématique, abordant le sujet « souvent » « systématiquement » « presque tous les jours » ou encore « à chaque bilan ». Ainsi, il est difficile d'évaluer précisément le nombre de familles concernées par ces actions de sensibilisation et de prévention aux écrans.

Pour d'autres (10 orthophonistes), les occurrences de présentation de la plaquette ont coïncidé strictement avec l'évocation du sujet, celui-ci n'ayant pas été abordé en dehors de l'utilisation de cet outil.

Ainsi, ces résultats très disparates laissent présager des utilisations très variées et singulières de l'outil proposé, tel que nous pourrions le détailler ultérieurement. Nous pouvons

également constater que l'appropriation de celui-ci, et du sujet de prévention de manière plus générale, est propre à chacun. Nous tenterons par la suite d'en comprendre les mécanismes et les moyens.

4.2-Présentation de la plaquette

Au total, la plaquette a été présentée à environ 122 familles, ce qui fait une moyenne d'un peu plus de 3 familles par orthophoniste, allant d'aucune présentation à une dizaine, ce qui correspond au nombre limité de plaquettes que nous avons fournies aux orthophonistes. Tel que nous avons pu l'expliquer ci-dessus, ce nombre ne correspond pas à l'ensemble des familles avec lesquelles le sujet a été introduit, une partie de celles-ci n'ayant pas reçu la plaquette. Ainsi, la proportion de familles avec lesquelles le sujet a été abordé est elle beaucoup plus importante.

Nous avons pu constater que certaines orthophonistes ont été limitées dans la distribution des plaquettes par le nombre restreint des exemplaires à disposition, ce qui a amené certaines à photocopier le support afin de pouvoir le distribuer à davantage de familles.

4.3-Age et sexe des enfants concernés

Nous avons interrogé les orthophonistes sur les enfants qui ont pu être ciblés. Ces données n'ont pas toujours permis une analyse quantitative et statistique précises. Certains professionnels (3) rapportant avoir présenté la plaquette à des enfants « de tout âge » et indifféremment « garçons et filles ».

Nous avons pu constater que les orthophonistes ont majoritairement orienté leurs actions de prévention vers de jeunes enfants, et principalement des garçons. Cependant, l'étendue des âges est importante, ce qui confirme que l'ensemble des individus est susceptible d'être concerné.

4.4-Modalités de présentation de la plaquette

4.4.1-Moment de présentation

On a pu relever que :

- 17 orthophonistes ont présenté la plaquette au moment du bilan,
- 14 en fin de séance,
- 7 au cours d'une séance plus spécifiquement consacrée à la guidance et
- 3 seulement lors d'une séance de retour de bilan.

Les modalités apparues pour cette présentation sont :

- pour 13 orthophonistes, une remarque des parents a parfois permis d'engager ce processus
- 15 orthophonistes ont choisi d'aborder le sujet à la suite d'observations qu'elles avaient pu faire.

Notons bien que les chiffres présentés ici ne correspondent pas au nombre de présentations (nombre de familles) mais à la répartition des occasions de présentation au sein des orthophonistes, les réponses ne s'excluant pas les unes les autres. En effet, un même orthophoniste a pu parfois aborder le sujet au cours du bilan et en fin de séance avec d'autres patients. De même, une observation des parents ou de l'orthophoniste a pu amener à évoquer le sujet en fin de séance ou au cours d'une guidance parentale.

On remarque que la répartition est assez nette et permet de dégager deux moments privilégiés par les orthophonistes : au moment du bilan et en fin de séance. Certaines, pour qui le bilan s'avère être l'occasion appropriée pour aborder le sujet, ont ainsi pu expliquer la difficulté de présenter la plaquette, pour des raisons matérielles (nombre restreint de bilans effectués sur la période-test).

La période-test a également pu être l'occasion pour certaines de rebondir sur des remarques des parents. En effet, plusieurs orthophonistes ont pu profiter de la période de Noël pour répondre aux interrogations de parents concernant le bienfondé de certains cadeaux (télévision, tablettes, jeux vidéo) ou saisir l'opportunité de discuter des écrans après constat des cadeaux reçus. Il est ressorti de ces expériences que les parents se trouvent parfois perdus au milieu de toutes les sollicitations qui les entourent. Voulant et pensant bien faire, il arrive qu'ils privilégient les écrans aux jeux traditionnels. De plus, les publicitaires n'ont de cesse de vanter les mérites de leurs produits, notamment des tablettes tactiles qui ciblent désormais un public très jeune. Les vertus « éducatives » de ces nouvelles technologies sont mises en avant comme arguments de vente, alors que cela n'a pas été prouvé, tel que nous avons pu le constater dans la première partie cet exposé.

4.4.2-Introduction de la plaquette

Nous avons pu constater que :

- la plaquette a été utilisée comme un outil venant appuyer le discours de l'orthophoniste pour la totalité des participants
- 8 orthophonistes se sont servies de la plaquette comme prétexte pour introduire le sujet des écrans
- 17 ont construit leur propos en référence aux éléments cités
- 16 ont repris point par point les éléments abordés dans celle-ci
- 25 orthophonistes, après avoir ainsi abordé les points sur lesquels elles désiraient s'appuyer pour sensibiliser les parents, ont proposé à ces derniers de prendre le temps de lire la plaquette tranquillement chez eux en offrant de pouvoir en reparler lors d'une séance ultérieure.

4.5-Engagement dans une réflexion avec les parents

Les réponses des orthophonistes montrent que :

- 21 orthophonistes ont essayé de réfléchir avec les familles, parents et enfants réunis, à des activités qui pourraient venir remplacer ces moments de télévision (ou autres écrans).
- 12 ont eu l'occasion d'en rediscuter au cours d'une séance ultérieure afin de noter ou non l'évolution des pratiques et d'encourager parents et enfants dans la poursuite des changements impulsés.
- 17 des orthophonistes qui n'ont pas eu l'opportunité d'aborder à nouveau le sujet avec les parents au moment du recueil envisagent de le faire.
- A 3 reprises, il est arrivé que des parents fassent état spontanément des modifications apportées pour en noter la portée positive.

Nous avons pu constater que cela s'est fait de manière assez naturelle au cours des discussions, l'orthophoniste ayant à cœur de rappeler l'importance des interactions privilégiées que les parents peuvent développer avec leur enfant. Des idées simples, s'insérant dans le quotidien des familles ont ainsi été imaginées (petits temps autour d'histoires racontées, lues, jeux en famille, cuisine, sorties etc.) selon les dires des orthophonistes. Cependant, des orthophonistes ont pu faire part de leurs doutes quant à la réelle prise de conscience des enjeux des pratiques évoquées ou encore quant au découragement, à la « démission » de certains parents.

Ainsi, tel qu'on avait pu l'évoquer dans la première partie, la prévention autour des écrans s'inscrit dans un domaine d'intervention particulier. Celui-ci demande un accompagnement personnalisé, dans la durée, afin que les points abordés puissent être réfléchis et travaillés en partenariat avec les individus ciblés et que des changements, mêmes infimes, progressifs, puissent voir le jour.

4.6-Accueil de la prévention par les parents

4.6.1-Réaction par rapport au sujet

Nous avons cherché à savoir si les parents étaient déjà sensibilisés à cette problématique, s'ils étaient surpris, voire gênés, quant à cette question du rapport aux écrans. Les résultats obtenus ne permettent pas de dégager de tendances. En effet, nous avons obtenu de nombreuses réponses partielles (« oui et non » « cela dépend »), tel qu'on pouvait s'y attendre.

19 orthophonistes ont pu rapporter que dans certains cas les parents se sont montrés très demandeurs de conseils, de repères concrets. Il est arrivé que des parents soient contents que l'orthophoniste puisse aborder le sujet devant son enfant, se sentant soutenus dans leurs propres initiatives.

Seules 6 orthophonistes se sont retrouvées confrontées à des familles qui ne se sont pas senties concernées par les points abordés.

4.6.2- Réactions par rapport à la plaquette

A chaque fois que la plaquette a été proposée aux parents, elle a été bien accueillie et aucun n'a refusé de l'emporter, seule une famille l'a oubliée sur le bureau. D'une manière générale, les parents ont paru contents d'avoir un document de référence avec des repères simples et concrets. Peu de commentaires spontanés ont été faits par rapport à celle-ci, si ce n'est concernant la présentation (« bien faite » « sympa »).

Il semble donc que le support même de la plaquette, relais du message préventif porté par l'orthophoniste, ait été bien accueilli par les parents. La lisibilité et la clarté du document ont été soulignées. Les parents ont également apprécié de pouvoir repartir avec, afin parfois de discuter du sujet avec le ou la conjointe, éléments objectifs à l'appui. En effet, les deux parents ne sont pas toujours présents lors des bilans et encore moins lors des rendez-vous hebdomadaires. Or, une telle information demande à être relayée et prise en compte par

l'ensemble du groupe famille. Elle peut en effet concerner l'ensemble des membres de la famille et la position de chacun doit être cohérente vis-à-vis des autres.

4.6.3-Engagement dans la réflexion

Il est difficile pour nous d'évaluer l'impact que la plaquette a pu avoir auprès des parents qui l'ont reçue. En effet, le calendrier de notre étude a limité le nombre de retours que nous avons pu avoir quant à un accompagnement à plus ou moins moyen terme.

Toutefois, 12 orthophonistes ont eu l'occasion de discuter à nouveau du sujet avec certaines familles qu'elles avaient sensibilisées et avec lesquelles elles avaient pu prendre le temps d'engager une réflexion autour d'une utilisation différente des écrans au profit d'autres activités, notamment des activités ludiques pour les plus jeunes. Les cas recueillis sont très variables. Ainsi, certaines ont pu noter une prise en compte des points abordés lors de l'entretien. Cela s'est retrouvé de manière plus importante lorsque les familles étaient déjà à l'écoute de ce que l'orthophoniste leur apportait et lorsqu'elles étaient en demande de conseils, désireuses de bien faire.

Cependant, bien souvent, l'impact a été difficile à évaluer par les orthophonistes, soit parce qu'elles n'avaient pas encore eu l'occasion d'en reparler, soit parce qu'elles n'étaient pas certaines que les parents se soient sentis vraiment concernés ou qu'ils soient prêts à changer leurs habitudes.

4.7-L'orthophoniste et la plaquette

4.7.1-La plaquette comme support utile dans l'échange à visée préventif ?

Suite à cette question, nous avons pu constater que :

- 11 orthophonistes n'ont pas distribué la plaquette.
- 30 orthophonistes considèrent que le support de la plaquette les a aidées à aborder le sujet avec les familles, même si certaines d'entre elles ne l'ont pas distribuée.
- 4 orthophonistes ont été gênées dans l'appropriation de ce document.
- Parmi ces 4 orthophonistes, 3 ont néanmoins distribué la plaquette.

Ainsi, pour la majorité des orthophonistes la plaquette s'est révélée être un support utile permettant d'accompagner ou d'introduire les actions de prévention autour du sujet des écrans.

4.7.2-Difficultés relevées

Certaines orthophonistes ont éprouvé des difficultés quant à l'utilisation de la plaquette. Elles n'ont pas trouvé naturel et aisé de parler en conservant leur spontanéité tout en s'appuyant sur ce document écrit. La plaquette est venue se mêler à leur discours et elles ont été déstabilisées voire gênées par cet intermédiaire entre elles et les parents. Une orthophoniste a rapporté avoir eu l'impression de perdre l'attention des parents, de ne plus être dans une réelle situation d'échange. Une famille a également coupé court à la discussion en disant qu'ils la liraient chez eux, ne laissant pas la possibilité à l'orthophoniste de développer plus le sujet.

Plusieurs orthophonistes ont eu peur d'être culpabilisantes ou tout du moins d'être perçues comme telles, ce qui a pu bloquer la spontanéité de leur démarche.

Certaines n'ont pas réussi à présenter la plaquette car elles n'arrivaient pas à envisager la manière adéquate de le faire. Nous avons pu remarquer une certaine appréhension et parfois même de la réticence quant à l'introduction de ce sujet, non que les orthophonistes n'en voient pas l'intérêt mais plutôt du fait d'un certain malaise. En effet, la problématique des écrans vient parfois remettre en question une partie du fonctionnement familial et il n'est pas évident d'aborder un tel sujet sans brusquer et sans perdre l'adhésion des familles.

Malgré les difficultés rencontrées, ces orthophonistes ne remettaient pas en cause l'utilité de la plaquette pour les familles. Ainsi, elles ont toutes pu noter que ce support a été bénéfique pour les parents (« utile pour les parents, moins pour l'orthophoniste »). Elles se questionnaient quant à la manière dont elles auraient pu utiliser celle-ci différemment.

4.7.3-Avantages relevés

Dans tous les autres cas, les orthophonistes ont apprécié d'avoir ce support. Cela a pu être propice à aborder le sujet plus facilement. Le fait même d'avoir la plaquette à portée de main a permis à certaines orthophonistes qui évoquaient le sujet auparavant de le faire de manière plus régulière, celle-ci venant faire office de petit rappel pour l'orthophoniste.

Les orthophonistes ont apprécié de disposer d'un document clair, complet et simple à la fois. Cela a permis de « clarifier les idées » de chacune et de remettre présent en mémoire l'ensemble des éléments impliqués (répercussions etc.), susceptibles de venir illustrer leur propos.

La plaquette a également été source d'informations pour certaines orthophonistes qui ont pu étoffer leur discours grâce aux points abordés par celle-ci.

De plus, les avantages de l'introduction d'une « parole tierce » via le support de la plaquette ont été rapportés par plusieurs professionnelles. En effet, cela a permis d'appuyer leurs dires et tout en dégageant les orthophonistes d'une intervention qui aurait pu être jugée personnelle, porteuse de jugement. Cela a permis de replacer la problématique dans un cadre défini et reconnu par un ensemble d'individus, professionnels et chercheurs. La portée du message dont l'orthophoniste était vecteur s'en est alors trouvée renforcée et légitimée. Ce phénomène a été rapporté à de nombreuses reprises par les orthophonistes.

La problématique des écrans ainsi évoquée, documentation à l'appui, a également permis d'éviter un sentiment de stigmatisation. En effet, tel qu'on a pu nous le rapporter, la prévention trouve ici un caractère plus général et les parents peuvent ainsi réaliser qu'ils ne sont pas seuls face à ces questions. Cela permet alors de prendre de la distance, de se détacher du cas particulier.

De plus, dans certains cas, les orthophonistes ont pu rencontrer des parents en conflit avec leurs enfants sur la question des écrans. L'appui extérieur d'un professionnel s'est alors révélé être un soutien réconfortant pour les parents. Le discours de l'orthophoniste est venu faire écho à leurs propos. Des solutions et des compromis ont alors été envisagés en commun avec l'enfant, dans une perspective différente de celle des conflits familiaux.

Tous ces cas ont permis de mettre en avant la diversité d'approches possibles et envisageables autour d'une même problématique, avec un support identique. Et c'est bien là l'essence d'un tel outil. En effet, cela prouve qu'il ne doit pas être pensé comme quelque chose de figé, dont la procédure serait déterminée de manière stricte. Il doit au contraire s'envisager comme le point de départ d'une réflexion tout d'abord personnelle de la part des professionnels s'engageant dans une réelle démarche en cohérence avec leur pratique afin de pouvoir prendre place au sein de celle-ci, selon la sensibilité de chacun et selon l'approche qu'il désirera privilégier. Ces constats n'empêchent pas cependant de réfléchir à un contexte d'utilisation et à des approches à proposer aux professionnels, dont chacun sera libre de se saisir ou non.

4.7.4-Questionnement de l'orthophoniste sur sa pratique

Nous avons voulu savoir si le fait de s'être engagées dans ces actions de prévention à destination des patients a amené les orthophonistes à envisager autrement leur pratique quotidienne et donc, peut-être, à repenser les sujets de prévention abordés généralement.

Tout d'abord, il nous semble important de noter que toutes les participantes ont répondu positivement à la question « est-ce un sujet que vous continuerez d'aborder avec vos patients ? ». Cette expérience a permis à chacune, qu'elle soit déjà sensibilisée ou non à la question des écrans, de prendre la mesure de l'ampleur du phénomène et de l'importance que celui-ci peut avoir en termes de répercussions potentiellement néfastes pour l'enfant. Les orthophonistes ont été amenées à prêter plus attention à ce sujet du fait de leur participation à l'étude et cela leur a permis de mettre en relation des difficultés qu'elles avaient pu repérer avec une exposition excessive, et parfois exclusive, aux écrans. Ainsi, ce matériel a permis dans un premier temps une réelle sensibilisation des orthophonistes, ou est venu renforcer les convictions de celles qui étaient déjà sensibilisées. De plus, grâce à cette expérience, les orthophonistes ont pu prendre du recul vis-à-vis de leur pratique et envisager la question des écrans par rapport à celle-ci. Ainsi, il semble que pour la plupart, cette problématique restera désormais présente à l'esprit.

Les orthophonistes envisagent d'aborder le sujet de manière plus régulière. En effet, plusieurs nous ont fait part de leur volonté de sensibiliser d'autres patients, de s'engager dans une démarche plus systématique ainsi que dans un accompagnement plus pérenne. Il semble également que ce phénomène soit dû à la présence d'un outil à leurs côtés.

Ainsi, pour celles qui abordaient déjà le sujet, la plaquette a été perçue comme un support qui facilite et renforce leur démarche. Les orthophonistes ont fait part d'un sentiment de légitimité et de crédibilité accru, qui se traduit pour les parents par une meilleure prise en compte du message délivré. En effet, l'introduction d'un document de référence a donné une autre valeur à la parole de l'orthophoniste tel que nous avons pu l'évoquer auparavant.

4.7.5-Eventuels besoins méthodologiques

Pour notre étude, nous avons proposé aux orthophonistes de tester l'utilisation de la plaquette auprès des familles des patients qu'elles reçoivent, en laissant chacune très libre dans son appropriation de l'outil. Lors de nos entretiens téléphoniques avec chacune des participantes, nous avons cherché à savoir si des besoins méthodologiques se seraient fait ressentir, si l'orthophoniste aurait aimé avoir à sa disposition des conseils, des pistes concernant l'utilisation, les moments dans lesquels proposer la plaquette, les manières d'amener la discussion sur le sujet, les points essentiels à souligner, les perspectives d'accompagnement sur le long terme à envisager etc.

Les avis sont très partagés à ce sujet. En effet, on peut observer deux tendances qui se détachent nettement. D'un côté, 13 orthophonistes n'ont pas ressenti de manque

méthodologique, et ont été tout à fait à l'aise dans l'utilisation de la plaquette. Au contraire même, cette catégorie de professionnels a préféré pouvoir s'approprier le document de manière très personnelle, selon sa sensibilité et son mode de fonctionnement. Ainsi, certaines des orthophonistes interrogées ont trouvé plus aisé de laisser place à leur spontanéité.

D'un autre côté, nous avons également recueilli des témoignages d'orthophonistes (19) qui auraient souhaité avoir des conseils, des propositions quant aux approches envisageables. En effet, des professionnelles se sont trouvées en difficulté dans l'utilisation et la présentation de ce matériel, atypique pour certaines. Dans les cas présents, des pistes auraient permis aux orthophonistes d'envisager l'abord de ce sujet de prévention autrement, plus sereinement parfois, en les soutenant et les étayant dans leurs démarches.

Les autres orthophonistes n'ont pas exprimé clairement leur avis, ni dans un sens, ni dans l'autre.

Ainsi nous pouvons constater que toutes les orthophonistes ne sont pas en demande d'un soutien méthodologique. Cependant, le fait qu'une partie d'entre elles en ait éprouvé le besoin, voire se soit retrouvée en difficulté dans l'utilisation de ce matériel suffit à envisager et justifier la réflexion autour d'un support, à destination des orthophonistes, qui pourrait accompagner la plaquette. Cela pourrait offrir à chacun des éléments de réflexion permettant ainsi d'envisager les actions de prévention autour du sujet des écrans de manière innovante. Il ne s'agit en aucun cas de proposer une trame à suivre strictement, mais plutôt de recenser les initiatives des orthophonistes ayant déjà testé la plaquette, offrant ainsi à l'ensemble des professionnels désirant utiliser ce matériel, des propositions dont il est libre de se saisir ou non, selon ses besoins propres.

4.7.6-Besoin en informations complémentaires

Nous avons interrogé les orthophonistes sur les éventuels besoins qu'elles auraient pu ressentir d'informations complémentaires sur le sujet des écrans. En effet, afin de pouvoir aborder un sujet sereinement, il paraît important de se sentir légitime dans sa démarche, suffisamment sûr de soi et de ses connaissances dans le domaine afin de pouvoir étayer ses propos de références voire d'exemples et également se sentir à l'aise pour répondre aux questions émanant des parents.

Sur l'ensemble des orthophonistes que nous avons interrogées, 9 ont répondu favorablement à cette question. La plupart des autres participantes avaient déjà été sensibilisées, ou avaient reçu en partie cette information, via des formations, ou encore grâce

au partage et à la transmission d'informations entre collègues. D'autres encore, intéressées par le sujet, avaient déjà effectué des recherches, ce qui a pu contribuer à les sensibiliser davantage.

Ainsi, il paraît important de pouvoir disposer de quelques éléments théoriques (résultats d'études, recherches etc.) afin de pouvoir étayer son discours et de se sentir plus à l'aise lors de la discussion avec les parents. Il pourrait être intéressant de réfléchir à fournir quelques éléments informatifs, généraux à l'intention des orthophonistes, accompagnant la plaquette.

5-Création d'un livret pour les orthophonistes, accompagnant la plaquette

Ainsi, au terme de nos recueils et de l'analyse des résultats obtenus, nous avons travaillé à la réalisation d'un livret qui pourrait venir accompagner la plaquette et faciliter son appropriation par les orthophonistes. En effet, tel que nous avons pu le voir au travers de cette étude, le sujet des écrans, bien que présent à l'esprit de nombreux orthophonistes, n'est pas toujours facile à aborder. L'utilisation d'un outil de prévention sous la forme d'une plaquette s'est révélée être un appui considérable, favorablement accueilli par l'ensemble des personnes concernées, orthophonistes et familles.

Cependant, notre étude a également permis de montrer que l'outil seul ne suffit pas. Des difficultés sont apparues chez certaines orthophonistes pour qui la présentation de la plaquette n'a pas été aisée et a suscité des interrogations.

Ceci vient appuyer la volonté de l'APOMM d'accompagner la diffusion de sa plaquette afin de fournir aux orthophonistes des éléments concrets facilitant l'introduction de la problématique auprès des familles et permettant la mise en place d'une réelle prise en charge de celles-ci vis-à-vis de leur exposition aux écrans.

Notre travail s'est donc orienté dans ce sens, en créant un document qui fasse la synthèse des éléments observés et des conclusions que nous avons pu en tirer, et ce, grâce à l'éclairage des travaux théoriques autour de la prévention. Nous avons eu à cœur de proposer un écrit clair, concis tout en étant suffisamment détaillé pour répondre aux attentes et interrogations des orthophonistes.

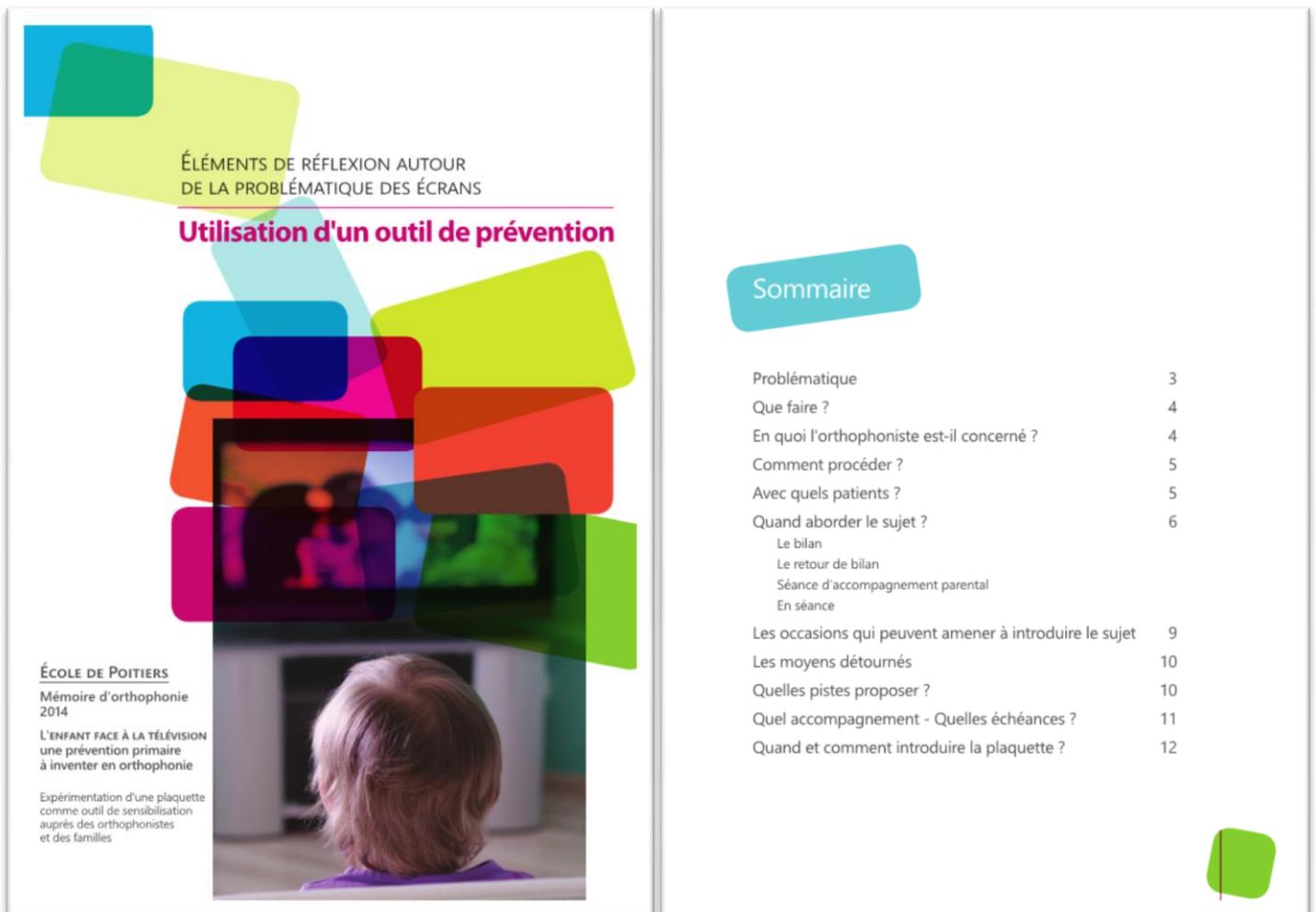
Nous avons développé notre propos au sein de différents chapitres :

- En quoi l'orthophoniste est-il concerné ?
- Comment procéder ?
- Avec quels patients ?

- Quand aborder le sujet ?
- Les occasions qui peuvent amener à introduire le sujet
- Les moyens détournés
- Quelles pistes proposer ?
- Quel accompagnement ? Quelles échéances ?
- Quand et comment introduire la plaquette ?

La présentation sous forme de questionnaire souligne notre volonté de proposer aux orthophonistes des pistes de réflexion ouverte.

Le livret est présenté ci-dessous.



Depuis son apparition dans les années 50, la télévision a petit à petit pris une place importante dans notre quotidien et dans nos foyers. Elle est devenue un élément incontournable et emblématique de notre siècle. Source tout d'abord de fascination, elle est aujourd'hui rentrée dans notre culture commune et s'invite dans nos vies au point parfois de faire "partie de la famille".

La télévision a été rejointe dernièrement par tout un ensemble d'autres écrans, ordinateurs, tablettes numériques, consoles de jeux, smartphones... Ainsi, chaque Français possède en moyenne plusieurs écrans. Le temps qui leur est consacré n'a cessé d'augmenter (3 h 46 par jour en moyenne pour la télévision), l'usage des uns s'ajoutant à celui des autres.

Ces constats concernant l'exposition aux écrans sont également valables pour les enfants, quel que soit leur âge. Or, les stimulations que les écrans proposent sont loin d'être adéquates aux besoins des enfants, tout comme ces derniers ne sont pas compatibles avec le sommeil des adolescents... Pourtant, ceux-ci en sont bien souvent de fervents consommateurs. Et nombre d'orthophonistes ont vu les salles d'attente de leur cabinet se remplir de consoles, tablettes et jeux en tout genre sur les téléphones portables, délaissant ainsi les petits jeux, les livres et les discussions avec les parents...



Rédigé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie • avril 2014

3

Que faire ?

Les écrans sont désormais incontournables, certes, mais on peut tout de même tenter d'en limiter la portée une fois que l'on a pris conscience des effets nocifs qu'ils sont susceptibles d'entraîner sur des êtres en développement.

Il est important de pouvoir fournir aux parents des éléments de compréhension des effets de l'exposition aux écrans et de réfléchir avec eux à un usage raisonné et approprié en fonction de l'âge de l'enfant (type d'écran, contenu, durée).

Et c'est là que nous pouvons, et devons, intervenir en tant qu'orthophoniste, acteur de prévention ayant à cœur de promouvoir le développement des interactions et du langage, et en tant que garant d'une certaine transmission autour des "outils" de communication.

En quoi l'orthophoniste est-il concerné ?

La télévision, et les écrans d'une manière générale, sont susceptibles de venir entraver le développement de l'enfant, d'autant plus si celui-ci y est exposé précocement et/ou de manière excessive. Pour grandir, l'enfant suit un cheminement qui lui est propre, cependant, il doit passer par des étapes successives qui lui permettent petit à petit de parvenir à une compréhension du monde qui l'entoure et d'y prendre part en tant que sujet actif.

Les écrans peuvent avoir des répercussions sur le développement de l'enfant, sur son langage, sur son mode d'appréhension du réel et sa compréhension du monde, sur son raisonnement, sur ses relations avec autrui mais aussi d'une manière plus générale sur sa santé, ce d'autant plus que l'enfant y est exposé précocement et/ou de manière excessive.

Autant de raisons qui légitiment la mise en place d'actions de prévention dans lesquelles, l'orthophoniste a un rôle important à jouer, en tant qu'interlocuteur privilégié avec les familles et les enfants qu'il reçoit, mais en tant que témoin au quotidien des effets induits par les écrans.

Rédigé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie • avril 2014

4

Comment procéder ?

Le but de cette présentation n'est en aucun cas de donner des directives quant à la manière d'introduire et de présenter le sujet auprès des familles. Elle doit aider chacun à se sentir à l'aise et tout à fait légitime afin de pouvoir aborder ce sujet de manière naturelle et ainsi soutenir les personnes concernées dans l'engagement d'une réflexion qui pourra mener à la modification des comportements.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise manière de procéder, seulement un engagement à prendre dans le sujet, avec la conviction, que l'on peut et que l'on se doit de proposer aux familles une information et un accompagnement. En effet, la prévention par rapport aux écrans doit se penser sur le plus ou moins long terme. Il ne s'agit évidemment pas d'avoir un discours moralisateur ou culpabilisant, mais au contraire de pouvoir proposer une écoute bienveillante des expériences de chacun.

Il s'agit d'une démarche qui doit s'inventer avec chaque famille, au cas par cas, humblement et de manière réaliste et réalisable.

L'orthophoniste, de par ses compétences et ses connaissances spécifiques, va pouvoir aider les familles à faire émerger une réflexion grâce aux éléments de compréhension de la problématique qui auront pu être dégagés.

Avec quels patients ?

Cette prévention est susceptible de concerner tous les patients reçus, sans limite d'âge particulière. Les conséquences seront évidemment différentes tout comme les éléments qui pourront être mis en avant en termes de répercussions. La réflexion engagée autour des changements à apporter en sera elle aussi spécifique.

Ainsi, plus l'enfant sera grand, plus il sera intéressant d'adapter son discours à son niveau de compréhension afin de lui expliquer clairement pourquoi on aborde le sujet tous ensemble. Il faudra tenter d'obtenir son adhésion, et imaginer avec lui des alternatives qui puissent être satisfaisantes pour lui. Il sera également important de valoriser l'enfant dans ses nouvelles conduites. Expliquer ainsi l'origine des changements qui vont être mis en place contribuera à une meilleure acceptation de ceux-ci. On évitera alors que l'enfant prenne cela comme une punition, qu'il se demande ce qu'il a fait de mal...

Rédigé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie • avril 2014

5

Cependant, dans certains cas, les parents, démunis, ont du mal à réguler l'exposition de leur enfant aux écrans et ne savent plus comment agir. Il faudra alors parfois les inciter à se positionner de manière ferme en tant que garants de l'autorité. Cela permettra à l'enfant de se confronter à un cadre sécurisant et stable. Il sera plus facile pour les parents de tenir ces positions s'ils sont convaincus du bien fondé de leur démarche, conscients ainsi d'agir pour le bien de leur enfant. Le soutien de l'orthophoniste est alors primordial pour les parents. Sa parole peut venir renforcer la leur, ce qui contribue à agir positivement sur l'enfant.

Quand aborder le sujet ?

Le moment propice à l'abord du sujet peut être variable en fonction de chaque orthophoniste mais aussi en fonction des patients et des occasions qui se présentent.

Rappelons donc que la prévention autour du sujet des écrans, telle qu'elle se dessine aujourd'hui, ne s'inscrit pas dans une prévention de masse, indifférenciée. Il s'agit au contraire d'une démarche de qualité qui doit prendre en compte les particularités de chaque famille et qui de ce fait, demande de prendre le temps de discuter du sujet.



LE BILAN

Le moment du bilan peut être un moment propice à l'introduction d'un questionnaire quant à l'utilisation et l'exposition aux écrans. En effet, ce sujet peut être abordé de manière assez naturelle lorsque l'on interroge les parents sur le rythme des journées de la famille et plus particulièrement de l'enfant, ou quand l'on s'intéresse aux loisirs de celui-ci et à la manière dont il occupe ses temps libres.

Ces questions, faisant partie de l'anamnèse "classique" d'un bilan, peuvent donner l'occasion aux parents d'évoquer spontanément la place de la télévision et des autres écrans dans le quotidien du patient.

Si la présence des écrans n'est pas soulevée par les parents, un questionnaire plus direct peut également être proposé.

Dans tous les cas, l'orthophoniste peut alors saisir l'occasion pour rebondir sur ce qui a pu être dit s'il juge que cela est nécessaire, ou décider de garder les éléments présents à l'esprit afin d'en rediscuter ultérieurement au cours de la prise en charge, une fois établie une réelle relation de confiance.

Rédigé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie • avril 2014

6



LE RETOUR DE BILAN

La question des écrans peut être abordée lors d'une séance consacrée à l'explicitation avec les parents des résultats des épreuves utilisées et des observations que l'orthophoniste aura pu faire. Cela peut faire suite aux informations données par les parents lors du premier rendez-vous ou à ce que le professionnel aura pu remarquer au cours de son bilan.

Cette séance spécifique peut en effet être propice parfois à l'introduction de conseils, de comportements à privilégier etc. Les parents peuvent être à ce moment-là particulièrement à l'écoute de l'orthophoniste qu'ils consultent pour ses compétences professionnelles. De ce fait, un statut particulier lui est conféré et son discours prend alors une valeur différente. Il se peut que les parents soient plus ouverts à la discussion et que, du fait de leur démarche, ils soient dans une attitude de recherche de "solutions" afin de pouvoir soutenir leur enfant dans ses difficultés.

L'introduction des questions qui ont jalonné l'anamnèse permet de montrer aux parents que l'on prend l'enfant en compte dans sa globalité, en tant qu'individu évoluant dans un environnement qui lui est propre. C'est l'établissement de ces liens et ce sentiment de continuité et d'unité qui permettent une portée optimale de la rééducation, par l'implication que cela peut susciter chez tous les partenaires. De plus, au moment du bilan et/ou du retour de bilan, il se peut que les deux parents soient présents. Ceci représente une opportunité intéressante de pouvoir évoquer le sujet des écrans en sensibilisant le couple parental. Les changements qui pourront être envisagés, que ce soit à ce moment-là ou ultérieurement au cours du suivi, ont alors plus de chance d'être compris et de ce fait portés par les deux parents. Or, ceci constitue un élément très important à prendre en compte.



SÉANCE D'ACCOMPAGNEMENT PARENTAL

Le sujet des écrans peut être abordé au moment d'une séance spécifique, dédiée à de l'accompagnement parental. En effet, certains orthophonistes consacrent de manière plus ou moins régulière des séances pour discuter avec les parents de l'évolution de l'enfant et de sa prise en charge. Ces moments peuvent également être l'occasion de répondre à des questions précises des parents ou à l'introduction de sujets que l'orthophoniste souhaite aborder avec eux-ci.

Consacrer une séance dans le cadre de la rééducation pour aborder le sujet des écrans permet à l'orthophoniste de disposer de temps. Cela offre la possibilité d'amener la question posément. Ainsi, il peut être plus facile d'entamer une réflexion en partenariat sans que les interlocuteurs ne se sentent jugés dans leur mode de fonctionnement par une parole décontextualisée et non explicite.

En effet, il est important que l'orthophoniste puisse mettre en relation les difficultés de l'enfant avec son utilisation des écrans, si celle-ci paraît inadaptée. Cela

Rédigé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie • avril 2014

7

aidera les parents à faire des liens et ainsi à envisager différemment leur degré de tolérance par rapports à ces derniers. Les effets des écrans pourront alors prendre un caractère concret et plus facilement représentable pour les parents.

De plus, ces séances laissent l'opportunité d'entamer une réflexion autour d'activités que les parents peuvent mettre en place avec leur enfant ou qu'ils peuvent lui proposer. Ainsi, de manière naturelle et détournée, le temps d'exposition aux écrans peut s'en trouver réduit.

Le but n'est évidemment pas de chercher l'éradication des écrans, ni d'en diaboliser l'usage, mais bien de faire prendre conscience aux parents, et aussi à l'enfant, que celui-ci est à adapter à son âge et à son développement.

Les écrans devraient être introduits progressivement, leur temps d'utilisation limité, ce d'autant plus que l'enfant est jeune, et surtout, cela devrait se faire en relation avec l'adulte.

En effet, il est important de rappeler aux parents qu'il est préférable d'accompagner l'enfant dans sa découverte du monde des écrans, de pouvoir discuter avec lui de ce qu'il y a vu et de ce qu'il en a compris. Trop souvent les enfants sont laissés seuls face aux écrans et c'est cela qui peut être dommageable.

L'introduction de la question des écrans et de la recherche de petits changements à apporter peut s'envisager sur plusieurs entretiens, échelonnés dans le temps.

Le fait de mettre en place une sorte de suivi pourra soutenir les parents dans leur démarche et les encourager à poursuivre dans la voie du changement dans laquelle ils auront pu s'engager. De plus, cela permettra également de pouvoir introduire de petits objectifs réalistes, distillés au fur et à mesure et pensés tous ensemble, avec l'orthophoniste, les parents et l'enfant, plutôt que de donner des conseils "tout faits" pas forcément réalisables ni envisageables pour la famille au moment où elle les reçoit ; conseils d'autant mieux acceptés qu'ils auront pu être élaborés et émerger sous la forme d'une collaboration.

En effet, la famille aura besoin de temps pour cheminer et s'engager pleinement dans sa volonté de modifier certaines de ses habitudes. Il faudra parfois repenser les solutions envisagées, proposer d'autres alternatives.



EN SÉANCE

Dans la réalité de la pratique, il n'est pas toujours possible de prévoir des rendez-vous entiers pour discuter avec les parents. Cependant, cela n'empêche pas d'aborder certains sujets en début ou en fin de séance. Il est alors préférable de profiter d'une occasion où le parent est dans le bureau pour essayer d'introduire le questionnement autour des écrans.

Son discours doit alors être plus concis mais doit d'autant plus laisser place à la parole du parent. Il est important de prendre la mesure de l'importance des

Rédigé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie • avril 2014

8

écrans dans le fonctionnement de l'enfant et même de la famille en général. Cela évitera que l'orthophoniste se retrouve dans une situation trop contrastée de type "celui qui sait/celui qui ne sait pas".

Il se peut également que le sujet soit abordé spontanément par le parent, généralement dans la recherche d'une aide ou d'un soutien par rapport à des difficultés identifiées ou encore, dans la recherche de la confirmation qu'il "fait ce qu'il faut". Lorsque la question est ainsi introduite spontanément, il ne faut pas hésiter à prendre un temps avec les parents ou à consacrer tout ou partie de la séance du jour afin d'approfondir cela avec le parent et son enfant et de tenter de répondre aux questions et aux attentes de chacun.

Les occasions qui peuvent amener à introduire le sujet

Ainsi, en dehors des situations de bilan, le sujet des écrans trouve également toute sa légitimité et peut être abordé, comme nous venons de le voir, lors de diverses occasions. Il peut être introduit par un questionnement plus ou moins direct, par des observations que l'orthophoniste ou le parent auront pu faire : l'enfant semble fatigué, il a du mal à se concentrer, il ne fait pas toujours la distinction imaginaire/réalité etc. ou encore lorsque l'enfant lui-même fait des commentaires quant aux moments qu'il passe face aux écrans.

Il est alors parfois utile de montrer aux parents que leur enfant sait jouer seul, et qu'il n'a pas besoin d'être sans cesse "occupé" avec la télévision. L'ennui est aussi ce qui l'aide à développer son imagination et à découvrir ses ressources internes.

Avec les très jeunes (moins de 3 ans), il est vraiment important d'insister sur le caractère inapproprié du format audiovisuel pour le développement de l'enfant. De plus, les parents n'ont pas toujours conscience que la télévision, même allumée en arrière-plan, peut être nocive pour de si petits, interrompant le cours de leurs manipulations de manière inopinée et répétitive ce qui ne leur permet pas de mettre en relation les éléments tel qu'ils le devraient et perturbe leurs explorations.

On peut se saisir de chaque opportunité pour essayer de sensibiliser petits et grands aux avantages et aux inconvénients des écrans. Il est important de rappeler qu'il y a un temps pour tout et que les écrans ne doivent pas se substituer à l'ensemble des autres activités, essentielles au bon développement de l'enfant.

Rédigé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie • avril 2014

9

Les moyens détournés...

Il est également possible de favoriser l'intervention spontanée des parents en mettant en place quelques éléments qui peuvent retenir leur attention et les inciter à vous solliciter.

Ainsi, des affiches peuvent être placées dans la salle d'attente. Cela permettra également de sensibiliser un plus grand nombre de personnes. Rappelons cependant que la prévention autour des écrans ne peut se limiter à cela, au risque de ne pas toucher les personnes les plus concernées et avec le danger que certains se sentent stigmatisés ou culpabilisés, ce que nous cherchons précisément à éviter.

Cependant, ces affiches peuvent tout à fait constituer une première étape et permettre ainsi à ceux qui en prennent connaissance d'être, dans certains cas, plus vigilants, de s'interroger sur leur cas particulier. Elles peuvent alors faciliter l'abord du sujet pour l'orthophoniste qui peut les prendre comme prétexte à l'introduction de la problématique.

De plus, les affiches constituent un élément de repère constant qui pourra permettre de maintenir le sujet présent à l'esprit de certains.

La plaquette peut, elle aussi, être ainsi utilisée pour favoriser les échanges autour du sujet des écrans. Posée sur le bureau de l'orthophoniste, elle peut susciter de la curiosité et là encore faciliter l'engagement de la conversation en fournissant un prétexte.

À défaut d'affiches, un exemplaire de la plaquette peut également être accroché dans la salle d'attente.

Quelles pistes proposer ?

Ainsi, pour être réellement efficace, dans la plupart des cas, la prévention autour du sujet des écrans ne doit pas se limiter à des injonctions restrictives. Il s'agit en effet d'essayer de réfléchir avec les familles, parents et enfants, aux changements envisageables. Pour cela, il faut au préalable avoir une représentation assez précise du fonctionnement et des habitudes familiales.

Alors seulement, on pourra envisager d'introduire des variations qui soient acceptables pour tout un chacun. Ainsi, ce qui conviendra à une famille ne sera pas forcément ce qu'une autre décidera de mettre en place.

Rédigé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie • avril 2014

10

Il est parfois important de rappeler l'importance des moments de partage, d'interaction, qui peuvent trouver naissance dans des jeux, dans des discussions, dans des activités variées (cuisine, promenade, activités manuelles...). Plus ces moments seront nombreux, moins les écrans seront présents.

La télévision est parfois un moyen pour les parents d'occuper les enfants afin qu'eux-mêmes puissent faire certaines tâches ou tout simplement disposer d'un moment de repos. L'orthophoniste peut alors proposer que l'enfant joue seul, lise, colorie... pendant ce temps-là. Dans les cas où cela est possible, l'orthophoniste peut suggérer que parent(s) et enfant effectuent ensemble la tâche en question (cuisine, ménage, courses...).

La télévision occupe également parfois une place importante dans le fonctionnement familial, pouvant régir en partie les emplois du temps de chacun. Il arrive ainsi que l'heure du dîner soit calée sur le journal télévisé et que la famille mange avec la télévision allumée. Lorsque c'est le cas, dans la mesure du possible, l'orthophoniste pourra essayer d'amener les parents à privilégier les repas sans télévision, en rappelant que cela ne favorise pas les échanges et la communication et que le contenu des images n'est pas toujours approprié aux enfants. L'orthophoniste pourra insister sur l'importance d'entretenir ces moments de convivialité.

De même, lorsque l'orthophoniste ou les parents constatent que l'enfant est fatigué, qu'il a du mal à se concentrer, que les réveils le matin sont difficiles et que parallèlement les parents rapportent que l'enfant regarde la télévision (ou un autre écran) le soir avant d'aller se coucher, on pourra réfléchir avec les parents à des alternatives (limiter la télévision le soir, fixer un repère temporel stable et en accord avec les besoins correspondant à l'âge de l'enfant, proposer de lire une histoire, favoriser les activités calmes après le repas etc.).

>> TOUT CECI NE CONSTITUE QUE QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION NON EXHAUSTIVES.

Quel accompagnement ? Quelles échéances ?

Il peut être intéressant de se fixer des objectifs concrets, d'envisager ensemble ce qui pourrait être mis en place et de prendre le temps d'en rediscuter. Selon les cas, il pourra alors être intéressant de prévoir une séance ou un temps important afin de laisser aux parents l'occasion de vraiment faire état de ce qu'ils ont pu essayer de mettre en place, de discuter avec eux des éventuelles difficultés auxquelles ils auront pu se confronter etc. Il s'agira ensuite de poursuivre la réflexion engagée en cherchant ensemble des alternatives aux problèmes rencontrés et en se donnant progressivement de nouveaux objectifs.

Rédigé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie • avril 2014

11

La plupart du temps, bien que les enfants, comme les adultes parfois, éprouvent quelques réticences concernant la diminution de l'exposition aux écrans, cela se traduit rapidement par une amélioration notable de certaines problématiques (fatigue de l'enfant, colères, caprices etc.) ce qui a pour résultat général l'apaisement des tensions familiales. Ainsi, ces petits efforts demandés à chacun sont rapidement valorisés par un mieux être observable et appréciable par tous.

C'est ainsi, par la mise en place d'un réel accompagnement que l'on pourra espérer voir s'opérer des changements et favoriser les découvertes mutuelles entre le parent et son enfant, les moments de complicité, de partage.

Quand et comment introduire la plaquette ?



Cette plaquette d'information à destination des parents a été conçue pour accompagner les orthophonistes dans leur démarche de prévention vis-à-vis de la problématique des écrans.

Celle-ci doit être envisagée comme un renfort à l'action de sensibilisation du public accueillie par l'orthophoniste. Chacun est évidemment très libre dans l'utilisation qu'il veut en faire. Notre but ici est de présenter quelques occasions qui peuvent s'y prêter afin de répondre au questionnement que certains pourraient avoir à cet égard.

Ainsi, la plaquette peut tout à fait être introduite pour venir appuyer et légitimer davantage la parole de l'orthophoniste. En effet, le discours porté par d'autres professionnels et scientifiques reconnus prend alors une valeur différente et peut être mis en perspective. Les parents pourront se sentir concernés mais également parfois, mieux compris ; ils ne sont pas seuls à rencontrer de telles difficultés, la prévention ne touche pas qu'eux en particulier.

Ce support peut être utilisé comme un prétexte à l'introduction du sujet et le discours de l'orthophoniste se construit autour des différents points qui y sont répertoriés. Ainsi, la plaquette peut constituer une sorte de trame qui structure la discussion avec les parents et leur fournit des exemples précis, auxquels ils n'au-

Rédigé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie • avril 2014

12

raient pas nécessairement pensé. De plus, le fait d'avoir un support écrit permet aux parents qui reçoivent ces informations de mieux prendre la mesure de la problématique qui devient d'emblée plus concrète.

L'orthophoniste pourra proposer aux parents d'emporter ce document, s'ils le souhaitent, afin de prendre le temps de le lire plus en détail chez eux, tout en offrant à ces derniers la possibilité d'en rediscuter ensemble ultérieurement. La plaquette ainsi utilisée peut être accueillie positivement par les parents ; ils en comprennent le sens et peuvent reprendre chez eux les éléments qui les concernent. La parole de l'orthophoniste trouve ainsi une continuité, un écho. La plaquette fait office "d'aide mémoire", qui vient rappeler les éléments évoqués et maintenir la problématique présente à l'esprit.

La plaquette peut également être utilisée en fin de discussion, tel que l'on vient de l'évoquer, comme rappel et synthèse des différents points abordés spontanément. L'orthophoniste peut préférer privilégier une parole singulière, dans un échange informel et ne proposer le support qu'à la fin de l'entretien. En effet, les éléments présents dans la plaquette pourront tout à fait être repris librement par l'orthophoniste avant que celle-ci soit introduite comme élément supplémentaire venant soutenir la réflexion, voire comme réponse à certaines questions.

La plaquette peut également ne pas être donnée ou même présentée et servir simplement "d'aide-mémoire" à l'orthophoniste.

Voici quelques suggestions d'utilisation de la plaquette. Celle-ci peut s'avérer être un support très utile au cours du développement d'actions de prévention à l'égard de l'exposition aux écrans.

Il nous semble vraiment primordial de s'engager dans de telles pratiques afin de sensibiliser petits et grands aux dangers que ceux-ci peuvent représenter et afin surtout d'en permettre une utilisation raisonnée et adaptée à chaque âge, tant au niveau du type d'écrans, que du contenu ou encore de la durée d'exposition.

Libre cours maintenant à chacun et chacune de s'approprier cet outil de la manière qui lui conviendra le mieux.

À VOUS DE PRENDRE PART À CETTE PRÉVENTION DE MANIÈRE LÉGITIME ET SANS TABOU.

Rédigé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie • avril 2014

13

UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de médecine et pharmacie
École d'orthophonie
2013-2014

MÉMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION
DU CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONIE
Louise Cheval

Directeur du mémoire
Marie-Hélène Rossi-Daude, orthophoniste

Co-directeur du mémoire
Lydie Morel, orthophoniste

Autre membre du jury
Nadine Rabioux, médecin de PMI

DISCUSSION

I-Limites et critiques de notre travail

1-D'un point de vue théorique

Nous avons été confrontée à la difficulté d'opérer des choix quant aux thèmes abordés, ne pouvant faire état de l'ensemble des études traitant de la problématique des écrans. En effet, nous trouvons essentiel d'axer une partie de notre recherche documentaire sur les écrits théoriques concernant la prévention, développant ainsi un aspect assez général sur la question.

Lors de notre recherche concernant la prévention en orthophonie et notamment l'historique de celle-ci, nous avons rapidement constaté qu'il était difficile de trouver des écrits sur le sujet. En effet, nos principales sources documentaires se sont révélées être des sites Internet et des articles parus dans des revues orthophoniques. Cependant, nous n'avons pas pu nous appuyer sur des ouvrages spécifiques à l'orthophonie.

2-D'un point de vue méthodologique

2.1-Représentativité de notre population

Lors de la constitution de notre population d'orthophonistes participant à l'étude, nous avons rencontré quelques difficultés quant aux possibilités de joindre l'ensemble des orthophonistes de la Vienne. En effet, tout d'abord, nous avons obtenu les adresses postales de celles-ci grâce au registre de l'ARS. Cependant, l'ensemble des orthophonistes y figurant n'était pas inscrites dans les pages jaunes. De plus, parmi celles y figurant, nous nous sommes confrontée dans certains cas à la difficulté de pouvoir les joindre, en raison des disponibilités limitées de chacune, ce, au vu des emplois du temps respectifs. Nous n'avons donc pas pu établir de contact direct avec toutes les orthophonistes de la Vienne pour leur proposer de tester l'utilisation de la plaquette et nous le déplorons. Cependant, les délais imposés par la réalisation du mémoire ne permettaient pas de persévérer dans ces essais au-delà d'une certaine date.

Nous avons donc constitué un échantillon grâce aux orthophonistes avec lesquelles nous avons pu prendre contact et qui ont accepté de participer à notre étude.

Il serait intéressant de pouvoir étendre davantage celle-ci, en la proposant à une population plus large d'orthophonistes.

2.2-Délais de notre étude

L'élaboration de notre calendrier de travail a été soumise aux aléas de la réalité des contraintes des modalités même de notre étude. En effet, en raison du temps mis pour établir un contact direct avec les orthophonistes et des contraintes de la rédaction du mémoire, nous avons été dans l'obligation de laisser un temps assez court entre le moment de l'envoi des plaquettes et celui où nous avons commencé le recueil des expériences d'utilisation des participantes (environ 2 mois). Ainsi, ce bref délai n'a parfois pas permis aux orthophonistes de présenter la plaquette autant de fois qu'elles l'auraient souhaité, et a laissé peu de temps à chacune pour s'approprier pleinement cet outil. Ceci a pu être souligné par certaines.

De plus, il serait intéressant de poursuivre l'étude en proposant aux orthophonistes de pouvoir prendre connaissance du document produit au cours du mémoire, de les laisser à nouveau expérimenter en disposant alors de la plaquette et du guide censé faciliter sa prise en main et l'appropriation de la problématique des écrans. L'impact de cet écrit pourrait être évalué au regard des premiers résultats recueillis afin de juger de la pertinence de celui-ci.

2.3-Interprétation des résultats

2.3.1-Premier questionnaire

Le premier questionnaire que nous avons proposé aux orthophonistes de la Vienne a donné lieu à peu de réponses (21, soit un 1/3 des orthophonistes du département) ce qui n'a pas permis une analyse statistique aussi approfondie que souhaité. De plus, nous avons dû rappeler la relativité des résultats obtenus en raison du faible échantillonnage de notre population.

2.3.2-Utilisation de la plaquette

Les données que nous avons pu recueillir se sont révélées très qualitatives et peu exploitables d'un pur point de vue statistique. En effet, nous avons pris le parti méthodologique d'orienter notre étude sur les aspects qualitatifs qui ont pu jaloner les expériences de chacune, privilégiant un recueil détaillé et ouvert des situations qui se sont présentées.

CONCLUSION

Le travail que nous avons engagé avait pour but d'offrir une vision de la prévention telle qu'elle est pensée et mise en œuvre dans le quotidien de la pratique des orthophonistes exerçant en cabinet libéral. Nous voulions nous rendre compte de la sensibilisation de chacun à la problématique des écrans, problématique « récente », maintenant devenue incontournable. Ceci constituait la première phase de notre travail. Nous voulions ensuite évaluer l'apport de l'utilisation d'un support spécifique pour l'introduction de ce sujet auprès des familles. Avec pour objectif de pouvoir analyser les pratiques singulières spontanément mises en place et en en dégageant les points positifs et les éventuelles difficultés rencontrées.

Les différents résultats que nous avons obtenus nous ont permis de constater que la problématique des écrans est bien présente au sein des préoccupations des orthophonistes en matière de prévention. Cependant, nous avons pu observer que, bien que sensibilisés au sujet, peu d'orthophonistes abordaient celui-ci de manière régulière. Des initiatives personnelles avaient déjà été mises en œuvre par certaines.

Au travers de notre étude, nous avons ensuite pu vérifier que l'introduction d'un support spécifique s'avérait bénéfique pour la plupart des orthophonistes, favorisant l'émergence des discussions autour de cette problématique et fournissant au professionnel un appui considérable dans sa démarche. Les résultats ont également montré que la plaquette a été accueillie favorablement par les familles auxquelles elle a pu être présentée.

Cependant, nous avons également pu mettre en avant la difficulté pour certaines de se saisir d'un tel outil, en dehors de toute indication et conseil préalables. Ainsi, certaines se sont heurtées à des problèmes d'ordre méthodologique quant à la manière d'introduire le sujet et/ou la plaquette. Ceci est venu conforter l'idée qu'un tel outil doit s'accompagner d'un guide proposant des éléments de réflexion devant permettre à chacun de trouver la manière de procéder qui lui convienne. De plus, la pluralité des situations décrites par les orthophonistes est venue conforter le postulat de base selon lequel, il n'y a pas une mais des façons d'opérer, selon la personnalité, les spécificités de chaque professionnel mais aussi en fonction de la particularité de chaque famille.

L'ensemble des orthophonistes ayant participé à notre étude a pu prendre davantage conscience de l'importance de la présence des écrans dans le quotidien des patients reçus, du fait d'une focalisation plus importante sur la question au cours de l'année. Un investissement

marqué pour le sujet a été rapporté pour la plupart, avec la volonté de poursuivre la démarche de prévention engagée.

Au terme de notre travail, il nous apparaît primordial que la problématique des écrans puisse trouver davantage de place dans la pratique des orthophonistes afin qu'un réel accompagnement préventif puisse être proposé aux familles qui en ont besoin. Nous avons été confortée par rapport au fait qu'il est du rôle de l'orthophoniste de prendre part aux actions de prévention concernant la problématique des écrans, ce, en tant que professionnel ayant à cœur de préserver le développement, la santé et le bien-être des patients, petits et grands, qu'il reçoit.

L'introduction d'un outil spécifique, sous la forme d'une plaquette d'information à destination des parents, s'est révélée bénéfique pour les différents partenaires engagés dans les actions de prévention (orthophonistes, parents et enfants). La réalisation d'un guide venant accompagner ce support est apparue nécessaire au vu des observations rapportées par les participants.

Ainsi, des actions à visée préventive autour de la problématique des écrans restent encore à définir. La sensibilisation d'un public plus large pourrait être envisagée. Notamment, il pourrait être intéressant de rencontrer différents professionnels (médecins, pédiatres, assistants maternels, agents d'accueil de la petite enfance, enseignants etc.) afin d'aborder les différents points soulevés par ce sujet et de leur présenter la plaquette d'information comme outil de médiation. La prévention dans ce champ d'intervention est à relayer, chacun pouvant y être confronté, et chacun pouvant agir à son échelle. C'est par l'engagement de chacun, dans une volonté commune d'information et d'accompagnement, que ces mesures pourront s'étendre. C'est ainsi que l'on pourra espérer réduire l'incidence et la prévalence de comportements et d'utilisations inadaptés et/ou abusifs à l'égard des écrans et leurs répercussions sur le développement, le comportement et le langage des enfants que nous prenons en charge.

BIBLIOGRAPHIE

- Anderson, D. R., & Pempek, T. A. (2005). Television and Very Young Children. *American Behavioral Scientist*, 48(5), 505-522.
- Aubin, G. (Éd.). (2007). *Neuropsychologie de la mémoire de travail*. Marseille: Solal.
- Bellanger, T. M., & Bray, G. A. (2005). Obesity related morbidity and mortality. *The Journal of the Louisiana State Medical Society: Official Organ of the Louisiana State Medical Society*, 157 Spec No 1, S42-49; quiz 49.
- Bettelheim, B. (1963). *Parents Vs. Television: A Child Psychologist Asks Some Startling Questions of Mothers and Fathers who Think that TV is Ruining Their Children's Taste*.
- Bloom, P. (2000). *How children learn the meanings of words*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Bourcier, S. (2010). *L'enfant et les écrans*. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Chonchaiya, W., & Pruksananonda, C. (2008). Television viewing associates with delayed language development. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 97(7), 977-982.
- Cioran, E. M. (1987). *Syllogismes de l'amertume*. [Paris]: Gallimard.
- Clerc, S. (2008). *Au secours! sauvons notre école: document*. Paris: Oh! éditions.
- Cognard, S., Kayser, Marie, & Lalande, M. (2013). *Le jeu dans le soin*. Malakoff: Pratiques.
- DeLoache, J. S., Chiong, C., Sherman, K., Islam, N., Vanderborght, M., Troseth, G. L., O'Doherty, K. (2010). Do Babies Learn From Baby Media? *Psychological Science*, 21(11), 1570-1574.
- Desmurget, M. (2013). *TV lobotomie: la vérité scientifique sur les effets de la télévision : document*. Paris: J'ai lu.
- Dufour, D.-R. (2009). Le cerveau disponible du bébé néolibéral. *Spirale*, 50(2), 125.

- Enfants et écrans : grandir dans le monde numérique (rapport 2012 consacré aux droits de l'enfant). (2013, juin 12). <http://www.defenseurdesdroits.fr/connaitre-son-action/la-defense-des-droits-de-lenfant/actualites/enfants-et-e-crans-grandir-dans-le>
- Ennemoser, M., & Schneider, W. (2007). Relations of television viewing and reading: Findings from a 4-year longitudinal study. *Journal of Educational Psychology, 99*(2), 349-368.
- Gaonac'h, D., Larigauderie, Pascale. (2000). *Mémoire et fonctionnement cognitif: la mémoire de travail*. Paris: A. Colin.
- Gravillon, I. (2012, février). Bien gérer les écrans à tous les âges, p. 10-11-12.
- Handen, B. L., McAuliffe, S., Janosky, J., Feldman, H., & Breaux, A. M. (1998). A playroom observation procedure to assess children with mental retardation and ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*(4), 269-277.
- Info-langage.org - Prévention des troubles du langage. (s. d.). <http://www.info-langage.org/>
- Kirkorian, H. L., Pempek, T. A., Murphy, L. A., Schmidt, M. E., & Anderson, D. R. (2009). The impact of background television on parent-child interaction. *Child Development, 80*(5), 1350-1359.
- Koolstra, C. M., van der Voort, T. H. A., & van der Kamp, L. J. T. (1997). Television's Impact on Children's Reading Comprehension and Decoding Skills: A 3-Year Panel Study. *Reading Research Quarterly, 32*(2), 128-152.
- Kopelman, P. G. (2000). Obesity as a medical problem. *Nature, 404*(6778), 635-643.
- Krcmar, M., Grela, B., & Lin, K. (2007). Can Toddlers Learn Vocabulary from Television? An Experimental Approach. *Media Psychology, 10*(1), 41-63.
- Kremer, J.-M., & Lederlé, E. (2009). *L'orthophonie en France*. Paris: Presses universitaires de France.

- Larrar, M., Reynard, G., & Larrar, M. (2011). *Accros aux écrans*. [Gennevilliers]: Éditions Prisma.
- Laval, V. (2007). *Psychologie du développement: modèles et méthodes*. [Paris]: A. Colin.
- Lawson, K. R., & Ruff, H. A. (2004). Early attention and negative emotionality predict later cognitive and behavioural function. *International Journal of Behavioral Development*, 28(2), 157-165.
- Li, S., Jin, X., Wu, S., Jiang, F., Yan, C., & Shen, X. (2007). The impact of media use on sleep patterns and sleep disorders among school-aged children in China. *Sleep*, 30(3), 361-367.
- Lull, J. (1990). *The Social Uses of Television*.
- Lurçat, L. (2004). *Des enfances volées par la télévision: le temps prisonnier*. Paris: F.-X. de Guibert.
- Lyytinen, P., Poikkeus, A.-M., & Laakso, M.-L. (1997). Language and Symbolic Play in Toddlers. *International Journal of Behavioral Development*, 21(2), 289-302.
- Martinez-Gomez, D., Tucker, J., Heelan, K. A., Welk, G. J., & Eisenmann, J. C. (2009). Associations between sedentary behavior and blood pressure in young children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(8), 724-730.
- Médiamétrie - Communiqués de presse - Télévision - L'année TV 2013. (s. d.).
<http://www.mediametrie.fr/television/communiques/l-annee-tv-2013.php?id=1004>
- Morel, L. (2003). Voyage en temps d'enfant. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 53(3), 65.
- Owens, J., Maxim, R., McGuinn, M., Nobile, C., Msall, M., & Alario, A. (1999). Television-viewing habits and sleep disturbance in school children. *Pediatrics*, 104(3).

- Paavonen, E. J., Pennonen, M., Roine, M., Valkonen, S., & Lahikainen, A. R. (2006). TV exposure associated with sleep disturbances in 5- to 6-year-old children. *Journal of Sleep Research, 15*(2), 154-161.
- Ruff, H. A., Lawson, K. R., Parrinello, R., & Weissberg, R. (1990). Long-Term Stability of Individual Differences in Sustained Attention in the Early Years. *Child Development, 61*(1), 60.
- Schmidt, M. E., Pempek, T. A., Kirkorian, H. L., Lund, A. F., & Anderson, D. R. (2008). The effects of background television on the toy play behavior of very young children. *Child Development, 79*(4), 1137-1151.
- Spitz, R. A., Cobliner, W. G., Freud, A., & Flournoy, L. (1993). *De la naissance à la parole: la première année de la vie*. Paris: Presses universitaires de France.
- Tisseron, S. (2009). *Les dangers de la télé pour les bébés: non au formatage des cerveaux*. Toulouse: Érès.
- Vig, S. (2007). Young Children's Object Play: A Window on Development. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 19*(3), 201-215.
- Volatier, J.-L. (1999). Le repas traditionnel se porte encore bien. *Crédoc Consommation et modes de vie, (132)*. Consulté à l'adresse <http://credoc.fr/pdf/4p/132.pdf>
- Wallon, H. (1970). *De l'acte à la pensée: essai de psychologie comparée*. [Paris]: Flammarion.
- Wiecha, J. L., Sobol, A. M., Peterson, K. E., & Gortmaker, S. L. (2001). Household Television Access: Associations With Screen Time, Reading, and Homework Among Youth. *Ambulatory Pediatrics, 1*(5), 244-251.

ANNEXES

ANNEXE I : Les différents organismes de prévention	I
ANNEXE II : Outils de dépistage	III
ANNEXE III : Les outils de prévention : quelques exemples.....	IV
ANNEXE IV : Les associations de prévention en orthophonie en France.....	IX
ANNEXE V : Evolution des dessins d'enfants	XII
ANNEXE VI : Le « jeu des trois figures »	XIII
ANNEXE VII : Campagnes de prévention sur les écrans : exemples d'affiches.....	XIV
ANNEXE VIII : « Règle du 3-6-9-12 ».....	XV
ANNEXE IX : Questionnaire initial adressé aux orthophonistes de la Vienne.....	XVII
ANNEXE X : Plaquette de l'APOMM	
a. Version initiale.....	XXX
b. Version retravaillée.....	XXI
ANNEXE XI : Courrier initial envoyé aux orthophonistes de la Vienne.....	XXII
ANNEXE XII : Lettre accompagnant l'envoi des plaquettes.....	XXIV
ANNEXE XIII : Trame ayant servie pour la conduite des entretiens téléphoniques.....	XXV
ANNEXE XIV : Pour aller plus loin, quelques ouvrages.....	XXIX

ANNEXE I : Les différents organismes de prévention

- **DGS: Direction Générale de la Santé.** Elle prépare « la politique de santé publique et contribue à sa mise en œuvre, en liaison avec les autres directions et services du ministère chargé de la santé et des autres départements ministériels compétents, ainsi qu'avec l'appui des établissements ou organismes qui en dépendent. »
- **HCSP: Haut Conseil de la Santé Publique.** Il s'agit d'une « instance d'expertise qui peut être consultée par les ministres intéressés, les présidents de commissions du Parlement et le président de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé publique sur toute question relative à la prévention, la sécurité sanitaire ou la performance du système de santé. Elle est composée de six commissions spécialisées dont une: Prévention, éducation et promotion de la santé. »
- **CNSP: Comité National de Santé Publique.** « Présidé par le ministre chargé de la santé, le CNSP est chargé de la coordination des actions mises en œuvre par les services de l'Etat et les organismes d'assurance maladie dans les domaines de la prévention et de la sécurité sanitaire. »
- **HAS: Haute Autorité de Santé.** C'est « une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique. » Ainsi, elle peut être amenée à publier des recommandations en matière de prévention.
- **HCSP: Haut Conseil de Santé Publique.** C'est « une instance d'expertise qui reprend en les élargissant les missions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et celles du Haut Comité de santé publique." Il a pour mission entre autres de : "fournie aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire. »
- **SFSP: Société Française de Santé Publique.** Elle « offre aux différents acteurs de santé (professionnels: scientifiques et/ou de terrain, décideurs politiques, acteurs

économiques et du social) un cadre et des moyens pour une réflexion collective et interprofessionnelle. Cette réflexion repose en particulier sur l'analyse critique des faits scientifiques et des pratiques professionnelles. Elle débouche sur la formulation de propositions à l'intention des décideurs et permet d'éclairer l'opinion publique via les médias sur les enjeux, les forces et les faiblesses des politiques publiques de santé. »

- **CODES: Comité Départemental d'Education pour la santé.** Il s'agit d'associations qui appartiennent au réseau des comités d'éducation pour la santé. Ils mettent en œuvre des actions de promotion et d'éducation pour la santé sur l'ensemble du département concerné.
- **IRPES: Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé.** Elle « accompagne la mise en œuvre d'une politique d'éducation et de promotion de la santé adaptée aux milieux de vie et aux thématiques spécifiques. L'IRPES met en œuvre des actions de promotion et d'éducation pour la santé sur l'ensemble de la région » dont elle dépend. Ses différentes missions sont: « documenter (notamment en matière d'éducation pour la santé), accompagner et conseiller les porteurs de projets, former et sensibiliser (aux concepts de santé publique, d'éducation et de promotion de la santé etc), coordonner et animer différentes actions départementales et régionales, et participer à la définition des politiques de santé publique, en participant à des groupes de travail. »
- **CNPP: Centre National de Prévention et de Protection.** « Expert en prévention et en maîtrise des risques, le CNPP développe, diffuse et évalue les connaissances et le savoir-faire en sécurité des personnes, du patrimoine matériel et immatériel, de l'environnement, dans toutes les activités et tous les milieux. »

ANNEXE II : Outils de dépistage et de repérage

D'après :

Les tests de repérage et de dépistage en pratique médicale de ville



Avec le soutien de
la Direction Générale de la Santé



www.santé.gouv

Tests recommandés par la commission d'experts :

Entre 3 et 4 ans :

- DPL3 (Dépistage et Prévention Langage à 3 ans) Françoise Coquet et al.
- QLC (Questionnaire Langage et Comportement) C. Chevrie-Muller (nécessite une formation préalable)

Autour de 4 ans :

- ERTL4 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans) B. Roy et Ch. Maeder

A l'entrée au CP :

- ERTLA6 : (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages à 6 ans) B. Roy et al.
- BSEDS (Bilan de Santé Evaluation du Développement pour la Scolarité) M. Zorman et al. (nécessite une formation préalable)

Entre 4 et 9 ans :

- BREV (Batterie Rapide d'Evaluation des fonctions cognitives) C. Billard et al. (nécessite une formation préalable)

ANNEXE III : Les outils de la prévention – Quelques exemples

Des sites Internet :



www.info-langage.org

Tout savoir sur le développement du langage

Le site de référence créé par la Fédération Nationale des Orthophonistes

- Mots clés
- Développement
- Bandes son
- Actions
- Vidéos
- Ressources
- Extraits vidéos
- Langage
- Repères
- Quand s'inquiéter ?
- Conseils
- Que faire ?

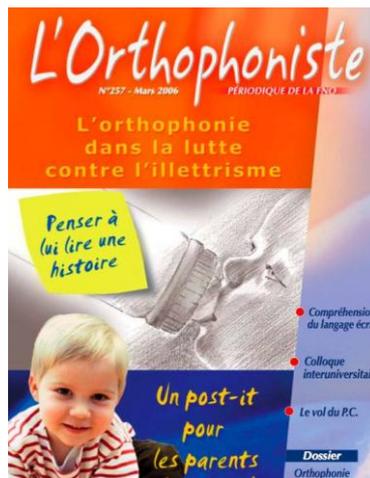
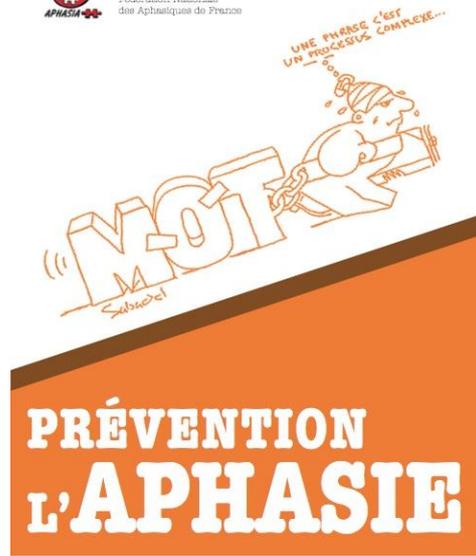
Fédération Nationale des Orthophonistes 145 boulevard Magenta 75010 PARIS

Des publications :





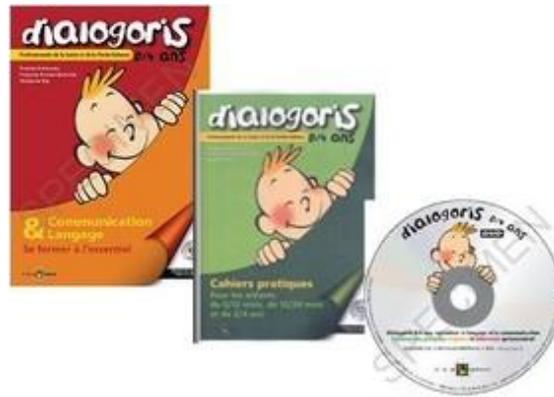
APHASIA Fédération Nationale des Aphasiques de France



Des affiches :



Des ouvrages :



Dialogoris 0/4 ans vise à optimiser le **dépistage précoce** des risques pour le développement de la communication et du langage en le replaçant dans **un continuum partant de la promotion jusqu'à l'intervention.**

Promotion
des comportements porteurs pour le développement de la communication et du langage



Prévention
des développements déficitaires
de la communication et du langage



Dépistage
de risques pour ce développement



Intervention précoce.

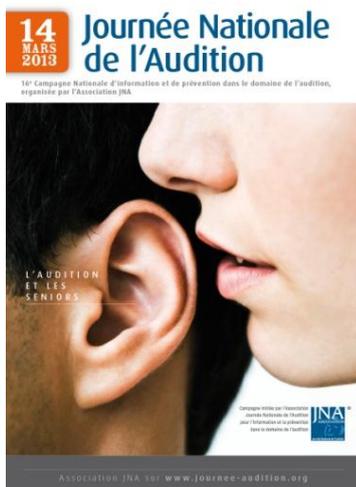
Pour chacune des tranches d'âges (0/12 mois, 12/24 mois et 2/4 ans) :

- des messages de prévention
- des questions sur la communication parents-enfants
- des tableaux d'évolution de l'expression et de la compréhension
- des questions sur le développement de la communication et du langage de l'enfant
- des signes d'appel
- des objectifs et des moyens pour mener un projet de soutien à la parentalité pour le développement de la communication et du langage

Des vidéos :



Des journées nationales :





Ça c'est de la prévention par les membres de la commission nationale prévention FNO

1 Bébé, 1 livre la lecture pour les petits :

On connaît.

L'information aux enseignants :

On connaît.

Prévenir les troubles de la déglutition :

On commence à connaître
mais il faut développer.

Prévenir le bégaiement :

On le fait mais c'est insuffisant.

Prévenir les troubles de l'oralité :

On commence.

Et à collaborer

de plus en plus avec le médico-social
et les réseaux de coordination de soins.

Rencontrer

les professionnels de la petite enfance :
crèches, RAM, maternités,
on aime faire, on adore les bébés.

Collaborer

avec nos partenaires naturels
autour d'un projet de proximité,
on l'a déjà fait ...

Mais il nous reste encore

à développer

- La formation des aidants familiaux et professionnels,
- L'aide aux aidants
Aphasie / Alzheimer.

Les domaines futurs :

- Education thérapeutique.
- Nouvelles modalités de prévention.
- Vers des changements de nos pratiques.

La prévention en orthophonie mérite l'intérêt que nous lui portons. Cet aspect de notre pratique professionnelle doit encore être développé, reconnu, promu pour lui faire la place essentielle qui est la sienne. Pour cela, nous avons besoin de recenser ce que vous faites, ici ou là. Nous vous proposons donc des « devoirs de vacances » : écrire vos expériences de prévention pour qu'elles soient publiées...

À vos cahiers !

ANNEXE IV : Les associations de prévention en orthophonie en France

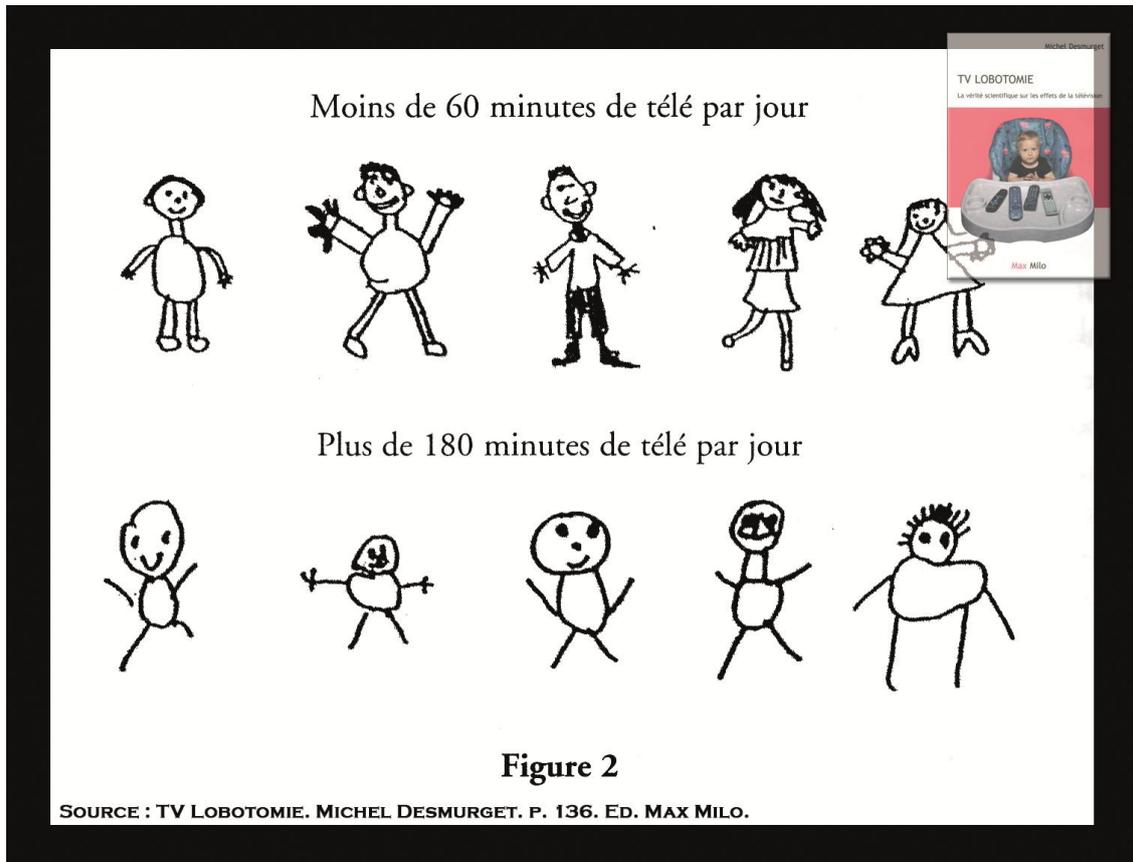


- **ADPO** Association Départementale pour la Prévention en Orthophonie
<http://adop09.wifeo.com> 8, rue Maréchal Juin
09 100 St Jean du Falga
- **AFCPO** Association Franc Comtoise pour la Prévention en Orthophonie
<http://www.facebook.com/AFCPO> 7, rue d'Arcier
25 220 Roche Lez Beaupré
- **AGOPAL** Association Girondine Orthophonie Prévention Action Langage
<http://orthophonistesgironde.wordpress.com/> 1, rue Dubourdiu
33 800 Bordeaux
- **AGPL** Association Gersoise Prévention Langage
Ferme de Baylac
32 450 Lartigue
- **AHLPIO** Association Haute-Loire Prévention et Information en Orthophonie
<http://www.facebook.com/AHLPIO> 23, Bd Président Bertrand
43 000 Le Puy en Velay
- **ANPO** Association Normande pour la Prévention en Orthophonie
12, rue Henri Besnard
61 300 L'Aigle
- **APO 04-05** Association pour la Prévention en Orthophonie 04-05
Le Bourget
05 230 Chorges
- **APO31** Association de Prévention en Orthophonie de Haute Garonne
<https://sites.google.com/site/assoapo31/>

- **APO-G** Association de Prévention en Orthophonie du Gard
<http://apo-g.over-blog.com> Les Hameaux de Castanet
 29 plan des Rolliers
 30 900 Nîmes
- **APOH** Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault
<http://apoh.over-blog.com> 285, rue Alfred Nobel
 34 000 Montpellier
- **APOLI** Association de Prévention des Orthophonistes Ligériens
 8, Place de l'Egalité
 42 400 Saint Chamond
- **APOMM** Association de Prévention en Orthophonie Meurthe et Moselle
<http://apomm.wifeo.com> 2, rue du Tir
 54 425 Pulnoy
- **APPOLO** Association de Prévention des Pyrénées Orientales Langage Orthophonie
 49, Bd des Albères
 66 530 Clairà
- **APPOR** Association Pour la Prévention en Orthophonie du Rhône
 3, rue des vallées
 69 670 Vaugneray
- **A PROPOS** Association de Prévention et de Recherche en Orthophonie –
 Programmes Orthophoniques d'éducation à la Santé
www.a-propos-d-orthophonie 3, Allée du Stade
 22 680 Etables sur Mer
- **ARPO-Keskidi Keskili** Association Réunionnaise de Prévention en Orthophonie
www.facebook.com/keskidiKeskili?ref=ts 2, rue de Mon Caproce
 97 432 Ravine des Cabris
- **As.Pr.O.08** Association Prévention Orthophonie des Ardennes
<http://www.facebook.com-asproardennes.orthophonie> 4, rue Noël
 08 000 Charleville-Mézière
- **Association de Prévention des Troubles du Langage Oral**
 8, rue du 14 Juillet
 15 000 Aurillac
- **EUPHRASIE** Association Guadeloupéenne de Prévention des Troubles de la
 Communication
www.euphrasie971.e-monsite.com
- **EPIC** Expression Prévention Information Communication
 435b, rue St Fuscien
 80 090 Amiens

- **Les Orthos Vienne(nt)**
www.lesorthoviennent.fr 9, rue des Troènes
86 180 Buxerolles
- **OP 63** Orthophonie & Prévention 63
5, Bd de la Liberté
63 200 Riom
- **OPAL** Orthophonie & Prévention Alsace
www.elsasortho.blogspot.com 42, route d'Altenheim
67 100 Strasbourg
- **ORTHO F.I.P** Orthophonie Forum d'Intervention et de Prévention
<http://orthofip.canalblog.com/> 1, rue de Mas
14 710 St Yrieix
- **Orthophonie et Prévention 17**
<http://www.op17.fr> 66, rue Lesson
17 300 Rochefort sur Mer
- **Parlons-En !** Association de Prévention en Orthophonie dans le Nord-Pas-de-Calais
112, rue Gustave Dubled
59 170 Croix
- **PAROL84**
<http://www.facebook.com/orthophonises.vaucluse> 42, Bd Radpail
84 000 Avignon
- **Parol'des PDL** Prévention et Action Régionales des Orthophonistes Logopèdes des Pays de Loire
<http://parolpdl.wordpress.com> 83, rue du Maréchal de Lattre de Tassigny
85 400 Luçon
- **PAROL en Lot et Garonne** Prévention Action et Recherche des Orthophonistes pour les Langages
www.parolenlotetgaronne.fr Place du Commerce
47 550 Boë
- **POM'** Prévention Orthophonie Marne
20 ter, Bd de la Paix
51 100 Reims
- **Prévention Langage APO**
19 rue Aloysius Bertrand
21 000 Dijon

ANNEXE V : Evolution des dessins d'enfants



Cette figure est extraite d'une étude menée par deux médecins allemands, auprès de 2000 élèves âgés de 5 à 6 ans. Ces enfants furent soumis à une version remaniée du test du bonhomme.

Les analyses ont permis de montrer que la richesse du dessin déclinait progressivement en fonction de l'exposition télévisuelle.

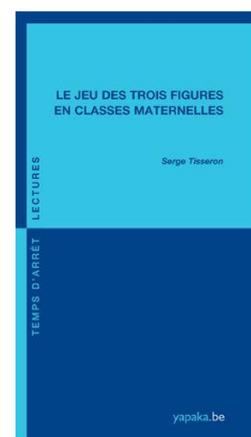
ANNEXE VI : Le « jeu des trois figures »

Le jeu des trois figures est un programme qui s'adresse principalement aux enfants à partir de la moyenne section de maternelle (en raison de la maturité nécessaire, de la capacité à construire une histoire et en mémoriser les dialogues).

Sa mise en place nécessite une formation spécifique par l'enseignant (ou l'éducateur). Il répond aux objectifs des programmes de maternelle.

Il a été conçu dans le but de : « *créer, dès la maternelle un espace de construction narrative partagée à partir des expériences d'images faites par les enfants chez eux ; et prévenir la violence sous toutes ses formes en développant la capacité d'empathie grâce au jeu théâtral* ». (S. Tisseron)

Il a été élaboré en 2006, puis évalué en 2007-2008 et est maintenant mis en place dans de nombreux établissements scolaires.



Le Jeu des Trois Figures – Les objectifs éducatifs et pédagogiques de 3ème maternelle

- apprentissage du faire-semblant qui est aussi une initiation au virtuel
- pré-éducation aux images par la possibilité de trouver un lieu dans lequel les enfants peuvent évoquer celles qui les ont bouleversés ou dont ils ont simplement envie de parler
- apprentissage de l'empathie réciproque et mutuelle comme moyen de lutter contre la violence en milieu scolaire

Programme scolaire	Jeu des Trois Figures
S'approprier le langage Le langage oral est le pivot des apprentissages de l'école maternelle. Les enfants apprennent à échanger, à s'exprimer. Une attention particulière est portée à la compréhension du récit.	Partant d'une image qu'ils ont vue, les enfants inventent un scénario simple en 3 ou 4 actions accompagnées de dialogues. La scène jouée à plusieurs reprises permet aux enfants de s'approprier les mots. L'animateur veille à faire circuler la parole et invite à l'écoute.
Se socialiser L'objectif est d'apprendre à l'enfant à reconnaître ce qui le distingue des autres, à se faire reconnaître comme personne, à vivre avec les autres dans une collectivité organisée par des règles.	Le choix démocratique de l'image, la construction collective du scénario invitent les enfants à engager leur subjectivité et à prendre en compte celle des autres. Chaque suggestion (parole) d'enfant est accueillie et fait l'objet d'un consensus au sein du groupe. L'expérience au travers des différents rôles soutient la capacité d'empathie.
Agir et s'exprimer avec son corps L'enfant construit des actions motrices essentielles : se déplacer, faire passer une émotion et interagir avec le corps de l'autre. Il acquiert ainsi une image orientée de son propre corps.	Jouer la scène - les actions en simultané des dialogues - permet à l'enfant d'engager son corps et d'expérimenter alternativement les différentes postures : agresseur- victime-sauveur. L'expression corporelle offre ici le moyen de rendre présentes des sensations et des émotions sans les verbaliser.
Solliciter l'imagination L'enfant doit pouvoir chercher, inventer, transformer, exprimer, éprouver le plaisir de la création. Dans les animations, une part importante est laissée à la spontanéité et à l'imagination.	L'imaginaire des enfants est mobilisé pour, partant d'une image, construire intégralement le scénario et jouer la scène sans accessoire. Le « faire semblant » est le maître mot de l'activité.
Introduire la culture de l'écrit Les enfants se familiarisent avec le principe de la correspondance entre l'oral et l'écrit. Grâce à l'observation de repères ou de très courtes phrases, les enfants comprennent que l'écrit est fait d'une succession de mots où chaque mot écrit correspond à un mot oral.	L'animateur prend note fidèlement des actions et dialogues inventés. L'écrit scrupuleux évite l'improvisation et pallie à l'angoisse. Les enfants s'y réfèrent pour mémoire, entre autres, des dialogues, voire aussi des tours de rôles dans le jeu.
Prévenir les stéréotypes de genre La persistance des choix sexués est autant le fait des garçons que des filles : ils anticipent des rôles adultes en fonction de représentations stéréotypées. L'égalité des filles et des garçons constitue une obligation légale et une mission fondamentale.	La règle de jouer tous les rôles amène les filles à jouer des rôles de garçons et les garçons à jouer des rôles de filles. La phase de construction du scénario souvent teinté de références sexuées oblige également le groupe à dépasser les stéréotypes en présence.

ANNEXE VII : Campagne de prévention sur les écrans : exemples d'affiches



AVANT 3 ANS
LA MEILLEURE ÉMISSION,
CELLE QU'IL CRÉE LUI-MÊME

MAÎTRISONS LES ÉCRANS

3 PAS DE TV AVANT 3 ANS
3 PAS DE CONSOLE DE JEU AVANT 3 ANS
3 PAS D'INTERNET SEUL AVANT 3 ANS
3 PAS DE RÉSEAU SOCIAL AVANT 3 ANS

Avant 3 ans, l'enfant a besoin de contacts humains.
 Dans l'optique de favoriser son développement, il est recommandé de limiter l'exposition à l'écran avant 3 ans.
 Dans le langage des médias, l'enfant a besoin de contacts humains.
 Dans l'optique de favoriser son développement, il est recommandé de limiter l'exposition à l'écran avant 3 ans.

Le bébé capte par le système visuel des couleurs et des sons qui sont transmis par l'écran. Il ne peut pas comprendre ce qu'il voit et ce qu'il entend. Il ne peut pas apprendre à lire ou à écrire.
 Une explication sur www.yapaka.be/parents

FÉDÉRATION WALLONNE BRUXELLOISE yapaka.be

AVANT 6 ANS
LA MEILLEURE PARTIE,
ELLE LA JOUE AVEC UN VRAI BALLON

MAÎTRISONS LES ÉCRANS

6 PAS DE CONSOLE DE JEU AVANT 6 ANS
6 PAS DE TV AVANT 6 ANS
6 PAS D'INTERNET SEUL AVANT 6 ANS
6 PAS DE RÉSEAU SOCIAL AVANT 6 ANS

Avant 6 ans, l'enfant a besoin de contacts humains.
 Dans l'optique de favoriser son développement, il est recommandé de limiter l'exposition à l'écran avant 6 ans.
 Dans le langage des médias, l'enfant a besoin de contacts humains.
 Dans l'optique de favoriser son développement, il est recommandé de limiter l'exposition à l'écran avant 6 ans.

Il est important de privilégier les jeux de rôle et les jeux de construction. Il est également recommandé de privilégier les jeux de société et les jeux de plateau. Il est également recommandé de privilégier les jeux de rôle et les jeux de construction.
 Une explication sur www.yapaka.be/parents

FÉDÉRATION WALLONNE BRUXELLOISE yapaka.be

AVANT 9 ANS
LA MEILLEURE DÉCOUVERTE,
CELLE QU'ILS FONT DE LA RÉALITÉ

MAÎTRISONS LES ÉCRANS

9 PAS D'INTERNET SEUL AVANT 9 ANS
9 PAS DE CONSOLE DE JEU AVANT 9 ANS
9 PAS D'INTERNET SEUL AVANT 9 ANS
9 PAS DE RÉSEAU SOCIAL AVANT 9 ANS

Avant 9 ans, l'enfant a besoin de contacts humains.
 Dans l'optique de favoriser son développement, il est recommandé de limiter l'exposition à l'écran avant 9 ans.
 Dans le langage des médias, l'enfant a besoin de contacts humains.
 Dans l'optique de favoriser son développement, il est recommandé de limiter l'exposition à l'écran avant 9 ans.

Il est important de privilégier les jeux de rôle et les jeux de construction. Il est également recommandé de privilégier les jeux de société et les jeux de plateau. Il est également recommandé de privilégier les jeux de rôle et les jeux de construction.
 Une explication sur www.yapaka.be/parents

FÉDÉRATION WALLONNE BRUXELLOISE yapaka.be

AVANT 12 ANS
LA MEILLEURE CONNEXION,
CELLE QU'IL A EN VRAI AVEC SES COPAINS

MAÎTRISONS LES ÉCRANS

12 PAS DE RÉSEAU SOCIAL AVANT 12 ANS
12 PAS DE TV AVANT 12 ANS
12 PAS D'INTERNET SEUL AVANT 12 ANS
12 PAS DE CONSOLE DE JEU AVANT 12 ANS

Avant 12 ans, l'enfant a besoin de contacts humains.
 Dans l'optique de favoriser son développement, il est recommandé de limiter l'exposition à l'écran avant 12 ans.
 Dans le langage des médias, l'enfant a besoin de contacts humains.
 Dans l'optique de favoriser son développement, il est recommandé de limiter l'exposition à l'écran avant 12 ans.

Il est important de privilégier les jeux de rôle et les jeux de construction. Il est également recommandé de privilégier les jeux de société et les jeux de plateau. Il est également recommandé de privilégier les jeux de rôle et les jeux de construction.
 Une explication sur www.yapaka.be/parents

FÉDÉRATION WALLONNE BRUXELLOISE yapaka.be

ANNEXE VIII : « Règle du 3-6-9-12 »



Serge Tisseron

est psychiatre, docteur en psychologie
habilité à diriger des thèses.

Auteur de nombreux ouvrages sur les relations
que nous entretenons avec les images et les écrans,
il a participé à la rédaction de l'avis de l'Académie
des sciences L'enfant et les écrans (2013).

Il publie 3-6-9-12 Apprivoiser les écrans
et grandir (ères, 2013).

“

En quelques années, les technologies numériques ont bouleversé notre vie publique, nos habitudes familiales et même notre intimité. Les parents et les pédagogues en sont souvent désorientés. La règle que j'ai appelée « 3-6-9-12 » donne quelques conseils simples, articulés autour de quatre étapes essentielles de la vie des enfants : l'admission en maternelle, l'entrée au CP, la maîtrise de la lecture et de l'écriture, et le passage en collège. À nous d'inventer de nouveaux rituels. ”



3-6-9-12

Des écrans adaptés à chaque âge

Avant 3 ans

L'enfant construit ses repères spatiaux dans les interactions avec l'environnement qui impliquent tous ses sens. Il met en place ses repères temporels à travers les histoires qu'on lui raconte et les livres qu'il feuillette.

Évitons la télévision et les DVD, dont les effets négatifs sont démontrés.

Les tablettes tactiles ne sont pas prioritaires : elles peuvent être utilisées en complément des jouets traditionnels, mais toujours accompagnées, sans autre but que de jouer ensemble, et de préférence avec des logiciels adaptés.

De 3 à 6 ans

Évitons la télévision et l'ordinateur dans sa chambre.

Établissons des règles claires sur le temps d'écrans et respectons les âges indiqués pour les programmes.

Préférons les jeux vidéo auxquels nos enfants jouent à plusieurs plutôt que tout seuls : les ordinateurs et consoles de salon peuvent être un support occasionnel de jeu en famille, voire d'apprentissages accompagnés.

N'offrons pas une console personnelle à notre enfant : à cet âge, jouer seul devient rapidement stéréotypé et répétitif.

De 6 à 9 ans

Évitons la télévision et l'ordinateur dans sa chambre.

Établissons des règles claires sur le temps d'écrans et respectons les âges indiqués pour les programmes.

Paramétrons la console de jeux du salon.

À partir de 8 ans, expliquons-lui le droit à l'image et le droit à l'intimité.

De 9 à 12 ans

Continuons à établir des règles claires sur le temps d'écrans.

Déterminons avec lui l'âge à partir duquel il aura son téléphone mobile.

Rappelons les particularités d'Internet :

1. Tout ce que l'on y met peut tomber dans le domaine public ;
2. Tout ce que l'on y met y restera éternellement ;
3. Tout ce que l'on y trouve est sujet à caution : certaines données sont vraies et d'autres fausses.

Après 12 ans

Notre enfant « surfe » seul sur la toile, mais convenons d'horaires à respecter.

Évitons de lui laisser une connexion nocturne illimitée depuis sa chambre.

Discutons avec lui du téléchargement, des plagiat, de la pornographie et du harcèlement.

Refusons d'être son « ami » sur Facebook.

À tout âge

Limitons les écrans, choisissons les programmes, invitons les enfants à parler de ce qu'ils ont vu ou fait, encourageons leurs créations.

Téléchargeons et imprimons cette affiche, libre de droits, recto et verso, sur www.editions-eres.com

Affichons-la dans les salles d'attente des médecins et des paramédicaux, dans les écoles et les crèches, et partout où cette campagne nous paraît utile à mener.

Nous ne modifierons notre relation aux écrans que tous ensemble.

ères

ANNEXE IX : Questionnaire initial adressé aux orthophonistes de la Vienne

EVAL & GO
Mémoire orthophonie: L'enfant et les écrans.
Questionnaire n°1

Page 1 / 1 (100%)

1. La prévention dans votre pratique: quelle place y accordez-vous?

Je trouve que c'est essentiel, je consacre régulièrement des séances avec les parents pour les sensibiliser aux différents sujets que je juge importants d'aborder avec eux.
 Je trouve que cela est très important mais n'y consacre pas beaucoup de temps dans ma pratique.
 Je ne prévois pas, en général, de rendez-vous spécifiques avec les parents pour faire de la prévention ou simplement répondre à leurs questions (manque de temps et de disponibilité).
 Je n'y consacre pas de temps particulier dans ma pratique, je ne me sens pas sensibilisé à cette approche.

2. Quels sont les sujets que vous avez l'habitude d'aborder avec les parents? Avec quelle fréquence?

	Systématiquement	Souvent	Régulièrement	De temps en temps	Jamais
Le développement général de l'enfant.	<input type="radio"/>				
L'enfant et le langage.	<input type="radio"/>				
L'audition (importance pour le langage, surveillance, protection...).	<input type="radio"/>				
La télévision et l'exposition aux écrans (temps, risques, effets...).	<input type="radio"/>				
Les moments privilégiés partagés avec l'enfant (jeux, lecture, discussions...)	<input type="radio"/>				

3. Lorsque vous menez ainsi des actions de prévention, vous sentez-vous à l'aise pour discuter du sujet en question avec les parents?

Oui.
 Non.

4. Quels domaines en particuliers sont concernés?

5. Si vous rencontrez des difficultés, sauriez-vous identifier pourquoi?

Déplacez les réponses pour les ordonner

Par manque de connaissances générales sur le sujet, d'informations.

Par manque d'outils pour étayer votre démarche.

Par impression que les parents ne sont pas toujours disponibles ou sensibles à ce dont vous essayez de leur parler.

NSP (Ne Sais Pas)

6. La télévision et les écrans: Vous sentez-vous vous-même sensibilisé à ce sujet de société?

Oui, j'ai lu et/ou entendu parler de résultats de recherches, articles, émissions....autres dans le domaine.
 J'en ai entendu parler par des personnes autour de moi sans avoir accès réellement à des informations précises et concrètes.
 Non, je ne me sens pas concerné, je n'ai pas eu accès à une information claire sur le sujet.

7. Dans votre pratique, est-ce un sujet que vous abordez avec vos patients et/ou leurs parents?

Oui, fréquemment.
 Cela m'arrive parfois.
 Rarement.
 Jamais.

8. Pour cela, vous appuyez-vous sur des choses spécifiques?

Je parle des résultats des recherches.
 J'utilise les recommandations du CSA (Conseil Supérieur de l'Audiovisuel).
 Je m'appuie sur un/des outil(s) spécifique(s).

9. Si oui, précisez le(s)quel(s):

10. Comment avez-vous l'impression que votre discours est reçu par les parents?

Je sens que cela les interpelle, ils sont demandeurs d'informations, posent des questions.
 Ils écoutent ce que je leur dis, mais je n'ai pas l'impression que cela les amène vraiment à modifier leur comportement.
 J'ai le sentiment que cela les dérange d'aborder le sujet.
 Ils sont indifférents, ne se sentent pas concernés.
 Je ne fais pas de prévention à ce sujet.

11. Vous arrive-t-il d'interroger les parents sur le rythme des journées de l'enfant et sur l'emploi du temps général de la famille?

Oui, systématiquement.
 Je le fais de façon régulière.
 Cela m'arrive parfois.
 Non, ce n'est une question que j'ai l'habitude de poser.

12. Vous arrive-t-il de constater que l'enfant :

	Souvent	Régulièrement	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sais pas
Aime lire.	<input type="radio"/>					
Aime regarder la télévision.	<input type="radio"/>					
A des activités extérieures.	<input type="radio"/>					
Est fatigué (par le rythme de ses journées, par l'absence de moments "vides" etc).	<input type="radio"/>					
Passe du temps à jouer avec ses parents.	<input type="radio"/>					
Passe du temps à jouer seul.	<input type="radio"/>					

13. Au cours de votre pratique, avez-vous eu l'occasion de constater que les écrans prenaient une place grandissante dans le quotidien de vos patients?

- Oui.
- Non.
- Je n'ai vu aucune différence.

14. Si oui, trouvez-vous que cela concerne plutôt:

- Les très jeunes enfants (moins de 3ans/4ans).
- Les jeunes enfants d'âge scolaire.
- Les adolescents.

15. Quels types d'écrans vous paraissent le plus concernés?

Déplacez les réponses pour les ordonner

La télévision.

L'ordinateur.

Les consoles de jeux vidéo.

NSP (Ne Sais Pas)

16. Remarques :

ANNEXE Xa : Plaquette de l'APOMM

Version initiale

ET LES AUTRES ÉCRANS ?

Comme pour la télévision, attention aux contenus et au temps d'utilisation...

Avant 6 ans, l'enfant est trop jeune pour avoir sa propre console de jeux ou sa propre tablette. Il a en effet besoin de temps pour jouer, lire, construire, bricoler... Il peut alors accroître sa créativité et acquérir les notions nécessaires au développement de sa pensée.



Évitez de laisser les enfants de moins de 9 ans utiliser Internet seuls.

Et vous... quelle place laissez-vous à la TV et aux écrans ?

ENVIE D'EN SAVOIR PLUS ?

Des livres

- TV Lobotomie - La vérité scientifique sur les effets de la télévision, de Michel Desmurget (Editions Max Milo)
- L'enfant et les écrans - Avis de l'Académie des Sciences, d'Olivier Houdé, Serge Tisseron, Jean-François Bach (Editions Le Pommier)

Des sites Internet

- www.afpa.org : le site de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire
- www.info-langage.org : le site de prévention des troubles du langage de la FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes)

Des campagnes d'information

- Pas de télé pour les moins de 3 ans (Ministère de la Communauté Française de Belgique) : à retrouver sur www.yapaka.be
- La télévision n'est pas toujours un jeu d'enfant : Campagne du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel

LA TÉLÉVISION

L'ordinateur

La console de jeux

La tablette

La télévision et les écrans font partie de notre quotidien...

Que du positif ?
Pas vraiment...

APOMM
Association de Prévention en Orthophonie de l'Enfance et l'Ados

Pas vraiment positif :

- La télé ne développe pas le langage et la communication de l'enfant
- La télé ne calme pas l'enfant et ne stimule pas sa concentration
- La télé ne permet pas à l'enfant d'acquérir des compétences, des connaissances
- La télé n'aide pas l'enfant à s'endormir

LES DANGERS DE LA TÉLÉ

La télé est riche en images, en sons, en couleurs. L'enfant peut avoir accès à de nombreux programmes, de nombreuses stimulations. Attention cependant, car elle peut être à l'origine de plusieurs dangers. La télé peut en effet :

- Rendre l'enfant **passif** : il subit les images vives qui défilent rapidement sans être contrôlées. Il peut être « **hypnotisé** » et développer des troubles de la **concentration** ;
- Entraîner des **troubles du langage** : *seuls* l'interaction et l'échange avec une personne permettent à l'enfant de développer son langage. La TV ne permet pas à l'enfant d'entendre des retours positifs sur ce qu'il propose ;
- Engendrer des troubles du **sommeil** : la TV excite le cerveau et le garde en état d'alerte ;
- Provoquer une **dépendance** vis-à-vis des écrans. L'enfant peut **s'isoler des autres** ;
- **Surexposer l'enfant** aux marques et à la publicité. Il devient un hyper-consommateur : il ne s'intéresse qu'aux produits qu'il a vus à la TV.

RECOMMANDATIONS, CONSEILS PRATIQUES

Les médias peuvent permettre des acquisitions, mais à condition de ne pas y être exposé trop tôt :

- Pas de télé avant 3 ans
- Pas de télé sans l'adulte qui met en mots, explique les images car tout n'est pas compris par l'enfant
- Limiter le temps passé devant les écrans (pas plus de 30 minutes par jour)
- Attention aux contenus des émissions regardées par votre enfant



N'oubliez pas que le temps que votre enfant passe devant la télévision est autant de temps qu'il ne passe pas à utiliser ses mains, se servir de ses 5 sens, jouer, lire, bricoler, construire, cuisiner, ne rien faire, chanter, courir...

ANNEXE Xb : Plaquette version retravaillée



ET LES AUTRES ÉCRANS ?

Comme pour la télévision, attention aux contenus et au temps d'utilisation...

Avant 6 ans, l'enfant est trop jeune pour avoir sa propre console de jeux ou sa propre tablette. Il a en effet besoin de temps pour jouer, lire, construire, bricoler... Il peut alors accroître sa créativité et acquérir les notions nécessaires au développement de sa pensée.

Évitez de laisser les enfants de moins de 9 ans utiliser Internet seuls.

Et vous...

quelle place laissez-vous à la TV et aux écrans ?

ENVIE D'EN SAVOIR PLUS ?

DES LIVRES

• TV Lobotomie

La vérité scientifique sur les effets de la télévision
Michel Desmurget - Éditions Max Milo

• L'enfant et les écrans

Avis de l'Académie des Sciences,
Olivier Houde, Serge Tisseron, Jean-François Bach -
Éditions Le Pommier

DES SITES INTERNET

• www.afpa.org

Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

• www.info-langage.org

Prévention des troubles du langage de la FNO
Fédération Nationale des Orthophonistes

DES CAMPAGNES D'INFORMATION

• Pas de télé pour les moins de 3 ans

Ministère de la Communauté Française de Belgique à retrouver sur www.yapaka.be

• La télévision n'est pas toujours un jeu d'enfant

Campagne du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel



Association de Prévention en Orthophonie de Bourla et Hoesels

Bureau des Associations - 2 rue du Tir - 54425 Pulnoy - 06 30 25 57 89
apomm54@gmail.com - apomm.wifeo.com



La télévision et les écrans font partie de notre quotidien...

Que du positif ?
Pas vraiment...



Association de Prévention en Orthophonie de Bourla et Hoesels

Conception : Nathalie Mathieu et Noémie Freund



Pas vraiment positif

- > La télé ne développe pas le langage et la communication de l'enfant.
- > La télé ne calme pas l'enfant et ne stimule pas sa concentration.
- > La télé ne permet pas à l'enfant d'acquérir des compétences, des connaissances.
- > La télé n'aide pas l'enfant à s'endormir.

Les dangers de la télé



La télé est riche en images, en sons, en couleurs. L'enfant peut avoir accès à de nombreux programmes, de nombreuses stimulations. Attention cependant, car elle peut être à l'origine de plusieurs dangers. La télé peut en effet :

• Rendre l'enfant passif

Il subit les images vives qui défilent rapidement sans être contrôlées. Il peut être hypnotisé et développer des troubles de la concentration ;

• Entraîner des troubles du langage

Seuls l'interaction et l'échange avec une personne permettent à l'enfant de développer son langage. La TV ne permet pas à l'enfant d'entendre des retours positifs sur ce qu'il propose ;

• Engendrer des troubles du sommeil

La TV excite le cerveau et le garde en état d'alerte ;

• Provoquer une dépendance

Vis-à-vis des écrans : l'enfant peut s'isoler des autres ;

• Surexposer l'enfant aux marques et à la publicité

Il devient un hyper-consommateur : il ne s'intéresse qu'aux produits qu'il a vus à la TV.



Recommandations, conseils pratiques

Les médias peuvent permettre des acquisitions, mais à condition de ne pas y être exposé trop tôt :

- Pas de télé avant 3 ans
- Pas de télé sans l'adulte qui met en mots, explique les images car tout n'est pas compris par l'enfant
- Limiter le temps passé devant les écrans (pas plus de 30 minutes par jour)
- Attention aux contenus des émissions regardées par votre enfant

N'oubliez pas que le temps que votre enfant passe devant la télévision est autant de temps qu'il ne passe pas à utiliser ses mains, se servir de ses cinq sens, jouer, lire, bricoler, construire, cuisiner, ne rien faire, chanter, courir...

**ANNEXE XI : Courrier initial envoyé aux
orthophonistes de la Vienne**

Poitiers, le 05/10/13

Madame,

Je suis étudiante en quatrième année à l'école d'orthophonie de Poitiers, et je me permets de vous contacter et de vous solliciter dans le cadre de mon mémoire de fin d'études « **L'enfant et les écrans** ».

En effet, au cours de mon cursus, j'ai été sensibilisée au fait que l'exposition précoce et/ou abusive aux écrans, notamment à la télévision, pouvait avoir des effets négatifs sur la santé et le développement de l'enfant. Il est vrai que le temps que l'enfant passe devant les écrans est autant de temps qu'il ne passe pas à jouer, explorer et découvrir par l'expérimentation le monde qui l'entoure. Les répercussions possibles sont nombreuses et nous pouvons y être confronté dans notre pratique professionnelle : impact sur le développement du langage, hyperactivité et troubles du comportement, troubles du sommeil, difficultés de concentration etc.

Je voudrais montrer qu'il est important que nous, orthophonistes, ayons ces éléments présents à l'esprit et puissions mener des **actions de prévention auprès des parents**. C'est pourquoi, par mon travail, j'aimerais entamer une **sensibilisation** de ces derniers, afin de les inciter et de les aider à réguler l'exposition aux écrans, tout en prenant la mesure des enjeux que cela recouvre. Qu'ils puissent ainsi être vigilants et conscients des possibles effets sur le développement de leur enfant. Cela pourra amener à se questionner sur les **moments privilégiés d'interaction** que le parent passe avec son enfant, au sein du rythme bien souvent effréné des journées de chacun.

En tant qu'observateurs et interlocuteurs privilégiés avec les familles et les enfants, les **orthophonistes** sont des **acteurs légitimes** pour effectuer ce travail de **prévention**.

Mon mémoire aura donc comme objectif de développer ces actions. Pour cela, je me baserai sur l'utilisation d'une **plaquette d'information**, conçue par l'APOMM, Association de Prévention en Orthophonie Meurthe et Moselle. Cette plaquette a été créée pour servir de support afin de faciliter le développement d'interventions préventives auprès des parents.

Et c'est ici que vous pouvez intervenir. Je souhaiterais en effet pouvoir **confier cette plaquette aux orthophonistes** intéressées pour l'expérimenter auprès de quelques unes des familles des enfants qu'elles reçoivent.

Ainsi, vous pourriez l'utiliser au cours d'un **échange mutuel de questions/réponses très libre**, afin d'amener une sensibilisation concernant ce sujet. Il pourrait donc s'agir de questionner les parents sur leur expérience, **à la suite d'observations** que vous auriez pu faire (l'enfant semble très fatigué, il présente des difficultés à se concentrer, à développer

l'imaginaire, à faire la distinction entre fiction et réalité, on observe des troubles du langage et du comportement etc.), tout en **répondant à leurs questions**. Cela pourrait représenter l'occasion de leur donner **quelques repères et conseils pratiques**, plaquette à l'appui.

La **plaquette**, que vous pourriez **distribuer aux parents** à l'issue de cet échange, viendrait faire office **d'aide mémoire**, leur rappelant ainsi d'être vigilants et fixant quelques points importants à aborder.

Bien entendu, tout ceci ne représente que des pistes éventuelles et le but de mon travail sera également de pouvoir **recueillir**, dans un second temps, **vos expériences** en ce qui concerne l'utilisation de cette plaquette (comment avez-vous abordé le sujet avec les parents ? la plaquette vous a-t-elle été utile ? a-t-elle été bien accueillie etc.).

Mais dans un premier temps, afin **d'évaluer l'impact et l'intérêt de cet outil de prévention**, je souhaiterais **vous interroger brièvement sur votre pratique actuelle** dans ce sujet.

Pour ce faire, je vous enverrai, par l'intermédiaire de vos adresses mail, un **questionnaire en ligne rapide** (moins de dix minutes), que je vous saurai vraiment gré de bien vouloir compléter.

Pour celles qui acceptent de tester l'utilisation de la plaquette, un deuxième questionnaire vous sera donc adressé ultérieurement pour avoir un retour de vos expériences.

Je me mettrai rapidement en contact avec vous afin de savoir si vous acceptez de tester l'utilisation de cette plaquette auprès de vos patients. Je vous **distribuerai par la suite une dizaine d'exemplaires de la plaquette** et pourrai répondre à d'éventuelles questions de votre part sur le sujet.

Vous contribueriez ainsi à faire avancer le travail de recherche et les réflexions menées actuellement autour de ce sujet.

N'hésitez pas à me contacter à tout moment au cours de l'année, pour plus d'informations ou pour m'adresser vos remarques.

Je vous remercie vivement par avance de votre participation et de votre implication dans ce projet.

Veillez agréer, Madame, mes sincères salutations.

Louise Cheval

ANNEXE XII : Lettre accompagnant l'envoi des plaquettes

Poitiers, le 15 novembre 2013

Madame,

Comme convenu suite à notre entretien téléphonique, vous trouverez ci-joint, 8 exemplaires de la plaquette de prévention concernant l'enfant et les écrans.

Vous êtes libre de l'utiliser avec les parents de vos patients de la manière qui vous paraîtra la plus appropriée à chacun (que ce soit au moment du bilan, du retour de bilan, d'un entretien spécifiquement destiné à cet effet, à la suite d'une remarque etc.).

Cependant, cette prévention doit s'inscrire dans un accompagnement parental, c'est pourquoi la plaquette ne doit pas être simplement mise à disposition dans la salle d'attente.

Je reprendrai contact avec vous courant janvier-février pour avoir un retour de vos expériences personnelles d'utilisation de celle-ci et pouvoir, par la suite, établir une méthodologie d'utilisation plus précise.

Je vous remercie encore de votre participation et espère que cette plaquette sera pour vous un outil agréable et utile.

Je reste à votre disposition si vous souhaitez me joindre.

Je vous prie d'agréer, Madame, mes sincères salutations.

Louise Cheval

**ANNEXE XIII : Trame ayant servie pour la conduite
des entretiens téléphoniques**

Date du recueil :

Heure de début :

Durée de l'entretien :

Nom de l'orthophoniste :

1-Avez-vous eu l'occasion d'aborder le sujet des écrans depuis notre dernier entretien téléphonique ? Oui Non

2-Combien de fois ?

3-Avez-vous eu l'occasion de distribuer la plaquette d'information ? Oui Non

4-Auprès de combien de familles ?

5-Quel est âge et le sexe de l'enfant concerné ?

6-A quelle occasion :

-à la suite d'une remarque spontanée des parents et laquelle ?

-à la suite d'une observation que vous avez faite (l'enfant est fatigué, parle du temps qu'il passe devant la télévision ...)

-au moment du bilan

-au moment du retour de bilan

-en fin de séance

-au cours d'une séance consacrée à de la guidance

-autre.....

7-Est-ce un sujet que vous abordiez déjà auparavant ? Oui Non

8-Si oui, comment ?

9-Est-ce que cela vous a aidé d'avoir le support de la plaquette pour parler du sujet avec les familles ? Oui Non

10-Comment avez-vous utilisé la plaquette :

-a-t-elle été un prétexte à introduire le sujet des écrans ? Oui Non

-est-elle venue appuyer votre discours ? Oui Non

-avez-vous construit votre discours autour des points abordés par celle-ci ? Oui Non

-avez-vous repris point par point les éléments abordés ? Oui Non

-avez-vous lu la plaquette avec les parents ? Oui Non

-leur avez-vous donnée en proposant qu'ils la lisent chez eux et de prendre le temps d'en reparler plus tard ? Oui Non

-en avez-vous reparlé la séance d'après ? Oui Non

-avez-vous essayé de réfléchir avec les parents à différentes choses qui pourraient être faites pour remplacer les moments de télévision ? Oui Non

-avez-vous eu l'occasion d'en rediscuter avec les parents pour savoir si les idées trouvées ensemble avaient pu être essayées et savoir ce que cela avait donné ? Oui Non

-Si non, est-ce que vous envisagez d'en reparler ? Oui Non

11-Remarques particulières :

12-Comment avez-vous l'impression que votre intervention a été accueillie par les parents ?

-avez-vous eu l'impression que c'est un sujet auquel ils étaient déjà un peu sensibilisés ? Oui Non

-avez-vous eu l'impression qu'ils étaient surpris que vous les questionniez/abordiez ce sujet ? Oui Non

-ont-ils été gênés d'aborder le sujet ? Oui Non

-ont-ils paru demandeurs de conseils, d'informations, intéressés, réceptifs ?

-avez-vous eu l'impression qu'ils ne se sont pas sentis concernés ? Oui Non

13-Comment ont-ils réagi par rapport à la plaquette ?

-ont-ils fait des commentaires particuliers par rapport à celle-ci ? Oui Non

-si oui, lesquels ?

-ont-ils paru contents d'avoir un document de référence ? Oui Non

-ont-ils souhaité repartir avec ? Oui Non

-étaient-ils contents de pouvoir repartir avec ? Oui Non

-ont-ils apprécié qu'on leur fournisse des repères simples et des conseils concrets ?

Oui Non

-ont-ils refusé de l'emmener ? Oui Non

-si oui, pourquoi ?

-vous ont-ils demandé où l'on peut se la procurer ? (peut-être dans l'idée de la donner à d'autres personnes ?) Oui Non

14-La plaquette vous a-t-elle aidé à aborder plus facilement le sujet ? Oui

Non

15-Vous êtes-vous senti plus à l'aise, plus légitime dans votre démarche ?

16-Pensez-vous que c'est un sujet que vous continuerez d'aborder avec les familles ? Oui

Non

17-Pourquoi ?

18-Vous-êtes vous sentie légitime en tant qu'orthophoniste pour aborder ce sujet ?

19-Quels liens faites-vous entre les écrans et les pathologies que vous rencontrez ?

20-Auriez-vous aimé avoir des conseils quant à la manière d'utiliser et de présenter cette plaquette ? Oui Non

21-Si oui, de quelle nature :

-concernant le moment où la présenter, quand aborder le sujet ?

-concernant les points essentiels à souligner

-concernant la discussion à mener avec les parents par rapport aux solutions qui peuvent être envisagées (recherche commune)

-concernant le suivi à proposer et l'accompagnement dans la continuité à mettre en place

Autre....

22-Avez-vous ressenti le besoin d'en savoir plus sur les écrans ?

23-Avez-vous recherché des informations complémentaires ?

24-Globalement, diriez-vous que vos expériences d'utilisation de la plaquette se sont bien passées ? Oui Non

25-Avez-vous eu l'impression d'apprendre des choses grâce à ce support ? Oui
Non

26-Est-ce que cela vous a amené à vous questionner par rapport aux sujets de prévention que vous abordez généralement ? Oui Non

27-Avez-vous des remarques ?

28-Avez-vous des suggestions ?

Je vous remercie de votre participation.

Heure de fin :

ANNEXE XIV Pour aller plus loin, quelques ouvrages...

Ouvrages pour les enfants :

- Black, M. I., & Ohi, D. R. (2013). *Je m'ennuie*. [Paris]: Seuil jeunesse (dès 3 ans)
- Bloch, S. (2009). *Samsam Les yeux carrés*. Paris : Bayard Jeunesse. (dès 3 ans)
- Charles, N., & Foyard, F. (2011). *On zappe la télé !* Paris: Rageot. (dès 6 ans)
- De Saint Mars, D., & Bloch, S. (1992). *Max est fou de jeux vidéo*. France : Calligram.
- Deredel Rogeon, S., & Mazali, G. (2005). *Pierre veut regarder la télévision*. Chevron (Belgique). (dès 3 ans)
- Dolto, C., Faure-Poirée, C., & Mansot, F. (2009). *La télévision*. Paris : Gallimard jeunesse-Giboulées. (dès 2 ans)
- Dupasquier, P. (2004). *Fini la télévision!* Paris: Gallimard Jeunesse. (dès 3 ans)
- Gillot, L., & Durbiano, L. (2012). *Lulu-Grenadine aime trop la télévision*. Paris: Nathan.
- Lamblin, C., Faller, R., & Roederer, C. (2000). *Eddy est toujours devant la télé*. Paris: Nathan.
- Louchard, A. (1994). *Télé sucette*. Paris : Seuil jeunesse. (4-5 ans et plus)
- Morgenstern, S., Pef. (2007). *Oukélé la télé*. Paris: Gallimard jeunesse. (7 ans et plus)
- Saint Mars, D. de, & Bloch, S. (1999). *Lili regarde trop la télé*. Fribourg, Suisse: Calligram.
- Sénégas, S. (2011). *Qu'est-ce que tu vois ?* Paris: Editions Kaléidoscope : L'école des loisirs.

Ouvrages pour adolescents:

- Guéraud, G. (2010). *Sans la télé*. Rodez: Ed. du Rouergue. (dès 13 ans)
- Mondzain, M.-J., & Martin, S. (2008). *Qu'est-ce que tu vois ?* Paris : Giboulées-Gallimard jeunesse.
- Pommaux, Y. (2008). *Avant la télé*. Paris: l'École des loisirs. (dès 9 ans)
- Trébor, C., & Clotka. (2011). *Derrière le petit écran*. Saint-Herblain: Gulf stream éd.

**L'ENFANT FACE A LA TELEVISION : UNE PREVENTION PRIMAIRE A
INVENTER EN ORTHOPHONIE
EXPERIMENTATION D'UNE PLAQUETTE COMME OUTIL DE
SENSIBILISATION AUPRES DES ORTHOPHONISTES ET DES FAMILLES**

La prévention est au cœur de la profession d'orthophoniste. Les sujets susceptibles d'être abordés sont multiples, en perpétuelle évolution, reflétant nos sociétés et nos modes de vie.

Depuis quelques années, les écrans, quasi omniprésents, ont pris une place importante dans notre quotidien. Parallèlement à ce phénomène, on a pu constater une augmentation significative du temps qui leur est consacré. Les enfants en sont de fervents consommateurs, ce, parfois dès le plus jeune âge. Or, de nombreuses études ont été menées sur les conséquences potentielles d'une exposition audiovisuelle sur des êtres en développement, aux besoins bien spécifiques. Il a été prouvé que bien souvent, la télévision, ainsi que les autres écrans, pouvait avoir des répercussions sur le développement cognitif, langagier mais aussi interactionnel, sur l'attention, la concentration, le comportement ainsi que sur la santé des enfants et adolescents.

Nous avons voulu travailler sur la prise en compte de cette réalité par la sensibilisation des professionnels et des familles reçues dans les cabinets des orthophonistes, acteurs de prévention et témoins au quotidien des effets des écrans. Pour cela, nous avons cherché à évaluer la place éventuelle occupée par ce sujet dans la prise en charge des patients, puis nous avons proposé à des orthophonistes de tester l'utilisation d'une plaquette d'information créée par l'Association de Prévention en Orthophonie Meurthe et Moselle auprès des familles potentiellement concernées. Nous avons ensuite recueilli les impressions des orthophonistes quant à leur utilisation de cet outil et aux bénéfices que professionnels et familles avaient pu en tirer. Face aux difficultés parfois relevées dans l'abord d'un tel sujet de prévention, nous avons travaillé à la réalisation d'un livret ayant pour vocation de soutenir les orthophonistes dans leur démarche, aidant à la mise en place d'un réel accompagnement faisant suite à la sensibilisation à la réalité que représentent les écrans.

Mots clés : prévention, accompagnement parental, télévision, enfant