



**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**

*Centre de formation en orthophonie*

Année 2018-2019

**MEMOIRE**  
en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie  
présenté par

**Julie SOENEN**

**PREVENTION EN ORTHOPHONIE ET ACQUISITION DE  
LA LECTURE EN CYCLE 2 : RENCONTRE AVEC LES  
FAMILLES EN ATTENTE DE SOINS**

Directrice du mémoire : Madame Charlotte CLAUDE, orthophoniste

Autres membres du jury : Madame PASCUAL Elodie, orthophoniste  
Madame SADERNE Emilie, responsable d'un Centre de Santé





FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

*Centre de formation en orthophonie*

Année 2018-2019

MEMOIRE  
en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie  
présenté par

Julie SOENEN

PREVENTION EN ORTHOPHONIE ET ACQUISITION DE  
LA LECTURE EN CYCLE 2 : RENCONTRE AVEC LES  
FAMILLES EN ATTENTE DE SOINS

Directeur du mémoire : Madame Charlotte CLAUDE, orthophoniste

Autres membres du jury : Madame PASCUAL Elodie, orthophoniste  
Madame SADERNE Emilie, responsable d'un Centre de Santé

# REMERCIEMENTS

---

Je remercie chaleureusement :

- Madame Charlotte Claude pour m’avoir accompagnée pendant ces deux années de mémoire, pour son temps et son énergie ainsi que pour ses précieux conseils.
  
- Madame Emilie Saderne, responsable du Centre de Santé des Trois Cités, d’avoir accepté le projet,
  
- Les familles ayant participé à l’action de prévention,
  
- Mes camarades de promotion pour ces cinq belles années, et particulièrement à Johanne, Anaïs et Clémence, sans qui ces études n’auraient pas eu la même saveur...
  
- Anna et Sarah, pour leur soutien malgré la distance et pour ces longues heures passées au téléphone...

# TABLE DES MATIERES

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>I- LECTURE.....</b>	<b>2</b>
<b>1. Apprentissage de la lecture.....</b>	<b>2</b>
1.1. Stade logographique.....	2
1.2. Stade alphabétique .....	3
1.3. Stade orthographique .....	3
<b>2. Caractéristiques de la lecture.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Processus de traitement.....</b>	<b>4</b>
2.1.1. Voie phonologique .....	4
2.1.2. Voie lexicale.....	5
2.1.3. Compréhension.....	5
<b>2.2. Prérequis à la lecture .....</b>	<b>6</b>
2.2.1. Connaissance du nom des lettres.....	6
2.2.2. Habiletés phonologiques .....	7
2.2.3. Maîtrise du langage oral .....	7
2.2.4. Habiletés conceptuelles .....	7
<b>2.3. Aptitudes associées.....</b>	<b>8</b>
2.3.1. Motricité oculaire .....	8
2.3.2. Motricité globale .....	8
2.3.3. Fonctions exécutives .....	9
<b>3. Enjeux de la lecture.....</b>	<b>10</b>
3.1. Au niveau scolaire.....	10
3.2. Au niveau social.....	10
<b>II – PREVENTION .....</b>	<b>12</b>
<b>1. Définition.....</b>	<b>12</b>
<b>2. Etablir une action de prévention.....</b>	<b>14</b>
2.1. Mesure de l'état de santé de la population.....	15
2.2. Détermination des besoins et des objectifs .....	15
2.3. Moyens.....	17

2.4. Evaluation de l'action .....	18
<b>3. Prévention et orthophonie en France .....</b>	<b>18</b>
3.1. Histoire de la prévention .....	18
3.2. A travers la classification de l'OMS .....	19
3.3. Prévention à différentes échelles.....	20
<b>III – OUTILS DE PREVENTION ET LANGAGE .....</b>	<b>22</b>
<b>1. Principes de prévention dans le domaine du langage .....</b>	<b>22</b>
1.1. Précocité de l'intervention .....	22
1.2. Information/Communication.....	23
1.3. En coopération avec l'environnement de l'enfant .....	24
<b>2. Buts d'une prévention dans le domaine du langage.....</b>	<b>25</b>
2.1. Poursuite des apprentissages scolaires .....	25
2.2. Poursuite du développement de l'enfant.....	26
2.3. Meilleur investissement et coopération des familles .....	27
<b>IV – NOTRE ACTION DE PREVENTION .....</b>	<b>29</b>
<b>1. Population .....</b>	<b>29</b>
<b>2. Objectifs .....</b>	<b>30</b>
<b>3. Déroulé de l'action .....</b>	<b>30</b>
3.1. Présentation du projet.....	31
3.2. Anamnèse.....	31
3.3. Présentation des activités .....	32
<b>4. Evaluation .....</b>	<b>35</b>
<b>5. Résultats .....</b>	<b>35</b>
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>38</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>41</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>42</b>

# INTRODUCTION

---

Un tiers du temps de travail hebdomadaire des orthophonistes est consacré aux patients présentant des difficultés de langage écrit (Le Feuvre, 2007 cité par Woollven, 2015). Actuellement, cette forte demande ne peut pas être prise en charge rapidement, faute de place dans les cabinets libéraux en Vienne.

Cette attente ne peut être que délétère : leurs difficultés s'amplifient et sont majorées par l'apparition de problèmes secondaires. Par ailleurs, les troubles du langage et des apprentissages sont désormais considérés comme un enjeu de santé publique (Dellatolas & Vallée, 2005) : le développement personnel et scolaire peut être perturbé, tout comme l'équilibre familial.

Afin d'enrayer ce phénomène, nous proposons la création d'une prévention dédiée aux familles en attente de soins. Notre projet consiste à rencontrer des parents lors d'un unique rendez-vous pour aborder les difficultés de leur enfant. Les parents tiennent un rôle essentiel dans l'accompagnement de leur enfant. Nous cherchons, avec eux, des solutions pour pallier cette plainte du quotidien, en attendant un bilan orthophonique. Au cours de cet entretien, des informations pour accompagner au mieux leur enfant seront proposées aux parents.

Un questionnaire à distance de cette rencontre nous permettra d'appréhender les changements mis en place et le rapport de l'enfant avec l'écrit. Ainsi, nous évaluons l'impact d'une action de prévention autour de l'acquisition de la lecture, mais également sur l'environnement de l'enfant.

Après avoir étudié l'apprentissage de la lecture, nous nous intéresserons à la notion de prévention et son rapport avec l'orthophonie. Puis nous aborderons les outils de prévention utilisés dans le domaine du langage. Enfin, notre dernière partie sera consacrée à la description de notre action et aux résultats obtenus.

# I- LECTURE

---

## 1. Apprentissage de la lecture

« *L'apprentissage de la lecture passe par le décodage et l'identification des mots conduisant à leur compréhension* » (De Robien, *Circulaire Apprendre à lire*, 2006).

Selon les auteurs, cette acquisition s'effectue à travers une succession d'étapes. Dans la littérature, les stades logographique, alphabétique et orthographique sont les plus retrouvés (Marsh, Friedman, Welch & Delberg, 1981, cité par Demont & Gombert, 2004 ; Frith, 1985, cité par Fayol & Jaffré, 1999 ; Ehri, 2005).

### 1.1. Stade logographique

Le stade logographique correspond aux premiers contacts de l'enfant avec le langage écrit, bien avant l'entrée au Cours Préparatoire (C.P). L'enfant utilise les indices visuels d'un mot pour le reconnaître, notamment l'aspect général, sa forme, sa longueur ou encore sa couleur. Il se sert de l'environnement du mot, plus que du mot lui-même, pour le reconnaître (Gough & Juel, 1989, cités par Chardon, 2000). Ainsi, l'enfant est souvent capable d'identifier des logos publicitaires, mais uniquement dans leur contexte. Il s'agit d'une stratégie picturale non linguistique, analogue à la reconnaissance d'une image. Le mot est traité comme un dessin, et a accès au sens grâce à un système sémantique pictural (Morton, 1990, cité par Demont et Gombert, 2004). Dehaene (2007) décrit le stade logographique comme une pseudo-lecture par voie visuo-sémantique. L'enfant ne reconnaît pas les unités sémantiques et ne fait pas de lien entre les lettres et les sons. De ce fait, il ne considère pas le mot comme une séquence de lettres, par ailleurs il ne prend pas en compte l'ordre des lettres (Seymour et Elder, 1986, cités par Fayol, Gombert, Lecocq, Sprenger-Charolles et Zagar, 1992). En conséquence, la lecture est limitée et incertaine.

Cette étape est généralement considérée comme une phase vers le stade alphabétique. Toutefois, il n'y a pas de consensus à ce sujet. Ehri (1987) et Lecocq (1992), cités par Mauroux (1995), ne considèrent pas le stade logographique comme une phase d'apprentissage

de la lecture. Quant à Stuart et Coltheart (1988), ils soulignent que cette phase n'est pas systématique dans le développement de cette dernière.

## **1.2. Stade alphabétique**

L'entrée dans l'étape alphabétique n'est possible que lorsque l'enfant prend conscience que la parole est segmentée en phonèmes, en lien avec segmentation du mot en graphèmes. Il peut alors apprendre explicitement le lien arbitraire existant entre les phonèmes et graphèmes, puis effectuer une conversion grapho-phonologique pour lire un mot. Cette connaissance du code est « *la clé de la lecture* » d'après Anne-Marie Chartier (2007). Certains auteurs, dont Byrne (1989, in Morais, 1999), mettent en avant la nécessité d'un apprentissage formel de la correspondance entre lettres et phonèmes.

A ce stade, vers 6-7 ans, l'enfant a systématiquement recours à la médiation phonologique pour identifier un mot. Par ailleurs, Harris et ColtHeart (1986) qualifient cette phase de « *décodage phonologique* ». La mise en correspondance des formes sonores et visuelles de la parole permet à l'enfant d'élaborer des règles génératives de conversion grapho-phonémique et d'automatiser cette procédure.

Contrairement au stade logographique, le stade alphabétique est une étape systématique du développement de la lecture. Cette étape permet la constitution progressive d'un lexique orthographique.

## **1.3. Stade orthographique**

Lorsque l'enfant est capable de reconnaître des mots connus de façon efficace et rapide, c'est qu'il a atteint le stade orthographique. La répétition du processus de déchiffrage d'un même mot au stade alphabétique permet le stockage des représentations orthographiques stables de ce mot. L'enfant mémorise au fur et à mesure toutes ces informations orthographiques (Share, 2004 ; Nation, 2006, tous deux cités par Chaves, Combes, Largy et Bosse, 2012), il se crée ainsi un lexique orthographique mental lui permettant de reconnaître rapidement des mots familiers, réguliers ou irréguliers, sans avoir recours à la conversion grapho-phonémique. Cela est modulé par Ehri (1998) qui souligne l'activation des correspondances grapho-phonologiques dans la reconnaissance des mots.

Les mots ne sont plus traités comme une séquence de graphèmes, mais comme des entités orthographiques. Il s'agit d'une reconnaissance visuelle et globale, mais contrairement au stade logographique, elle s'appuie sur une analyse linguistique, l'accès au sens est possible grâce à un système sémantique verbal (Morton, 1989). Grâce à l'automatisation de cette stratégie, l'accès à la signification du mot est facilité. Ainsi, les représentations orthographiques, phonologiques et sémantiques d'un mot finissent par former un tout.

Le développement de la stratégie orthographique permet une lecture de plus en plus efficiente.

## **2. Caractéristiques de la lecture**

### **2.1. Processus de traitement**

La lecture est une activité cognitive complexe reposant sur deux processus de traitement de l'information : la reconnaissance de mots et la compréhension (Fayol & al., 1992).

L'acte de lire est essentiellement décrit à travers le modèle Dual Route Cascade Model (Colheart, Rastle, Perry, Langdon & Ziegler, 2001). Ce modèle présente deux voies de lecture : la voie phonologique (par assemblage ou indirecte) et la voie lexicale (par adressage ou directe). Le lecteur analyse visuellement le mot, et détermine si celui-ci est connu ou non. En fonction, l'activation d'une voie est favorisée et permet l'accès au sens.

#### **2.1.1. Voie phonologique**

Si le mot est inconnu du lecteur, il utilise la voie phonologique pour le décoder. La procédure combinatoire permet d'assembler les lettres ou groupes de lettres pour produire une séquence de sons. Le lecteur utilise le principe de conversion grapho-phonologique des mots (Estienne, 1982, cité par Lussier, s.d.). Chaque graphème est converti en un phonème en fonction des règles de conversion. Les phonèmes sont ensuite assemblés pour former la forme sonore du mot écrit. Si le mot fait partie du lexique auditif du lecteur, alors il a accès à sa signification.

Cette voie de lecture émerge au stade alphabétique de l'apprentissage de la lecture, et s'automatise progressivement. Une fois automatisée, les mots réguliers peuvent facilement être identifiés. Cependant, la médiation phonologique reste laborieuse et ne permet pas un

traitement des mots irréguliers. Cela conduit l'enfant à adopter un nouveau processus de traitement du mot : la stratégie orthographique (Frith, 1985, cité par Fayol et Jaffré, 1999), via la voie lexicale.

### **2.1.2. Voie lexicale**

La voie lexicale est activée lorsque le mot est connu du lecteur. Cela présuppose l'existence d'un lexique mental contenant les formes orthographiques des mots connus par le lecteur (Morton et Patterson, 1980). Grâce à la suite exacte des lettres, et sans prendre en compte le code phonologique, il permet de reconnaître rapidement le mot écrit et de récupérer simultanément sa forme phonologique et sémantique.

Les compétences de décodage phonémique sont la condition du développement du stock orthographique (Cunningham, Perry, Stanovich, & Share, 2002, cité par Bosse, 2005b ; Share 2008). Il s'enrichit progressivement de nouvelles formes orthographiques au fil des expériences de lecture. La lecture n'en est que plus fluide et rapide : davantage de mots irréguliers peuvent être lus.

Les auteurs se rejoignent sur l'existence de la voie lexicale, en revanche il n'y a pas de consensus sur le processus mis en œuvre lors de la reconnaissance du mot (McClelland & Rumelhart, 1981 cités par Dehaene, 2007).

### **2.1.3. Compréhension**

Comprendre le message est le but de la lecture : « *Lire c'est d'abord comprendre* » (Beaume, 1990a). Une lecture exacte, fluide et rapide est nécessaire pour se représenter mentalement une situation décrite. Il est indispensable que les processus de décodage et de reconnaissance soient automatisés afin que le lecteur puisse focaliser son attention sur la compréhension du message. Il y a donc une forte corrélation entre capacités de décodage et d'accès au sens. Les stades alphabétique et orthographique lors de l'apprentissage de la lecture sont le socle d'une lecture efficace.

Cependant, ces mécanismes cognitifs ne sont pas les seuls à intervenir dans l'acte de lire. Les informations déchiffrées interagissent avec les connaissances du lecteur (Cèbe, Goigoux &

Thomazet, 2004), permettant la création d'une représentation mentale de la situation évoquée par le texte : personnages, actions, événements (Van Dijk & Kintsch, 1983, cité par Crinon, Legros & Marin, 2002).

L'activité de compréhension nécessite également un calcul syntaxique : le lecteur attribue un rôle à chaque mot (Schelstraete, 1993, cité par Gaux & Demont, 1997). Just et Carpenter (1992, cité par Gombert, Colé, Valdois, Goigoux, Mousty & Fayol, 2000) mettent en exergue six types d'indices : l'ordre des mots, la classe grammaticale, les mots fonctionnels, les indices morphologiques, le sens des mots et la ponctuation.

## **2.2. Prérequis à la lecture**

Bien avant l'entrée à l'école, les enfants possèdent des connaissances et des habiletés servant de précurseurs de la lecture (Ferreiro & Gomez Palacio, 1988) : nom des lettres, habiletés phonologiques et conceptuelles, maîtrise du langage oral.

### **2.2.1. Connaissance du nom des lettres**

Considérée comme un élément fondamental pour son acquisition (Bruck, Genese & Caravolas, 1997, cités par Foulin & Pacton, 2006 ; Caravolas, Hulme & Snowling, 2001, cités par Foulin & Pacton, 2006 ; Piquart-Kipffer, 2003, cité par Foulin & Pacton, 2006 ; Foulin, 2005 cité par Cormier, 2006), la reconnaissance des lettres est la première connaissance engagée dans l'acte de lire (Negro & Genelo, 2009). La lecture est plus rapide et de meilleure qualité chez les enfants avec une bonne maîtrise des lettres. Le nom de la lettre sert d'indice phonologique et sert de support au développement de la connaissance du son des lettres (Foulin & Pacton, 2006).

Connaître le nom des lettres favorise le développement de compétences phonologiques et la conscience des phonèmes (Foulin, 2005, cité par Brodeur, Gosselin, Mercier, Legault & Vanier 2006). La connaissance du nom des lettres favorise l'apprentissage des relations lettres et sons (Share, 2004, cité par Foulin et Pacton, 2006) qui participent à la construction du principe alphabétique, pierre angulaire de l'acquisition de la lecture.

### **2.2.2. Habiletés phonologiques**

Le lien entre habiletés phonologiques et acquisition de la lecture a largement été démontré : un bon niveau phonologique favorise de bonnes performances en lecture (; Bus & Van Ijzendoorn, 1999, cités par Brodeur & al., 2006 ; Casalis & Louis-Alexandre, 2000, cités par Hillairet de Boisferon, Colé & Gentaz, 2010 ; LeFrançois & Armand, 2003, cité par Masny, 2006). Les compétences phonologiques conduisent l'enfant à comprendre le principe alphabétique, élément phare de l'acquisition de la lecture. Pour preuve, accompagner les enfants à développer ces compétences facilite l'acquisition du décodage et la compréhension écrite (Schneider, Ennemoser, Roth & Küspert, 1999), et ce quel que soit leur milieu socio-économique (Bus & Van Ijzendoorn, 1999, cités par Brodeur & al., 2006).

La conscience phonologique et la segmentation phonémique apparaissent comme les compétences les plus importantes en début d'apprentissage du langage écrit (Demont & Gombert, 1996, cités par Masny, 2006 ; Muter, Hulme, Snowling & Taylor, 1998, cités par Brodeur & al., 2006 ; Mélançon & Ziarko, 2000, cités par Masny, 2006).

### **2.2.3. Maîtrise du langage oral**

Il existe une relation forte entre communication orale et écrite (Snow, 2001, cité par Masny, 2006 ; Dickinson, 2003, 2006, cité par Masny, 2006). En 2005, le National Institute of Child Health and Human Development rapporte également l'importance du langage oral et du vocabulaire dans l'acquisition de la lecture. Perfetti, Landi et Oakhill (2005) considèrent un faible stock lexical comme une origine possible à des difficultés en compréhension écrite. Goigoux (2009) inclut la compréhension du langage oral (Co) dans sa définition de la lecture (L), au même titre que le décodage (D) et la compréhension du langage écrit (Cé) par la formule suivante :  $L = D \times Co \times Cé$ .

### **2.2.4. Habiletés conceptuelles**

Certains concepts issus d'un apprentissage implicite sont essentiels à l'acquisition de la lecture. Sénéchal, LeFevre, Smith-Chant et Colton (2001), cités par Sénéchal (2006) proposent notamment la compréhension de l'acte de lire, la compréhension des fonctions de l'écrit et la perception de soi comme lecteur en tant qu'éléments d'apprentissage de la lecture.

L'enfant doit comprendre que, dans un livre, le message est porté par les mots et non par les images. Il prend conscience que tous les mots entendus peuvent être écrits, de l'orientation de l'écrit et du sens de la ponctuation (Thériault, s.d.). Thériault souligne également l'importance de l'émergence de comportements de lecteur : prendre un livre dans le bon sens, tourner les pages. Par ces expériences, l'enfant s'approprie les supports de lecture et intègre progressivement les fonctions de l'écrit.

### **2.3. Aptitudes associées**

La lecture n'est pas que le produit des processus cognitifs décrits précédemment. Elle est sous-tendue par d'autres compétences que nous allons développer, favorisant une lecture experte.

#### **2.3.1. Motricité oculaire**

O'Reagan et Lévy-Shoen (1978) décrivent la lecture comme une « *succession des fixations reliées par des saccades de progression, de régression ou de retour à la ligne* ». Les saccades sont des « *mouvements balistiques extrêmement rapides* » (Quercia, 2010) dont le rôle est de trouver les mots, déchiffrés pendant les fixations. Les compétences oculomotrices font donc partie intégrante de la lecture. Elles permettent une reconnaissance visuelle satisfaisante, l'activation des formes orthographiques, phonologiques et sémantiques des mots. Développer une stratégie visuelle efficace, soit la maîtrise des saccades et des fixations, est nécessaire pour lire (Mazeau, 2005).

L'apprentissage de la lecture peut être gêné par un défaut des saccades. Une stratégie visuelle inefficace peut être à l'origine de sauts de mots, de lignes ou des erreurs dans les mots. Dans ce cas, la lecture apparaît laborieuse et peu efficiente (Beaume, 1987b).

#### **2.3.2. Motricité globale**

Huau, Jover et Velay (2012) mettent en exergue un lien entre la qualité de lecture et la motricité générale. La motricité des enfants apparaît d'autant plus dégradée que leur retard en lecture est important. Une motricité harmonieuse permet le développement d'aptitudes liées à la lecture, particulièrement l'organisation spatiale, la latéralité et le schéma corporel.

S'orienter et s'organiser dans l'espace est nécessaire à la lecture. Citons Negro et Genelo (2009) : « Lire implique de considérer les lettres comme des unités orientées ». M.J. Horst, cité par N. Galifret-Granjon, considère que les fautes d'orientation spatiale sont la preuve d'une immaturité à la lecture.

A partir de l'ouvrage de Le lièvre et Staed, Dehondt et Hénard (2006) énoncent qu'un défaut d'orientation entraînent des difficultés de discrimination visuelle et que la représentation de parties du corps est « précurseur à tout apprentissage scolaire ».

L'homogénéité de la latéralité apparaît comme un facteur favorisant l'entrée dans la lecture. Un enfant mal latéralisé pourrait présenter des confusions visuelles (Barbé, Bila & De Meyer, 2008).

### **2.3.3. Fonctions exécutives**

De nombreuses études soulignent l'implication des fonctions exécutives dans la lecture (Boulc'h, Gaux & Boujon, 2007). Les processus attentionnels et la mémoire de travail sont particulièrement mis en avant.

L'attention visuelle est fondamentale dans la lecture (Mazeau, 2005). Elle intervient dans la sélection des éléments, l'inhibition des stimuli non pertinents et permet le maintien de l'attention sur plusieurs lignes. Effectuer la double tâche, reconnaissance et compréhension de l'écrit, est également difficile lorsque les ressources attentionnelles sont faibles.

Une mémoire de travail limitée entrave les performances de lecture tant au niveau de la conversion grapho-phonologique que dans la compréhension du message (Torgensen, 1985, cité par Plaza ; Just & Carpenter, 1992, cité par Fayol, 1996). Pour ces deux tâches, il est nécessaire de maintenir de multiples informations en mémoire et de les manipuler. Selon Plaza et Dansette (2006), cités par Plaza, la boucle phonologique, élément constitutif de la mémoire de travail, est indispensable pour acquérir la stratégie d'assemblage, apprendre de nouveaux mots et comprendre des phrases complexes.

### **3. Enjeux de la lecture**

Pour comprendre les enjeux de la lecture, il est intéressant de prendre en considération le concept de littératie, plutôt que la simple compréhension écrite. L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) définit la littératie comme « *l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail, et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités* ». Cette compétence a des répercussions à divers niveaux, tant sur le plan scolaire, professionnel et personnel (Gaussel, 2015).

#### **3.1. Au niveau scolaire**

La capacité à lire est corrélée à la réussite scolaire (Baydar, Brooks-Gunn & Furstenberg, 1993, cité par Eme, Nantes & Delliaux., 2011). L'écrit sert de support à la transmission de l'information dans toutes les disciplines scolaires. La lecture est donc à l'origine de tous les apprentissages ultérieurs. Elle apporte un enrichissement du vocabulaire et une structuration de la pensée, compétences recherchées au cours de la scolarité. Ainsi, des difficultés dans ce domaine retentissent sur l'ensemble de la scolarité et peuvent mener à l'échec scolaire.

L'école « *étant le lieu majeur de la socialisation et de l'investissement narcissique de l'enfant* » (Marcelli & Cohen, 2012), un échec scolaire est susceptible d'avoir des conséquences importantes sur le plan psychoaffectif. Par ailleurs, le personnel enseignant reconnaît que la maîtrise de la lecture est déterminante dans l'accomplissement personnel et social (Brodeur & al., 2006).

#### **3.2. Au niveau social**

La lecture aide l'adulte à occuper sa place dans la société et à s'y développer en devenant un citoyen informé. La majorité des informations sont transmises via un support écrit, permettant un éveil sur le monde et le développement de ses connaissances. Dans Cahiers Pédagogiques, Guernier (2010) affirme que « *lire, c'est avant tout acquérir des connaissances dans des domaines précis* ».

Le concept de littératie s'est également développé dans le domaine de la santé, correspondant aux capacités à « *comprendre des informations sur la santé, à communiquer ses besoins aux professionnels et à saisir des instructions de santé* » (Van den Broucke, 2017). Un faible niveau de littératie ne permettrait pas d'adopter des comportements favorables à la santé. Selon une enquête sur le niveau de littératie dans ce domaine, quasiment la moitié des Européens interrogés présenterait un niveau limité ou insuffisant. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise d'agir sur ce niveau de littératie, en en faisant un enjeu majeur de santé publique.

## II – PREVENTION

---

### 1. Définition

La prévention correspond à « *l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue des maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé* » (Bourdillon, Brucker & Tabuteau, 2007). La Banque de Données en Santé Publique (BDSP) précise que ces actions ont pour but de « *réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé* ».

L'OMS propose trois niveaux de prévention, superposables à l'évolution d'une maladie. A travers ce paradigme, la prévention consiste « *à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités* » (Haute Autorité de Santé, HAS, mis en ligne en 2006).

La prévention primaire s'applique sur des populations saines, en amont de la maladie. Elle cherche à réduire l'incidence d'une maladie, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés sur une période et une population données. A ce stade, le but est d'agir sur les facteurs de risque, « *susceptibles de modifier le risque de survenue d'une maladie* » (Collège universitaire des enseignants de santé publique, CUESP, 2013), notamment via des campagnes d'information et de vaccination.

La prévention secondaire cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, soit le nombre total de malades à un instant donné. Ce niveau de prévention s'applique sur les populations à risque ou dont la maladie est encore asymptomatique. Grâce à des actions de dépistage et de diagnostic précoce, le but est de limiter la progression de la maladie en diminuant sa durée et sa gravité.

La prévention tertiaire intervient après l'installation de la maladie. Elle tend à diminuer les conséquences fonctionnelles ou sociales d'une pathologie ou de son traitement ainsi qu'à prévenir les récurrences. À terme, elle vise la réadaptation du malade aux niveaux médical, social et psychologique.

RS Gordon (1982), cité par Flajolet (2008) classe les actions de prévention selon la population cible. Lorsqu'une action est destinée à l'ensemble de la population, il s'agit de prévention universelle. Il peut par exemple s'agir d'un programme d'éducation pour la santé. Dans ce cas, l'état de santé ou les caractéristiques de la population ne sont pas pris en compte.

La prévention sélective cible des groupes spécifiques ayant un risque significatif de développer un problème de santé, par exemple les campagnes de sécurité routière destinées aux motards. Le but est d'éviter les difficultés auxquelles ces populations sont particulièrement exposées.

La prévention ciblée ou indiquée est réalisée en fonction de sous-groupes et des facteurs de risque spécifiques à cette partie de la population. Par exemple, les messages préventifs sur la glycosurie chez les femmes enceintes.

San Marco (2003), cité par Flajolet (2008) propose une prévention globale, classée en trois niveaux, destinée à l'ensemble de la population, sans prendre en compte son état de santé. Selon San Marco, la prévention doit faire alliance avec la population et rechercher sa participation active dans la gestion de sa santé.

La prévention primaire renvoie désormais à l'éducation pour la santé. Il s'agit de « *tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin* » (OMS, 36<sup>e</sup> Assemblée Mondiale de la Santé, 1983).

La prévention secondaire, ou prévention sélective, correspond à la prévention des maladies. Elle consiste à prévenir certaines pathologies sur une population cible.

La prévention tertiaire ou prévention ciblée est remplacée par l'éducation thérapeutique. Elle «  *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. [...] Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.* » (Rapport OMS-Europe, 1996).

Cette acceptation de la prévention est celle retenue par le député André Flajolet lors sa mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. A l'image de San Marco, il propose une « *prévention fondée sur l'anticipation positive grâce à la participation du sujet* » (Rapport Flajolet, 2008). Bourdillon (2009) rajoute que « *la prévention se doit d'être globale et ne peut se référer qu'à la seule maladie* ».

La prévention peut aussi être qualifiée de passive ou active. Elle est dite passive lorsqu'elle ne demande pas de changement de comportements des individus. Au contraire, la prévention active nécessite une modification de comportement pour être effective (Association Educa-Santé).

La prévention s'inscrit dans une démarche d'éducation afin de modifier les modes de vie et comportements néfastes pour la santé. André Flajolet présente la prévention comme une « *gestion active et responsabilisée par la personne de son capital santé dans tous les aspects de la vie* ». Il souligne également qu'il est nécessaire que chaque acteur s'approprie l'action pour obtenir un « *effet positif sur la santé des populations* ». Dans le même rapport, quatre types d'actions sont identifiées pour une prévention globale : par les risques, par les populations (éducation pour la santé), par les milieux pour les « *rendre sains et favorables* » (Rapport Flajolet) et par les territoires pour profiter des acteurs locaux, proches de la population.

## **2. Etablir une action de prévention**

« *Organiser une action de prévention nécessite de la préparer correctement en amont* » (Maison de la sécurité routière du Var, 2007). Plusieurs conditions doivent être réunies : une

bonne connaissance de la population et du problème, une stratégie pour pallier ce problème, l'élaboration d'outils et la mobilisation des acteurs.

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (Inpes), les Agences Régionales de Santé (ARS) et des associations de prévention mettent à disposition des documents présentant les différentes étapes à suivre pour mettre en place une action de prévention.

### **2.1. Mesure de l'état de santé de la population**

La première étape est une phase de diagnostic. Se renseigner sur la population et ses besoins de santé est essentiel afin de créer un projet de prévention cohérent.

Pour mesurer l'état de santé d'une population, des indicateurs de santé peuvent être utilisés. Deux types d'indicateurs sont déterminés : les indicateurs démographiques décrivant la population et les indicateurs épidémiologiques décrivant les pathologies et la mortalité de la population (CUESP, 2013).

Les caractéristiques sociodémographiques, culturelles et économiques sont à prendre en compte car ces données environnementales influencent le niveau de santé. Les comportements et les représentations de la population et des professionnels de santé sont explorés, permettant d'appréhender la situation dans sa globalité.

Les attentes de la population peuvent aussi être recueillies pour adapter au mieux l'action de prévention. Le recueil de données peut s'effectuer via des questionnaires, des entretiens ou par de l'observation (Broussouloux S. & Houzelle-Marchal N., 2007).

Le diagnostic permet d'objectiver l'existence de difficultés de santé au sein d'une population à un instant donné, justifiant ainsi la mise en place d'une action de prévention.

### **2.2. Détermination des besoins et des objectifs**

La phase de diagnostic permet d'identifier les besoins de santé d'une population. Un besoin de santé est défini comme « *une carence sanitaire déterminée par des moyens biologiques,*

*épidémiologiques, etc., qui appelle des mesures préventives et curatives et, s'il le faut, des mesures d'éradication* » (BDSP).

Trois types de besoins sont identifiés : le besoin latent, non perçu par la population et les professionnels de santé ; le besoin ressenti perçu par la population ou par les professionnels de santé et le besoin exprimé qui est une demande de la population ou des professionnels de santé (Vincenot & Brault, 2010). L'action de prévention va tenter de combler la différence entre un besoin de santé repéré et un état de santé acceptable.

A partir de l'analyse de la population, il est possible d'appréhender la situation et sa problématique. Un cadre du projet de prévention peut être défini : population ciblée, objectifs et actions à mener pour y parvenir.

L'objectif indique la population concernée et le résultat que l'on cherche à atteindre. Prat (2003) en décline trois types. L'objectif général définit le but principal et la population ciblée. Il n'en existe qu'un seul, centré sur le problème prioritaire retenu. Beaucoup plus nombreux, les objectifs intermédiaires sont les différents axes permettant de réussir l'objectif général. Ils peuvent correspondre à un aspect éducatif (connaissances, aptitudes et attitudes à développer) mais également aux mesures relatives à l'environnement de la population. Enfin, les objectifs opérationnels indiquent les mesures à mettre en place pour réaliser les objectifs.

Généralement, les actions de prévention ont pour but l'acquisition des compétences permettant au sujet de promouvoir sa santé et sa qualité de vie au sein de la société. Selon l'Inpes, la prévention correspond aux mesures extérieures évitant la survenue d'une pathologie et à « *tout ce que [fait] un individu ou un groupe, [informé] et [responsabilisé], en faveur du maintien de l'amélioration de sa santé* ».

Les besoins et les objectifs définissent le déroulement de l'intervention ainsi que la stratégie à employer. En fonction de ces critères, les moyens nécessaires à l'action de prévention sont déterminés.

### 2.3. Moyens

Vincenot et Brault (2010) présentent la programmation du projet comme la fixation d'un objectif à atteindre, la détermination d'une population cible et la durée du programme pour parvenir à l'objectif. Il faut ensuite préciser pour chaque objectif l'action à mener et les intervenants mobilisés. La stratégie d'action consiste « *à organiser et coordonner les éléments qui participent à la réalisation de l'action en fonction des objectifs fixés* » (Collège Régional d'Education Pour la Santé, CRES, de Bretagne, 2003).

Les projets de prévention font souvent l'objet de subvention ou de financement particulier. L'Etat peut participer financièrement à la prévention si les actions s'inscrivent dans les directives ministérielles et dans un programme d'actions plus large. Par exemple, le fonds d'intervention régional (FIR), sous l'autorité des ARS, créé en 2012 par la loi de financement de la sécurité sociale a pour objectif le financement d'actions de prévention (Code de la santé publique). Généralement, l'obtention de moyens matériels et humains est dépendante du budget alloué à une action. Il est important de noter que si les ressources à disposition sont insuffisantes, la réussite du projet est remise en cause.

Le matériel concerne les supports utilisés pour la réalisation de l'intervention. Leur nature varie en fonction du message à transmettre et de la population ciblée. Il peut s'agir de campagnes d'information (affichage, télévision), de sensibilisations lors de manifestations, d'interventions spécifiques, de documents accessibles sur internet ou dans services de soins, ou encore d'entretiens collectifs ou individuels.

Cependant, les outils de communication ne sont pas suffisants pour faire changer les comportements. Il faut également s'appuyer sur des partenaires, des personnes ressources compétentes, pour accompagner la population pendant l'action. Les acteurs locaux, tels que les professionnels de la santé, associations ou institutions, sont à privilégier. Ils sont connus par la population et plus à même de transmettre les messages de prévention. Les professionnels et les institutions se mobilisent, chacun à leur niveau d'implication et de compétence (CRES de Bretagne, 2003).

Après la réalisation du projet, il est important de l'évaluer afin de mesurer son impact sur la population.

## **2.4. Evaluation de l'action**

« Une action de prévention peut avoir un effet positif, aucun effet, un effet opposé à ce qui était souhaité, voire des effets secondaires non attendus, eux-mêmes positifs ou négatifs » (Arwidson, 2009). Il est donc intéressant de mesurer l'impact d'une campagne de prévention afin de justifier sa mise en place et de l'ajuster pour de futures actions.

L'Inpes, dans son dossier *Formation en éducation pour la santé, Repères méthodologiques et pratiques* (2009), propose deux types d'approches : l'évaluation sommative pour mesurer l'impact global et l'évaluation formative permettant des ajustements au cours de l'action.

L'évaluation s'intéresse aux objectifs prédéfinis, à la stratégie employée, au résultat obtenu et à l'impact de l'action sur la population et sur l'environnement. Elle s'appuie sur une démarche réflexive, en comparant les effets escomptés par rapport aux effets obtenus et en analysant l'évolution de la situation (Inpes, 2009).

Une enquête réalisée en 2008 par l'Institut de Sondage Lavialle (Peretti-Watel, Serror, Du Roscoät & Beck, 2009) s'est intéressée à l'impact de campagnes de prévention sur les conduites à risque. Les résultats indiquent tout d'abord qu'une campagne n'est efficace que si les individus sont capables de prendre des décisions pour leur santé. Il apparaît également que la réussite d'une action de prévention n'est pas uniquement due à la qualité de l'intervention. Il faut que la population ciblée soit prête à écouter le message et à modifier son comportement pour améliorer sa qualité de vie.

## **3. Prévention et orthophonie en France**

### **3.1. Histoire de la prévention**

La loi du 10 juillet 1964 officialise le statut légal de l'orthophonie et crée le Certificat de Capacité en Orthophonie. Il n'est alors pas question de prévention, malgré l'action de Suzanne Borel-Maisonny en ce sens dès les années 50. La prévention en orthophonie s'est d'abord développée dans le domaine du dépistage précoce avec les travaux de Pierre Ferrand en 1974 et la parution du premier test de dépistage en langage oral, le TDP81, en 1984.

En 1987, la réforme des études en orthophonie rajoute la prévention dans la formation des étudiants en orthophonie. En 1992, la prévention est reconnue comme une compétence des orthophonistes, mais seulement au sein d'une équipe pluridisciplinaire. L'article 2 du décret des actes professionnels en 1992 énonce : « *Les orthophonistes peuvent participer, par leurs actes ci-dessus énumérés, à des actions de prévention au sein d'une équipe pluridisciplinaire* ».

Ce n'est qu'en 2002 que les orthophonistes obtiennent officiellement le droit de proposer des actions de prévention. L'article 4 du décret de compétences des orthophonistes (décret n°2002-721 du 2 mai 2002) stipule que « *la rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de 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* ».

Aujourd'hui, la prévention fait partie intégrante du champ de compétence des orthophonistes et est reconnue par les autres professionnels de santé. Citons Kremer et Léderlé en 2012 : « *L'orthophoniste, auxiliaire du médecin, est habilité, à sa place, avec ses compétences propres à prévenir, à dépister, à évaluer et à rééduquer les troubles de nature pathologique de la voix, de la parole et du langage oral et écrit* ».

Toutefois, la prévention en orthophonie reste un domaine peu exploré, malgré la loi de santé de 2016 préconisant un renforcement de la prévention (Loi de 2016 de modernisation de notre système de santé).

### **3.2. A travers la classification de l'OMS**

Le Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'U.E (CPLOL), cité par l'Association Pour la Prévention en Orthophonie du Rhône APPOR, propose une classification de la prévention en orthophonie à travers les trois stades de prévention énoncés par l'OMS.

La prévention primaire concerne l'information et l'éducation. Il s'agit de former les individus jouant un rôle auprès d'une population, notamment les professionnels de santé et la famille. Les documents d'informations cherchent à sensibiliser le maximum de personnes sur un sujet donné. Par exemple, des informations sur le développement du langage oral et sur les troubles langagiers sont accessibles au grand public. Dans ce cas, l'objectif est d'inciter l'entourage de l'enfant à mettre en place un environnement favorisant « *son développement social, langagier et affectif, un environnement favorisant la communication et l'apprentissage langagier dans une atmosphère de respect et de partage* » (Denni-Krichel, 2001).

La prévention secondaire renvoie essentiellement au repérage et au dépistage précoce. Ces actions ne sont possibles que si la population et/ou les professionnels ont été informés et formés. Elles font donc suite à la prévention primaire. Des outils de repérage ont été mis en place par des orthophonistes et certains sont utilisables par d'autres professionnels de santé (Denni-Krichel, 2001). Ce niveau de prévention renvoie également aux stratégies mises en place pour pallier les premières difficultés et éviter leur aggravation. (Campolini, 2006). Le dépistage peut s'effectuer dans un cadre administratif (collectivité territoriale, institutions) ou dans des services de prévention (santé scolaire, Protection maternelle ou infantile) (Kremer, Lederlé, 2012).

La prévention tertiaire correspond au domaine des soins, « *pratique habituelle et reconnue* » (Kremer, Lederlé, 2012) de l'orthophonie. Il concerne les techniques de rééducation et l'approche écologique pour une « *bonne réinsertion scolaire, familiale, professionnelle, sociale et culturelle du sujet* » (CPLLOL, cité par APPOR). La prise en charge précoce est un axe important de la prévention tertiaire (Antheunis, Ercolani-Bertrand, Roy, 2007). Elle permet notamment de corriger ou atténuer des difficultés présentes pour éviter que d'autres apparaissent, comme des troubles comportementaux (Campolini, 2006).

### **3.3. Prévention à différentes échelles**

Les actions de prévention en orthophonie s'adressent à toute la population et concernent l'ensemble des domaines pris en charge par les orthophonistes. Elles se présentent sous de multiples formes (site Internet, publication, affiche, ouvrage, action lors journées nationales, rencontre avec la population...) et à différentes échelles.

Les directives ministérielles permettent la mise en place de nombreuses actions de prévention au niveau national. L'initiative peut également provenir de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) qui possède une commission Prévention (d'après l'Observatoire National de Démographie des Professions de Santé, 2011). Afin d'être efficaces, ces actions se doivent d'être régulières ou d'être mises en place lors de journées nationales dont les dates sont clairement définies.

Au niveau local, les associations régionales et départementales de prévention en orthophonie prennent le relais. Selon la FNO, plus de quarante associations de prévention composées d'orthophonistes reprennent les actions élaborées au niveau national. Ces associations sont plus accessibles et disponibles pour se rendre auprès des intervenants locaux. Elles peuvent mettre en place leurs propres actions, notamment des groupes d'informations et de conseils auprès des populations ou d'autres associations. Par exemple, l'Association de Prévention en Orthophonie de la Vienne (Les Orthos Vienne(ent)) a participé à l'action Un bébé-un livre afin d'informer les parents sur l'importance du livre dès le plus jeune âge.

Chaque orthophoniste, en libéral ou en salariat, fait de la prévention au niveau individuel. L'orthophoniste est amené à transmettre des informations ou des conseils auprès du patient de son entourage et des professionnels de santé. Ces actions sont dites préventives et font partie du champ d'intervention de l'orthophoniste.

### III – OUTILS DE PREVENTION ET LANGAGE

---

En 2001, un plan d'action (Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage) est mis en place, à la suite des rapports de F. Veber et J.C Ringard remis aux ministres de l'Education Nationale et de la Santé, afin de favoriser la maîtrise du langage oral et écrit chez tous les enfants. Ce plan d'action recommande la mise en place d'interventions préventives pour lutter contre les conséquences d'une difficulté d'acquisition du langage oral ou écrit.

#### 1. Principes de prévention dans le domaine du langage

Actuellement, le domaine du langage oral est pourvu d'un grand nombre d'actions de prévention : sites Internet : info-langage.org, Association de prévention en orthophonie, livrets d'information : livret *Objectif Langage* ou encore des interventions : *Un bébé, un livre ; La main dans le sac*. A l'inverse, il n'existe aujourd'hui que peu de support de prévention dans l'acquisition du langage écrit. Compte-tenu des enjeux de la lecture, une prévention dans ce domaine apparaît essentielle. Dans le *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage* (2001), la prévention de ces deux domaines semble suivre les mêmes principes d'action.

##### 1.1. Précocité de l'intervention

L'Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Evaluation en Orthophonie (UNADREO) préconise une intervention préventive le plus précoce possible dans le cadre des difficultés langagières. Partagée par l'ensemble des professionnels de santé, cette volonté d'agir tôt correspond également à une orientation gouvernementale (Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage, 2001).

La prévention semble plus efficace lorsqu'elle est réalisée précocement. L'article de Caroline Masson (2014) tend à montrer le rôle d'une prévention et d'un repérage précoces dans le cas de troubles du langage et affirme que « *des études menées sur les interventions précoces concluent à une certaine efficacité des dispositifs* ».

Osofsky et Thompson (2000) affirment que les actions préventives précoces présentent des résultats positifs à court et long terme, à la fois sur les enfants et leur famille. St-Pierre, Dalpé, Lefebvre et C. Giroux (2010) soulignent également la nécessité « *d'agir le plus tôt possible dans la vie d'un jeune afin d'avoir un impact optimal sur son évolution* ».

Le Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage (2001) suggère des « *pratiques de dépistage* » précoces des troubles du langage écrit, dès 3-4 ans, « *afin de promouvoir une véritable prévention des troubles du langage écrit* », comme déjà développées dans certains services de P.M.I.

## **1.2. Information/Communication**

Transmettre des informations sur le développement du langage, les signes d'alerte, les conséquences probables d'une difficulté langagière et les réponses possibles est au cœur des actions de prévention de l'acquisition de la langue orale et écrite. Il s'agit du type d'action le plus répandu dans ce domaine, via plusieurs canaux de diffusion : livrets d'information, rencontres entre professionnels et familles ou encore sites internet. Afin d'accompagner au mieux l'enfant dans son développement, la majorité des actions préventives consiste à former les adultes entourant l'enfant au quotidien (Dunst, 2007).

Certains livrets d'informations sur les difficultés en langage écrit sont proposés. Généralement ils définissent les troubles et fournissent des indications sur les personnes à contacter ou des sites ressources : Les troubles du langage écrit – Guide pratique élaboré par les Membres du groupe Handiscol des Hautes-Pyrénées ; Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de 5 ans de la Société Française de Pédiatrie, avril 2009. Au Canada, le gouvernement de l'Ontario propose plusieurs brochures dans le cadre de la prévention en langage écrit. Ces documents délivrent informations et conseils pour permettre aux parents d'accompagner leur enfant dans l'acquisition de la lecture et ce dès la maternelle : ABC123 – 10 façons de faire de la lecture un jeu ; La trousse d'outils pour parents ; Pour aider votre enfant en lecture et en écriture – Guide à l'intention des parents.

« *Mieux informer* » fait partie d'un des cinq axes prioritaires mis en avant par le Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage (2001). Cet axe concentre également le plus grand nombre d'actions à mettre en place, preuve de son importance au sein

d'une prévention de difficultés langagières. F. Veber et J.C Ringard (2001) proposent l'élaboration d'un « *plan de communication vis-à-vis du public et des professionnels éducatifs, sanitaires et sociaux sur l'existence de ces troubles, leur prévalence, les indicateurs et les outils permettant de les repérer, ainsi que sur les possibilités de prise en charge* ». Il s'agit d'une communication multiple : à la fois générale pour sensibiliser le grand public, mais fournissant également des informations spécifiques à destination des familles et des professionnels autour de l'enfant. Plus récemment, Masson (2014) souligne que l'intervention préventive consiste par « *un travail d'information en direction des professionnels* ».

### **1.3. En coopération avec l'environnement de l'enfant**

Accompagner les enfants avec des difficultés langagières, tant sur le plan éducatif que sanitaire est « *désormais l'affaire de tous les professionnels en contact avec les enfants et leurs familles* » (déclaration Dominique Gillot secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, lors de la présentation du rapport Ringard, 2000). La prévention des difficultés langagières ne peut s'effectuer sans associer l'environnement gravitant autour de l'enfant. D'après Osofky et Thompson (2000), une approche préventive avec divers niveaux d'intervention, individuel, familial et environnemental, obtient de meilleurs résultats. Cette conception de la prévention renvoie à l'approche systémique, prenant en compte l'individu et son environnement. Développée dans les années 1950, sous l'impulsion de Gregory Bateson et Paul Watzlawick au sein de l'Ecole de Palo Alto, la systémique est une approche globale qui considère l'individu au sein d'un ensemble de "systèmes" : familial, scolaire/professionnel, social. Elle s'intéresse à la communication et aux interactions entre les différents systèmes car l'individu est influencé par ces systèmes. Ainsi, en agissant sur un système ou sur l'interaction entre ce système et l'individu, il est possible de venir en aide à ce dernier. Cette notion est également présente dans le cadre de la prévention du langage par les conseils donnés aux parents pour interagir avec leur enfant, par exemple dans le livret *Objectif Langage* conçu par syndicat des orthophonistes de Meurthe et Moselle.

En tant que « *premiers éducateurs de leurs enfants* » (avant-propos La trousse d'outils, Ontario), les parents sont à intégrer aux actions de prévention. Ils permettent d'obtenir des informations précises sur l'enfant, ses acquis et ses difficultés à travers des questionnaires, comme le questionnaire Langage et comportement de Chevré et Muller pour le langage oral).

La prévention cherche à donner des outils aux parents pour leur permettre d'accompagner leur enfant à travers ses difficultés. Cela permet « *une vigilance et un ajustement de l'action pédagogique au quotidien* » (Extrait de la circulaire interministérielle 2002-024 du 31 janvier 2002) afin de limiter les « *conséquences dommageables sur [le] développement personnel et scolaire* » (Extrait de la circulaire interministérielle 2002-024 du 31 janvier 2002)

## **2. Buts d'une prévention dans le domaine du langage**

La prévention cherche à limiter l'impact d'une difficulté langagière sur la « *santé des enfants et des jeunes* » (Gillot, 2000).

### **2.1. Poursuite des apprentissages scolaires**

Maîtriser la langue écrite est au cœur des apprentissages scolaires (D. Bessonat, 1998), elle constitue « *un enjeu central de toute scolarité* » (extrait de la circulaire interministérielle 2002-024 du 31 janvier 2002).

Des difficultés dans son acquisition peuvent être à l'origine de difficultés scolaires (Mazeau, 2014). Prévenir les difficultés en langage écrit nécessite « *un travail quotidien de prévention [...] à l'école* » (Bosse, 2004a), notamment grâce à des aménagements pédagogiques. La prévention « *s'inscrit dans le cadre des obligations professionnelles du maître* » (B.O. abrogé de 2002) et renvoie à la prise de mesures au sein de la classe visant « *à éviter l'apparition d'une difficulté, son installation ou son amplification* » (B.O. 2002 abrogé), soit des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Les instituteurs effectuent un « *travail de prévention systématique, principalement par la pratique d'une différenciation pédagogique* » (Extrait de la Circulaire n°2009-088 du 17/07/2009). La différenciation pédagogique suppose de tenir compte « *des forces, du rythme et des besoins de chaque élève* » (Les difficultés d'apprentissage à l'école – Cadre de référence pour guider l'intervention, 2003). Ainsi, elle favorise la poursuite des apprentissages et est susceptible de diminuer le risque de décrochage scolaire (Les difficultés d'apprentissage à l'école – Cadre de référence pour guider l'intervention, 2003).

## 2.2. Poursuite du développement de l'enfant

Le domaine scolaire n'est pas le seul impacté par des difficultés langagières. On observe « *très souvent des retards cumulés et des déficits qui vont bien au-delà des apprentissages scolaires* » (Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage, 2001). Des difficultés langagières sont susceptibles « *d'induire des conséquences importantes sur [le] développement psychoaffectif et scolaire* » (L. Vallee & G. Dellatolas, 2005). La revue *Actualité et dossier en santé publique, Adsp, n°26* (1999) du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) présente l'ampleur du problème à travers un "cercle vicieux des apprentissages" (cf. figure 1). Ce schéma affirme qu'un trouble d'apprentissage en lecture est susceptible d'engendrer en cascade un échec scolaire, un trouble de la personnalité, une dévalorisation du moi, des conflits avec l'environnement, un complexe d'échec et des troubles de la scolarisation.

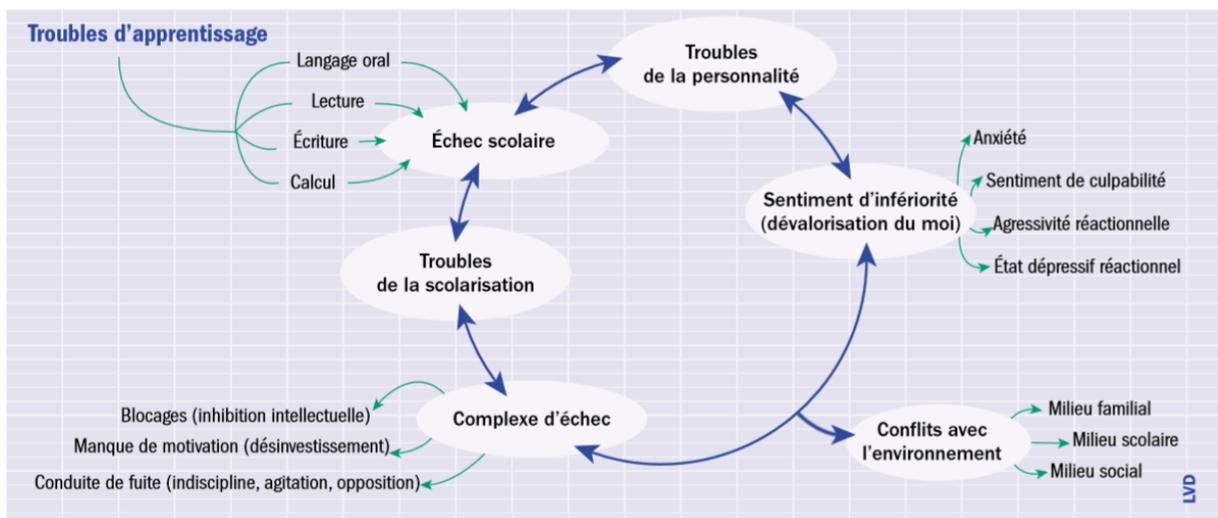


Figure 1. Le cercle vicieux des troubles des apprentissages (Adsp n°26, 1999)

Un problème langagier participe à l'échec scolaire et peut altérer l'estime de soi et la communication, « *entravant ainsi l'intégration familiale, scolaire et sociale* » (Adsp n°26, mars 1999).

Plus récemment, Roselyne Guilloux (2009) a présenté une idée similaire sous la forme d'un « *effet domino* ». Lorsque le "domino scolaire" est atteint, il peut entraîner le "domino psycho-affectif", soit la confiance et l'estime de soi, puis le "domino familial" et le "domino psycho-relationnel" mettant à mal les relations avec la famille et les pairs.

Ainsi, la prévention cherche, le plus amont possible, à briser cet engrenage en redonnant à l'enfant et à sa famille des aménagements pour compenser la difficulté langagière et en limiter son impact négatif.

### **2.3. Meilleur investissement et coopération des familles**

Informé et sensibilisé via la prévention permet que les troubles langagiers « *soient socialement mieux connus, acceptés et donc plus facilement repérés et pris en charge* » (Gillot, 2000). Cette volonté de reconnaissance « *des difficultés rencontrées par les enfants porteurs de déficiences du langage [peuvent] conduire à de véritables situations de handicap* » est font partie des préoccupations du Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage (2001). En plus de faciliter l'intégration sociale et familiale des individus avec difficultés langagières, une meilleure connaissance de ces difficultés et de leurs répercussions par le grand public et les professionnels éducatifs et sanitaires permet un accompagnement plus efficace. Par un repérage et une prise en charge préventive plus rapide, l'accompagnement de l'enfant est adapté et permet de mettre en place les adaptations nécessaires précocement (Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages de la Haute Autorité de Santé, HAS, 2017). L'impact de la difficulté langagière sur la vie sociale et professionnelle est alors minimisé : « *Ces conséquences peuvent être prévenues ou atténuées par une prise en charge précoce et adaptée* » (Site HAS).

Une étude de Lambert, Colé et Rey (2006) émet l'hypothèse qu'une prise en charge plus globale, avec si nécessaire un accompagnement parental, obtiendrait des résultats plus importants. Les résultats de l'étude suggèrent que l'efficacité d'une prise en charge ne dépendrait pas uniquement de la technique de remédiation employée, mais également des croyances familiales. L'investissement parental, fortement dépendant de la représentation du trouble, serait un « *facteur essentiel de progrès significatifs* » (Lambert & al., 2006). Ainsi, cette même étude met en avant l'intérêt d'entretiens avec les parents pour les aider à « *modifier certaines interactions avec l'enfant et qu'ils se mobilisent davantage dans la prise en charge* » (Lambert & al., 2006). Une meilleure connaissance des troubles et de leur impact aurait pour conséquence un investissement parental plus important dans la prise en charge de leur enfant.

Une prévention orientée sur les difficultés d'acquisition du langage pourrait donc permettre une meilleure adhésion au soin et une meilleure coopération de l'enfant et de sa famille grâce à une compréhension de l'intérêt d'agir précocement et au quotidien. En conséquence, si l'enfant nécessite une prise en charge orthophonique, il est probable que celle-ci soit plus efficace et plus rapide que pour un autre enfant dont la famille n'a pas bénéficié de prévention.

## IV – NOTRE ACTION DE PREVENTION

---

Les difficultés en langage écrit constituent une part importante des demandes en orthophonie. Il s'agit de la première pathologie traitée par les orthophonistes, elle correspond environ à un tiers de leur temps de travail hebdomadaire (Le Feuvre, 2007 cité par Woollven, 2015). En Vienne, les orthophonistes libéraux sont débordés et leur liste d'attente s'allonge constamment. Les patients avec des difficultés de lecture sont donc contraints d'attendre entre 6 et 18 mois avant d'être pris en charge. Or la lecture est un apprentissage fondamental dans la vie d'un individu. Cette compétence, considérée comme un déterminant de santé, se révèle essentielle aux niveaux scolaire, professionnel et personnel (Gaussel, 2015).

Devant ce constat, nous proposons, en association avec le Centre de Santé des Trois Cités, la mise en place d'une action de prévention autour de l'acquisition de la lecture. Notre intervention a d'autant plus de sens au sein des Trois Cités car il s'agit d'un quartier dont la population est davantage susceptible de présenter des difficultés en lecture. Les compétences de lecture ne sont pas que le résultat de facteurs intrinsèques à l'enfant. Son environnement influence également son apprentissage. Sylviane Valdois (2003) orthophoniste, neuropsychologue et chargée de recherches au CNRS, affirme que « *les enfants de milieu socio-culturel défavorisé risquent davantage de prendre du retard dans l'apprentissage de la lecture que les enfants de milieux plus favorisés* ».

### 1. Population

Cette action est destinée aux familles dont l'enfant, scolarisé en cycle 2, présente des difficultés à acquérir la lecture et qui n'ont pas encore accès à un soin orthophonique.

Les enfants dont les difficultés actuelles sont secondaires à un trouble ou un handicap associé n'ont pas été retenus pour participer, la lecture n'étant pas au centre de la problématique.

Afin de recruter les participants, nous avons diffusé l'information via le syndicat des orthophonistes de la Vienne, ainsi qu'au réseau Projet de Réussite Scolaire, afin qu'ils puissent réorienter les familles sur liste d'attente vers notre action. Les familles sont donc déjà

en demande de soins lorsque nous les rencontrons, à la suite de leurs propres inquiétudes ou celles du corps enseignant.

## **2. Objectifs**

Nous souhaitons diffuser un message à portée pédagogique pour aider les familles en attente d'un bilan orthophonique. Cet entretien de prévention a pour but de répondre aux interrogations de la famille, de les informer et de les conseiller sur les difficultés de langage et les aménagements possibles à mettre en place au quotidien pour aider leur enfant.

A court et moyen terme, nos objectifs sont d'informer les parents afin qu'ils puissent accompagner leur enfant à développer les aptitudes sous-tendant la lecture. Cela permettrait de faciliter l'acquisition de la lecture et l'enfant pourrait poursuivre ses apprentissages.

A long terme, grâce au transfert d'informations et à la stimulation des aptitudes liées à l'acte de lire, nous espérons un gain de temps et un meilleur investissement des parents lors d'une future prise en charge orthophonique.

## **3. Déroulé de l'action**

Notre intervention consiste en un entretien, d'environ une heure, uniquement avec les parents, afin d'aborder ensemble les difficultés de l'enfant et de tenter d'y trouver des solutions. Afin de laisser le parent totalement acteur et parce que nous ne réalisons pas de bilan orthophonique, la présence de l'enfant n'est pas souhaitée lors de l'entretien.

Une rencontre individuelle nous permet d'appréhender le plus précisément possible l'environnement de l'enfant, ses compétences et ses points faibles. Ainsi, nous pouvons adapter au mieux notre réponse et proposer des solutions personnalisées.

Inclure la famille dans la prise en charge des difficultés de leur enfant nous paraît essentiel. C'est au sein de cet environnement, et avec lui, que commence et se poursuit la découverte de la lecture. Cette approche renvoie au modèle écologique qui permet une action sur l'individu, son environnement et leurs interactions pour influencer la poursuite du développement de l'enfant (Bronfenbrenner, 1979, cité par Absil, G, Vandoorne, C. & Demarteau, M., 2012.).

En fonction du profil de l'enfant nous proposons des activités adaptées : travail de la motricité visuelle, de la motricité globale, des capacités mnésiques ou encore de l'attention et de la mémoire de travail.

Certains prérequis à la lecture peuvent également être abordés au quotidien : connaissance du nom des lettres, enrichissement du langage oral, discrimination auditive ou encore confrontation régulière à l'écrit.

L'entretien de prévention se décompose en quatre temps : une présentation du projet, une anamnèse orientée autour du langage écrit, une présentation d'activités et de conseils et un moment de questions ouvertes ou de remarques si nécessaire.

### **3.1. Présentation du projet**

Dans un premier temps, le parent exprime ses attentes et ce qu'il sait de notre action. Nous pouvons ensuite lui préciser les raisons de notre entretien et quels en sont le déroulé et les objectifs. Il est important de rappeler qu'il ne s'agit en aucun cas d'un bilan ou d'une rééducation orthophonique.

Au cours de cet entretien, et en fonction du profil de leur enfant, nous leur conseillons des activités et adaptations pour le quotidien. Il s'agit d'un unique rendez-vous, mais nous laissons tout de même la possibilité aux parents de nous recontacter en cas de questionnements. Nous leur expliquons également que dans cette démarche, leur investissement est essentiel pour pouvoir espérer une évolution positive de la lecture de leur enfant.

### **3.2. Anamnèse**

Sous la forme d'un échange semi-directionnel, l'anamnèse nous permet, comme dans tout rendez-vous orthophonique, de retracer le parcours de l'enfant et sa situation actuelle.

Nous demandons d'abord des informations générales sur l'enfant : prénom, âge, parcours scolaire, antécédents médicaux et paramédicaux (hospitalisations, suivis, bilan ORL et ophtalmologique), activités extra-scolaires. Puis le parent peut exprimer la plainte : quelles

sont les difficultés en lecture et de qui vient-elle ? Que pense l'enfant lui-même de sa lecture ? Est-il en souffrance ?

Si la plainte provient de l'école, il est intéressant de savoir ce qu'en pensent les parents et s'ils sont en accord avec les inquiétudes de l'enseignant.

Nous demandons au parent quels liens entretient l'enfant avec la lecture et l'écriture : confronté à l'écrit, plaisir à lire et écrire, difficultés à écrire, rejet de la lecture.

Le langage oral et la motricité de l'enfant, à la fois dans son développement et dans ses capacités actuelles, sont à questionner. Des difficultés dans ces domaines peuvent être un obstacle à l'acquisition du langage écrit.

Nous nous intéressons également aux habiletés nécessaires à une lecture efficace : capacités visuelles, mnésiques et attentionnelles, à travers des questions sur le quotidien. Par exemple : est-ce que votre enfant saute des lignes en lisant ? Oublie-t-il régulièrement des choses qui lui sont dites ? A-t-il des difficultés pour apprendre ses leçons ou ses poésies ?...

### **3.3. Présentation des activités**

En fonction du profil de l'enfant présenté par le parent, nous proposons des activités ludiques à réaliser au quotidien pour favoriser l'acquisition de la lecture.

Ces activités sont diffusées à la famille sous la forme de fichiers papiers et réparties selon trois domaines :

- Domaine visuel ou « Entraîner les yeux »
- Domaine auditif ou « Entraîner les oreilles »
- Domaine moteur ou « Entraîner la motricité »

Ces fichiers papiers ont été réalisés dans le but d'être accessibles par tous. Il n'y a donc que peu d'écrit, toutes les activités ont été représentées de façon visuelle. Elles ne demandent que peu, voire aucun investissement financier. Nous indiquons également lorsque des supports sont disponibles gratuitement sur internet.

Les activités ne sont pas liées à l'acte de lire, doivent être proposées sous un aspect ludique et ne durer que quelques minutes. L'enfant doit y trouver du plaisir et ne doit pas les associer à un devoir, même s'il nous paraît important qu'il comprenne dans quel but il les fait.

### Domaine visuel

Ce domaine consiste à exercer et renforcer les capacités visuelles, en travaillant la poursuite visuelle, la mémoire visuelle et l'attention visuelle.

Les exercices de poursuite visuelle permettent de renforcer les muscles oculaires et le balayage visuel. Pour cela, nous proposons des jeux de 'points à relier', de labyrinthe, de différence et de 'fils croisés', ainsi qu'une activité où l'enfant doit suivre les mouvements du doigt du parent. A l'exception de cette dernière, toutes ces activités peuvent être réalisées en autonomie, lorsque l'enfant le souhaite.

### Domaine auditif

L'entraînement auditif présente quatre objectifs de travail : la localisation d'un bruit, l'attention auditive, la conscience phonologique et la mémoire auditive.

L'attention et la mémoire auditives sont abordées conjointement à travers des jeux de reconnaissance de mots, de différences et de construction de phrases.

Par exemple :

- Jeu de différences : le parent dit deux phrases en changeant un seul mot.

« Le chat joue dans le jardin. Le chat joue dans le salon. »

- Jeu de construction de phrase : chacun son tour, les joueurs répètent et rajoutent un mot.

« Je vais au zoo et je vois *un lama*.

Je vais au zoo et je vois un lama *et une girafe*.

Je vais au zoo et je vois un lama, une girafe *et un chien* »

La conscience phonologique est appréhendée sous la forme de jeux de rimes : jugement de rimes ou évocation d'une rime à partir d'un mot-cible.

## Domaine moteur

Issu des théories du Dr. Mesker, neurologue et professeur au Pays-Bas, et présenté dans *La dyslexie, un vrai défi !* de Marijke van Vuure, nous proposons aux familles de faire du tableau de Mesker régulièrement. Le tableau de Mesker consiste à faire des mouvements similaires avec les deux mains en même temps sur des tableaux verticaux. Cette activité permet de stimuler les deux hémisphères du cerveau pour qu'ils travaillent ensemble. D'après Mesker et M. Marijke van Vuure, cela serait profitable pour le travail de la motricité fine, le graphisme, la latéralité et la lecture. Dans le même esprit, nous proposons des figures (rond, carré, guirlande) à réaliser avec les deux mains en même temps mais sur un plan horizontal.

Ces activités nous ont paru pertinentes car, en plus de servir à la lecture, elles redonnent un aspect plaisant à l'acte d'écrire.

Nous avons également inclus une activité de dessin en miroir. Ce support ludique peut être un moment plaisant à partager, en dehors des devoirs ou des actes du quotidien. Chacun leur tour, les joueurs dessinent une forme que l'autre doit reproduire en miroir, le long d'une ligne. Cela permet de comprendre l'effet miroir de certaines lettres et d'aborder les notions spatiales du haut/bas et droite/gauche. En outre, dessiner développe également la motricité fine nécessaire au graphisme.

Il est important de dire aux parents que ces activités ne constituent pas un programme à suivre. Il n'est pas opportun d'enchaîner les activités les unes après les autres, il vaut mieux piocher dans les différents domaines en fonction de ce qui plaît à l'enfant et de ses difficultés. S'organiser pour mettre ces nouvelles habitudes en place au quotidien peut être difficile. C'est pourquoi nous proposons également au parent un support pour créer comme un contrat avec l'enfant et le motiver. Notre support consiste en une fleur à sept pétales, un pour chaque jour. Après avoir expliqué les raisons de ces exercices à l'enfant, le parent et l'enfant inscrivent sur chaque pétale un défi à réaliser pour une journée : "Pas de télé ce soir" ; "10min de tableau de Mesker" ; ou encore "Lire une histoire avant de se coucher".

En parallèle du support et des activités données sur papier, nous conseillons les parents sur les aménagements qui pourraient aider au quotidien, par exemple la réalisation des devoirs ou la diminution du temps d'écran. D'autres jeux pertinents peuvent également être présentés : lotos sonores, jeux de langage oral, jeux d'écriture...

#### **4. Evaluation**

L'évaluation de notre action s'effectue à deux moments : au moment de l'entretien et à distance de celui-ci.

Lors de notre rencontre, nous évaluons de manière subjective leur intérêt pour ce que leur présentons. Nous leur demandons également s'ils ont des remarques à faire ou des questionnements en suspens.

A distance, nous organisons un entretien téléphonique avec les familles pour prendre note des évolutions et de leurs remarques. Il leur est d'abord demandé si la lecture de leur enfant s'est améliorée et s'ils ont pu avoir un rendez-vous orthophonique. Ensuite, nous les interrogeons sur la mise en place des activités ou des adaptations après l'entretien. Si cela a été possible, nous les questionnons de façon plus précise sur la durée, la fréquence, comment cela a été accepté par l'enfant, ce qu'il a préféré ou le moins aimé. Si ce n'est pas le cas, nous tentons de déterminer avec eux ce qui a posé un problème : support peu attractif, motivation de l'enfant, difficulté d'organisation au quotidien.

Enfin, nous les questionnons sur l'action en elle-même, son déroulé et son intérêt. A-t-elle pu les aider avec leur enfant ? Si ce n'est pas le cas, nous cherchons ce qui a pu manquer pour être plus adapté (plus d'informations, plus de clés, plus de suivi au long terme ?)

#### **5. Résultats**

Du fait de rendez-vous non honorés, six familles sur les seize intéressées n'ont pas participé à notre action. Sur les dix familles rencontrées, six d'entre elles nous ont fait un retour concernant leur expérience.

Toutes les familles paraissaient motivées et réceptives aux messages transmis lors de l'entretien. Certaines réussissaient à se projeter en imaginant quelles activités pourrait faire leur enfant, et quel moment serait le plus propice. Les parents se laissaient le droit de dire que certaines activités seraient difficiles à mettre en place ou qu'ils ne pourraient pas faire cela tous les jours. Cette liberté de parole nous paraît intéressante car elle montre que les parents ne se sont pas sentis jugés et ont pu parler librement lors de notre rencontre.

L'intérêt de changer certaines habitudes de vie, notamment la réalisation des devoirs et le temps d'écran semblait être compris.

Pendant les entretiens, les parents ont mis en avant leur incompréhension face à la difficulté à rencontrer un orthophoniste. Actuellement, ils ne savent pas comment aider leur enfant et aucun professionnel n'est disponible pour les recevoir et les conseiller. Huit parents ont souligné l'absence de réponse des orthophonistes à leurs appels.

Une famille se distingue particulièrement des autres participants par la mise en place et le maintien des activités sur plusieurs semaines, même si leur réalisation est irrégulière en fonction des envies de l'enfant et des impératifs du quotidien. Cet enfant a su se saisir des activités proposées en choisissant celles qu'il voulait réaliser avec ses sœurs. D'après les parents, il semble avoir compris l'intérêt de ces activités et ne les considère pas comme des exercices en plus de ses devoirs.

Pour les autres participants, l'instauration des activités dans le quotidien a été plus difficile. Même en expliquant les tenants et les aboutissants de notre action, bien souvent, l'enfant était peu motivé, voire refusait totalement les activités proposées par ses parents. Ce rejet a pu être source de conflits au sein de la famille. Ne souhaitant pas davantage de tensions, les parents ont choisi de ne plus insister auprès de leur enfant pour qu'il les réalise. En revanche, ils ont décidé de conserver les fichiers récapitulatifs pour les lui représenter lorsqu'il sera plus détendu, notamment pendant les vacances d'été.

Dans une autre famille, les activités ont complètement été abandonnées lorsque l'enfant a été diagnostiqué haut potentiel et qu'une prise en charge psychologique a été entreprise. A cet instant, les difficultés de lecture n'étaient plus la priorité de la famille.

Des divergences d'opinions entre les parents peuvent entraver le déroulé de la prévention. Parmi nos participants, deux parents ne partagent pas le même point de vue sur la lecture de leur enfant : l'un est inquiet tandis que l'autre estime que savoir lire n'est pas essentiel. Actuellement, ils sont séparés et se partagent la garde de l'enfant de façon inégale. Le parent, que nous avons rencontré, préoccupé par le niveau de lecture, n'accueille son enfant qu'un week-end sur deux et la moitié des vacances. Cette organisation a permis d'instaurer des activités seulement sur ces périodes, mais pas au quotidien. En outre, il ne semble pas que le

temps d'écran ait diminué ou que l'enfant soit davantage confronté à l'écrit chez le second parent.

Globalement, les résultats montrent une difficulté à instaurer et maintenir sur du long terme la réalisation des activités ludiques évoquées lors des entretiens. En revanche, le message sur les habitudes de vie a été plus facile à mettre en place. Les parents relèvent une diminution du temps d'écran, davantage de lecture avec leur enfant et une réalisation des devoirs plus apaisée (baisse des devoirs avec l'accord de l'instituteur, moins d'attente de la part du parent, plus d'aide accordée à l'enfant ou encore réalisation des devoirs avec une autre personne). Certaines familles se sont également tournées vers les livres audio car ils n'étaient pas toujours disponibles ou capables de lire avec leur enfant.

L'objectif de conseiller et d'informer les parents afin de les aider à accompagner leur enfant est réussi, bien qu'on ne puisse pas quantifier les effets sur le niveau de lecture ou l'investissement dans une future prise en charge orthophonique. Les parents semblent satisfaits d'avoir participé à cette prévention. En plus des informations recueillies, cela leur a permis de devenir acteur face aux difficultés de leur enfant, et de ne plus seulement subir le délai d'attente.

## DISCUSSION

---

Les appréciations positives des parents sur notre intervention confirment l'intérêt d'une rencontre de prévention avec les familles en attente de soins. Néanmoins, le faible nombre de participants et la subjectivité de nos résultats ne nous permettent pas de valider le protocole de notre action de prévention. Mettre en place une intervention de prévention pour ces familles est donc pertinent, mais son format reste à préciser pour être le plus efficace possible.

Il pourrait être intéressant de le modifier, tout en veillant à ne pas effectuer de suivi orthophonique, c'est-à-dire sans que l'enfant ne soit considéré comme un patient. Il est envisageable, par exemple, d'augmenter le nombre de rendez-vous avec la famille afin de s'ajuster au mieux à leurs besoins. Mais il sera important de conserver une posture de prévention : ne pas proposer de technique de rééducation, mais uniquement des informations et des conseils,

A la suite des entretiens et des remarques des parents, nous avons relevé qu'il existe un décalage entre leurs attentes et nos intentions. Ils sont en recherche d'un soin orthophonique ciblé sur l'enfant, tandis que nous leur proposons une intervention préventive axée sur l'environnement de l'enfant. Notre objectif n'est pas de rééduquer, mais de donner aux parents les clés pour adapter au mieux le quotidien de l'enfant en attendant un bilan orthophonique.

Deux raisons principales permettent d'expliquer le peu d'activités introduites dans le quotidien des familles. La première est que les enfants étaient peu motivés pour les réaliser. Perçues comme un devoir supplémentaire lié à leurs difficultés de lecture, les enfants ne souhaitent pas prendre du temps pour effectuer ces activités et se sont donc opposés aux directives de leurs parents. Cette perception des activités n'est pas celle que nous souhaitons transmettre lors des entretiens. Nous avons d'ailleurs précisé à plusieurs reprises que ces activités ne devaient pas être présentées comme des exercices. Compte-tenu des résultats, nous devons nous questionner sur la clarté de nos propos, sur ce qui a été compris par les parents, ainsi que sur le message qu'ils ont finalement transmis à leur enfant. Il pourrait être

pertinent de proposer aux parents un exemple de présentation et d'explications qu'ils pourront donner à leur enfant.

Nous pouvons également noter que le support proposé pendant l'entretien pour rendre la mise en place des activités plus ludique, à savoir une fleur à sept pétales, avec un pétale représentant une activité par jour, n'a pas permis de motiver davantage les enfants. Il serait intéressant de retravailler cet outil pour le rendre plus attractif auprès des enfants, ou d'inciter les parents à le créer avec leur enfant.

Pour éviter cette situation de rejet, les parents auraient souhaité que nous rencontrions leur enfant pour lui présenter le projet. Ils estiment que l'intervention d'une tierce personne pour expliquer l'intérêt de ces activités aurait été facilitatrice pour leur mise en place, car venant d'eux, cela n'a pas porté ses fruits. Cette question de la motivation de l'enfant est un point à étudier car il est déterminant dans la réussite de l'action de prévention. Expliquer directement à l'enfant notre action pourrait être une solution, mais nous avons choisi de ne pas le recevoir afin de rester exclusivement dans le cadre de la prévention. L'enfant fait partie de la population cible de notre intervention préventive, en le rencontrant, il perd ce statut et devient un patient, ce qui correspond davantage à une prise en charge rééducative.

L'aspect motivationnel est également valable du côté des parents. Il est nécessaire que l'ensemble de la famille soit d'accord pour entreprendre des modifications dans la vie de tous les jours. Si un des parents n'y voit pas d'intérêt, comme ce fut le cas pour l'une des familles participantes, il y a peu de chances que ces changements durent sur du long terme.

Même si les difficultés de langage écrit restent prégnantes dans le quotidien de l'enfant, elles sont susceptibles de passer au second plan en raison de nouvelles priorités familiales. Ces événements constituent la deuxième raison au peu d'activités introduites. Il peut s'agir de priorités à propos de l'enfant, par exemple l'engagement d'un suivi avec un professionnel, ou bien concernant l'équilibre familial (séparation des parents, déménagement).

Au cours des entretiens, malgré le cadre de notre protocole, un parent est venu accompagné de son fils. Cette rencontre a permis de mettre en évidence un biais important à la réussite de notre action : le décalage entre la plainte en langage écrit et la réalité de la situation. Les difficultés ne sont pas toujours purement situées au niveau du langage écrit, mais elles

s'expriment et sont repérées à ce niveau. Dans notre cas, ce jeune garçon présentait une hypotonie globale de la sphère oro-faciale avec une respiration buccale et des difficultés importantes au niveau du langage oral. Cela remet en question la pertinence de notre action sur le travail des aptitudes associées à la lecture alors même qu'une compétence socle, ici le langage oral, n'est pas suffisamment consolidée. Il est essentiel d'informer les familles que ces difficultés, pouvant passer inaperçues ou leur paraître anodines, impactent l'acquisition du langage écrit. La problématique sous-jacente aux difficultés de lecture peut concerner un autre domaine (langage oral, attention, haut potentiel) sur lequel il faut se pencher avant de pouvoir améliorer le langage écrit.

Une rencontre avec l'enfant permettrait d'aborder sa problématique – ici, l'acquisition de la lecture-, tout en ayant un regard professionnel permettant d'affiner l'origine des difficultés, et donc de conseiller au mieux la famille (réorientation vers un autre professionnel, informations sur le domaine concerné).

La diffusion au grand public d'informations claires sur le langage écrit, les compétences socles pour y accéder et ses aptitudes associées pourrait également être intéressante pour une réattribution de la plainte.

## CONCLUSION

---

Face à la demande de soins croissante en orthophonie, il est important de trouver une solution pour pallier le temps d'attente que subissent les familles, et limiter les conséquences de difficultés en lecture.

Notre action de prévention ne cherche pas à remplacer la prise en charge orthophonique. Son objectif est de permettre aux enfants et à leur famille de différer le soin en évitant que les difficultés actuelles ne soient amplifiées par des problèmes secondaires.

Bien que ses effets ne puissent pas être mesurés objectivement, notre proposition d'entretien a satisfait les familles. Cela a permis aux parents d'exprimer leurs inquiétudes et d'obtenir la réponse d'un professionnel de santé. En outre, ils ont pu devenir actifs dans l'accompagnement de leur enfant, et ne plus seulement être dans l'attente d'un rendez-vous. Néanmoins, les résultats de notre action sont mitigés : si les familles ont pu se saisir du message concernant les écrans ou les devoirs, elles n'ont pas réussi à mettre en place des activités liées à la lecture.

Compte-tenu du délai important entre le moment de la plainte et la première rencontre avec un orthophoniste, il nous paraît nécessaire de poursuivre la réflexion sur la mise en place d'une prévention autour du langage écrit afin d'apporter à ces familles une aide ajustée à leurs besoins. En effet, sur la période de notre action, d'octobre 2018 à avril 2019, aucune des familles dont nous avons eu un retour n'a eu accès à un orthophoniste, soit minimum 7 mois d'attente et une année scolaire écoulée. La création d'une permanence de prévention orthophonique pour informer, conseiller et orienter les familles, quel que soit le domaine orthophonique impliqué, aurait également toute son importance.

Dans le cadre d'un appel à projets, notre action de prévention a permis l'obtention d'une subvention afin de créer une permanence orthophonique au sein du Centre de Santé des Trois Cités. Cette initiative, co-construite avec des orthophonistes de la Vienne, sera, dans un premier temps, dédiée aux jeunes enfants ayant des difficultés en langage oral.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Abc123 (s.d.). *Lisez tous les jours, lisez ensemble, faites de la lecture un jeu.*
- ABSIL, G., VANDOORNE, C. & DEMARTEAU, M. (2012). *Bronfenbrenner, écologie du développement humain. Réflexion et action pour la promotion de la santé.* Liège : APES-ULg.
- ANTHEUNIS, P., ERCOLANI-BERTRAND, F., & ROY, S. (2007). L'accompagnement parental au cœur des objectifs de prévention de l'orthophoniste. In : *Contraste*, N° 26(1), 303-320.
- ASSOCIATION POUR LA PREVENTION EN ORTHOPHONIE DU RHONE (APPOR) (s.d). *Ethique de la prévention en orthophonie : réflexions de l'APPOR.*
- BARBE C., BILA N., DE MEYER H. (2008). La latéralité : le bras droit des apprentissages à l'école maternelle. In : *Productions Méthodologiques et Thématiques en Education*, n°1.
- BANQUE DE DONNEES EN SANTE PUBLIQUE - Glossaire Européen en Santé Publique. (s. d.). <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>
- BEAUME E. (1990a). Des siècles pour découvrir que lire c'est d'abord comprendre. *Communication et Langages*. 83, p 5-19.
- BEAUME E., (1987b). Lecture orale et lecture à voix haute. In : *Communication et Langages*. 72, p.110-112.
- BESSONAT, D. (1998). Maîtrise de la langue et apprentissages disciplinaires : Approches transversales au collège en France. In : *Revue internationale d'éducation de Sèvres*, (19), p. 41-48.
- BOSSE, M.-L. (2004a). Activités et adaptations pédagogiques pour la prévention et la prise en compte de la dyslexie à l'école. In VALDOIS, COLE, & DAVID. *Apprentissage de la lecture et dyslexies développementales : de la théorie à la pratique*, p. 233-258. Marseille : Solal.
- BOSSE, M-L (2005b). De la relation entre acquisition de l'orthographe lexicale et traitement visuo-attentionnel chez l'enfant. In : *Rééducation Orthophonique*, Ortho édition, 222, p. 9-30.
- BOULC'H L., GAUX C. & BOUJON C. (2007). Implication des fonctions exécutives dans le décodage en lecture : étude comparative entre normolecteurs et faibles lecteurs de CE2. In : *Psychologie Française*, 52, p.71-87.
- BOURDILLON, F., BRUCKER, G., TABUTEAU, D. (2007). *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion.
- BOURDILLON, F. (2009). *Traité de prévention*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences.
- BRODEUR M., GOSSELIN C., MERCIER J., LEGAULT F. & VANIER N. (2006). Prévention des difficultés d'apprentissage en lecture : l'effet différencié d'un programme implanté par des enseignantes de maternelle chez leurs élèves. In : *Education et Francophonie*. Volume XXXIV :2.
- BROUSSOULOUX, S., & HOUZELLE-MARCHAL, N. (2006). *Éducation à la santé en milieu scolaire: choisir, élaborer et développer un projet*. Saint-Denis: Éd. INPES.
- Bulletin Officiel du Ministère de l'Éducation Nationale n°2002-21. (2002).
- CAMPOLINI, C. (2006). La Logopédie préventive. *TRACeS de ChanGements*, (178).
- CEBE S., GOIGOUX R. & THOMAZET. (2004). Enseigner la compréhension. Principes didactiques, exemples de tâches et d'activités. In : *Lire écrire, un plaisir retrouvé*. MEN-DESCO.
- CHARDON S-C. (2000). Expérience de soutien en lecture auprès de faibles lecteurs de fin de cycle 3. *Revue Française de Pédagogie*, p. 107-119.
- CHARTIER A-M. (2007). *L'École et la lecture obligatoire*. Paris : Retz.

CHAVES, N., COMBES, C., LARGY, P. & BOSSE (2012). La mémorisation de l'orthographe des mots lus en CM2 : effet du traitement visuel simultané. In : *Année Psychologique*, Centre Henri Pieron/Armand Colin, 112, p. 175-196.

CHEVRIE-MULLER, C., GOUJARD, J., SIMON, A-M. (1994). Questionnaire « Langage et Comportement – 3ans 1/2 ». In : *Les cahiers pratiques d'ANAE*

Collège Universitaire des Enseignants de Santé Publique. (2013). *Santé publique* - ELSEVIER / MASSON - Les référentiels des Collèges

COLTHEART M., RASTLE K., PERRY C., LANGDON R., ZIEGLER J-C. (2001). DRC: A dual route cascaded model of visual word recognition and reading aloud. *Psychological Review*. p 204–256.

Conseil ontarien des directeurs de l'éducation. (s.d.). *La trousse d'outils pour parents*. Ministère de l'éducation de l'Ontario.

CORMIER, P. (2006). Connaissance du nom des lettres chez des enfants francophones de 4, 5 et 6 ans au Nouveau-Brunswick. In : *Education et Francophonie*. Volume XXXIV :2

CRINON, J., LEGROS, D. & MARIN, B. (2002). Ecrire et réécrire au cycle 3 : l'effet des mots clés sur la réécriture, avec et sans assistance informatique. In : *Repères, recherches en didactique du français langue maternelle*, 26-27, p. 187-202.

DECRET N° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste. 2002-721 § (2002).

DEHAENE S. (2007). *Les neurones de la lecture*. Odile Jacob.

DEHONDT N. & HENARD I. (2006). La structuration de l'enfant chez l'enfant. Présentation réalisée à partir de *La psychomotricité au service de l'enfant*, de LE LIEVRE B. & STAES L. Editions De Boeck

DEMONT E. & GOMBERT J-E (2004). L'apprentissage de la lecture : évolution des procédures et apprentissage implicite. *Enfance*, p. 245-257.

DELLATOLAS, L., & VALLEE, G. (2005). *Recommandations sur les outils de Repérage, Dépistage et Diagnostic pour les Enfants atteints d'un Trouble Spécifique du Langage*.

DENNI-KRICHEL, N. (2001). La prévention des troubles du langage : un objectif prioritaire des orthophonistes à l'école. *Enfances Psy*, n°16, p. 150-153.

DE ROBIEN. (2006). *Circulaire « Apprendre à lire »*. Ministère Education Nationale, Enseignement Supérieur, Recherche.

DUNST, C. J. (2007). Early Intervention for Infants and Toddlers with Developmental Disabilities. In J. BLACHER, R.H. HORNER, S.L. ODOM & M.E. SNELL. *Handbook of developmental disabilities* (p. 161-180). New York: The Guilford Press.

EME, E., NANTES, N. & DELLIAUX, C. (2011). Analyse cognitive et linguistique de l'illettrisme : bilan des études et implications pour la formation. In : *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*.

Educa-Santé (s.d.). *Stratégies de prévention des traumatismes*.  
<https://www.educasante.org/connaissances/strategies-de-prevention-des-traumatismes/>

EHRI, L. C. (1998). Grapheme-phoneme knowledge is essential for learning to read words in English. In : J.L. Metsala & L.C Ehri (Eds), *Words recognition in beginning literacy*, p. 3-40. Mahwah, NJ : Erlbaum.

EHRI, L. C. (1987). Learning to Read and Spell Words. In : *Journal of Reading Behavior*, Volume XIX, n°1.

- EHRI, L. C. (2005). *Learning to Read Words: Theory, Findings, and Issues*. Scientific studies of Reading, p. 167-188.
- EUROPE-OMS. (1996). *Rapport sur la santé dans le monde*.
- FAYOL M. (1996). A propos de la compréhension... In : « Regards sur la lecture et ses apprentissages », Observatoire National de la Lecture (ONL).
- FAYOL M., GOMBERT J.E., LECOCQ P., SPRENGER-CHAROLLES I., ZAGAR O. (1992). Psychologie cognitive de la lecture. *Revue Française de Pédagogie*, p. 150-153.
- FAYOL M. & JAFFRE J-P (1999). L'acquisition/apprentissage de l'orthographe. *Revue Française de Pédagogie*, p. 143-164.
- Fédération Nationale des Orthophonistes (s.d.). *Histoire de l'orthophonie et de la FNO*. <https://www.fno.fr/ressources-diverses/histoire-de-lorthophonie/>
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (s.d.). *Les associations de prévention en orthophonie*. <https://www.fno.fr/ressources-diverses/les-associations-de-prevention-en-orthophonie/>
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (s.d.). *Prévention*. <https://www.fno-prevention-orthophonie.fr/>
- FERREIRO, E. & GOMEZ-PALACIO, M. (1988). Lire - Ecrire à l'école. Comment s'y apprennent-ils? Lyon: C.R.D.P.
- FLAJOLET, A. (2008). *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative.
- FOULIN J-N., PACTON S. (2006). La connaissance du nom des lettres : précurseur de l'apprentissage du son des lettres. In : *Education et Francophonie*. Volume XXXIV :2
- GALIFRET-GRANJON N. (1951) Le problème de l'organisation spatiale dans les dyslexies d'évolution. In: *Enfance*, tome 4, n°5, p. 445-479.
- GAUSSEL, M. (2015). *Lire pour apprendre, lire pour comprendre*. Dossier de veille de l'Institut Français de l'Education. Lyon : ENS de Lyon.
- GAUX, C., & DEMONT, E. (1997). Conscience phonologique, syntaxique et lecture. Etude chez les jeunes enfants et les pré-adolescents. In C. Barré de Miniac & B. Lété (Eds). *L'illettrisme. De la prévention chez l'enfant aux stratégies de formation chez l'adulte*. (pp. 203-223). Paris, De Boeck
- GILLOT, D. (2000). Déclaration de Mme Dominique Gillot, secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, sur l'apprentissage du langage et de la lecture, notamment la prise en charge des enfants en échec scolaire, Paris.
- GOMBERT, JE., COLE, P., VALDOIS, S., GOIGOUX, R., MOUSTY, P. & FAYOL, M. (2000). *Enseigner la lecture au cycle 2*. Paris : Nathan Pédagogie.
- GUERNIER M-C (2010). Et pour vous, en quoi la lecture est-elle fondamentale ? In : *Les Cahiers Pédagogiques*. Dossier n°479 "Les apprentissages fondamentaux à l'école primaire".
- GUILLOUX, R. (2009). *L'effet domino : limiter l'enchaînement des difficultés en repérant les troubles spécifiques des apprentissages et en aménageant la pédagogie*. Montréal: Chenelière Education.
- HANDISCOL des Hautes-Pyrénées (s.d.). *Les troubles du langage écrit – Guide pratique*.
- HARRIS M., & COLTHEART M. (1986). *Language Processing in children and adults : an introduction*. London: Routledge et Kegan Paul.
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages*. Les parcours de soins.

- Haute Autorité de Santé - Accueil. <https://www.has-sante.fr/portail/>
- HILLAIRET DE BOISFERON, A., COLE P. & GENTAZ E. (2010). Connaissance du nom et du son des lettres, habiletés métaphonémiques et capacités de décodage en grande section de maternelle. In : *Psychologie Française*. Volume 55, p.91-111.
- HUAU, JOVER & VELAY (2012). Etude de la graphomotricité chez des enfants présentant une dyslexie. Présentation affichée au Colloque Les Troubles du Langage écrit de l'enfance à l'âge adulte ; Toulouse.
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (2011). *Colloque scientifique : Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention ?*
- LAMBERT, V., COLE, P., & REY, Y. (2006). Prise en charge orthophonique des dyslexiques : Influence des représentations familiales. *Pratiques Psychologiques*, 12, p. 365-377.
- LAPOINTE, L. (2003). *Les difficultés d'apprentissage à l'école: cadre de référence pour guider l'intervention*. Québec: Ministère de l'éducation, Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires.
- LEDERLE, E. & KREMER, J.M. (2016). *L'orthophonie en France*. Editions Presses Universitaires de France. Collection Que sais-je ?
- Legifrance. (s.d.). Code de la santé publique.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190526>
- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 § (2016).
- LORTO, V., & MOQUET, M.-J. (2009). *Formation en éducation pour la santé repères méthodologiques et pratiques*. Saint-Denis: INPES.
- LUSSIER, F. (s.d). [https://cenop.ca/troubles-apprentissage/dyslexie/atteinte\\_voie\\_phonologique.php](https://cenop.ca/troubles-apprentissage/dyslexie/atteinte_voie_phonologique.php)
- Maison de la sécurité routière du Var, MSR83. (2007). *Guide méthodologique pour organiser une action*.
- MARCELLI D., COHEN D. (2012). L'enfant et l'école. In : *Enfance et psychopathologie*, chapitre 21, p. 489-534. Editions Elsevier Masson.
- MASNY D. (2003). Le développement de l'écrit en milieu de langue minoritaire: l'apport de la communication orale et des habiletés métalinguistiques. In : *Education et Francophonie*. Volume XXXIV :2
- MASSON, C. (2014). Repérage précoce des retards de langage: enjeux de la prévention et élaboration d'une action autour de l'identification des troubles du langage au sein d'un Centre d'Action Médico Sociale Précoce (CAMSP). In : *Enfance*, p. 171-187. Paris : Universitaires de France.
- MAUROUX (1995). Les mots environnementaux et l'enfant de 4 à 7 ans : lecture et écriture. In : *Revue Française de Pédagogie*, volume 113, p. 31-49.
- MAZEAU, M. (2005). Troubles spécifiques des apprentissages : dyslexies, dysorthographies, dyscalculies. In *Neuropsychologie des troubles des apprentissages*, (pp. 229-255). Paris : Masson.
- MAZEAU, M., & POUHET, A. (2014). *Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant: du développement typique aux dys-* (2e édition). Elsevier Masson.
- MINISTERE DE L'EDUCATION, Gouvernement du Québec (2003). *Les difficultés d'apprentissage à l'école, Cadre de référence pour guider l'intervention*.
- MINISTERE DE L'EDUCATION – ONTARIO. (s.d.). *Pour aider votre enfant en lecture et en écriture - Guide à l'intention des parents*.
- MORAIS J. (1999) *L'art de lire*. Paris : Odile Jacob.

MORTON, J. (1989). An information processing account of reading acquisition. In: Galaburda, D.A. (Ed.), *From Neurons to Reading*. MIT Press.

MORTON, J. & PATTERSON, K. (1980). A new attempt at an interpretation, or an attempt at a new interpretation. In: Coltheart, M., Patterson, K. & Marshall, J. (Eds.), *Deep Dyslexia*. London: Routledge & Kegan Paul, 91-118.

NEGRO I. & GENELO S. (2009). Les prédicteurs en grande section maternelle de la réussite en lecture en fin de première année d'école élémentaire : l'impact du nom des lettres. In : *Bulletin de Psychologie*. Numéro 501, p. 291 à 306.

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (2011). *Etude sur les champs d'interventions des orthophonistes, Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions*.

OMS. Site de l'Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr>

O'REAGAN, K. et LEVY-SCHOEN, A. (1978). Les mouvements des yeux au cours de la lecture. *L'Année psychologique*, 78, p.459-492.

OSOFSKY, J. D., & THOMPSON, M. D. (2000). Adaptive and maladaptive parenting : perspective on risk and protective factors. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels. *Handbook of early childhood intervention* (2ème éd., p. 54-75). New York: Cambridge University Press.

PERETTI-WATEL, P., SEROR, V., DU ROSCOËT, E & BECK, F. (2009). La prévention en question : attitudes à l'égard de la santé, perceptions des messages préventifs et impact des campagnes. In : *Evolutions, Résultats d'études et de recherches en prévention et en éducation pour la santé*, n°18.

PERFETTI, C. LANDI, N. & OAKHILL, J. (2005). The Acquisition of Reading Comprehension Skill. In : *The Science of reading : A Handbook*, p. 227- 247.

PICARD, D., & MARC, E. (2013). *L'École de Palo Alto*. Paris : Presses Universitaires de France. Collection Que sais-je ?

PLAZA M. (2016). Psychopathologie du langage. In : *Enfance et psychopathologie*. Chapitre 6, p. 151-182.

PRAT (2003). *Former à intervenir en éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé – Guide du formateur*. Collège Régional d'Education Pour la Santé de Bretagne.

QUERCIA P. (2010). Mouvements oculaires et lecture : une revue bibliographique. In : *Journal Français d'Ophtalmologie*. Volume 33, n°6, p. 416-423.

SADZOT A. & PONCELET M. (2009). Efficacité d'un traitement métaphonologique chez l'enfant? Revue de questions. *Les Cahiers de la SBLU*, 31, p. 5-33

SENECHAL M. (2006). L'éveil à l'écrit. In : *Education et Francophonie*. Volume XXXIV :2.

SHARE, D. L. (2008). Orthographic learning, phonological recoding, and self-teaching. *Advances in Child Development and Behavior*.

Société Française de Pédiatrie. (2009). *Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de 5 ans*.

ST-PIERRE, M.-C., DALPE, V., GIROUX, C., & LEFEBVRE, P. (2010). *Difficultés de lecture et d'écriture, Prévention et évaluation orthophonique auprès des jeunes*. Presses de l'Université du Québec.

STUART, M. & COLTHEART, M. (1988) Does reading develop in a sequence of stages ? *Cognition*, 30, p.139–181.

Syndicat des Orthophonistes de Meurthe et Moselle. (s.d.) *Livret Objectif Langage*. Présentation réalisée par Orthophonie & Prévention Alsace et le Syndicat Régional des Orthophoniste d'Alsace.

THÉRIAULT J. (s.d.). L'émergence de l'écrit ou l'éveil du jeune enfant à la lecture et à l'écriture. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Québec, Canada.

VAIVRE-DOURET, L. & CASTAGNERA, L. (1999). L'ampleur du problème. In : Troubles des apprentissages, un problème de santé publique. In : *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°26.

VALDOIS, S. (2003). *Les élèves en difficultés d'apprentissage de la lecture. Note à l'attention du PIREF*.

VAN DEN BROUCKE S. (2017). La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. In : *La santé en action*, n°440, p.11-13.

VAN DIJK, T. A., & KINTSCH, W. (1983). *Strategies of discourse comprehension*. New York : Academic Press.

VAN HOUT, A & ESTIENNE, F. (1994) Les dyslexies : décrire, évaluer, expliquer, traiter, Paris, Masson, 1994.

VAN VUURE, M. (2016). *La dyslexie, un vrai défi !* Josette Lyon.

VERBER, F., & RINGARD, J.-C. (2001). *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*.

VINCENOT, G. & BRAULT, N. (2010). *PAES en Fiches, Santé Société Humanité*. Hachette Éducation.

WOOLLVEN, M. (2015). L'orthophonie et les troubles du langage écrit : une profession de santé face à l'école. *Revue Française de Pédagogie*, n° 190(1), 103-114.

## Résumé :

La forte demande en orthophonie crée un engorgement dans les cabinets libéraux. En conséquence, l'accès aux soins est retardé pour les enfants avec des difficultés d'acquisition de la lecture. Afin de limiter les impacts négatifs de cette problématique sur les enfants et leur famille, nous proposons d'intervenir de façon préventive. Nous avons mis en place une rencontre de prévention avec les parents en recherche d'orthophoniste afin de les conseiller et de les informer sur le langage écrit. Nous leur présentons également des aménagements et activités pour faciliter l'acquisition de la lecture. A plus long terme, nous visons une amélioration du niveau de lecture et un investissement plus important de la famille en cas de prise en charge orthophonique. Au terme de notre action, nous constatons que les parents sont satisfaits d'avoir participé. Certains aménagements ont été instaurés au quotidien, tandis que les activités ciblées peinent à se mettre en place. Notre action confirme également l'importance d'une réflexion sur comment les orthophonistes, malgré les listes d'attente, pourraient accueillir et accompagner ces familles dans un cadre préventif.

Mots-clés : orthophonie, prévention, langage écrit, attente de soins, familles