FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Ecole d'orthophonie

Année 2015-2016

MEMOIRE

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

présenté par

Floriane LEROUX

DEPISTAGE DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION ET DU LANGAGE A 18-20 MOIS : ADAPTATION ET EXPERIMENTATION A L'USAGE DES MEDECINS – IMPACT AUPRES DES PARENTS

Directeur du mémoire :	Madame Françoise Garcia, orthophoniste
Autres membres du jury :	Madame Stéphanie Louis, médecin de PMI
	Madame Marie-Hélène Rossi-Daude, orthophoniste

REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement :

- Madame Françoise Garcia, pour avoir accepté de diriger ce mémoire et m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de ce projet.

- Madame Stéphanie Louis, pour votre investissement dans ce travail de recherche et pour avoir accepté d'être membre de mon jury de soutenance.

- Madame Marie-Hélène Rossi-Daude, pour avoir accepté de présider mon jury de soutenance.

- Les directrices de crèche et les directeurs d'école, pour avoir contribué à la réalisation de ce projet.

- Les parents, pour avoir accepté de prendre part à cette étude.

- Les médecins, pour leur participation et l'intérêt porté au domaine de recherche.

- Eulalie Emeriau, pour notre entraide et nos échanges dans ce travail.

- Mesdames Laurence Nardi et Isabelle Jean, pour avoir contribué à rendre ce stage de dernière année si intéressant. Je vous remercie infiniment pour votre confiance, pour nos échanges et vos réponses à mes questionnements.

- Madame Sandrine Plessix, pour sa bienveillance, ses encouragements et le partage de sa pratique orthophonique.

- Mes camarades pictaviennes, pour ces quatre belles années à vos côtés.

- Béatrice, pour ton œil avisé et ton investissement dans ce travail.

- Ma famille et mes parents, pour votre soutien sans faille et pour avoir toujours cru en moi.

- Antoine, pour ta présence indéfectible, pour avoir partagé avec moi cette expérience et pour l'avenir…

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION……..……...…1

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE

Partie 1 - La prévention et le dépistage

I. La prévention…….....……...3

1. Qu'est-ce que la prévention ?……..3

1.1. La prévention selon l'OMS……3

1.2. Définition actuelle de la prévention……4

2. Le langage oral, un domaine de prévention privilégié…….5

2.1. Une politique de prévention ciblée……..5

2.2. Une amélioration de la prévention……...6

3. La prévention en orthophonie……...6

3.1. Son histoire…….....7

3.2. La prévention en orthophonie au regard de l'OMS…….7

3.2.1. La prévention primaire : l'information et la formation…….8

3.2.2. La prévention secondaire : le dépistage…….8

3.2.3. La prévention tertiaire : la prise en charge……8

3.3. Les champs d'intervention……..8

3.3.1. Le rôle de la Fédération…….9

3.3.2. L'organisation des actions préventives……9

3.3.3. Les actions……9

II. Le dépistage……...…10

1. Définition du dépistage……..10

2. Le dépistage chez l'enfant……..10

2.1. Le rôle des médecins……10

2.2. Le carnet de santé……..11

2.3. Le dépistage « *systématique* » chez l'enfant……..11

2.4. Peut-on repérer et dépister avant 3 ans ? ……..…..12

2.5. Les outils de dépistage à destination des médecins avant 3 ans…….12

Conclusion……....13

Partie 2 - Le développement du langage

Introduction : qu'est-ce que le langage ? ……..……13

I. Ancrage théorique……..…….14

1. Les théories d'acquisition du langage……14

1.1. Les facteurs internes……..14

1.2. Les facteurs externes……14

1.3. Les théories constructivistes et interactionnistes……...15

II. Les fonctions sociales précoces…….…….16

1. Des capacités de relation et de langage……...16

III. Le développement du langage oral…….……..17

1. Les phases d'acquisition du langage……...17

1.1. Phase prélinguistique et phase linguistique……...17

1.2. Les précurseurs du langage……...18

1.2.1.Les compétences précoces……...18

1.2.2.Les comportements précurseurs……...18

1.2.2.1. Modèle théorique de référence…….18

1.2.2.2. Classification des comportements précurseurs……19

2. Les étapes de développement du langage : réception et expression……20

2.1. Versant réceptif…….20

2.1.1.Attention sélective et perception catégorielle……...20

2.1.1.1. Attention sélective……...20

2.1.1.2. Perception catégorielle……21

2.1.2.L'influence du rythme et de la mélodie……21

2.1.3.Pour résumer……21

2.2. Versant expressif……...22

2.2.1.Les premières étapes de production……..22

2.2.1.1. Les premiers sons……....22

2.2.1.2. Le babillage…….23

2.2.1.3. Les premiers mots……....23

2.2.1.4. L'explosion lexicale et l'assemblage des mots…….....24

Conclusion……24

Partie 3 - La place des parents dans le développement du langage et la prévention des troubles

Introduction……24

I. Un rôle prépondérant dans le développement global de l'enfant et ses apprentissages ……..25

1. La notion d'attachement……...25

1.1. Définition de la notion d'attachement……...25

2. Les interactions précoces……..26

3. Les troubles de l'attachement et de l'interaction……...27

3.1. Définition et conséquences……...27

3.2. Pour un développement harmonieux……28

4. Lutter contre les déterminismes……28

4.1. Le concept de résilience……29

4.2. Les facteurs de protection……..29

II. L'intervention auprès des parents……30

1. Conseiller et informer……...30

1.1. Constat……..30

1.2. Les moyens……...31

2. L'accompagnement familial et la parentalité……...31

2.1. Définition des notions……...31

2.2. Les moyens pour accompagner les familles……..32

2.2.1.Le comportement-modèle……32

2.2.2.Des procédés à acquérir pour améliorer les interactions……..33

2.2.2.1. Le registre de langage et les interactions……33

2.2.2.2. Le regard : attention partagée, attention conjointe……...34

2.2.2.3. Imitation et tour de rôle……35

2.2.3. Un exemple de programme : le programme HANEN……...35

CHAPITRE 2 : PROBLEMATIQUE ET REFLEXIONS

I. Problématique……37
II. Objectifs de notre étude……...40
III. Formulation des hypothèses……42

CHAPITRE 3 : CADRE EXPERIMENTAL

Avant-propos : le CPLOL Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes Logopèdes……43
I. Présentation du matériel……45
1. Description de notre outil principal : le questionnaire de dépistage du CPLOL 18-20 mois…….45
1.1. Notre adaptation en vue de l'outil final : prise en compte de l'oralité……46
1.2. Notre objectif……46
1.3. Composition du questionnaire 18-20 mois……47
1.3.1. Domaines, questions et réponses du questionnaire……...47
1.3.2. Analyse et création de profils……...49
1.3.3. Questionnaire 18-20 mois à destination des médecins……49
2. Description de notre second outil : « Voyageons dans le langage »…….50
2.1. Réflexions et objectifs……...50
2.2. Composition et organisation……50
3. Description de notre troisième outil : le questionnaire d'impact……..55
3.1. Présentation et objectifs……55
3.2. Format……...55
3.2.1. Sous-questionnaire 1 : « Voyageons dans le langage » version modifiée et raccourcie……56
3.2.2. Sous-questionnaire 2 : Questionnaire 18-20 mois……56
3.2.3. Sous-questionnaire 3 : « Voyageons dans le langage » version ajustée au questionnaire 18-20 mois……...56
3.2.4. Sous-questionnaire 4 : Questionnaire de ressentis……...57
4. Description de notre quatrième outil : le questionnaire de satisfaction médecins…….57
4.1. Intérêts et hypothèse……..58
4.2. Ce que l'on cherche à vérifier……...58

II. Population……..58
1. Questionnaire 18-20 mois…….58
1.1. Les parents……58
1.2. Les médecins ……59
2. Questionnaire « Voyageons dans le langage »…...……..60
3. Questionnaire d'impact……61
III. Organisation de la passation……61
1. Protocole auprès des familles……61
1.1. Passation du questionnaire 18-20 mois…….61
1.2. Passation du questionnaire d'impact……62
1.3. Passation de « Voyageons dans le langage »……62
2. Protocole auprès des médecins…….62
2.1. Questionnaire 18-20 mois destiné aux médecins……...62
2.2. Questionnaire de satisfaction……63
IV. Organigramme des outils utilisés et leurs protocoles de passation……..64
V. Présentation des résultats……...65
1. Analyse qualitative……...65
1.1. Résultats du questionnaire 18-20 mois auprès des familles……...65
1.1.1.Analyse des résultats……65
1.1.2.Création de profils langagiers……...66
1.1.2.1. Profils « quantitatifs »……66
1.1.2.2. Profils « qualitatifs »……...68
1.2. Résultats du questionnaire « Voyageons dans le langage »……...69
1.3. Résultats du questionnaire d'impact……..73
1.3.1.Analyse subjective des représentations parentales……...74
1.3.1.1. Résultats du sous-questionnaire 1……74
1.3.1.2. Résultats du sous-questionnaire 2……76
1.3.1.3. Analyse des résultats aux sous-questionnaire 1 et 2…….77
1.3.2.Impact du questionnaire 18-20 mois……78
1.3.2.1. Résultats du sous-questionnaire 3……78
1.3.2.1.1. Comparaison des réponses entre le sous-questionnaire 1 et 3..79
1.3.2.2. Résultats du sous-questionnaire 4……83
1.3.2.2.1. Niveau d'information des parents sur le développement du langage…….....83
1.4. Résultats du questionnaire 18-20 mois auprès des médecins……85
1.4.1.Présentation des résultats……85

1.4.2.Analyse des résultats……86
1.4.2.1. Une grille pertinente……86
1.4.2.2. Repérage d'anomalies langagières……...87
1.4.2.3. Inconvénients présentés par la grille……87
1.4.2.4. Conclusion sur l'utilisation de la grille par les médecins…….88

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

I. Rappel des objectifs…….89
II. Validation des hypothèses……..91
1. Hypothèse n°1……..91
2. Hypothèse n°2……..92
3. Hypothèse n°3 A……..93
4. Hypothèse n°3 B……..94
5. Hypothèse n°4……..95
III. Limites de notre étude……96
IV. Visées et perspectives de l'étude……...97
V. Proposition de futures recherches……97
1. La grille de dépistage 18-20 mois……98
2. Les parents……98

CONCLUSION……...99
BIBLIOGRAPHIE……...101
LISTE DES ANNEXES……...109
RESUME……130

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figures :

Figure 1 : Domaines composant le questionnaire 18-20 mois……...65

Figure 2 : Réponses des parents à l'item 1 du sous-questionnaire 1…….79

Figure 3 : Réponses des parents à l'item 27 du sous-questionnaire 3…….80

Figure 4 : Histogramme des scores pour les items 2, 3, 4 et 28, 29, 30 des sous-questionnaires 1 et 3……...80

Tableaux :

Tableau 1 : Tableau récapitulatif du questionnaire « Voyageons dans le langage » : questions, réponses attendues et domaines abordés……50

Tableau 2 : Tableau descriptif de l'échantillon total (n = 128) du questionnaire 18-20 mois…..59

Tableau 3 : Organigramme des outils et des protocoles de passation…….64

Tableau 4 : Scores des enfants au questionnaires 18-20 mois…….65

Tableau 5 : Tableau descriptif des scores, des effectifs et calculs des effectifs et des fréquences cumulées du questionnaire 18-20 mois……..66

Tableau 6 : Scores et profils langagiers du questionnaire 18-20 mois……68

Tableau 7 : Score d'oralité et profil qualitatif d'oralité alimentaire fragile……...68

Tableau 8 : Scores des parents (n = 30) au questionnaire « Voyageons dans le langage »……...69

Tableau 9 : Scores des parents (n = 39) au sous-questionnaire 1 du questionnaire d'impact…...74

Tableau 10 : Scores des parents (n = 39) au sous-questionnaire 2 du questionnaire d'impact….76

Tableau 11 : Scores des parents (n = 39) au sous-questionnaire 3 du questionnaire d'impact….78

Tableau 12 : Tableau comparatif des réponses entre l'item 7 et l'item 33 des sous-questionnaires 1 et 3……...81

Tableau 13 : Tableau comparatif des réponses entre les items 8, 9, 10 et 34, 35, 36 des sous-questionnaires 1 et 3…….82

Tableau 14 : Scores des parents (n = 39) au sous-questionnaire 4 du questionnaire d'impact….83

Tableau 15 : Scores des médecins (n = 21) aux questions 1 et 2 du questionnaire de satisfaction……..86

Tableau 16 : Scores des médecins (n = 21) aux questions 3, 4 et 5 du questionnaire de satisfaction…….86

INTRODUCTION

Depuis quelques années le dépistage précoce, la prévention et la promotion de la santé sont des concepts dont l'intérêt est mis en avant. En ce qui concerne le langage, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande le dépistage des très jeunes enfants (2005) s'appuyant sur le constat que les difficultés de langage peuvent affecter durablement le développement global de l'enfant qu'il s'agisse de retards ou de troubles plus spécifiques. Ces troubles du langage et des apprentissages sont donc devenus un enjeu de santé publique (Denni-Krichel, 2004). Désormais, on s'intéresse aux moyens permettant de dépister de plus en plus précocement afin d'optimiser les compétences langagières et communicationnelles des enfants. Les parents tiennent alors un rôle fondamental, ils ont une place primordiale concernant la santé de leur enfant et sont ses tous premiers partenaires de communication. Dans une approche socio-interactionniste, « *le développement du langage est envisagé comme l'appropriation de conduites langagières, celle-ci se réalise dans le cadre de situations d'interactions »* (Coquet, 2004). Ainsi, grâce aux interactions, l'enfant s'imprègne du langage et met en place des compétences « pré-linguistiques » très tôt dans son développement. Des facteurs de risques peuvent alors être mis en avant.

Les médecins, en rencontrant très régulièrement les enfants, sont des acteurs essentiels du dépistage précoce. Néanmoins, peu d'outils sont à leur disposition pour repérer des difficultés langagières avant 3 ans. Au début des années 2000, un questionnaire de dépistage pour les enfants âgés de 18 à 20 mois a été créé par le Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes Logopèdes (CPLOL), à l'initiative de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO), dans le but d'aider les parents à identifier des difficultés langagières et communicationnelles chez leur enfant. Nous nous proposons, à travers ce travail de recherche, de faire de ce questionnaire un outil de dépistage pertinent et complet à destination des médecins en consultation.

Une première partie théorique se penchera sur la question de la prévention, les étapes de développement du langage oral et l'importance de l'intervention parentale dans le développement de l'enfant.

Une seconde partie sera consacrée à la formulation de la problématique et de nos hypothèses.

Une troisième partie expérimentale mettra en avant les adaptations du questionnaire de dépistage 18-20 mois, l'utilisation que les médecins ont pu en faire et l'impact de cet outil sur les connaissances et les représentations parentales.

Enfin, une dernière partie portera sur la discussion de nos résultats et sur les limites de notre travail.

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE

Partie 1 - La prévention et le dépistage

I. La prévention

1. Qu'est-ce que la prévention ?

1.1 La prévention selon l'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la prévention comme un « *ensemble de mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Selon l'évolution et les divers stades de la maladie, l'OMS propose une définition tripartite de la prévention :

Tout d'abord la **« prévention primaire »** a pour but d'empêcher l'apparition d'une maladie. C'est aujourd'hui l'aspect de la prévention le plus connu. Il s'agit par exemple de l'hygiène, de la suppression des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie…), les vaccinations et enfin la recommandation d'une alimentation saine et équilibrée.

Ensuite il y a la notion de **« prévention secondaire »**. Son but est de détecter l'apparition d'une maladie et de la traiter précocement pour éviter une aggravation. A ce stade de la prévention, on ne peut empêcher la survenue de la maladie.

Et enfin la **« prévention tertiaire »** qui consiste à traiter une maladie afin d'empêcher des récidives, l'apparition de séquelles ou d'autres pathologies.

Cette définition proposée par l'OMS en 1948 ne correspond plus aux pratiques médicales actuelles. Elle ne tient pas compte des nouveaux phénomènes liés aux maladies chroniques et s'adapte mieux dans le cas de maladies aiguës et d'accidents. C'est pourquoi quelques décennies plus tard, de nouvelles classifications ont été proposées.

1.2 Définition actuelle de la prévention

San Marco en 2003 propose sa propre classification. Désormais, la prévention ne prend plus en compte l'état de santé d'un individu mais englobe tous les individus, quels qu'ils soient, y compris ceux ne présentant pas de problèmes de santé. La prévention primaire est aujourd'hui ce que l'on appelle l'**éducation pour la santé**. Il s'agit de « *l'ensemble des interventions éducatives visant à apporter à l'individu des informations dans le domaine de la santé et à l'inciter à adopter des attitudes et des comportements favorables à sa santé* » (Danièle Sommelet, 2007). Le sujet est actif dans la modification de ses comportements et de ses conditions de vie, dans le but d'améliorer son état de santé.
La prévention sélective, ou prévention secondaire, concerne dorénavant la prévention de certaines maladies cibles, pour des sujets exposés ou non. C'est ce qu'on appelle la **prévention des maladies**.
La prévention ciblée, ou prévention tertiaire, est maintenant orientée directement vers les malades et a pour vocation de les aider à organiser leurs soins et leurs traitements dans le but d'optimiser leur rétablissement et d'éviter la survenue de complications. C'est ce que l'on appelle désormais **l'éducation thérapeutique**.

Par cette nouvelle définition de la prévention, San Marco met en évidence la dichotomie entre soin et prévention. La prévention est désormais globale, générale et s'adresse à l'ensemble de la population. Elle est indépendante du soin.

Les individus deviennent alors des acteurs à part entière de leurs soins. Ils réfléchissent à leurs propres actions en matière de santé, prévoient et anticipent la survenu ou l'évolution de certaines maladies. On parle donc désormais de *prévention participative*.

Cette éducation à la santé pour la promotion de la santé est aujourd'hui un enjeu de santé publique. La promotion de la santé « *a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer »* (Promotion de la santé. Charte d'Ottawa 1986. Organisation Mondiale de la Santé). Les diverses actions préventives menées dans le cadre de la politique de santé publique au niveau national, par les associations de prévention, prennent alors tout leur sens, puisque dorénavant l'individu est amené à prendre ses décisions en matière de santé. La loi du 4 Juillet 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de soin marque nettement cette évolution participative de l'individu dans le système

de santé. Cette loi affirme les droits des usagers et contribuent à les rendre acteurs à la fois de leur prise en charge et des décisions de santé publique. Très récemment, en 2016, la loi de santé préconise notamment un renforcement de la prévention (*Loi de 2016 de modernisation de notre système de santé)*.

2. Le langage oral, un domaine de prévention privilégié

La prévention est devenue une préoccupation importante dans de nombreux domaines de la santé pour des raisons à la fois économiques et sociales. Cette préoccupation est due à la nécessité d'établir une continuité entre le système de soins, basés encore essentiellement sur le curatif, et les nouveaux enjeux de la prévention.

Depuis les années 70, le langage et son développement ont fait l'objet de nombreuses recherches et intéressent beaucoup de spécialistes. Dans les années 80 sont apparus les premières notions de « troubles spécifiques du langage » (« *specific language impairment* », Leonard, 1981) et la classification des difficultés rencontrées par les enfants. Grâce à ces nouvelles connaissances acquises on s'interroge alors sur la prévention des difficultés de langage.

2.1 Une politique de prévention ciblée

Ces recherches sur le développement du langage et les troubles spécifiques du langage oral et écrit ont eu un impact en politique. En Mars 1999 le Haut Comité de la Santé Publique considère les troubles des apprentissages comme un « véritable problème de santé publique » et propose alors diverses orientations pour favoriser le dépistage et la prise en charge des enfants présentant ces troubles. En Février 2000, année qui constitue un véritable tournant historique dans la prévention, Jean-Charles Ringard, inspecteur général d'académie et directeur des services départementaux de l'éducation nationale de la Loire-Atlantique, publie un rapport à propos des enfants dyslexiques et dysphasiques. Ce rapport propose des recommandations afin de favoriser le dépistage et la prise en charge précoce des troubles, l'intensification de la formation des professionnels sur les difficultés de langage et le renforcement des divers partenariats entre médecins, professionnels de santé et enseignants.

Ce rapport de 2001 a ensuite donné lieu à une série de mesures développées dans le plan d'action triennal interministériel en 2004, concernant les troubles du langage. L'objectif principal du plan d'action était de favoriser le dépistage, le repérage et la prise en charge précoce

des troubles du langage car on estime que 10 à 16% des enfants d'une classe d'âge sont concernés par les troubles d'apprentissage dû à des troubles de langage et 1 % d'entre eux présenteraient des troubles spécifiques et sévères du langage, d'après « *le rapport de la commission d'expert chargée d'élaborer au niveau national des recommandations sur les outils à usage des professionnels de l'enfance* », paru le 1er Octobre 2005 suite au vote de la loi du 9 Aout 2004 relative à la politique de santé publique.

L'intérêt des grandes instances pour le développement du langage et les troubles associés ainsi que le pourcentage élevé d'enfants affectés par ces difficultés en France ont conduit à la mise en place d'actions de prévention et de dépistage des troubles de la communication et du langage oral au niveau national dans le but de faire face à ce problème de santé publique.

2.2 Une amélioration de la prévention

Les lois du 4 mars 2002 et du 9 août 2004 ont permis d'ancrer les bases du développement des politiques de prévention en France. Suite à ces nouvelles lois, le 5 Mars 2007 le système de prévention et de dépistage des troubles des apprentissages est renforcé grâce au vote de la loi n°2007-293 sur la protection de l'enfance.

La loi de 2007 permet notamment de renforcer les visites de la protection maternelle et infantile (PMI) en maternelle, mises en place tout d'abord par la loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance. Elles sont réalisées par des médecins de PMI ou bien tout autre professionnel de santé qualifié et donnent lieu à un examen complet des capacités d'apprentissage, sensorielles, motrices et psychologiques de l'enfant. Ces bilans réalisés par la PMI sont proposés à titre systématique en maternelle à tous les enfants l'année de leurs 4 ans. Les parents ont la possibilité de refuser ces examens. Néanmoins, la mise en place par les collectivités territoriales de ces actions de prévention et de dépistage chez les moins de 6 ans sont obligatoires. L'article L-541-1 du code de l'éducation stipule notamment que « *ces actions favorisent leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé* ».

3. La prévention en orthophonie

C'est en 1964 qu'est créé le statut légal de l'orthophonie en France. Plus de cinquante ans

après, les orthophonistes sont convaincus que la prise en charge orthophonique se conçoit au-delà de la simple rééducation.

3.1 Son histoire

Dans les années 1970 ont lieu les prémices de la prévention en orthophonie avec notamment les travaux de Pierre Ferrand sur le dépistage précoce. Par la suite, diverses actions marquent l'évolution de la prévention avec par exemple la parution du TDP81, premier test de dépistage précoce chez l'enfant en 1981.
Mais il faudra attendre 1992 pour que la prévention soit reconnue par les pouvoirs publics en tant que compétence dans le décret d'actes des orthophonistes. Cependant, il n'est pas encore question d'une entière responsabilité de l'orthophoniste dans ses actions de prévention. En effet, la prévention en orthophonie s'inscrit alors dans un acte pluridisciplinaire « *les orthophonistes peuvent participer, par leurs actes ci-dessus énumérés à des actions de prévention au sein d'une équipe pluridisciplinaire* » (libellé de l'article 2 du décret de compétence du 24 Août 1983 modifié par le décret du 30 Mars 1992).

Enfin, c'est en 2002 que l'orthophoniste, à titre d'acte, peut officiellement proposer des missions de prévention, comme le stipule le décret n°2002-721 du 2 Mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste « *Article 4 : la rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage 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.*»
La prévention fait désormais partie du champ de compétence des orthophonistes.

3.2 La prévention en orthophonie au regard de l'OMS

La prévention en orthophonie peut s'intégrer à la définition en trois stades de l'OMS, mais aussi à la définition proposée par San Marco. Grâce à ses compétences et aux textes législatifs, l'orthophonie s'inscrit désormais dans le courant de la promotion de la santé. L'orthophoniste peut donc intervenir aux deux premiers stades. Le troisième stade étant celui du soin, qui est une compétence reconnue et habituelle de l'orthophoniste.

3.2.1 La prévention primaire : l'information et la formation

La prévention primaire, également appelée « éducation thérapeutique » ou bien encore « prévention universelle », consiste pour l'orthophoniste à proposer de l'information et de la formation auprès des professionnels de santé, des professionnels de la petite enfance, des parents etc. Dans le cas de troubles du langage et de la communication chez le jeune enfant, la prévention primaire peut consister à donner des informations sur les étapes du développement du langage, sur les attitudes d'interaction positives à mettre en place chez les parents, sur l'intérêt des relations langagières interactives ou bien sur les moyens de repérer très précocement les déviances ou les difficultés qui peuvent apparaître chez l'enfant grâce aux signes d'alerte.

3.2.2 La prévention secondaire : le dépistage

Le travail en prévention secondaire de l'orthophoniste ne peut se réaliser qu'avec la coordination d'un cadre administratif (institution, collectivité territoriale…) ou par le biais de services de prévention (Santé scolaire, PMI), sous la responsabilité d'un médecin ou d'une équipe médicale. Elle se caractérise par un dépistage ponctuel ou généralisé des anomalies de la voix, de la parole et du langage oral et écrit. La prévention secondaire fait donc suite à la prévention primaire, car ces actions de dépistage doivent en amont passer par une opération d'informations et de formation auprès des médecins et de l'équipe médicale.

3.2.3 La prévention tertiaire : la prise en charge

L'objectif de la prévention est également de permettre au patient pour qui on a repéré des troubles de bénéficier d'une prise en charge adéquate avec des mesures d'aide spécifiques. La prévention tertiaire porte donc sur « *les actions thérapeutiques de rééducation, de remédiation et de réinsertion familiale, sociale et culturelle* » (Laurence Pellan).

3.3 Les champs d'intervention

Ces dernières années, les actions de prévention en orthophonie sont de plus en plus nombreuses et s'adressent à toute la population. Elles ciblent les pathologies rencontrées par la profession, à savoir : l'oralité, le langage oral, le langage écrit, la phonation, l'audition, le vieillissement cérébral et les pathologies dégénératives.

3.3.1 Le rôle de la Fédération

La Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) représente les orthophonistes au niveau européen, national, régional et départemental dans de nombreuses instances. Elle joue un rôle majeur dans les missions préventives des orthophonistes, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles du langage, puisque c'est elle qui impulse les projets d'information, qui permet la création d'associations de prévention et qui met en place des programmes de formation auprès des professionnels et du grand public.

3.3.2 L'organisation des actions préventives

Aujourd'hui près de 40 associations de prévention en orthophonie réalisent des actions sur le territoire. Ces actions dépendent : du sujet d'intervention (dépistage précoce des troubles du langage, les AVC, les aidants d'aphasique etc…), du contexte de la demande, du public et du budget. Elles sont sous-tendues par les projets et les objectifs de la FNO. En Normandie, par exemple, l'ANPO (Association Normande de Prévention en Orthophonie) ou les « Orthos vienne(nt) » en Poitou-Charentes mettent en place diverses actions de prévention afin de sensibiliser les parents et le grand public au développement et aux troubles du langage.

3.3.3 Les actions

Depuis le début des années 2000 et le renforcement des politiques de prévention, on compte un certain nombre d'actions de prévention des orthophonistes en France.
En effet, suite au remaniement du décret de compétences des orthophonistes, la FNO multiplie ces actions grâce aux associations de prévention au niveau régional et départemental.
Parmi les actions de prévention des orthophonistes et de la FNO, on peut citer la création de la plaquette d'information « Objectif Langage » en 1990 par le syndicat des Orthophonistes de Meurthe et Moselle. Cette plaquette d'information à destination des parents et des professionnels de santé existe aujourd'hui dans de nombreuses régions de France et sous diverses versions. Elle explique de manière concise les étapes d'acquisition du développement du langage de l'enfant.
On peut également citer l'action « 1 bébé, 1 livre » crée en 2006 par les orthophonistes du Syndicat régional des Orthophonistes d'Alsace, qui contribue à sensibiliser les parents à la lutte contre l'illettrisme et la promotion de la prévention des troubles du langage en offrant un livre aux bébés dès leur naissance et une plaquette « Objectif Langage » aux parents.

Plus récemment en 2010, la création du site Internet info-langage.org permet aux parents, aux professionnels de la petite enfance, aux enseignants et aux professionnels de santé de trouver des informations précieuses concernant le développement du langage, de répondre à leurs questions et de leur donner des conseils.

II. Le dépistage

1. Définition du dépistage

Le dépistage, ou prévention secondaire, consiste à identifier une maladie ou une pathologie chez des individus à risques qui ne présentent pas de symptômes, puis à mettre en place une prise en charge. Il ne peut être réalisé que par des professionnels de santé, habilités à réaliser des actions de dépistage.
Il en existe plusieurs formes. Le dépistage peut être généraliste ou ciblé sur une maladie ou une pathologie, il peut être obligatoire, proposé de manière systématique et réalisé dans des structures dédiées. Il concerne soit l'ensemble de la population, soit une population ciblée.
On s'intéressera ici au dépistage ciblé de l'enfant.

2. Le dépistage chez l'enfant

Le dépistage chez l'enfant âgé de 0 à 6 ans se réalise selon une approche globale. C'est-à-dire que l'on s'intéresse à plusieurs domaines dont les comportements psychologiques, moteurs, langagiers et sensoriels. On s'intéresse également à toutes ses compétences cognitives et ses capacités d'orientation spatio-temporelles. Les examens médicaux réalisés durant cette période permettront l'identification précoce et rapide d'éventuels troubles et la mise en place de prises en charge adaptées.

2.1 Le rôle des médecins

Le médecin a une place prépondérante dans le suivi du développement de l'enfant. C'est lui qui, grâce au dépistage et au suivi régulier, pourra identifier les difficultés chez l'enfant. Le médecin généraliste notamment tient une place importante dans le suivi des enfants car il assure environ 66% des actes pour les enfants âgés de 9 à 30 mois, puis 50% pour les enfants de la naissance à 2 ans et il assure 50% des suivis après l'âge de 2 ans (d'après le baromètre de santé des médecins généralistes, 2009). Le médecin généraliste est donc un acteur incontournable du dépistage des troubles du langage oral.

Par ailleurs, depuis Septembre 2005, les médecins doivent suivre les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le dépistage individuel des enfants âgés de 28 jours à 6 ans. Elle leur met à disposition des grilles de repérage des troubles d'ordre psychologique, psychocomportementaux, de l'audition, de la vision et du langage oral et écrit, des signes d'obésité ou de saturnisme.

2.2 Le carnet de santé

Dès sa venue au monde, l'enfant bénéficie donc d'un suivi médical préventif régulier. Son carnet de santé, remis à la naissance, va permettre ce suivi. Y seront consignés tous les antécédents médicaux ainsi que tous les examens médicaux systématiques à cet âge. Ces examens peuvent être pratiqués par le médecin généraliste, le pédiatre, le médecin de PMI ou bien le médecin scolaire, lorsque l'enfant est plus âgé. Le carnet de santé prévoit notamment un examen obligatoire du langage à 4 ans.

2.3 Le dépistage « *systématique* » des troubles de la communication et du langage chez l'enfant

En 2001 l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, regroupée depuis 2004 au sein de la HAS) considère comme « systématique » le repérage et le dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant âgé de 3 à 6 ans, même en l'absence de plainte. Les médecins généralistes, qui assurent à partir de 2-4 ans, la prise en charge de 80 % des enfants à l'occasion de consultations programmées ou non, ne semblent pas encore suffisamment sensibilisés aux difficultés de langage et démunis face à leur exploration (Roy et Maeder, 1996). Par ailleurs, il semblerait que leur formation initiale et leur disponibilité ne soient pas parfaitement adaptées à la totalité de cette activité : « *la liste des éléments anamnestiques, les données de l'examen clinique, l'observation du comportement de l'enfant, la mesure des interactions avec son environnement, exigent une expérience et une approche spécifique acquises par la formation* » (Danièle Sommelet, 2007). Les médecins généralistes doivent donc être sensibilisés à la question du langage et son développement et informés quant aux dysfonctionnements liés aux troubles du langage.

2.4 Peut-on repérer et dépister avant 3 ans ?

Le repérage doit avoir lieu avant même les apprentissages scolaires, pour permettre une évolution favorable grâce à une prise en charge précoce (Chevrie-Muller *et al*, 2005). De récentes études ont démontré qu'il était possible de repérer et de dépister des difficultés de langage avant l'âge de 3 ans.

En effet, la recherche concernant les signes précurseurs de la communication, les compétences socles, et la communication non-verbale ont mis en évidence des indices constants et forts en termes de dépistage. On sait dorénavant que dès la naissance, l'enfant a de nombreuses capacités dans divers domaines, dont la communication. Le repérage et le dépistage doivent donc s'appuyer sur ces compétences. Le groupe d'experts de l'INSERM (2004) met en garde contre certains signes qui doivent alerter l'entourage de l'enfant, les médecins et toutes les personnes gravitant autour de l'enfant. Parmi ces signes on retrouve : l'absence de babil à 12 mois, l'absence de mots à 16 mois, l'absence d'association de mots à 2 ans et l'absence de gestes du type « au revoir » à 12 mois. Rescorla, Alley et Christine en 2001 disent qu'il y a un risque pour l'enfant de présenter des troubles de la communication et du langage oral s'il possède moins de 50 mots à 2 ans.

2.5 Les outils de dépistage à destination des médecins avant 3 ans

D'après la HAS il n'y a à ce jour aucun outil de référence de repérage des troubles du langage oral pour les enfants âgés de moins de 3 ans à destination des médecins généralistes. Repérer et dépister des difficultés en compétence langagière n'est pas aisé avant la mise en place du langage oral. C'est pourquoi on parlera davantage d'évaluation de la *communication*, avant l'apparition des premiers mots. Ces dernières années, des questionnaires s'appuyant sur les connaissances sur le développement cognitif durant la petite enfance ont été mis en place afin d'aider le repérage des retards ou troubles du langage chez l'enfant avant 3 ans. C'est ce que l'on appelle les comptes rendus parentaux ; ce sont des questionnaires standardisés destinés aux parents. En 2005, notamment, le laboratoire dynamique du langage du CNRS et les pédiatres de l'association française de pédiatrie ambulatoire et de la société européenne de pédiatrie ambulatoire ont mis au point un questionnaire parental permettant de situer l'enfant dans ses compétences communicatives. Il s'adresse à des enfants âgés entre 8 et 30 mois. C'est ce qu'on appelle les IFDC (Inventaire Français du Développement de la Communication). Le questionnaire fournit une série de comportements, d'expressions, de mots, de gestes et les

parents doivent cocher ce que leur enfant fait, ou ne fait pas, connaît ou ne connaît pas. Une fois remplie, cette grille permet aux médecins d'identifier rapidement les capacités communicatives de l'enfant.

Conclusion

Le dépistage précoce est essentiel pour permettre à l'enfant un développement global harmonieux. Les actions de prévention doivent cibler les médecins, encore trop peu informés sur les enjeux du dépistage, afin de les soutenir dans la connaissance des compétences pré-linguistiques observables très tôt chez l'enfant et les facteurs de risque pouvant être mis en avant. Plus les médecins seront sensibilisés et mieux ils pourront intervenir auprès de l'enfant et de ses parents en proposant des examens complémentaires ainsi qu'un accompagnement et une guidance parentale adaptés.
Nous nous pencherons à présent sur le développement du langage oral et l'importance de la phase pré-linguistique.

PARTIE 2 – Le développement du langage

Introduction : qu'est-ce que le langage ?

Le langage est un système de communication, symbolique et complexe. C'est un ensemble de processus qui associent des symboles arbitraires (les sons de la langue agencés les uns avec les autres) à des significations particulières pour « traduire » la pensée en concepts, émotions, sentiments, raisonnements. Cette association donne alors des « mots » qui seront transmis d'un individu à l'autre pour communiquer. Lehouelleur (2010) affirme que « *l'homme, grâce au langage, est capable de conceptualiser des raisonnements et des stratégies logiques, des états d'âme et des sentiments affectifs ou émotifs ainsi que de les exprimer par des signifiants oraux, gestuels et écrits* ». Par ses multiples formes (écrit, oral ou signé), le langage offre à l'homme de très nombreuses possibilités de communication avec l'autre. Ce qui lui sera essentiel pour se construire et vivre.

Dans cette partie, nous aborderons tout d'abord les différentes théories émises sur l'acquisition du langage puis nous nous intéresserons aux fonctions sociales précoces, essentielles à la mise

en place du langage et enfin nous présenterons les grandes étapes du développement du langage et l'enjeu des compétences précoces dans l'émergence du langage.

I. Ancrages théoriques

1. Les théories d'acquisition du langage

La manière dont les enfants acquièrent le langage a fait l'objet de nombreuses recherches au travers des années. Différentes théories ont été élaborées sur le développement du langage oral. La comparaison entre ces diverses théories et les données actuelles nous permettent d'identifier deux facteurs essentiels dans le développement du langage : les facteurs internes et les facteurs externes, autrement dit l'inné et l'acquis.

1.1 Les facteurs internes

Les facteurs internes sont aussi appelés facteurs endogènes, biologiques ou innés. Ces facteurs sont présents dès la naissance, et sont déterminés génétiquement et biologiquement. Certaines théories soulignent le rôle prédominant des facteurs internes dans le développement de l'enfant et occultent la présence de facteurs externes.

La théorie maturationiste, représentée par Arnold Gesell, affirme que le développement est le reflet d'une programmation interne et que toutes les étapes de développement par lesquelles l'enfant va devoir passer sont déterminées génétiquement. Il accorde donc un rôle critique à la maturation nerveuse dans le développement et les acquisitions.

En ce qui concerne plus particulièrement le langage, la théorie nativiste insiste elle aussi sur l'aspect biologique et déterminé des compétences chez l'homme. Chomsky (1928) affirme que le langage ne peut s'apprendre. L'acquisition de la structure de la langue dépend d'un dispositif inné d'acquisition du langage, le « *Language Acquisition Device* », qui a pour base la grammaire universelle. Selon Chomsky, la structure syntaxique des langues humaines est trop complexe pour être apprise simplement en étant au contact de celle-ci.

1.2 Les facteurs externes

Les facteurs externes sont les apports environnementaux et les stimuli extérieurs qui vont contribuer au développement. Les théories béhavioristes donnent un rôle primordial aux

apports externes. Le contact avec l'extérieur et les apprentissages qui en découlent sont le facteur essentiel de développement de l'enfant. C'est le principe de la table rase : l'enfant vient au monde sans la moindre compétence et c'est l'environnement qui va lui permettre de se développer. Aristote qualifie alors l'enfant « d'ardoise vierge », dépourvue de toute connaissance : tous les comportements qui émergent au cours de son développement sont la conséquence de l'environnement sur l'enfant.

Selon Skinner, les comportements émergent par l'action d'une personne sur l'environnement et sont acquis et renforcés par les conséquences. L'apprentissage est alors essentiellement obtenu par l'utilisation de renforçateurs : récompenses (renforcement positif) et punitions (renforcement négatif).

1.3 Les théories constructivistes et interactionnistes

Les théories constructivistes et interactionnistes dépassent les théories empiristes, maturationistes et nativistes tout en les englobant. Elles mêlent à la fois les facteurs internes et les facteurs externes : les capacités de l'enfant ne sont ni données à la naissance, ni reçues du milieu par un organisme passif.

L'enfant naît alors avec un certain nombre de prédispositions génétiques, un bagage biologique, qui lui permettront d'entrer en relation avec son environnement et avec ses interlocuteurs. Le rapport à l'environnement et à l'autre va lui apporter un grand nombre de connaissances sur le monde, la physique et la cognition sociale. L'enfant peut alors tirer des conclusions, développer ses fonctions cognitives et se développer harmonieusement.

Dans sa théorie, Piaget (1964) accorde au sujet un rôle actif dans son environnement. Selon lui, l'enfant explore, manipule, traite et tire des conséquences de ses actes, sur la base d'une activité mentale. C'est la théorie constructiviste.

Les théories interactionnistes s'intéressent davantage au développement du langage. Celui-ci ne peut se développer que si l'enfant est suffisamment en relation et en interaction avec des adultes de son entourage. Selon Vygotski, les connaissances de l'enfant se construisent grâce à l'action de l'enfant avec des personnes plus compétentes. Il parle d'« d'individuation » : c'est le passage d'un contrôle externe (géré par l'adulte) à un contrôle interne (géré par l'enfant).

L'enfant va apprendre petit à petit un ensemble d' « instruments psychologiques » proposés par l'adulte (des outils sociaux comme le langage). Quand cet apprentissage sera intériorisé, l'enfant aura atteint le bon niveau de développement, et il n'aura plus besoin de l'adulte pour maîtriser cette compétence. C'est ce que Vygotski appelle la « zone proximale de développement ». C'est une zone plus ou moins large, dans laquelle l'adulte doit intervenir pour aider l'enfant à acquérir la compétence. Plus la zone est réduite, et moins l'adulte aura besoin d'intervenir.

Bruner (1983) parle également de « processus d'étayage », qui vont permettre à l'enfant d'être guidé, soutenu et renforcé dans ses apprentissages grâce à l'intervention de l'adulte. Ces processus d'étayage nécessitent la mise en place au préalable de « formats d'interaction » qui sont la structure de base d'un échange donné. On retrouve ces formats d'interaction à travers les situations quotidiennes et routinières (toilette, repas, coucher) et les jeux interactifs (coucou-caché). Ils correspondent à des épisodes interactifs standardisés, qui présentent une régularité dans leur déroulement et des marges de variation possibles. Le format d'interaction va permettre de socialiser les intentions communicatives de l'enfant, de lui apprendre les règles qui sous-tendent le langage, de développer son lexique et de comprendre comment gérer l'interaction.

II. Les fonctions sociales précoces

1. Des capacités de relation et de langage

Lorsque l'enfant vient au monde, il a déjà à sa disposition des capacités de mise en relation (Brazelton). L'ensemble de ses compétences cognitives, affectives et sensorielles, présentes dès la naissance vont lui permettre de tisser ses tous premiers liens d'attachement, d'abord avec la mère, puis avec son entourage proche (Bowlby).

Grâce à ses conduites affectives, l'enfant peut exprimer ses besoins primaires en lien avec l'alimentation. On peut donc dire que les premières formes de communication sont liées à ses désirs et à ses déplaisirs. La mère va donc apprendre petit à petit interpréter ces expressions et proposer, dans la zone proximale de développement, des gestes, des expressions faciales, des signes linguistiques significatifs que l'enfant va pouvoir apprendre, intérioriser et réutiliser plus tard.

En termes de langage, dès la naissance la mère adresse à l'enfant une parole destinée à agir sur un contexte cognitif supposé ; elle agit comme-ci le nouveau-né avait des croyances, des intentions et des souhaits. Ces échanges sont appelés « *protoconversations* ». La mère agit comme si le bébé dialoguait avec elle. Elle répond à chacun de ses regards, ses gestes, ses mimiques, ses vocalisations et ses sourires.

Les protoconversations permettent l'apprentissage de l'utilisation du langage par l'enfant. Elles montrent à l'enfant ce que seront les prises de parole dans les conversations ultérieures. Le langage de l'adulte s'adresse, de manière inconsciente, aux désirs, aux croyances au « monde mental » de l'enfant et l'adulte agit comme si l'enfant était lui-même capable de les exprimer. Par exemple, lorsque l'enfant grimace quand on lui propose quelque chose à manger, la mère va répondre « oh, je vois que tu n'aimes pas ça » ou bien « tu n'en veux plus, tu n'as plus faim ? ». Ces événements et ces paroles répétés vont former une routine, que le bébé va alors pouvoir anticiper. Il va comprendre au fur et à mesure que dans l'esprit de l'autre se construisent des intentions, des désirs. « *Cette perception des intentions d'autrui est capitale pour l'acquisition du langage : elle permet à l'enfant de comprendre ce qu'il y a derrière les mots et les phrases et d'en élaborer les signifiés* » (G. Aguado, 2007).

Nous allons à présent aborder les étapes du développement du langage ainsi que les précurseurs.

III. Le développement du langage oral

1. Les phases d'acquisition du langage

1.1 Phase prélinguistique et phase linguistique

Pour mettre en place son langage, l'enfant passe par deux périodes : une période prélinguistique et une période linguistique finale.

L'étape prélinguistique repose sur l'ensemble des capacités cognitives, sensorielles, motrices, affectives et pragmatiques que l'enfant utilisera et développera dès la naissance pour être en communication avec son entourage. Il s'appuiera sur cette étape pour mettre en place la phase linguistique, ou étape d'acquisition du mot et du langage. Il y a donc une continuité fonctionnelle entre le développement prélinguistique et le développement linguistique. Ces deux étapes sont complémentaires, bien qu'opposées dans la forme (l'une fonctionne sans le

mot et l'autre est caractérisée par le mot). Le langage vient alors complexifier l'étape prélinguistique de l'enfant.

1.2 Les précurseurs du langage

1.2.1 Les compétences précoces

Comme nous l'avons vu, le bébé vient au monde avec un certain nombre de compétences. Celles-ci sont donc innées et universelles. Elles sont de véritables « boîtes à outils cognitives » qui vont lui permettre d'entrer en relation avec son entourage et de s'approprier l'environnement.

Les compétences précoces du bébé sont avant tout sensorielles :

- Visuelles : le bébé a une préférence pour des modèles proches du visage humain par la forme et la taille (Fantz, 1975).
- Auditives : il tourne la tête ou les yeux en direction du bruit. A la naissance, le bébé montre une préférence pour la voix humaine comparée à tout autre son : arrêt de l'activité, tourne la tête en direction de la voix, fait plus de sourires, ralentissement cardiaque (Casper et Fifer, 1980).
- Olfactives : il est capable de discriminer l'odeur de sa mère de celle d'une autre femme (Farlane, 1975).
- Motrices : les activités sont essentiellement réflexes (succion, grasping réflexe). L'enfant a également la capacité d'imiter l'autre.

Ces capacités innées ont permis de mettre au point des méthodes d'investigation des compétences chez le très jeune enfant, comme la méthode basée sur la préférence visuelle, sur la réaction à la nouveauté et l'habituation. Ces méthodes ont mis en évidence bon nombre de capacités dès la naissance chez le bébé. Ces compétences permettent notamment à l'enfant d'entrer en relation et favorisent l'émergence de ses capacités communicationnelles et langagières.

1.2.2 Les comportements précurseurs

1.2.2.1 Modèle théorique de référence

Nous allons à présent définir les précurseurs de la communication de l'enfant tout-

venant selon le modèle théorique psycholinguistique de Bloom et Lahey (1978). Ce modèle a pour avantage de regrouper trois courants différents mais complémentaires dans le domaine de la communication et du langage. Il s'agit de la linguistique, de la cognition et de la socio-linguistique. Les comportements précurseurs de l'enfant, dans l'interaction, vont donc s'organiser selon ces trois pôles. Les compétences langagières ne peuvent s'acquérir que grâce à leur interaction.

Il s'agit donc de : la « forme » du langage (linguistique), le « contenu » du langage (cognitif) et l'« utilisation » du langage (socio-linguistique). Dans ce modèle tridimensionnel, les pôles se développent d'abord indépendamment les uns des autres lors de la première année (étape prélinguistique), puis uniformément lors de l'apparition des premiers mots (étape linguistique).

La « forme » du langage renvoie à son aspect externe et matériel. Il s'agit de la phonologie, la morphologie et la syntaxe. Elle est caractérisée par le type de langage utilisé dans l'environnement de l'enfant (le Français, la Langue des Signes Françaises, l'Allemand...).

Le « contenu » du langage recoupe l'ensemble des perceptions que l'enfant a de son environnement, ses pensées, ses déductions et le stockage de ces informations en mémoire. Il s'agit donc de l'ensemble des croyances et des connaissances que l'on a sur le monde. Ce contenu va dépendre de la culture dans laquelle vit l'enfant et de son environnement.

L'« utilisation » du langage concerne la pragmatique, c'est-à-dire l'objectif visé par le locuteur lorsqu'il utilise le langage, mais aussi l'adaptation du discours en fonction des informations contextuelles, la régulation de l'interaction entre deux interlocuteurs pour initier, maintenir et terminer une conversation.

1.2.2.2 Classification des comportements précurseurs

Selon Béatrice Thérond, les comportements précurseurs s'organisent comme ceci :

Les précurseurs relatifs à la **forme** du langage regroupent toutes les manifestations motrices, gestuelles, vocales. Il s'agit donc des sourires et des rires, des vocalisations, de l'imitation motrice et vocale, des productions vocales (babillage) et des gestes.

Les précurseurs relatifs à l'**utilisation** du langage sont des procédures dans l'interaction qui permettent de maintenir, commencer ou terminer un échange. On retrouve donc : le contact visuel, l'intérêt au jeu, l'intérêt à la personne, l'attention conjointe, le tour de rôle, la référence conjointe, la régulation du comportement d'autrui.

Les précurseurs relatifs au **contenu** du langage permettent la découverte des objets et des événements, la construction de la pensée, et le développement cognitif. Il s'agit de la permanence de l'objet et de toutes les manipulations d'objets.

2. Les étapes de développement du langage : réception (compréhension) et expression (production)

2.1 Versant réceptif

Avant de pouvoir utiliser le langage et les mots, le jeune enfant va devoir passer par une phase de compréhension et d'appréhension du langage. Il va ainsi développer toute sa sphère réceptive, auditive et aura, très rapidement, une préférence pour sa langue maternelle et une capacité de discrimination de celle-ci (vers la fin de sa première année).

2.1.1 Attention sélective et perception catégorielle

2.1.1.1 Attention sélective

Le système auditif du fœtus est formé à partir du 7ème mois de gestation. Avant même la naissance, l'enfant est donc bercé in utero par la prosodie de sa langue maternelle. Une étude menée par Bertoncini et Nazzi en 2005 montre que les nouveau-nés de quelques jours, habitués à écouter la voix de leur mère in utero, montrent une préférence pour leur langue maternelle. Ils manifestent déjà une capacité de sélection des bruits environnants et de la parole.

Dès la naissance l'enfant est alors « *sensible aux indices prosodiques de la parole entendue tels que les mots fortement accentués ou les terminaisons de phrases* » (Menyuk, 1977, 1988). Il est capable de distinguer la voix humaine d'un autre bruit, et cesse fréquemment de pleurer lorsque quelqu'un lui parle. Vers 6 à 7 semaines il fait la différence entre une intonation montante et une intonation descendante. Le bébé est donc capable de sélectionner divers éléments du langage et de s'appuyer sur l'intensité, le rythme et la mélodie de la parole.

2.1.1.2 Perception catégorielle

Des études ont démontré que jusqu'à l'âge de 9 mois, les bébés sont capables de discriminer tous les contrastes phonétiques des langues (Jusczyk, 1997). Cette capacité décline vers l'âge de 6 mois, car l'on observe petit à petit une préférence pour la langue maternelle et une focalisation sur ses sons. En effet, durant cette période l'enfant commence à être dans la capacité de reconnaître et de mémoriser une ou plusieurs formes syllabiques appartenant aux particularités de sa langue maternelle. Il ne cesse d'encoder et de réaliser des opérations mentales sur ce qu'il perçoit de la parole. C'est ce que l'on appelle la capacité de perception catégorielle.

C'est à partir de cette capacité que le jeune enfant va pouvoir construire et développer sa perception des sons de la langue environnante (Kuhl, 1992). Aux alentours de 6 mois, l'enfant va donc entrer dans la phase de production du babillage. On remarque par ailleurs que les sons produits par le jeune enfant de 8-10 mois ont de plus en plus de ressemblances acoustiques avec la langue maternelle. Pour illustrer, le babillage d'un enfant chinois de 9 mois ne sera pas le même que celui d'un enfant français de 9 mois.

2.1.2 L'influence du rythme et de la mélodie

Comme nous l'avons souligné, avant de pouvoir comprendre ou produire les mots, le bébé privilégie tout d'abord la forme sonore du mot (Saffran et coll., 1996 ; Bertoncini et Nazzi, 2004 ; Kuhl, 2004). Le rythme de la parole et la mélodie vont jouer un rôle prépondérant dans la capacité du bébé à reconnaitre sa langue maternelle. « *Le bébé, en effet, semble beaucoup plus sensible, tout d'abord, à la musique du langage et des sons (celui qu'il entend et ceux qu'il produit) qu'à la signification des signes en tant que tels* » (Bernard Golse, 2010).

D'autre part, les indices prosodiques et le rythme de la parole maternelle vont également aider le bébé à segmenter les phrases entendues en unités linguistiques hiérarchisées et à extraire les mots. La prosodie met donc en relation la phonologie et la syntaxe (Morgan, 1986 ; Jusczyk, 1992).

2.1.3 Pour résumer

Aux alentours de 2 mois le bébé est donc capable de réaliser un traitement phonologique

de la parole. Ce traitement passe par la catégorisation des phonèmes de sa langue maternelle puis à une sensibilisation au rythme et à la prosodie à partir de 5 mois.

Ensuite, lorsque l'enfant entrera dans la phase linguistique grâce à la production de ses premiers mots vers 12 mois, il pourra réaliser un traitement lexical avec une identification de la forme et de la catégorie des mots. Puis vers 24 mois, suite à l'explosion lexicale ayant lieu aux alentours de 18 mois, il pourra passer au traitement syntaxique de la parole et identifier des catégories syntaxico-sémantiques. Puis il continuera, tout au long de sa vie, à développer ses capacités de compréhension et de traitement du langage.

2.2 Versant expressif

Les enfants acquièrent le langage très rapidement. A 4 ans, ils ont déjà établi les régularités de la base de la phonologie, de la morphosyntaxe, de la sémantique et de la pragmatique de leur langue maternelle. Etant donnée la complexité du langage, cette rapidité surprend et continue de surprendre les chercheurs.

2.2.1 Les premières étapes de production

Des premiers sons végétatifs de la naissance à la réalisation de récits à partir de 4 ans, l'enfant va passer par différentes étapes de production avant d'acquérir la langue.

2.2.1.1 Les premiers sons

Lors des deux premiers mois de vie, on observe chez l'enfant la production réflexe de mouvements phonatoires. Il s'agit de toutes les productions vocales, les soupirs et les sons végétatifs produits par l'enfant afin de démontrer, à sa manière, son confort ou son inconfort.
A 3 ou 4 mois le bébé produira ses premières syllabes dites « primitives » par l'utilisation de sons de l'arrière-gorge que l'on retrouve dans « areu », « agueu » ou « gaga ».
Entre 4 et 8 mois on note une modification des contours vocaliques de l'enfant. Son répertoire phonique s'élargit et il peut désormais « imiter » la prosodie de la voix de sa mère, au travers de jeux de variation et d'imitation d'intonations. Il commence par ailleurs à répondre à son prénom par des vocalisations.

2.2.1.2 Le babillage

Vers 6 mois, l'enfant produit ce que l'on appelle un « babillage rudimentaire » (*marginal babble).* Il s'agit d'un assemblage consonnes-voyelles difficilement segmentables en raison de l'articulation partielle du bébé et d'une coordination très lente entre les mouvements d'ouverture et de fermeture du tractus vocal.

A 7-10 mois les bébés commencent à produire le « babillage canonique ». Contrairement au premier babillage, les consonnes et les voyelles sont plus audibles et compréhensibles. Au début, le schéma du babillage canonique est de type consonne-voyelle, puis l'enfant va petit à petit complexifier ce schéma en ajoutant une voyelle supplémentaire (par exemple il passe de « ba » à « bia »), ou en ajoutant une syllabe supplémentaire différente (« baga », « patapa ») etc.

Le babillage serait donc tout d'abord redupliqué (« papapa ») avec une chaîne de voyelles et de consonnes identiques, puis les syllabes vont se complexifier au fur et à mesure, s'allonger et se diversifier. Vers 10 mois, le babillage est encore plus varié, « *comme-ci l'enfant racontait* ». Cette complexification et cette variation aboutira ensuite à l'apparition des premiers mots.

2.2.1.3 Les premiers mots

Ils apparaissent vers l'âge de 12 mois. Ils sont souvent constitués d'une ou deux syllabes identiques formées d'une consonne et d'une voyelle. L'enfant va utiliser ses premiers mots pour identifier tout ce qu'il y a autour de lui. On parle alors de *surgénéralisation*. Par exemple le mot « papa » peut vouloir désigner tous les garçons et tous les hommes chez certains enfants. L'enfant va donc devoir apprendre à affiner le sens de ses premiers mots afin d'établir les bonnes correspondances entre les mots qu'il est capable de produire, les objets et les situations ainsi que ses représentations mentales. Toute nouvelle information sur le monde amène l'enfant à restructurer le sens initial de ses premiers mots.

L'accès au mot suppose donc chez l'enfant une certaine connaissance globale. Avant d'associer une séquence sonore (signifiant) à une signification (signifié) l'enfant doit pouvoir disposer : du concept de l'objet (un chien, par exemple) et de la représentation sonore du mot \ʃjɛ̃\. Il doit par ailleurs comprendre que le mot « chien » ne détermine pas un animal en particulier dans son environnement mais désigne tous les animaux considérés comme étant des chiens.

2.2.1.4 L'explosion lexicale et l'assemblage des mots

Entre 12 et 30 mois on observe chez les enfants l'apparition massive de nouveaux mots dans son vocabulaire. L'enfant passe en effet d'une dizaine de mots à 12 mois à environ 500 mots à 30 mois.

Ensuite, vers 20 ou 24 mois l'enfant va commencer à associer deux mots entre eux (papa pati). A ce stade il possède environ 50 mots dans son répertoire. Cette production marque les premiers pas de l'enfant dans la sémantique et la syntaxe de sa langue maternelle. Il va ainsi sélectionner des mots ou groupes de mots dont il a repéré la position dans les énoncés de l'adulte, et va les utiliser en « formules » dans un même contexte (a pu, a bobo…).

Conclusion

Les connaissances actuelles sur le développement cognitif, social et langagier de l'enfant et l'importance des compétences précoces nous permettent de mieux comprendre les enjeux et les aboutissements de la prévention, du dépistage et de l'intervention précoce chez l'enfant. Nous verrons dans la suite de notre étude que le rôle des parents est fondamental dans la mise en place du langage et que ces derniers ont une place prépondérante dans la prévention, le dépistage et l'intervention précoce.

PARTIE 3 - La place des parents dans le développement du langage et la prévention des troubles

Introduction

Comme nous l'avons vu précédemment, le développement harmonieux de l'enfant s'effectue grâce à l'interaction entre un bagage génétique acquis et des apports environnementaux suffisants. Les parents vont alors jouer un rôle primordial dans ce développement. Ce sont eux qui construisent les bases environnementales sur lesquelles l'enfant pourra s'appuyer pour grandir.

Dans cette partie, nous verrons tout d'abord que les parents sont un pilier incontournable du

développement cognitif, socio-émotionnel et psychologique de leur enfant puis nous verrons dans un second temps que les parents sont également des acteurs privilégiés de la prise en charge et du dépistage des difficultés de leur enfant et qu'il est donc fondamental, dans le cadre de la prévention, d'intervenir auprès d'eux le plus précocement possible afin d'optimiser les capacités langagières de l'enfant.

I. Un rôle prépondérant dans le développement global de l'enfant et ses apprentissages

A la naissance, l'enfant possède déjà une « architecture neurologique » (Chomsky, 1968) qui le prédispose à communiquer et à entrer en relation. Pour assurer le bon développement de cette architecture, le bébé doit s'inscrire dans une dynamique communicationnelle au travers d'interactions précoces. Ces différentes interactions vont lui permettre de construire ses capacités d'attachement.

1. La notion d'attachement et les interactions précoces

1.1 Définition de la notion d'attachement

Selon Bowlby (1958) la construction du lien d'attachement, entre l'enfant et sa figure d'attachement, se construit de manière progressive. Dès la naissance, le nouveau-né identifie donc une figure privilégiée (souvent la mère) et va petit à petit construire des liens d'attachement car il trouve, dans cette fusion, réconfort et assurance. Par la suite, il vivra une série de séparations et de retrouvailles qui l'aideront à l'individuation, au détachement et à l'autonomie. L'enfant peut identifier plusieurs figures d'attachement (la mère et le père) qui lui apportent sécurité et affection. Pour construire des liens d'attachement solides, la figure d'attachement de l'enfant doit être fiable, prévisible et l'enfant doit y retrouver une proximité, une accessibilité et une disponibilité suffisante. En période de détresse, de maladie ou de danger, les enfants vont se tourner vers leur figure d'attachement pour y trouver un contact, une proximité et une réassurance. Cet attachement aide le nourrisson à réguler ses émotions négatives et l'encourage à explorer son environnement, puisqu'il se sent en sécurité grâce aux figures d'attachement.

Mary Ainsworth (1967) identifie trois stades dans l'attachement :

- **L'orientation** entre 0 et 3 mois. Cette phase est définie par les comportements innés, comme les pleurs et les cris, les comportements de signalisation comme le babil, le sourire et les réactions d'agrippement.
- **La focalisation** de 3 à 6 mois qui consiste pour le bébé à s'orienter vers la figure d'attachement qu'il aura identifiée.
- **L'attachement préférentiel** au-delà de 6 mois. Durant cette période l'enfant devient capable d'une prise de distance. Il peut s'éloigner et expérimenter, car il se sent suffisamment en sécurité.

2. Les interactions précoces

Les interactions précoces sont un processus complexe de mise en relation et de communication entre la mère et l'enfant. Ces interactions débutent avant même la naissance, selon les principes de l'haptonomie ou « *science de l'affectivité* » selon Frans Veldman. Bien qu'immature, le bébé a de nombreuses compétences réceptives et expressives dès ses premiers jours de vie. La mère et l'enfant vont alors tous deux s'adapter aux réactions et au comportement de chacun et ajuster ainsi leurs interactions. Anne Lainé définit les interactions mère-enfant comme des phénomènes qui « *s'inscrivent dans la réciprocité : un changement perceptible du comportement de l'enfant induira une modification du comportement maternel - parfois de façon inconsciente - à laquelle l'enfant répondra à son tour, en un jeu d'interactions permettant une adaptation réciproque des conduites de la mère et du nourrisson* ». Ces échanges se fondent sur une communication multimodale et plurisensorielle. Ils passent par le regard, les mimiques faciales, le contact peau à peau, les gestes, les postures, la voix et le langage maternel. Ces échanges s'inscrivent donc dans une communication non verbale ou « analogique », c'est-à-dire par la transmission de messages émotionnels ou affectifs et de comportements non linguistiques.

On distingue trois types d'interactions :

- Les interactions comportementales, c'est « *la manière dont les comportements de l'enfant et de sa mère s'agencent les uns par rapport aux autres* », elles reposent sur 3 modes : vocal, corporel et visuel
- Les interactions affectives, ou « accordage affectif » selon Stern (1989), le bébé apprend à reconnaître les émotions de sa mère et adapte ses comportements en fonction de cela.

Il en est de même pour la mère : si la mère est dépressive, le bébé va manifester une forme de malaise par des pleurs ou une attitude de retrait.

- Les interactions fantasmatiques, qui correspondent à un comportement particulier de la mère avec son bébé en lien avec l'image rêvée de l'enfant et au désir de grossesse de l'enfance

Pour mettre en place des interactions harmonieuses, les partenaires doivent donc se comprendre mutuellement, et s'ajuster l'un à l'autre. Stern (1989) parle alors d'une valse, où les parents s'adaptent à ce que l'enfant propose, à ses évolutions, ses attentes, à ses nouvelles capacités perceptives, motrices et cognitives.

Une fois que l'enfant a construit des liens d'attachement suffisamment solides, il va pouvoir se « détacher ». Bernard Golse parle de la « métaphore de l'araignée » qui consiste pour l'enfant à se distancier progressivement de ce qu'il connaît, de quelque chose qui le rassure, pour faire ses propres expériences et ses propres recherches dans un environnement ou une situation inconnue. Cependant, tout comme l'araignée, l'enfant garde un lien avec ce qu'il connaît. Ce fil invisible va lui permettre de revenir à tout moment lors de périodes d'angoisse ou de détresse. Il peut donc « *se détacher sans s'arracher* » de sa base environnementale. Cette distance entre soi et l'autre, cet « écart intersubjectif » et ces liens préverbaux, vont permettre à l'enfant d'entrer dans le langage verbal et le jeu symbolique. « *C'est, en fait, à cette condition expresse que l'infans pourra s'avancer vers la parole en reconnaissant l'existence de l'autre et la sienne comme séparées mais non radicalement clivées.* ».

3. Les troubles de l'attachement et de l'interaction

3.1 Définition et conséquences

Un attachement dit « sécurisant » est essentiel au bon développement cognitif, socio-émotionnel et langagier de l'enfant.

Les troubles de l'attachement et les troubles de l'interaction peuvent conduire à l'apparition de difficultés chez l'enfant et à un développement global déficitaire. Plusieurs facteurs influencent le pronostic de troubles de l'attachement : la sévérité, la durée des comportements néfastes envers l'enfant, le manque de réceptivité et de sensibilité parentale, l'âge de l'enfant et son degré de vulnérabilité.

Si on retrouve une instabilité dans la ou les figures d'attachement de l'enfant cela aura des répercussions sur son développement général. Selon Crunelle (2010), « *l'attachement insécure amène à des comportements d'évitement, de résistance, d'ambivalence ou à une véritable désorganisation psychique qui peuvent conduire à une inhibition, à des manifestations d'angoisse ou à une instabilité, puis à un vécu d'échec, à des phobies scolaires, à des comportements de fugue et d'angoisse, et bien sûr à des difficultés de développement puis de maîtrise du langage, dans chacune de ses composantes* ». Les parents doivent donc être en capacité de communiquer, de prendre soin, de rassurer, de consoler et de protéger leur enfant pour aider celui-ci à grandir. C'est le principe du « caregiving system ».

L'attachement se construit donc dès la naissance, grâce aux interactions précoces.

Le DSM-IV propose une liste de symptômes que l'on retrouve dans les troubles d'attachement. On distingue deux types de troubles :

- De type inhibé : incapacité de l'enfant à engager des interactions sociales ou à y répondre de manière appropriée. Ce comportement se caractérise donc par une inhibition, une hypervigilance et une ambivalence.
- De type désinhibé : incapacité à créer des liens d'attachement, confusion des personnes

3.2 Pour un développement harmonieux

Une figure d'attachement solide et stable va permettre à l'enfant d'être suffisamment en confiance dans son environnement pour explorer, expérimenter et interagir et ainsi se développer harmonieusement. Un attachement sécurisant va également lui permettre de se créer une personnalité stable, nécessaire pour son développement intellectuel. Cela l'aidera à acquérir une pensée logique, à développer sa conscience, à être capable de faire face au stress et aux frustrations, à devenir autonome, à quitter l'état fusionnel avec la mère, à gérer ses peurs et ses inquiétudes et à avoir une bonne estime de lui-même.

4. Lutter contre les déterminismes

Tous les enfants, quelles que soient leurs prédispositions environnementales ou acquises aux troubles du langage et de la communication, disposent de facteurs de protection qui peuvent

réduire les facteurs de risque grâce à une véritable résilience. Il est donc essentiel de faire émerger ces facteurs afin d'aider l'enfant à développer ses compétences et optimiser ses compétences.

4.1 Le concept de résilience

« *La résilience c'est l'aptitude des individus et des systèmes (les familles, les groupes et les collectivités), à vaincre l'adversité ou une situation de risques. Cette aptitude évolue avec le temps ; elle est renforcée par les facteurs de protection chez l'individu ou dans le système et le milieu ; elle contribue au maintien d'une bonne santé ou à l'amélioration de celle-ci.* » (Mangham C et Coll., 1995.). La résilience n'est donc pas un concept figé dans le temps. C'est la capacité de l'enfant à vaincre ses difficultés et ses traumatismes. Selon Vanistendael et Lecomte (2000), « *la résilience humaine ne se limite pas à une attitude de résistance, elle permet la construction, voire la reconstruction* ». Ce concept insiste donc sur la possibilité de l'enfant à sortir de ses déterminismes sociaux et/ou génétiques et de se construire harmonieusement. La résilience est un point d'ancrage important pour l'intervention future auprès de ces enfants.

4.2 Les facteurs de protection

Ils font partie du concept de résilience, car selon Mangham et Coll. « *la résilience englobe deux concepts fondamentaux : le risque et les facteurs de protection* » Ces facteurs de protection vont permettre à l'enfant de trouver en lui-même, ou auprès de son entourage ou grâce à l'intervention d'un tiers, des compétences, des ressources qui vont l'aider à surmonter ses difficultés. Il existe donc trois types de facteurs de protection :

- Des **facteurs propres à l'enfant.** Ils dépendant de l'intelligence de l'enfant, de sa personnalité, de son autonomie, de sa confiance en lui et son ouverture, de sa capacité à planifier et à résoudre des problèmes.
- Des **facteurs propres à la famille**. Antoine Guedeney propose une liste de facteurs liés à la famille : les attentes parentales, l'affection, la discipline, les opportunités de participation, un espace physique suffisant, une communication efficace, des interactions chaleureuses et positives, des habiletés à faire face à l'imprévu, l'absence de violence, le partage de valeurs et la non-possessivité.

- Les **facteurs propres à la collectivité**. Ils concernent l'entourage familial, la fréquentation de lieux et d'activités propices à l'enrichissement intellectuel et langagier.

L'impact de ces facteurs de résilience est très important durant la petite enfance et varie d'un enfant à l'autre et d'une situation à l'autre.

La prévention primaire et la prise en charge précoce, en tant que facteurs propres à la collectivité, prennent alors tout leur sens auprès des parents et de leurs enfants car elles leur apportent des informations essentielles concernant le développement de leur enfant, les épaulent dans leur savoir-faire, leur offre un soutien social et psychologique solide et permet de faire émerger toutes les potentialités de l'enfant et de développer les compétences de chacun.

Des recherches ont démontré que les prises en charge réalisées au niveau individuel (sans prise en compte du contexte familial et social de l'enfant) sont inefficaces. Le partenariat avec les parents est donc une priorité majeure.

II. L'intervention auprès des parents

1. Conseiller et informer

1.1 Constat

Les parents demeurent insuffisamment informés des examens nécessaires à la surveillance du développement de leur enfant et n'en connaissent pas les modalités techniques. Par ailleurs, « *le développement récent de lieux et de structures de soutien à la parentalité est le témoin de leurs besoins* » (Danièle Sommelet, 2007). En ce qui concerne le langage, notamment, les parents auraient tendance à sous-estimer les capacités de leur enfant, car le développement du langage oral semble quasiment inné, et son acquisition paraît si naturelle qu'ils n'identifient pas forcément la complexité de sa mise en place et le travail réalisé par l'enfant pour l'acquérir. Les études dans le domaine du langage, de la linguistique et du développement cognitif de l'enfant étant encore très récentes, l'intérêt porté au développement du langage est donc encore peu étendu parmi les professionnels. Les médecins généralistes, notamment, présentent certaines lacunes dans la connaissance des étapes d'acquisition du langage. En effet, la plupart d'entre eux ne bénéficient pas de formations dans le domaine du

langage au cours de leurs études. En outre, les médecins ont tendance à banaliser les difficultés de langage et estiment à tort que l'enfant est trop petit, trop jeune pour présenter des troubles et qu'il faut lui laisser le temps d'acquérir le langage (Danièle Sommelet, 2007).

1.2 Les moyens

Afin de mener à bien ces actes de prévention primaire, les orthophonistes et les professionnels de santé formés ont à leur disposition plusieurs procédés afin d'informer et de conseiller les parents sur les troubles du langage. Ces actions peuvent se réaliser dans des lieux d'accueil de la petite enfance, au cours d'une consultation avec un professionnel de santé, en parallèle avec un projet de dépistage des troubles du langage dans une structure, lors d'un forum ou de conférences sur la petite enfance, ou lors d'une prise en charge thérapeutique. Il est alors proposé aux familles des documents de prévention sous forme d'affiches, de guides, de dépliants, de livrets, de vidéos ou de sites Internet.

2. L'accompagnement familial et la parentalité

2.1 Définition des notions

Dans l'intervention précoce et la prise en charge des enfants avant 3 ans, l'accompagnement parental est primordial. Ces interventions peuvent s'inscrire en amont dans un travail de prévention primaire et de dépistage.

Le dictionnaire d'orthophonie (1997) décline l'accompagnement parental en trois axes :

- « *Accompagnement des parents afin de les aider à accepter leur enfant tel qu'il est et à adapter leur éducation et leurs exigences en fonction des difficultés ou du handicap de l'enfant,*
- *information sur le développement normal de l'enfant dans tous les domaines et la façon dont ce développement va se passer pour leur enfant pas à pas,*
- *conseils sur les attitudes à mettre en place ou les activités à proposer à leur enfant afin de l'aider au mieux pour son développement.* »

L'accompagnement familial va également s'appuyer sur les connaissances disponibles des parents sur le développement de l'enfant, sur le langage et les interactions. Il va aussi se baser sur les compétences que présente le bébé et sur les stratégies d'apprentissage mises en place

par les parents. Ces stratégies doivent « être adaptées, restaurées ou instaurées », selon les possibilités parentales (Antheunis, Ercolani-Bertrand et Roy, 2004).

Suite à la loi sur la protection de l'enfance votée en Mars 2007, un guide pratique de prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent fut rédigé. Celui-ci indique que les nouvelles orientations dues à la loi de Mars 2007 veulent favoriser le soutien aux familles et leur accompagnement dans le développement de leur enfant. C'est ce qu'on appelle le soutien à la parentalité. La parentalité consiste à « *définir et poser un cadre structurant à son enfant. C'est aussi être en capacité d'écoute et de dialogue en se positionnant comme adulte responsable.* ».
Les actions de soutien à la parentalité ont pour objectifs : « *d'informer les parents ; de leur redonner confiance et de les aider à assurer leur rôle parental ou à le développer ; de permettre aux parents de partager leurs expériences et de s'entraider* ».
La loi de Mars 2007 est novatrice en termes d'actions préventives car elle implique désormais les parents dans le processus de prévention et de dépistage des troubles du langage. Cette participation et cette aide parentale vont permettre une réelle amélioration des possibilités de dépistage.
Plus récemment, en Aout 2015, les actions de soutien à la parentalité en politique évoluent, notamment avec la présentation par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes Marisol Touraine et la secrétaire d'état chargée à la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie Laurence Rossignol d'une « feuille de route » pour le soutien à la parentalité et la protection de l'enfance. Dans la continuité de la loi du 5 Mars 2007, ces mesures visent à renforcer le dépistage chez l'enfant, à développer la prévention, à mieux prendre en compte les besoins de l'enfant et à veiller à la qualité des premiers liens d'attachement. Si les actions publiques s'intéressent à la parentalité, c'est aussi grâce à certaines études qui ont pu démontrer l'impact des pratiques parentales sur le développement de l'enfant et grâce à certains chercheurs qui considèrent la parentalité comme un déterminant important de la santé mentale et physique de l'enfant (Hoghughui, 1998, 2004 ; Poole, 2003 ; Stewart-Brown, 2008).

2.2 Les moyens pour accompagner les familles

2.2.1 Le comportement-modèle

La rencontre et l'échange autour du langage de l'enfant peut suffire, pour certains parents, à mieux observer leur enfant, à mettre en place spontanément des comportements et

des interactions plus adéquats. Dans le cadre de familles plus vulnérables pour qui le simple conseil ou le dialogue ne suffiront pas, la valorisation de leurs pratiques et de leurs comportements doivent s'intensifier pour être efficaces. Pour les aider à mettre en place des comportements adaptés avec leur enfant, ils pourront assister aux séances afin de prendre le thérapeute comme modèle de référence en termes d'interaction, grâce à l'observation qu'ils auront faites durant les séances. Ils pourront intégrer la manière particulière qu'a l'orthophoniste de s'adresser à l'enfant, de jouer et de proposer des activités.

2.2.2 Des procédés à acquérir pour améliorer les interactions

Il existe un certain nombre de procédés, comme le fait d'adapter le langage adressé à l'enfant avec l'utilisation d'une prosodie particulière et de mots adéquats, que les parents peuvent acquérir afin d'améliorer leurs pratiques parentales et optimiser le développement de l'enfant. Toutefois ces divers procédés doivent être induits, et jamais inculqués de force par les professionnels de santé. Les modèles actuels d'accompagnement parental sont donc « naturalistes », puisqu'ils donnent une place primordiale à l'écoute, aux interactions et à une focalisation sur la communication, et ne proposent pas de « techniques » sensées favoriser l'émergence du langage.

2.2.2.1 Le registre de langage et les interactions

Parmi les nombreuses techniques et procédés dans l'accompagnement parental, toutes préconisent un certain registre de langage à adresser à l'enfant. Certains l'appelle le « mamanais », d'autres le « motherese » et d'autres encore le « parler-nourrice ». Généralement, ce langage particulier s'engage de manière naturelle chez les individus désireux de communiquer avec un nourrisson ou un jeune enfant. Il est caractérisé par une prosodie particulière avec un rythme de parole lent et des pauses. La hauteur tonale de la voix est également modifiée, avec « *un éventail plus large de la fréquence fondamentale de la voix pour exagérer le contour intonatif des énoncés* » (Kail et Fayol, Rondal d'après Garnica). Le vocabulaire est simple et adapté, les phrases sont courtes « *oh oui, tu es bien. Tu as bien mangé.* ». La parole est accompagnée de mimiques, de gestes et d'onomatopées. On retrouve également l'accentuation de l'intensité et l'allongement de la voix sur certains mots plus importants pour attirer l'attention sur le lexique ou la prononciation.

Khomsi (1982) parle de « Langage Adressé à l'Enfant » et Rondal (1983) le définit de cette

manière : « *le langage adressé à l'enfant en voie d'acquisition est modifié et adapté dans ses différents aspects : prosodie, phonologie, contenu sémantique, aspects sémantique et structural, morphologie, syntaxe et aspect pragmatique.* ».

François Le Huche (1990) insiste sur le caractère affectif de l'enfant pour le langage qui lui est adressé et les signifiants correspondants. Pour lui, parler d'une certaine manière à l'enfant doit se faire naturellement, sans effort du sujet et des parents. Toutefois, formuler des phrases correctes de manière naturelle à l'enfant peut être un véritable défi pour certains parents, puisque certains domaines dont le lexique et la syntaxe, peuvent être limités.

Dans ses « *stratégies positives* » Paule Aimard (1996) propose des idées d'interaction et des ajustements qui doivent respecter certains principes de base : écouter l'enfant, l'encourager à communiquer et tenter de repérer toutes ses tentatives de communication, tout en réalisant du renforcement positif. Les stratégies négatives sont à proscrire, comme la demande de répétition, la réponse à la place de l'enfant etc.

J.A Rondal dans ses conseils adressés aux parents, donne des recommandations en fonction de l'âge de l'enfant. Il se place dans une perspective développementale en appuyant sur l'importance des relations entre les parents et l'enfant car ce n'est qu'à cette condition que l'enfant pourra progressivement maitriser le système de la langue.

2.2.2.2 Le regard : attention partagée, attention conjointe

La communication par le regard est très importante entre l'enfant et ses parents. C'est une des premières formes de communication mise en place dans les premiers jours de vie de l'enfant. Le bébé a besoin d'une reconnaissance par le regard d'autrui avant même de satisfaire son besoin physiologique de nourriture (Marcelli). Certaines stratégies concernant le regard, comme l'attention partagée, sont alors à induire chez les parents. Il faut pour cela les encourager à :

- Placer le visage près du champ visuel de l'enfant
- Regarder l'enfant à chaque fois qu'on le sollicite de la voix
- Répondre à tout signal de l'enfant en le regardant
- Maintenir le contact visuel

Petit à petit on pourra également amener l'enfant à découvrir le monde environnant grâce à l'attention conjointe. On introduira dans son champ visuel des jouets ou objets à regarder, en les déplaçant pour encourager l'enfant à suivre des yeux le déplacement, puis en proposant des dessins, objets, images, photos à manipuler et à nommer. Ce « jeu » à regarder l'autre permet notamment aux parents d'introduire le « il » et le « elle » dans le répertoire de l'enfant et l'encourage à découvrir davantage son environnement.

2.2.2.3 Imitation et tour de rôle

L'imitation consiste tout d'abord à imiter ce que fait l'enfant (mimiques, gestes) ou ce qu'il dit (vocalisations, babillage, mots, phrases) de façon immédiate pour attirer son attention et lui montrer qu'on s'intéresse à lui. Cette imitation peut aussi être différée et se transformer en jeux aux cours desquels l'enfant et les parents pourront imiter des sons (bisous, pleurs) et imiter avec le corps (grimaces, au revoir).

Cette imitation va permettre au fur et à mesure d'introduire le tour de rôle, qui est essentiel dans les étapes du développement. Le tour de rôle peut s'effectuer par des jeux d'échange de balle, jeux de lotos et dominos et il s'effectue également à travers l'échange, lorsque chacun respecte le tour de parole de l'autre. Il faut dans ce cas montrer aux parents qu'il est nécessaire de faire des pauses, de signifier à l'enfant qu'il peut parler et lui laisser le temps de répondre.

2.2.3 Un exemple de programme : le programme HANEN

Le Programme HANEN (Manolson, 1992) est un modèle d'accompagnement et de soutien parental qui a pour vocation de stimuler le langage chez les jeunes enfants présentant un risque de retard de langage ou ayant un retard, ou bien chez les très jeunes enfants. C'est une technique d'intervention dite « naturelle » qui s'appuie sur les théories socio-interactionnistes. Ces théories estiment que la participation active de l'enfant à de fréquentes interactions sociales réciproques est essentielle à l'acquisition du langage (Bloom & Lahey, 1978 ; Bohannon & Bonvillian, 1997 ; Bruner, 1975 ; McLean & Snyder-McLean, 1978). D'autre part, les épisodes répétés d'interaction conjointe entre les parents et l'enfant pourraient avoir des conséquences sur le développement du langage (Bruner, 1983 : Schaffer & Smith, 1989). Cce programme aide les parents à encourager leur enfant à communiquer et à utiliser le langage. Les parents sont donc fortement impliqués et participent à des sessions de formation où ils peuvent observer des vidéos prises pendant la séance, participer à des présentations et discussions de groupe ou des

lectures ainsi qu'à des supervisions individualisées.

Les résultats des différentes recherches menées par Luigi Girolametto dans les années 90 sur des enfants ayant un retard de langage expressif montrent que le programme HANEN favorise chez ces enfants l'acquisition de nouveaux mots-cibles, l'augmentation du répertoire phonétique et la modification du discours maternel (celui-ci est plus adapté, moins complexe, moins directif et plus ciblé). Chez les enfants ayant un retard développemental, d'autres études menées par Girolametto montrent que le programme HANEN induit une « *augmentation chez les mères et les enfants de la quantité et de la durée de participation conjointe* » (Girolametto, L., Verbey, M., & Tannock, R., 1994). Il permet également aux mères de répondre davantage aux sollicitations de l'enfant, de les encourager à donner des modèles linguistiques plus clairs et induit chez les enfants une meilleure vocalisation (Tannock, R., Girolametto, L., & Siegel, L. 1992).

CHAPITRE 2 : PROBLEMATIQUE ET REFLEXIONS

Nous nous proposons, à travers ce chapitre, d'exposer les fondements de notre travail de recherche en nous appuyant sur notre base théorique puis en formulant les hypothèses de notre projet.

I. Problématique

Les données de la littérature présentes dans notre partie théorique nous aident à comprendre en quoi la prévention des troubles du langage chez le jeune enfant est nécessaire. Dépister et intervenir précocement permet en effet de réduire le risque d'une prise en charge future plus longue et plus coûteuse pour ces enfants. Si le langage, qui est un outil de construction de la pensée de l'enfant, se met en place de manière laborieuse, ce dernier aura alors plus de risques de présenter des difficultés d'apprentissage ultérieures.
Néanmoins, on pourrait craindre que le dépistage précoce n'induise des décisions trop déterminantes pour l'enfant mais un dépistage tardif peut avoir des conséquences plus dramatiques : risques d'échec scolaire, illettrisme, mésestime de soi, marginalisation.

- Se pose alors la question suivante : comment repérer des difficultés de communication et de langage avant même l'apparition des premiers mots ? Quels sont les âges charnières pour le dépistage et l'intervention ?

Dès la naissance, l'enfant dispose d'une multitude de compétences et d'aptitudes identifiables. Semaine après semaine, il progresse, affine ses explorations et développe son langage. Sa communication, d'abord non-verbale, lui permet de tisser des liens d'attachement solides avec son entourage grâce au sourire, à ses gestes, ses postures, ses regards, sa voix, ses cris et ses intonations.
L'enfant se servira de ces interactions non-verbales pour construire l'ultime étape : l'apparition des premiers mots, vers 12 mois, puis la maitrise du langage verbal. Dès sa venue au monde l'enfant présente donc un grand nombre de capacités prélinguistiques et de compétences identifiables et mesurables.

La tranche d'âge située de 18 à 20 mois est une période clé pour identifier un certain nombre de compétences dans le domaine de la communication et du langage. L'enfant a notamment acquis les compétences-socles identifiables suivantes :

- L'accroche du regard
- La poursuite visuelle d'un objet
- L'attention conjointe, ou la capacité à partager quelque chose avec un autre
- L'orientation et l'attention au bruit
- L'utilisation de gestes (au revoir)
- Le pointage
- L'échange et le tour de rôle
- L'imitation motrice (immédiate et différée)

En ce qui concerne la compréhension de la parole, l'enfant de 18-20 mois peut comprendre plus de 200 mots, il est capable de montrer du doigt de nombreux objets sur demande, de comprendre une image et de la désigner, puis d'obéir à de petites consignes d'un ou deux éléments sans gestes.
En production, il peut exprimer les éléments suivants :

- Le « non »
- Répéter des mots, d'imiter leur prononciation
- Produire de 50 à 170 mots
- Produire de plus en plus de verbes
- Faire des petites phrases de 2 ou 3 mots

Il possède également la capacité de jeu symbolique ou de jeu à « faire semblant » sur lui et sur les autres et a atteint le stade de la permanence de l'objet.
L'absence de certaines de ces capacités peut donc être un signe précurseur de difficultés ultérieures ou déjà présentes de communication et de langage. Il est donc important de pouvoir identifier ces compétences à cet âge pour relever une éventuelle difficulté de communication et de langage qui pourrait s'aggraver par la suite.

- Quelles sont les pratiques actuelles concernant la prévention et le dépistage des troubles de la communication et du langage ?

En 1995, le pourcentage d'enfants ayant des « besoins éducatifs spécifiques » s'élevait à 24% (d'après une enquête réalisée par l'ESEA : European Association for Special Education). Actuellement, ces chiffres tendent à être diminués, notamment grâce à l'intervention de la PMI qui permet de repérer les enfants de 4 ans à risques. Les actions de prévention des professionnels de santé auprès des jeunes enfants sont également de plus en plus nombreuses et la sensibilisation du grand public aux difficultés de langage et de communication apparait progressivement.
Cette sensibilisation progressive de la société aux actes de prévention s'inscrit dans une volonté de plus en plus présente de promotion de la santé parmi les professionnels de santé. Cette promotion de la santé vise le changement des comportements et de l'environnement relatif à la santé, grâce à des stratégies d'éducation pour la santé et d'action politique, selon l'INPES.

Cette « culture santé » doit donc s'inscrire dans une double approche : une approche collective où l'on informe le grand public sur les grands enjeux de santé publique et une approche individuelle. Celle-ci passe par une communication ciblée d'un public précis et par la communication et l'information de comportements déterminants pour la santé.

- Le rôle des médecins dans le dépistage et la prévention

Les médecins ont une place primordiale dans la prévention et le dépistage des difficultés de communication et de langage. Qu'il s'agisse du médecin généraliste, du médecin de PMI ou du pédiatre ces derniers rencontrent très régulièrement les enfants depuis la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans. Ils ont par ailleurs la capacité de rassembler les éléments qui donneront sens au repérage : identification des antécédents médicaux, socio-familiaux, capacités sensorielles et neuromotrices, cognitives, exécutives et praxiques. Ils ont également le pouvoir de prescrire des bilans complémentaires, dont le bilan orthophonique s'agissant du langage. Il est donc essentiel de les sensibiliser fréquemment aux troubles précoces de la communication et du langage.

Des outils de dépistage sont mis à leur disposition comme : les Inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC) pour les enfants de 12 mois, 18 mois et 24 mois présentés précédemment, le DPL 3 pour les enfants de 3 ans ou l'ERTL 4 pour les enfants âgés

de 4 ans. Cependant, bien qu'une volonté d'améliorer le dépistage et la prévention apparaisse parmi les professionnels de santé, et malgré les recommandations de la HAS, une étude menée par la Direction de la recherche des études, des évaluations et des statistiques (DREES) en 2013 montre que l'activité de prévention des médecins libéraux auprès des enfants de moins de 16 ans ne concerne que 13% des consultations. Néanmoins, un enfant sur deux vu pour une consultation de prévention a moins de 4 ans. Ce qui signifie que la majorité des dépistages effectués chez l'enfant par les médecins concerne les jeunes enfants même si cette activité de prévention des médecins doit encore être améliorée.

- Une fois le dépistage précoce réalisé, comment intervenir ?

Comme nous l'avons exposé, le développement du langage s'opère grâce aux réponses apportées par l'entourage aux tentatives de communication de l'enfant. L'intervention précoce va donc cibler prioritairement les parents car ils sont les acteurs principaux du développement communicatif, interactif et langagier de l'enfant. C'est par le biais de leurs pratiques et de leurs interactions avec l'enfant que celui-ci pourra assimiler le langage. Les interactions doivent donc être adaptées. Trop peu d'études se sont intéressées jusqu'à maintenant à la représentation chez les parents du développement du langage de l'enfant. Pourtant, pour que ces derniers puissent accéder plus facilement à des pratiques parentales favorisant l'émergence et le développement du langage, il est important de prendre en compte leurs intérêts et leurs croyances. Il est nécessaire de situer les parents dans leurs représentations du développement de la communication et du langage pour mettre en place un échange adapté et permettre une sensibilisation plus importante de leur rôle dans le développement du langage. Certains parents, en effet, auront besoin d'une « formation » au développement de la communication et du langage. C'est ce qu'on appelle la « guidance parentale ». Il sera alors nécessaire de leur rappeler l'importance du rôle parental dans l'émergence du langage et l'importance des interactions verbales et non-verbales dans l'acquisition du langage. Tandis que d'autres parents auront simplement besoin d'un renforcement et d'une valorisation de leurs pratiques.

II. Objectifs de notre étude

L'objectif principal de notre étude est d'adapter le questionnaire 18-20 mois du Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes Logopèdes pour en faire un outil de dépistage

pertinent, complet, écologique et facilement utilisable et interprétable par les médecins en consultation. Pour cela, plusieurs objectifs intermédiaires découlent de notre objectif principal.

Dans un premier temps, pour améliorer le questionnaire 18-20 mois du CPLOL, nous nous proposons d'y ajouter trois items sur l'oralité afin qu'il permette un dépistage complet de l'ensemble des domaines du développement du langage et de la communication de l'enfant. Cet axe fait notamment l'objet du mémoire de recherche d'une étudiante en orthophonie de Caen.

Ensuite, pour permettre une interprétation rapide et pertinente des scores obtenus par les enfants, notre objectif est de créer des profils langagiers en fonction des scores obtenus à une première passation auprès de 128 parents d'enfants tout-venants.

Puis, dans le but de nous assurer de sa faisabilité, sa fiabilité et de sa facilité d'utilisation par les médecins, notre objectif sera de collecter leurs appréciations et leurs ressentis quant à leurs passations puis cotations du questionnaire 18-20 mois.

Dans un second temps, afin de renforcer la pertinence et l'intérêt de ce questionnaire de dépistage, notre recherche s'attachera à étudier son impact sur les parents et à proposer un état des lieux de leurs connaissances générales sur le développement du langage et de la communication. Pour ce faire, nous leur proposerons deux questionnaires. Le premier questionnaire, appelé « Voyageons dans le langage », permettra d'évaluer, chez les parents, un ensemble de données concernant leurs savoirs et leurs savoir-faire à propos du développement du langage et de la communication ainsi que leurs sentiments d'information dans ce domaine. Le second questionnaire sera composé de quatre sous-questionnaires visant à étudier l'impact du questionnaire de dépistage 18-20 mois sur les connaissances des parents et sur leurs pratiques en termes d'interaction et de communication verbale et non-verbale avec le jeune enfant. En outre, notre travail étant en lien avec la prévention primaire, nous souhaitons également que ces questionnaires évaluent le sentiment d'information des parents sur le développement du langage et de la communication, en leur demandant s'ils souhaiteraient, à l'avenir être davantage informés dans ce domaine.
A travers cette étude, nous proposons donc de prendre en compte les faiblesses du questionnaire du CPLOL 18-20 mois initial afin qu'il permette le dépistage rapide et complet des troubles du langage, de la communication ainsi que de l'oralité, par les médecins à partir des 18 mois de l'enfant, en réalisant en amont une analyse de la représentation du développement du langage

chez les parents et de leurs ressentis, afin d'appuyer la pertinence des questions présentes dans notre questionnaire 18-20 mois et d'inscrire notre étude dans une réelle démarche de promotion de la santé.

III. Formulation des hypothèses

Dans un premier temps,

Hypothèse 1 : Nous supposons que les résultats obtenus au questionnaire 18-20 mois permettront de mettre en avant des profils d'enfants sous la forme d'un score et d'une analyse qualitative.

Hypothèse 2 : Nous supposons que le questionnaire 18-20 mois est un outil de dépistage utilisable, pratique et adapté pour les médecins en consultation.

Dans un second temps,

Hypothèse 3 A: Nous supposons que, malgré une offre importante d'informations sur le développement de l'enfant, les parents ont toujours besoin de données supplémentaires concernant leurs savoirs et leurs savoir-faire au sujet du développement du langage et de la communication.

Hypothèse 3 B : Outre le fait qu'il permette de déterminer un profil d'enfant, nous supposons que le questionnaire 18-20 mois transmet également des informations aux parents sur le développement du langage, de la communication et de l'oralité.

Hypothèse 4 : Nous supposons que le fait de répondre aux items du questionnaire 18-20 mois a un impact qualitatif sur les parents ; cela les amène à modifier et à renforcer leurs pratiques autour du langage et de la communication avec leur enfant.

CHAPITRE 3 : PARTIE EXPERIMENTALE

Avant-propos : le Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes Logopèdes (CPLOL)

- Qu'est-ce que le CPLOL ?

Le Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes Logopèdes est un organisme crée en Mars 1988 à Paris à l'initiative de la Fédération Nationale des Orthophonistes. Il regroupe actuellement plus de 30 associations nationales d'orthophonistes-logopèdes de l'Union Européenne.

L'un des objectifs principaux du CPLOL est de promouvoir dans les états membres de l'Union Européenne « *les échanges scientifiques et de recherche dans les domaines de l'orthophonie-logopédie* » et « *d'éditer tout matériel scientifique et professionnelle répondant à la mission du CPLOL et aux intérêts de la profession* ».

Actuellement l'une des missions phares du CPLOL concerne la prévention des troubles du langage et de la communication. Les résultats de l'enquête menée par la commission « Prévention » du CPLOL entre 1995 et 1997 sur la prévention en orthophonie dans l'Union Européenne donnent les conclusions suivantes (1998) :

« 1. La prévention est une préoccupation importante de la profession, et cette réalité renforce encore son caractère unitaire, tel que cela avait pu déjà être mis en lumière à d'autres occasions (enquête sur la formation initiale, comparaison des domaines de compétence...) ;

2. La prévention est une préoccupation relativement récente de la profession, qui tient sans nul doute à la jeunesse de son existence légale dans nos pays respectifs (entre 30 et 40 ans), ainsi qu'à la priorité donnée, dans un premier temps, au diagnostic ainsi qu'à la thérapie.

3. Bien que la prévention soit une préoccupation majeure dans tous nos pays, la réglementation est encore souvent en retard par rapport aux pratiques sur le terrain.

4. La prévention primaire (information, conseil, guidance, éducation précoce, formation à d'autres professionnels) est largement prise en compte, ainsi que la prévention secondaire (dépistage précoce des troubles). Cela prouve que la conception de la prévention en orthophonie-logopédie est partagée unanimement par la profession en Europe, et qu'elle se calque parfaitement sur le concept de prévention développé par l'O.M.S.

5. La prévention et le dépistage des troubles du langage oral sont largement privilégiés, au détriment de la prévention des troubles du langage écrit et des troubles de l'adulte.

6. La profession manque encore d'outils de dépistage valides scientifiquement et étalonnés dans certains pays, permettant un dépistage incontestable.

7. Dans de nombreux cas, est mise en évidence la nécessité de partager le repérage ou le dépistage des troubles par d'autres professions concernées, en premier lieu par les médecins et puéricultrices, ainsi que par les enseignants. »

Ce bilan en sept points met en avant la nécessité de réaliser des actions de prévention en orthophonie dans l'Union Européenne. Sur la base de cette enquête, la commission « Prévention » a donc proposé plusieurs pistes de réflexion afin d'harmoniser les actions préventives européennes (1998) :

- *« Eclaircir les concepts de repérage et de dépistage des troubles,*
- *Proposer la mise à l'étude d'outils ou de protocoles de dépistage de conception commune, afin de pouvoir mettre en place des études comparatives sur des populations de nos pays*
- *Mettre en place des recherches et des études longitudinales communes, afin d'évaluer l'impact sur des populations données de la nécessité d'un dépistage précoce,*
- *Concevoir et éditer des outils d'information communautaires en direction de la population (livrets, télématique, Internet...)* »

- Les trois questionnaires de dépistage concernant le développement du langage

C'est dans ce cadre que la commission chargée de la prévention au CPLOL décide de créer trois outils simples et rapides à destination des parents afin de les sensibiliser au développement du langage de leur enfant. Ces outils, traduits en 11 langues, sont sous forme de questionnaires portant sur des périodes charnières dans le développement de l'enfant : 18 à 20 mois pour le premier questionnaire (Annexe I), 30 mois pour le second (Annexe XIII) et 54 mois pour le

troisième (Annexe XIV). Les questions qui y sont posées s'appuient sur les compétences de base de l'enfant et « *devraient permettre de rendre les parents attentifs à un décalage du développement linguistique, signe prédictif d'éventuelles difficultés langagières ultérieures* ».

Dans chaque questionnaire, treize questions sont posées aux parents. Concernant le questionnaire 18-20 mois les questions sont réparties en quatre domaines distincts : **l'interaction et l'attention, les gestes et actions, la compréhension et l'expression.**

Dans les questionnaires 30 mois et 54 mois, les questions relevant du domaine de l'expression et de la compréhension sont plus nombreuses car à ces âges l'enfant comprend un certain nombre de mots et peut employer un vocabulaire étendu pour nommer ou décrire les choses. Il est également capable de construire des phrases étendues vers 4 ans. Par ailleurs, le domaine des « gestes et actions », très important du point de vue de la communication durant la tranche d'âge 18-20 mois, laisse la place au domaine d'« activités » de l'enfant dans le questionnaire 30 mois. A 54 mois, le questionnaire se focalise essentiellement sur trois domaines : interaction et attention, compréhension et expression.

I. Présentation du matériel

Afin de mieux situer l'organisation des passations et avoir une vue d'ensemble du matériel de recherche, il est possible de se référer à l'organigramme **page 64** (tableau 3 : Organigramme des outils et des protocoles de passation).

1. Description de notre outil principal : le questionnaire de dépistage du CPLOL 18-20 mois

Au travers de notre partie théorique, nous avons vu que le dépistage précoce et la prise en charge des difficultés de communication et de langage du jeune enfant permettent de dépister les signes prédictifs de la dyslexie-dysorthographie et de prévenir l'illettrisme. Nous avons donc choisi, pour ce travail de recherche, le questionnaire s'adressant aux enfants âgés de 18 à 20 mois du CPLOL (Annexe I). Cette tranche d'âge est déterminante pour les acquisitions futures de l'enfant ; plus l'enfant est repéré et pris en charge précocement, plus il aura de possibilités de mettre en place des processus de compensation de ses difficultés.

1.1. Notre adaptation en vue de l'outil final : prise en compte de l'oralité

Dans le but de répondre à notre objectif principal qui est de fournir un outil adapté et complet de dépistage des difficultés de communication et de langage des enfants de 18-20 mois aux médecins, nous avons souhaité améliorer le présent questionnaire du CPLOL 18-20 mois en y ajoutant trois items portant sur le domaine de l'oralité (Annexe III).

En effet, afin d'évaluer l'ensemble des domaines de compétences de l'enfant en matière de communication et de langage, il est essentiel de prendre en compte également l'oralité de l'enfant. L'oralité regroupe à la fois l'oralité alimentaire, qui relève de l'alimentation, et l'oralité verbale qui porte sur l'ensemble des comportements de communication oraux de l'enfant (le cri, le babillage, les premiers mots etc.). En 2010, Catherine Thibault explique le lien fort entre l'oralité alimentaire et l'oralité verbale qui se construit autour de la langue, organe clé des oralités. Selon elle, il existe une relation étroite entre le comportement alimentaire et le développement de la communication et du langage. L'oralité regroupe des phénomènes psychologiques, biologiques et fonctionnels permettant la mise en œuvre du comportement oral de l'enfant. Ainsi, pour évaluer de manière complète l'ensemble des domaines permettant la mise en place de la communication et du langage de l'enfant, l'oralité alimentaire doit être prise en compte.

Ce travail autour de l'oralité alimentaire a été réalisé par Eulalie Emeriau, étudiante en quatrième année d'orthophonie à Caen, de Septembre à Octobre 2015. Afin de compléter et d'améliorer notre questionnaire du CPLOL 18-20 mois, elle a ainsi élaboré trois questions sur le thème de l'oralité alimentaire avec l'aide d'orthophonistes spécialistes de ce domaine. Ces questions mentionnent trois aspects importants de l'alimentation de l'enfant de 18-20 mois : le plaisir de manger, la durée du repas et l'acceptation des morceaux.

1.2. Notre objectif

L'objectif final de notre questionnaire 18-20 mois modifié est donc de proposer un outil adapté à la pratique médicale. Pour que les médecins puissent à la fois identifier d'éventuels troubles et proposer des conseils ou des conduites adaptées aux parents, nous avons souhaité créer des profils d'enfants à partir d'un score établi sur une étude réalisée auprès d'une centaine d'enfants. Cette création de profils d'enfants est en lien avec notre hypothèse 1 :

- **Hypothèse 1** : Nous supposons que les résultats obtenus au questionnaire 18-20 mois permettront de mettre en avant des profils d'enfants sous la forme d'un score et d'une analyse qualitative.

1.3. Composition du questionnaire 18-20 mois

Notre questionnaire 18-20 mois (Annexe III) est composé de 16 questions réparties en cinq domaines :

- Interaction et attention : 4 questions
- Gestes et actions : 3 questions
- Compréhension : 3 questions
- Expression : 3 questions
- Oralité : 3 questions

Les parents sont amenés à dire si le comportement est présent (réponse « oui ») ou non (réponse « non ») chez leur enfant.

1.3.1. Domaines, questions et réponses du questionnaire

- <u>domaine de l'interaction :</u>
    - *L'enfant de 18-20 mois réagit-il quand on l'appelle dans son dos, même à voix chuchotée ?*
        - Si son audition le permet, dès la naissance l'enfant est capable de réagir à la voix, même chuchotée dans le dos. L'orientation au bruit est également observée.
    - *Se montre-t-il intéressé lorsqu'on lui raconte quelque chose ?*
        - Cette compétence se met également en place très précocement. Les réactions de l'enfant se manifestent par des modifications de son tonus corporel, des mimiques, des productions sonores.
    - *Aime-t-il jouer à des jeux comme « coucou », « attrape-moi » ?*
        - Le jeu du « coucou » commence à se mettre en place à 7 mois et l'enfant peut rechercher un objet caché dès 9 mois.
    - *Peut-il se concentrer quelques minutes sur une même activité ?*
        - Vers 6 mois, l'enfant commence à écouter attentivement ce qu'on lui dit et développe, petit à petit, de nouvelles capacités motrices qui lui

permettent d'explorer et de se concentrer plusieurs minutes sur une même activité.

- domaine des gestes et actions
    - *Montre-t-il du doigt un objet désiré ?*
        - Le pointage se met en place vers 11 ou 12 mois.
    - *Se fait-il comprendre par des gestes et/ou des mimiques ?*
        - Dès la naissance, l'enfant propose de multiples mimiques qui lui permettent de se faire comprendre de son entourage. Vers 8 mois, ces mimiques seront plus diversifiées (l'enfant pourra exprimer la joie, la peur, le dégout, le plaisir…). Les gestes apparaissent un peu plus tard, vers 9 mois environ, avec l'apparition du « non » de la tête et l'utilisation de gestes symboliques.
    - *Aime-t-il jouer à faire semblant ?*
        - Le jeu de faire semblant se met en place à 11 ou 12 mois lorsque l'enfant mime des actions sur les peluches et les poupées par imitation.

- domaine de la compréhension
    - *Réagit-il au « non » et arrête-t-il son activité ?*
        - Il commence à réagir au « non » à 5 mois.
    - *Parmi plusieurs objets, est-il capable de montrer par exemple « où est la balle ? »*
        - Il peut donner un objet sur demande, dès 7 mois. Néanmoins, la compréhension du « où » arrive plus tard, vers 9 ou 12 mois, lorsque l'enfant commence à comprendre de plus en plus de mots familiers en contexte.
    - *Est-il capable d'aller chercher dans une autre pièce, un objet familier que vous lui demandez ?*
        - A 12 mois, l'enfant comprend une trentaine de mots hors contexte. Entre 12 et 15 mois, il est capable de comprendre de petites phrases simples et peut donc réaliser l'action demandée.

- domaine de l'expression :

- *S'amuse-t-il à répéter des mots qu'il vient d'entendre ?*
    - Cette compétence se met en place entre 12 et 18 mois, lorsque l'enfant est entré dans la phase des premiers mots.
- *Utilise-t-il régulièrement des nouveaux mots ?*
    - A 16 mois, l'enfant entre petit à petit dans une période « d'explosion lexicale » et propose de plus en plus de mots nouveaux (environ 50).
- *Commence-t-il à utiliser des mots pour exprimer ses envies et ses besoins ?*
    - Dès 12 mois, lorsque l'enfant utilise ses premiers mots pour communiquer.

- <u>domaine de l'oralité :</u>
    - *Le repas est-il un moment de plaisir ?*
        - Dès la naissance, le repas doit être une source de plaisir pour le bébé.
    - *La durée du repas est-elle longue ?*
        - A cet âge, la durée du repas de l'enfant doit être à peine plus longue que la durée du repas d'un adulte.
    - *L'enfant mange-t-il des morceaux ?*
        - Il commence à manger des morceaux fondants vers 8 ou 9 mois, en lien avec l'évolution de ses capacités motrices.

1.3.2. Analyse et créations de profils

A partir des réponses obtenues auprès des parents, nous avons établi des profils « quantitatifs » : nous n'attribuons aucun point pour la réponse « non » et attribuons 1 point pour une réponse « oui ». Le score total est donc sur 16 points. Par ailleurs, nous établirons également des profils « qualitatifs » : les questions étant établies par domaines, nous pouvons voir quels sont les points « forts » et les points « faibles » de l'enfant.

1.3.3. Questionnaire 18-20 mois à destination des médecins

Après avoir créé les profils d'enfants, nous proposons ce questionnaire à des médecins généralistes, des médecins de PMI et des pédiatres, afin qu'ils l'utilisent en consultation auprès d'enfants de cette tranche d'âge. Les médecins ont bénéficié d'un dossier de présentation complet, décrivant chaque profil, leur permettant d'intégrer et de comprendre aisément les modalités de passation et de cotation de notre grille (Annexe V). Selon les scores obtenus par

les enfants, nous indiquons aux médecins, grâce à un tableau, les profils auxquels correspondent les scores ainsi que différentes conduites à tenir avec les parents en fonction du profil de l'enfant. Ce travail de passation effectué par les médecins est en lien avec l'hypothèse 2 :

- **Hypothèse 2** : Nous supposons que le questionnaire 18-20 mois est un outil de dépistage d'utilisation facile, pertinent et adapté pour les médecins en consultation.

2. Description de notre second outil : « Voyageons dans le langage »

2.1. Réflexions et objectifs

Le questionnaire « Voyageons dans le langage » (Annexe IV) va nous permettre d'explorer l'ensemble des représentations des parents concernant le développement du langage, de la communication et de l'oralité de l'enfant, dans le but de nous aider à mieux connaître l'état de leurs connaissances, leurs croyances et leurs priorités dans le développement de leur enfant. Ce questionnaire est directement en lien avec l'hypothèse 3A :

- **Hypothèse 3A :** Nous supposons que, malgré une offre importante d'informations sur le développement de l'enfant, les parents ont toujours besoin de données supplémentaires concernant leurs savoirs et leurs savoir-faire au sujet du développement du langage et de la communication.

2.2. Composition et organisation

Questions 1 à 14	**Réponses attendues**	**Ce que l'on souhaite étudier**
1. *Peut-on prendre en charge en orthophonie un enfant qui ne parle pas ?* 2. *A quel moment peut-on commencer un suivi orthophonique ?*	1. « Oui » 2. « Dès la naissance »	Ces questions visent à connaître le rapport qu'ont les parents aux pratiques de l'orthophoniste. Il s'agit pour nous de savoir si les parents savent que l'orthophonie peut également s'adresser à des enfants n'ayant pas de langage oral, ce qui concerne généralement les enfants de moins de 3 ans.

3. *Commence-t-il à comprendre quand on lui parle ?*	3. « Avant la naissance ».	Cette question va identifier à quel moment les parents ont eu le sentiment d'être dans une relation duelle avec leur enfant et dans un échange réciproque d'informations sensorielles et affectives. La réponse est subjective mais peut aider à identifier quelle importance les parents accordent aux capacités de communication de leur bébé et à ses compétences globales. Certaines études et certaines pratiques comme l'haptonomie, ont en effet pu démontrer que le fœtus est capable de rentrer en communication avec ses parents avant même la naissance.
4. *Répète-t-il ses premières syllabes ?* 5. *Produit-il ses premiers mots ?*	4. « 6 mois » 5. « 12 mois »	Nous voulons savoir si les parents ont une bonne représentation de la période d'apparition des premières ébauches de langage oral.

6. *Lequel ou lesquels de ces éléments peuvent gêner la mise en place du langage ?*	« L'utilisation de la tétine », « la télévision », « un décès dans la famille », « la tablette tactile », « faire répéter pour bien prononcer », « une baisse de l'audition », « des troubles visuels », « un handicap mental »	La succion non nutritive, ou stimulation buccale, a des effets apaisants et rassurants pour l'enfant. **L'utilisation de la tétine** peut y contribuer. Cependant, l'enfant doit pouvoir s'en défaire car elle peut devenir un obstacle à l'évolution de la parole (info-langage.org). L'utilisation de la **télévision et de la tablette** sont très peu recommandées avant l'âge de 3 ans, surtout si ces écrans ne sont pas accompagnés d'une interaction avec un adulte (campagne 3-6-9-12 : maitrisons les écrans). La **demande de répétition**, souvent utilisée par les parents dans le but d'une amélioration de la prononciation peut être source d'excès de tension, à l'origine d'un bégaiement. A l'inverse, **la reformulation** permet d'encourager l'enfant à poursuivre dans sa communication. Cela lui montre qu'on est à son écoute. Le fait **d'utiliser des gestes** aide l'enfant à comprendre le langage. Cela appuie la parole et les mots et peut notamment aider l'enfant à mieux s'imprégner du vocabulaire car il y a une double information sensorielle : auditive et visuelle. Les difficultés sensorielles (**audition, vision**) et cognitives (**handicap mental**) que peuvent rencontrer les jeunes enfants peuvent entrainer des difficultés de langage importantes Un **décès dans la famille** peut être vécu comme un choc émotionnel venant perturber le développement du langage et de la communication. **Les situations de jeux seul** favorisent l'utilisation du langage : ces jeux symboliques (poupée, dînette, voitures) sont essentiels à la mise en place d'un écart intersubjectif (Golse, 2010). Il donne à l'enfant le sentiment d'être un individu à part entière. Il comprend alors l'utilité du langage et de la communication. Une spécialiste de l'acquisition du langage, Monika Rothweiler, a découvert, dans une étude faite sur des enfants d'immigrés, que le **bilinguisme** ne provoque pas de troubles du développement du langage, et n'aggrave pas non plus une éventuelle disposition préexistante.

7. *Lequel ou lesquels de ces éléments favorisent la mise en place du langage ?*	« Communiquer et parler au bébé », « le contact visuel », « les rituels quotidiens », « les livres et comptines », « le chant », « les jeux interactifs », « parler avec des gestes », « parler en utilisant des mimiques », « la reformulation », « communiquer par gestes et/ou toucher », « nommer les objets », « les situations de jeux seul »	Cette question aborde les notions d'interactions et de communication à la fois non-verbales et verbales, en y intégrant quelques éléments perturbateurs (la télévision, la radio) afin d'évaluer quelles activités représentent un frein au développement du langage.
8. *Selon vous y a-t-il un lien entre l'oralité alimentaire et l'oralité verbale ?*	8. « Oui »	Cet item va nous permettre de savoir si les parents font le lien entre des difficultés d'alimentation et un retard de langage ou un trouble de communication.
9. *En tant que parent, pensez-vous avoir un rôle primordial dans le développement du langage de votre enfant* 10. *Votre rôle dans l'émergence du langage chez l'enfant est-il plus important, aussi important, un peu moins important que celui des professionnels de l'enfance ?* 11. *Faut-il accorder plus d'attention, autant d'attention, un peu moins d'attention à l'acquisition de la marche plutôt qu'au langage ?*	9. « Oui » 10. « Plus important » 11. « Autant d'attention »	Ces questions sont destinées à évaluer la connaissance de leur rôle dans l'émergence et le développement du langage

12. *Êtes-vous suffisamment informés au quotidien (médias, professionnels de santé, de la petite enfance…) sur le développement du langage de l'enfant ?* 13. *Souhaiteriez-vous recevoir plus d'informations sur le développement du langage et de l'oralité de l'enfant ?* 14. *Aimeriez-vous avoir des conseils sur les attitudes ou les activités à mettre en place avec votre enfant ?*	Ces questions ont pour objectif de faire un « état des lieux » du sentiment de connaissances concernant le développement du langage. Elles sont également destinées à évaluer le pourcentage de parents se sentant suffisamment informés sur le développement du langage et le pourcentage de ceux favorables à la mise en place d'actions d'information au sujet du langage et de la communication avec le jeune enfant.

Tableau 1 : Tableau récapitulatif du questionnaire « Voyageons dans le langage » : questions, réponses attendues et domaines abordés

Le questionnaire « Voyageons dans le langage » doit permettre de mettre en exergue un besoin d'informations supplémentaires au sujet du développement du langage et de la communication ; il évalue, sur les plans subjectif et qualitatif, les représentations des parents dans ce domaine.

Ce questionnaire est à choix multiples : certaines réponses sont proposées en fonction d'un thème particulier (questions 6 et 7), d'autres sous la forme oui/non, oui/oui en partie/non pas vraiment/non pas du tout (questions 1, 8, 9, 12, 13, 14). Nous proposons un même choix de réponses dans les questions 3, 4 et 5, afin de ne pas influencer les propositions des parents. Concernant la question 2, les réponses proposées tiennent compte des possibles représentations des parents concernant l'accès à l'orthophonie. Les questions 10 et 11 donnent un ordre de priorité accordé par les parents (plus – aussi - moins).

Les tranches d'âge proposées dans les questions 3, 4 et 5 vont de la période prénatale à l'âge de 4 ans : chaque âge donné correspond à une période clé d'apparition de certaines compétences langagières, perceptives ou cognitives. Par exemple, à l'âge de 6 mois, les enfants commencent à produire un babillage canonique qui correspond à la production avec intonation de syllabes dupliquées, comme par exemple : bababa, mamamam. A 12 mois, les enfants peuvent exprimer leur premier mot et, à 18 mois l'enfant répète les mots entendus et peut utiliser le « non » etc.

Il est à noter que des variations interindividuelles existent et les âges proposés sont donnés à titre indicatif en s'appuyant sur les recherches scientifiques. Ainsi, l'absence d'une compétence à un âge donné n'est pas seul significatif d'un retard de développement. En effet, selon Bassano (2003) les chiffres disponibles concernant les possibilités de langage de l'enfant montrent que

« *la variabilité interindividuelle concerne d'abord le rythme de l'acquisition : une même compétence langagière n'émerge pas au même âge et ne se développe pas à la même vitesse chez tous les enfants.* ».

3. Description de notre troisième outil : le questionnaire d'impact

3.1. Présentation et objectifs

Ce questionnaire est en lien avec nos hypothèses 3B et 4 :

- **Hypothèse 3B** : Outre le fait qu'il permette de déterminer un profil d'enfant, nous supposons que le questionnaire 18-20 mois transmet également des informations aux parents sur le développement du langage, de la communication et de l'oralité
- **Hypothèse 4** : Nous supposons que le fait de répondre aux items du questionnaire 18-20 mois a un impact qualitatif sur les parents ; cela les amène à modifier et à renforcer leurs pratiques autour du langage et de la communication avec leur enfant.

Le questionnaire d'impact (Annexes V, VI, VII, VIII, IX) va nous permettre d'évaluer les apports du questionnaire 18-20 mois sur les connaissances et les savoir-faire des parents.

Il est constitué de quatre volets et doit induire chez les parents un renforcement de leurs compétences, de leurs savoirs et de leur savoir-faire en matière d'interactions verbales et non verbales et de connaissance dans le domaine du langage, de la communication et de l'oralité.

Cette passation a donc comme objectif final de renforcer la pertinence du questionnaire 18-20 mois grâce à l'avis des parents ainsi obtenu et grâce à l'évaluation de l'état de leurs connaissances globales concernant le développement du langage après avoir remplissage du questionnaire.

3.2. Format

Il comporte quatre sous-questionnaires :

- Sous-questionnaire 1 : « Voyageons dans le langage » en version modifiée et raccourcie selon une démarche explicitée plus bas (Annexe VI).
- Sous-questionnaire 2 : Questionnaire 18-20 mois (Annexe VII).

- Sous-questionnaire 3 : « Voyageons dans le langage », version ajustée au questionnaire 18-20 mois (Annexe VIII).
- Sous-questionnaire 4 : Questionnaire de ressenti des parents sur le questionnaire 18-20 mois (Annexe IX).

3.2.1. Sous-questionnaire 1 : « Voyageons dans le langage » version modifiée et raccourcie

Afin de cibler plus précisément nos recherches, nous avons proposé une version modifiée et raccourcie du questionnaire initiale « Voyageons dans le langage » présenté précédemment en retirant six questions :

- Les questions 1 et 2, en rapport avec les pratiques orthophoniques
- La question 6, sur les éléments perturbateurs du développement du langage
- Les questions 12, 13 et 14, sur le sentiment d'information des parents quant au développement du langage

Certaines questions ont été légèrement modifiées pour mettre davantage en relief la notion d'apparition de la compréhension et de l'expression communicative de l'enfant : la question « *à quel âge l'enfant produit-il ses premiers mots* » est devenue « (*à quel âge) utilise-t-il ses premiers mots pour communiquer ?* ».

Nous avons également ajouté des items en lien avec la communication non-verbale (pointage et mimiques), pour faire davantage le lien avec les domaines présents dans le questionnaire 18-20 mois.

3.2.2. Sous-questionnaire 2 : Questionnaire 18-20 mois

Ce questionnaire, objet de notre étude, n'a subi aucune modification.

3.2.3. Sous-questionnaire 3 : « Voyageons dans le langage » version ajutée au questionnaire 18-20 mois

Cette présentation du questionnaire « Voyageons dans le langage » est ajustée au questionnaire 18-20 mois. La passation est motivée par notre souhait de vouloir observer d'éventuelles améliorations des réponses : en effet nous supposons que le renseignement du questionnaire 18-20 mois, outre le fait qu'il permette d'établir un profil langagier de l'enfant, informe les parents, de façon plus générale, sur le développement du langage.

3.2.4. Sous-questionnaire 4 : Questionnaire de ressentis

Le questionnaire de ressentis se propose d'évaluer l'adhésion et la satisfaction globale des parents au questionnaire 18-20 mois. Il donne une analyse qualitative et subjective du ressenti parental. Les questions 2 (« *Le fait de répondre à ce questionnaire vous donne-t-il des informations sur le niveau de langage de votre enfant?* ») et 3 (« *Le fait de répondre à ce questionnaire vous donne-t-il des informations générales sur le développement du langage, de la communication et de l'oralité alimentaire?* ») proposent une distinction entre ce que les parents ont évalué des compétences de leur propre enfant et leurs connaissances sur le développement du langage dans sa globalité.

Les questions 4 (« *Le fait de répondre à ce questionnaire vous invite-t-il à modifier certains comportements avec votre enfant ?* ») et 5 (« *Vous sentez-vous suffisamment informés au quotidien (médias, professionnels de santé, professionnels de la petite enfance…) sur le développement du langage et de l'oralité de l'enfant ?* ») proposent aux parents d'envisager d'éventuelles conséquences de la passation de ce questionnaire sur leurs attitudes, leurs savoir-faire et leurs connaissances. Elles permettent de savoir si cette passation leur a fourni des informations supplémentaires sur le développement du langage ou s'ils se sentent déjà suffisamment informés dans ce domaine. Ces questions évaluent également l'impact que peuvent avoir ces questionnaires sur leur rôle actuel et futur dans ce domaine.

4. Description de notre quatrième outil : le questionnaire de satisfaction médecins

4.1. Intérêts et hypothèse

Nous avons transmis aux médecins ayant expérimenté le questionnaire 18-20 mois, un questionnaire de satisfaction (Annexe XII) afin d'évaluer son adaptation, sa facilité d'utilisation et sa pertinence pour dépister les difficultés de communication, de langage et les troubles de l'oralité chez l'enfant :

- **Hypothèse 2** : Nous supposons que le questionnaire 18-20 mois est un outil de dépistage d'utilisation facile, pertinent et adapté pour les médecins en consultation.

4.2. Ce que l'on cherche à vérifier

- Adaptabilité et faisabilité : les réponses aux questions « s*ur une échelle de 0 (pas du tout faisable) à 4 (très facilement faisable), que diriez-vous de la faisabilité d'utilisation de la grille lors de vos consultations ?* » et « *avez-vous rencontré des difficultés pour intégrer l'utilisation de la grille au cours de votre consultation ? (oui/non)* » nous permettront de savoir si cette grille 18-20 mois est adaptée à une démarche de dépistage en consultation médicale.

- Fiabilité : la question « c*ette grille a-t-elle facilité le repérage d'anomalies langagières ou en lien avec l'oralité ? (oui/non)* » est un moyen pour nous de savoir si la grille de dépistage 18-20 mois a permis aux médecins de repérer des anomalies ou des troubles qu'ils n'auraient pas pu identifier sans cet outil.

- Pertinence : ce questionnaire de satisfaction nous permettra de connaître l'adhésion des médecins et leur satisfaction globale concernant ce questionnaire de dépistage : « *pensez-vous continuer à l'utiliser lors de vos prochaines consultations ? (oui/non)* » et « *Remarques éventuelles sur la grille 18-20 mois.* »

II. Population

1. Questionnaire 18-20 mois

1.1. Les parents

Procédures de recrutement

Ce travail de recrutement fut réalisé en collaboration avec l'étudiante en orthophonie de Caen. Chacune de notre côté, nous avions pour objectif de recruter une cinquantaine de parents dans des crèches, dans notre entourage, auprès d'assistantes maternelles et auprès de cabinets libéraux.

Entre Septembre et Novembre 2015, ma recherche s'est effectuée auprès de 9 crèches de l'Orne et de la Sarthe ainsi qu'auprès du Pôle Médical de la Ferté-Macé. Quelques questionnaires ont également pu être récupérés auprès de mon entourage.

Critères d'exclusion et d'inclusion

Les enfants concernés par notre étude doivent être âgés de 18, 19 ou 20 mois lors de la passation de la grille par les parents. Aucun autre critère d'exclusion n'a été retenu.

Description de l'échantillon

Le recrutement des participants a permis de recueillir des données auprès de 54 parents pour ma part et 74 pour l'étudiante de Caen. L'échantillon total se compose donc de 128 sujets.

Âge (mois)	**18**	**19**	**20**
Nombre (*n* = 128)	42	43	43
Pourcentage	32.81%	33.59%	33.59%
Sexe	**Féminin**		**Masculin**
Nombre (*n* = 128)	59		69
Pourcentage	46.1%		53.91%

Tableau 2 : Tableau descriptif de l'échantillon total (*n* = 128) du questionnaire 18-20 mois

On voit ainsi que le nombre d'enfants, pour chaque tranche d'âge, est globalement bien réparti puisque l'on dénombre 42 enfants âgés de 18 mois, 43 enfants âgés de 19 mois et 43 enfants âgés de 20 mois. La répartition filles/ garçons présente peu d'écarts.

1.2. Les médecins

Procédures de recrutement

Le recrutement s'est effectué auprès de médecins généralistes, de médecins pédiatres, et de médecins de PMI. En tout, une cinquantaine de médecins généralistes, médecins pédiatres et médecins de PMI de la région de Poitiers, de l'Orne, du Calvados et de la Sarthe ont été contactés afin d'utiliser la grille de dépistage en consultation.

Ce recrutement a été le plus complexe à effectuer puisqu'il a nécessité de nombreux contacts téléphoniques, des relances et finalement, malgré l'envie de participer annoncée, les médecins ont manqué de temps et de circonstances favorables.

Critères d'exclusion et d'inclusion

Les médecins doivent pouvoir rencontrer régulièrement les enfants de 18-20 mois. Nous avons donc ciblé notre population sur les médecins généralistes, les pédiatres et les médecins de PMI. Aucun autre critère d'exclusion n'a été retenu.

Description de l'échantillon

La répartition de l'échantillon final se compose, pour ma part de 4 médecins généralistes et 1 médecin de PMI. Et pour mon homologue de Caen, l'échantillon final est de 6 médecins de PMI, 2 pédiatres et 8 médecins généralistes. Notre échantillon total est donc constitué de 21 médecins.

2. Questionnaire « Voyageons dans le langage »

Procédures de recrutement

Les recrutements auprès des parents se sont effectués en Février 2016 dans une école maternelle et primaire et auprès de deux crèches de l'Orne. Dans chaque lieu, une rencontre avec les directeurs ou directrices a été organisée pour que je puisse présenter mon projet, expliquer en détails le questionnaire et organiser ensemble les modalités de passation auprès des parents. Les directrices des crèches ont préféré présenter oralement le questionnaire aux parents lorsque ces derniers viennent chercher ou déposer leur enfant tandis que les directeurs d'écoles ont préparé une information écrite à l'adresse des parents, distribué dans les carnets de liaison, pour les avertir de la mise à disposition d'un questionnaire sur le langage du jeune enfant dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie, à compléter s'ils le souhaitaient.

Critères d'exclusion et d'inclusion

Les participants doivent être parents d'enfants âgés de moins de 6 ans car le questionnaire cible les compétences du jeune enfant. Ces parents ne doivent pas avoir déjà complété le questionnaire d'impact et le questionnaire 18-20 mois. Aucun autre critère n'est retenu.

3. Questionnaire d'impact

Procédures de recrutement

Les recrutements ont eu lieu en Janvier et Février 2016 dans trois écoles maternelles et une école primaire de l'Orne.

Critères d'exclusion et d'inclusion

Sont exclus de l'étude tous les parents ayant participé aux deux précédentes étapes. En effet, il nous a semblé qu'un biais par effet test-retest aurait pu apparaître. Comme pour le questionnaire « Voyageons dans le langage » nous avons souhaité faire parvenir ce questionnaire à des parents ayant des enfants en bas âge, afin d'en faciliter la passation.

III. Organisation de la passation

1. Protocole auprès des familles

1.1. Passation du questionnaire 18-20 mois

En ce qui concerne les crèches, j'ai contacté par téléphone chaque directrice au préalable pour expliquer mon projet, demander le nombre d'enfants éventuellement concernés et proposer un rendez-vous pour transmettre le questionnaire et expliquer plus en détails son organisation. Lors de cette rencontre, nous fixions ensemble les modalités de présentation des questionnaires aux parents. Sur chaque première page des questionnaires transmis, j'ai laissé une information écrite aux parents pour leur expliquer ma démarche, le cadre de mon étude, le thème abordé dans mes questions, l'objectif et la date de retour du questionnaire (Annexe II). Ce questionnaire est strictement anonyme et facultatif. Chaque passation en a été individuelle et les parents ont pu le remplir à la crèche ou à leur domicile. Pour les familles recrutées dans mon entourage, j'ai proposé directement le questionnaire et en ai donné toutes les informations nécessaires.

Les passations se sont déroulées d'Octobre à Décembre 2015.

1.2. Passation du questionnaire d'impact

J'ai également pris contact avec les différents directeurs des écoles pour leur présenter mon projet, le questionnaire et organiser une rencontre. Lors de cette rencontre, nous avons fixé ensemble les modalités de présentation du questionnaire aux parents.

En première page figure un récapitulatif de la démarche (Annexe V) : 4 sous-questionnaires à remplir dans l'ordre proposé, afin de ne pas biaiser les réponses. Une information complémentaire était destinée à permettre aux parents de me contacter à tout moment, en cas de nécessité. La passation des questionnaires dans ces 3 écoles s'est effectuée en Janvier et Février 2016.

1.3. Passation de « Voyageons dans le langage »

Le questionnaire a été transmis à une école maternelle et à deux crèches. Comme pour les autres questionnaires, après avoir contacté les directrices et directeurs par téléphone en Janvier 2016, un rendez-vous a été organisé afin de leur présenter le projet. Les directeurs se sont chargés de transmettre le questionnaire à l'ensemble des parents au début du mois de Février.

2. Protocole auprès des médecins

2.1. Questionnaire 18-20 mois destiné aux médecins

Le questionnaire 18-20 mois destiné aux médecins était similaire au questionnaire destiné aux parents et complété par l'établissement de profils langagiers des enfants (Annexes X, XI). En effet, après que l'étudiante de Caen et moi-même ayons analysé chacune de notre côté les 128 réponses obtenues aux questionnaires remplis par les parents, nous avons mis en commun nos recherches pour établir des profils langagiers. L'étudiante de Caen a réalisé un tableau d'aide au remplissage de la grille 18-20 mois destinée aux médecins (Annexe X).

Courant Janvier 2016, nous avons donc transmis un dossier comportant :

- un récapitulatif de notre travail, nos objectifs et les modalités de passation du questionnaire 18-20 mois durant la consultation médicale
- le questionnaire 18-20 mois (Annexe XI)
- l'aide au remplissage de la grille établie à partir des scores obtenus auprès de 128 enfants (Annexe X) avec :

- la précision sur la cotation de la grille : une réponse « oui » donne 1 point, une réponse « non » donne 0 point
- le profil correspondant aux scores obtenus par les enfants (« profil à risques », « profil à surveiller », « profil satisfaisant »,)
- des conduites à tenir avec les parents pour chaque profil d'enfants :

« **profil à risques** » : indication d'examens complémentaires (bilan(s) O.R.L, ophtalmologique, orthophonique, psychologique...) et orientation des parents vers le site internet info-langage.org.

« **profil à surveiller** » : surveillance à envisager dans les mois à venir et orientation des parents vers le site internet info-langage.org.

« **profil satisfaisant** » : orientation des parents vers le site internet info-langage.org.

Les médecins étaient invités à utiliser le questionnaire 18-20 mois pendant leur consultation et à déterminer le profil des enfants, sur la période allant de Janvier, Février et Mars 2016.

2.2. Questionnaire de satisfaction

Nous avons transmis aux médecins, sur la période de Mars-Avril 2016, un questionnaire de satisfaction (Annexe XII) destiné à évaluer leurs impressions et leurs ressentis. Il se présentait sous la forme d'une échelle de faisabilité, de questions à réponse oui/non et une proposition de remarques éventuelles à compléter. Les réponses à ce questionnaire permettaient de valider l'hypothèse 2, qui estime que notre questionnaire 18-20 mois est un outil pertinent, rapide et adapté à la démarche de dépistage en consultation médicale.

IV. Organigramme des outils utilisés et leurs protocoles de passation

Outils	Populations	Dates de passation	Lieux de recrutement	Présentation des questionnaires	Modalités de passation
Questionnaire 18-20 mois (Annexes III, XI)	Parents d'enfants âgés de 18 à 20 mois	Septembre-Novembre 2015	Crèches, cabinets d'orthophonie, relais d'assistantes maternelles, entourage	Dossier comprenant : - Une note d'information - Le questionnaire 18-20 mois	Questionnaire complété, seuls, par les parents
	Médecins généralistes, de PMI, pédiatres	Février-Mars 2016	Cabinets libéraux, pôles médicaux, services de PMI	Dossier comprenant : - Une note d'information - Une aide à la passation et cotation du questionnaire avec grille de présentation des différents profils - Le questionnaire 18-20 mois	Questionnaire complété par le médecin avec les parents, en consultation médicale de leur enfant, puis cotation, recherche du profil par le médecin et conseils éventuels à donner aux parents
Questionnaire « Voyageons dans le langage » (Annexe IV)	Parents d'enfants de moins 6 ans	Février 2016	Crèches et écoles maternelles	- Questionnaire « Voyageons dans le langage »	Questionnaire complété, seuls, par les parents
Questionnaire d'impact (Annexes V, VI, VII, VIII, IX)	Autres parents d'enfants de moins de 6 ans	Janvier-Février 2016	Autres crèches et écoles maternelles	Dossier comprenant : - Une note d'information - Le questionnaire d'impact constitué du : o Sous-questionnaire 1 o Sous-questionnaire 2 o Sous-questionnaire 3 o Sous-questionnaire 4	Questionnaire à remplir, seuls, par les parents, en respectant l'ordre d'apparition des sous-questionnaires.
Questionnaire de satisfaction (Annexe XII)	Mêmes médecins généralistes, de PMI, pédiatres	Mars-Avril 2016	Cabinets libéraux, pôles médicaux, services de PMI	Dossier comprenant : - Une note d'information - Le questionnaire de satisfaction	Questionnaire à compléter, seul, si au moins une utilisation du questionnaire 18-20 mois en consultation

Tableau 3 : Organigramme des outils et des protocoles de passation

V. Présentation des résultats

1. Analyse qualitative

Cette partie de notre travail s'attachera à présenter les résultats issus de la passation de nos quatre outils puis à proposer une analyse qualitative complète de ces données. Au vu de la formulation de nos hypothèses, nous n'utiliserons pas de statistiques inférentielles. Les statistiques descriptives nous permettront d'analyser de manière complète l'ensemble de nos résultats.

1.1. Résultats du questionnaire 18-20 mois auprès des familles

1.1.1. Analyse des résultats

Figure 1 : Domaines composant le questionnaire 18-20 mois

Echelles	**Etendue** Minimum	**Etendue** Maximum	**Moyenne**	**Médiane**
Interactions /4	1	4	3.9	
Gestes /3	0	3	2.75	
Compréhension /3	0	3	2.5	
Expression /3	0	3	2.2	
Oralité /3	0	3	2.6	
Total /16	**7**	**16**	**14**	**14**

Tableau 4 : Scores des 128 enfants au questionnaire 18-20 mois

Le score minimum obtenu à notre questionnaire 18-20 mois est de **7/16**, le score maximum est de **16/16**. Notons que les meilleures notes obtenues par notre échantillon se situent dans le domaine de l'interaction (moyenne : **3.9/4**) : ce sont les toutes premières compétences de base acquises par les enfants. A 18-20 mois, elles sont donc mieux réussies que l'ensemble des autres compétences. A cet âge, les compétences communicationnelles globales sont supérieures aux capacités langagières de l'enfant. C'est pourquoi les scores obtenus par notre échantillon dans le domaine de la compréhension (moyenne : **2.5/3**) et dans celui de l'expression (moyenne : **2.2/3**) sont plus bas, l'expression étant inférieure à la compréhension.

1.1.2. Création de profils langagiers

1.1.2.1. Profils « quantitatifs »

Nous souhaitons établir trois profils d'enfants :

- Profil « à risques »
- Profil « à surveiller »
- Profil « satisfaisant »

Pour cela, nous avons analysé l'ensemble des scores obtenus par chaque sujet de notre échantillon afin d'établir les effectifs, effectifs cumulés, les fréquences cumulées et les quartiles.

Scores	Effectifs	Effectifs cumulés	Fréquences cumulées	Quartiles
7	1	1	0,78%	
8	1	2	1,56%	
9	3	5	3,91%	
10	5	10	7,81%	
11	4	14	10,94%	
12	12	26	20,31%	
13	16	42	32,81%	Q1
14	**25**	**67**	**52,34%**	**Q2 – Médiane**
15	22	89	69,53%	
16	39	128	100,00%	Q3

Tableau 5 : Tableau descriptif des scores, des effectifs et calculs des effectifs et des fréquences cumulés du questionnaire 18-20 mois

Le calcul des quartiles nous permet de trouver les trois valeurs de la variable qui partagent l'effectif total en quatre sous-ensembles égaux. Nos quartiles sont identifiés par les lettres abrégées Q1, Q2 et Q3 où Q2 est la médiane permettant de partager l'effectif total en deux parties égales, où Q1 représente la valeur de la variable telle que l'effectif des valeurs qui lui sont inférieures représente au plus 25% de l'effectif total pendant que l'effectif des valeurs qui lui sont supérieures représente au plus 75% de l'effectif total et où Q3 représente la valeur de la variable telle que l'effectif des valeurs qui lui sont inférieures représente au plus 75% de la population alors que l'effectif des valeurs qui lui sont supérieures représente au plus 25% de l'effectif total.

Nous nous intéresserons plus particulièrement à la médiane. Elle permet d'identifier le score (**14/16**) partageant l'échantillon en deux parties égales, ce qui signifie que 50% de notre échantillon, soit 64 enfants, ont une note inférieure à **14/16** et 50% ont une note supérieure à **14/16**. Par ailleurs, la moyenne globale obtenue par notre échantillon au questionnaire est de **14/16**. La note de **14/16** constitue donc notre score moyen sur lequel nous nous appuierons pour déterminer nos trois profils d'enfants.

Ainsi, les enfants ayant obtenu un score égal ou supérieur à la moyenne, c'est-à-dire **14**, **15** ou **16/16** auront alors un profil langagier « satisfaisant ».

Pour établir les profils « à risques », nous nous sommes appuyées sur les effectifs cumulés afin de connaître la note des 10% d'enfants les plus faibles de notre échantillon total, soit 13 enfants sur les 128. Nous nous intéresserons donc à la note obtenue par le 13ème enfant ayant eu la note la plus faible. Au regard du tableau 5, la note obtenue par le 13ème enfant sur l'effectif cumulé est de **11/16**.
Ce score nous permet donc de déterminer la note limite en-dessous ou à partir de laquelle chaque enfant sera considéré comme « à risques » de présenter des troubles de la communication, du langage et/ ou de l'oralité.

En outre, les enfants ayant obtenu un score de **12/16** et **13/16** auront un profil « à surveiller » puisqu'ils se situent en-dessous de la moyenne **14/16** mais ont un score supérieur à la note limite **11/16**.

Les trois profils s'organisent alors comme suit :

SCORE DE L'ENFANT	PROFIL DE L'ENFANT
de 0 à 11	« à risques »
12-13	« à surveiller »
Supérieur ou égal à 14	« satisfaisant »

Tableau 6 : Scores et profils langagiers du questionnaire 18-20 mois

1.1.2.2. Profils « qualitatifs »

Comme nous l'avons vu précédemment, notre questionnaire s'organise en cinq domaines distincts. L'analyse des résultats obtenus aux passations nous permet donc d'établir des profils « qualitatifs » pour chaque enfant. Les questions étant organisées par domaines, nous pouvons voir quels sont les points « forts » et points « faibles » de l'enfant, au regard des notes obtenues dans chaque domaine. A 18, 19 et 20 mois, l'enfant doit globalement avoir un score correct dans les domaines de l'interaction, de la communication gestuelle, de la compréhension et de l'oralité. Il peut quelques fois présenter plus de difficultés dans le domaine de l'expression, cela faisant partie du développement normal.

D'autre part, l'analyse des scores obtenus par notre échantillon dans les différents domaines nous a permis de constater que **8** enfants ayant eu un score égal ou supérieur à **14/16** (profil « satisfaisant ») présentent, cependant, un score égal ou inférieur à **2/3** dans le domaine de l'oralité. A ces âges, les enfants ne doivent présenter aucune difficulté à la prise des repas : ils doivent pouvoir manger des morceaux (introduits dès l'âge de 8 mois), prendre du plaisir à manger certains aliments et le repas doit avoir une durée « normale ». Nous avons choisi d'attribuer le profil « oralité alimentaire fragile » aux enfants ayant obtenu un score inférieur ou égal à **2/3**. Ce profil permettra de relever d'éventuels difficultés concernant l'oralité, ce domaine nous semblant être un marqueur sensible du développement de l'enfant.

SCORE DE L'ENFANT	PROFIL DE L'ENFANT
Score d'oralité ≤ 2	**« oralité alimentaire fragile »**

Tableau 7 : Score d'oralité et profil qualitatif d'oralité alimentaire

1.2. Résultats du questionnaire « Voyageons dans le langage »

30 familles ont pu répondre à notre questionnaire « Voyageons dans le langage ». Les résultats obtenus permettent d'évaluer les représentations des parents quant au développement du langage, à leur rôle dans ce développement et à l'intérêt ainsi que l'attention qu'ils accordent aux interactions verbales et non verbales.

Questions	**Réponses**	**Scores (*n* = 30)**	**Scores %**
1. Peut-on prendre en charge en orthophonie un enfant qui ne parle pas ?	**Oui**	**27**	**90%**
	Non	3	10%
2. A quel moment peut-on commencer un suivi orthophonique ?	Dès la naissance	0	0%
	6 mois	2	6. 7 %
	12 mois	7	23.3 %
	24 mois	6	20%
	3 ans	**10**	**33.3 %**
	4 ans	**2**	**6.7 %**
	5 ans	**3**	**10%**
	6 ans	0	0%
	7 ans	0	0%
3. Commence-t-il à comprendre quand on lui parle ?	**Avant la naissance**	**7**	**23.3 %**
	Dès la naissance	**8**	**26.7 %**
	3 mois	**10**	**33.3 %**
	6 mois	3	10%
	12 mois	2	6.7 %
	18 mois	0	0%
	24 mois	0	0%
	3 ans	0	0%
	4 ans	0	0%
4. Répète-il ses premières syllabes (du type bababa, dadada) ?	Avant la naissance	0	0%
	Dès la naissance	0	0%
	3 mois	12	40%
	6 mois	**15**	**50%**
	12 mois	**3**	**10%**
	18 mois	0	0%
	24 mois	0	0%
	3 ans	0	0%
	4 ans	0	0%
5. Produit-il ses premiers mots (papa, maman…) ?	Avant la naissance	0	0%
	Dès la naissance	0	0%
	3 mois	3	10%
	6 mois	**10**	**33.3 %**
	12 mois	**15**	**50%**
	18 mois	2	6.7 %
	24 mois	0	0%
	3 ans	0	0%
	4 ans	0	0%

6. Lequel ou lesquels de ces éléments peuvent gêner la mise en place du langage ?	L'utilisation de la tétine	19	63.3 %
	La télévision	12	40%
	Un décès	20	66.7 %
	Les situations de jeux seul	1	3.3 %
	L'utilisation de la tablette	14	46.7 %
	Le bilinguisme	3	10%
	Le faire répéter	1	3.3 %
	Reformuler	1	3.3 %
	Parler avec des gestes	7	23.3 %
	Une baisse de l'audition	**28**	**93.3 %**
	Des troubles visuels	12	40%
	Un handicap mental	**27**	**90%**
7. Lequel ou lesquels de ces éléments favorisent la mise en place du langage ?	**Communiquer et parler au bébé**	**28**	**93.3%**
	Le contact visuel	16	53.3 %
	Les rituels quotidiens	18	60%
	Les livres, comptines	**29**	**96.7 %**
	Le chant	**29**	**96.7 %**
	Les jeux interactifs	23	76.7 %
	Parler avec des gestes	12	40%
	Parler avec des mimiques	7	23.3 %
	Le bilinguisme	10	33.3 %
	L'utilisation de la tablette	1	3.3 %
	Le faire répéter	21	70%
	Lui faire écouter la radio	10	33.3 %
	Le mettre devant la télévision	1	3.3 %
	Reformuler	24	80%
	Communiquer par toucher/regard	10	33.3 %
	Nommer les objets	**28**	**93.3 %**
	Les situations de jeux seul	16	53.3 %
8. Selon vous y a-t-il un lien entre l'oralité alimentaire (le fait de manger) et l'oralité verbale (le fait de parler) ?	**Oui**	**16**	**53.3 %**
	Non	14	46.7%
9. En tant que parent, pensez-vous avoir un rôle primordial dans le développement du langage de votre enfant ?	**Oui**	**29**	**96.7 %**
	Oui en partie	1	3.3%
	Non pas vraiment	0	0 %
	Non pas du tout	0	0 %
10. Votre rôle dans l'émergence du langage chez l'enfant est-il plus important - aussi important - un peu moins important que celui des professionnels de l'enfance (crèche, école, assistante maternelle…) ?	**Plus important**	**16**	**53.3 %**
	Aussi important	14	46.7 %
	Moins important	0	0%
11. Faut-il accorder plus d'attention - autant d'attention - un peu moins d'attention à l'acquisition de la marche plutôt qu'au langage ?	Plus d'attention	1	3.3 %
	Autant d'attention	**27**	**90%**
	Un peu moins d'attention	2	6.7 %
12. Êtes-vous suffisamment informés au quotidien (par les médias, les professionnels de santé, professionnels de la petite enfance…) sur le développement du langage de l'enfant ?	Oui	2	13.3 %
	Oui en partie	11	36.7 %
	Non pas vraiment	**15**	**50%**
	Non pas du tout	**2**	**6.7 %**

13. Souhaiteriez-vous recevoir plus d'informations sur le développement du langage et de l'oralité de l'enfant ?	**Oui** Non	**24** 6	**80%** 20%
14. Aimeriez-vous avoir des conseils sur les attitudes ou les activités (jeux, exercices) à mettre en place avec votre enfant ?	**Oui** Non	**25** 5	**83.3 %** 16.7 %

Tableau 8 : Scores des parents (n= 30) au questionnaire « Voyageons dans le langage »

Les parents semblent avoir une bonne représentation des capacités de compréhension précoce de l'enfant puisque quasiment **80 %** d'entre eux situent le début de l'interaction orale avant 3 mois (item 3). Il en va de même pour les capacités de production orale de l'enfant, puisque **90%** des parents situent l'apparition du babillage avant ou à partir de 6 mois et environ **93%** des parents placent l'apparition des premiers mots avant ou à partir de 12 mois.

Concernant les éléments perturbateurs du développement du langage (item 6), le choix des parents s'est porté majoritairement sur *la baisse de l'audition* (**93. 3%**), *le handicap* (**90%**), *le décès* (**66. 7%**) et *l'utilisation de la tétine* (**63.7%**). Il est intéressant de constater que l'utilisation de la tétine est un élément reconnu comme perturbateur pour **63.7%** des parents par contre, l'utilisation des écrans, tels que la télévision (**40 %**) ou la tablette (**43.3%**) est moins repérée. Ceci montre une certaine connaissance des parents sur les possibilités de communication de l'enfant, avec et sans l'utilisation de la tétine, mais prouve également que les parents n'ont peut-être pas encore bien conscience des contre-indications des écrans sur le développement des enfants.

Parmi les éléments favorisant l'émergence du langage (item 7), les parents ont répondu en grande majorité *les livres et les comptines (***96.7%***), le chant (***96.7%***), le fait de nommer les objets croisés du quotidien (***93.3%***), communiquer et parler au bébé* (***93.3%***) et enfin *la reformulation (***80%***)*. Ces moyens impliquent des situations d'utilisation directe du langage oral. En revanche, les éléments comme *l'appui de la communication par le contact visuel (***53.3%***), les situations de jeux seuls (***53.3%***), la communication par les gestes (***43.3%***) et les mimiques (***23.3%***), la communication par le regard ou le toucher (***33.3%***)* sont des éléments moins choisis par les parents. Ce sont des situations d'interaction non-verbales n'utilisant donc que peu ou pas de langage oral. Ce type d'activité semble alors moins propice au développement du langage selon les parents.

Concernant le lien entre l'alimentation (oralité alimentaire) et le langage oral (oralité verbale), **53.3%** de notre échantillon l'identifient. Mais, chez **46.7%** des parents, ce lien n'est pas établi.

Pour ce qui est de la place accordée par les parents à leur propre rôle dans l'émergence du langage en comparaison avec le rôle exercé par les professionnels extérieurs sur l'apparition du langage, **53.3%** de notre échantillon pensent que les parents ont une plus grande place dans le développement du langage et de la communication. D'autre part, **96.7%** des parents de l'échantillon affirment avoir un rôle primordial à jouer dans l'émergence du langage.

Le questionnaire « Voyageons dans le langage » met en exergue chez les parents un manque d'informations sur le développement du langage, de la communication et de l'oralité de l'enfant puisque **56.7%** d'entre eux disent ne pas recevoir suffisamment de renseignements dans ce domaine au quotidien. **80%** souhaiteraient recevoir davantage d'informations et **83.3%** aimeraient avoir des conseils et des exemples concrets d'activités à mettre en place avec leur enfant.

L'orthophonie étant la discipline qui intervient en cas de difficultés du développement du langage et de la communication, il semblait intéressant d'évaluer les représentations des parents sur cette profession. **90%** des parents affirment que l'orthophoniste peut prendre en charge des enfants qui ne parlent pas (item 1) mais seuls **30%** d'entre eux pensent que le suivi orthophonique peut commencer à partir ou avant 12 mois (item 2). Au vu de ces scores nous supposons que les parents pensent que l'enfant doit avoir acquis un certain langage ou présenter un retard « suffisant » de communication et de langage pour consulter un orthophoniste : **50%** de notre échantillon situent entre 3 et 7 ans le début de l'intervention orthophonique. On suppose que de manière générale les parents s'inquiètent tardivement des difficultés de langage et de communication de leur l'enfant.

Pour conclure, les parents identifient des capacités de communication et de langage avant l'âge de 3 mois. Ces représentations montrent que les parents possèdent un certain nombre de connaissances sur les possibilités de compréhension du jeune enfant. Il en est de même pour les capacités d'expression (babillage et premiers mots), bien identifiées par les parents aux âges correspondants.

Ensuite, les parents ont conscience de l'importance de leur rôle dans le développement du langage de leur enfant et l'intérêt de leur participation. Ils identifient correctement les éléments pouvant favoriser ou perturber le développement du langage de l'enfant.

Néanmoins, les parents ont encore besoin de recevoir des informations, notamment en ce qui concerne l'apport des interactions non-verbales sur l'émergence du langage et du développement global de l'enfant mais également sur les moments clés du repérage de difficultés éventuelles. D'autre part, plus de la moitié d'entre eux a le sentiment de ne pas avoir suffisamment d'informations sur le développement du langage de l'enfant et la plupart des parents se dit prête à recevoir plus d'éléments permettant de connaître la manière dont l'enfant développe son langage afin d'optimiser ses performances.

Les résultats de ce questionnaire attestent la pertinence d'interventions visant à soutenir les parents dans leur rôle d'acteurs du développement langagier de l'enfant puisqu'ils sont favorables à l'idée de recevoir des informations, des conseils et des propositions d'activités et de comportements à mettre en place pour favoriser le développement du langage du jeune enfant.

1.3. Résultats du questionnaire d'impact

39 familles ont pu répondre à notre questionnaire d'impact, ces familles sont issues d'écoles rurales, publiques et privées.

Nous présenterons les résultats en deux temps : dans un premier temps, nous proposerons une analyse subjective des représentations parentales par interprétation des scores obtenus aux sous-questionnaires 1 et 2. Le sous-questionnaire 1 permet d'obtenir une première représentation du développement du langage et de la communication de l'enfant chez les parents ainsi que le rôle accordé à l'environnement extérieur, selon les parents, concernant l'émergence du langage. Le sous-questionnaire 2 nous donne une indication de ce que pensent les parents des compétences acquises par un enfant de 18-20 mois. Dans un second temps, nous proposerons une analyse des scores obtenus aux sous-questionnaire 3 et 4. Nous étudierons alors l'impact du questionnaire 18-20 mois grâce à la comparaison des scores obtenus aux sous-questionnaires 1 et 3. Nous évaluerons également l'adhésion des parents au questionnaire 18-20 mois grâce à l'analyse des scores obtenus au sous-questionnaire 4.

1.3.1. Analyse subjective des représentations parentales

1.3.1.1. Résultats du sous-questionnaire 1

Items 1 à 10	Réponses	Scores (n = 39)	Scores en %
1. (quand l'enfant) Commence-t-il à comprendre quand on lui parle ?	**Avant la naissance**	**10**	**25.6%**
	Dès la naissance	**9**	**23.1%**
	3 mois	7	17.9%
	6 mois	11	28.2%
	12 mois	1	2.6 %
	18 mois	1	2.6 %
	24 mois	0	0%
	3 ans	0	0%
	4 ans	0	0%
2. (quand l'enfant) Communique-t-il verbalement ?	Avant la naissance	1	2.6 %
	Dès la naissance	**10**	**25.6%**
	3 mois	5	12.8%
	6 mois	6	15.4%
	12 mois	13	33.3%
	18 mois	2	5.1 %
	24 mois	1	2.6 %
	3 ans	1	2.6 %
	4 ans	0	0%
3. (quand l'enfant) Commence-t-il à répéter ses premiers mots ?	Avant la naissance	0	0%
	Dès la naissance	0	0%
	3 mois	2	5.1 %
	6 mois	9	23.1%
	12 mois	**24**	**61.5%**
	18 mois	3	7.7 %
	24 mois	1	2.6 %
	3 ans	0	0%
	4 ans	0	0%
4. (quand l'enfant) Utilise-t-il ses premiers mots pour communiquer ?	Avant la naissance	0	0%
	Dès la naissance	0	0%
	3 mois	2	5.1 %
	6 mois	5	12.8%
	12 mois	**14**	**35.9%**
	18 mois	**14**	**35.9%**
	24 mois	4	10.3%
	3 ans	0	0%
	4 ans	0	0%

5. A partir de quel âge l'enfant se fait-il comprendre par des gestes et/ou des mimiques ?	Avant la naissance	0	0%
	Dès la naissance	7	17.9%
	3 mois	3	7.7 %
	6 mois	**13**	**33.3%**
	12 mois	**15**	**38.5%**
	18 mois	1	2.6 %
	24 mois	0	0%
	3 ans	0	0%
	4 ans	0	0%
6. Montre-t-il du doigt un objet qu'il désire ?	Avant la naissance	0	0%
	Dès la naissance	0	0%
	3 mois	1	2.6 %
	6 mois	**13**	**33.3%**
	12 mois	**19**	**48.7%**
	18 mois	6	15.4%
	24 mois	0	0%
	3 ans	0	0%
	4 ans	0	0%
7. Lequel ou lesquels de ces éléments favorisent la mise en place du langage ?	**Communiquer et parler au bébé**	**39**	**100%**
	Les livres, les comptines	**29**	**74.4%**
	Les jeux interactifs	20	51.3%
	Les situations de jeux seul	12	30.8%
	Parler avec des gestes	12	30.8%
	Parler en utilisant des mimiques	8	20.5%
	Lui reformuler ce qu'il dit	**30**	**76.9%**
	Lui nommer les objets qu'il croise au quotidien	**34**	**87.2%**
8. En tant que parent, pensez-vous avoir un rôle primordial dans le développement du langage de votre enfant ?	**Oui tout à fait**	**31**	**79.5%**
	Oui en partie	8	20.5%
	Non pas du tout	0	0%
9. Votre rôle dans l'émergence du langage chez l'enfant est-il *(réponse)* ?	**Aussi important**	**31**	**79.5%**
	Plus important	**8**	**20.5%**
	Un peu moins important	0	0%
10. Selon vous y a-t-il un lien entre l'oralité alimentaire (le fait de manger) et l'oralité verbale (le fait de parler) ?	**Oui**	**22**	**56.4%**
	Non	17	43.6%

Tableau 9 : Scores des parents (n = 39) au sous-questionnaire 1 du questionnaire d'impact

1.3.1.2. Résultats du sous-questionnaire 2

Items 11 à 26	Réponses	Scores (n = 39)	Scores en %
11. L'enfant de 18-20 mois réagit-il quand on l'appelle dans son dos, même à voix chuchotée ?	**Oui** Non	**38** 1	**97.4%** 2.6%
12. Se montre-t-il intéressé lorsqu'on lui raconte quelque chose ?	**Oui** Non	**37** 2	**94.9%** 5.1%
13. Aime-t-il jouer à des jeux comme "coucou" ou "attrape-moi" ?	**Oui** Non	**39** 0	**100%** 0%
14. Peut-il se concentrer quelques minutes sur une même activité ?	**Oui** Non	**28** 11	**71.8%** 28.2%
15. Montre-t-il du doigt un objet qu'il désire ?	**Oui** Non	**39** 0	**100%** 0%
16. Se fait-il comprendre par des gestes et/ou des mimiques ?	**Oui** Non	**38** 1	**97.4%** 2.6%
17. Aime-t-il jouer à faire semblant (avec ses voitures, ses poupées, son ours…) ?	**Oui** Non	**29** 10	**74.4%** 25.6%
18. Réagit-il au "non" et arrête-t-il son activité ?	**Oui** Non	**30** 9	**76.9%** 23.1%
19. Est-il capable de montrer, par exemple, « où est la balle » ?	**Oui** Non	**35** 4	**89.7%** 10.3%
20. Est-il capable d'aller chercher dans une autre pièce, un objet familier ?	**Oui** Non	**33** 6	**84.6%** 15.4%
21. S'amuse-t-il à répéter des mots qu'il vient d'entendre ?	**Oui** Non	**34** 5	**87.2%** 12.8%
22. Utilise-t-il régulièrement des nouveaux mots ?	**Oui** Non	**25** 14	**64.1%** 35.9%
23. Commence-t-il à utiliser des mots pour exprimer ses envies et ses besoins ?	**Oui** Non	**36** 3	**92.3%** 7.7%
24. Le repas est-il un moment de plaisir à 18-20 mois ?	**Oui** Non	**32** 7	**82%** 18%
25. La durée du repas est-elle longue ?	Oui **Non**	17 **22**	43.6% **56.4%**
26. L'enfant mange-t-il des morceaux ?	**Oui** Non	**32** 7	**82%** 18%

Tableau 10 : Scores obtenus des parents (n = 39) au sous-questionnaire 2 du questionnaire d'impact

1.3.1.3. Analyse des résultats aux sous-questionnaire 1 et 2

Concernant la communication précoce de l'enfant, nous constatons que 19 parents, soit **48.7 %** de notre échantillon, répondent *avant la naissance* ou *dès la naissance* (réponses correctes) à la question « *à quel l'âge l'enfant commence-t-il à comprendre quand on lui parle ?* » mais seuls 7 parents, soit **17.9%**, répondent *dès la naissance* (réponse attendue) pour l'expression mimique et gestuelle de l'enfant (question 5) et seuls 10 parents, soit **25.6%,** répondent *dès la naissance* pour les capacités d'expression et de communication orales de l'enfant (question 2). A la question « *à quel âge utilise-t-il ses premiers mots pour communiquer ?* », **46.2%** des parents identifient cette capacité seulement à partir de 18 mois et à la question « *à quel âge répète-t-il ses premiers mots* » **10.3%** des parents repèrent cette étape à partir de 18 mois également.

Nous pouvons donc affirmer que les parents identifient plus aisément, s'agissant de la communication, la capacité de l'enfant à recevoir le langage plutôt que ses capacités et tentatives d'expression.

Cela est d'autant plus vrai que dans le questionnaire 18-20 mois, ils sont **35.9%** à répondre « *non* » à la question « *utilise-t-il régulièrement de nouveaux mots ?* » et **12.8%** à répondre également *non* à la question « *s'amuse-t-il à répéter des mots qu'il vient d'entendre ?* ». Ils identifient mieux les capacités de l'enfant à recevoir le langage : **97.4%** ont répondu *oui* pour la capacité de l'enfant à réagir à la voix chuchotée, **94.9%** ont aussi répondu *oui* au fait que l'enfant éprouve de l'intérêt quand on lui raconte quelque chose, **100%** de réponses oui pour l'intérêt au jeu du « coucou » ou « attrape-moi ».

Pour ce qui est des éléments favorisants le développement du langage (question 7), tous les parents affirment que communiquer et parler au bébé aide à l'émergence du langage. Néanmoins, les situations de communication non-verbales ne semblent pas être perçues comme des situations permettant la stimulation du langage puisque seuls **20,8%** des parents ont attribué ce rôle aux mimiques, **30,8 %** aux gestes et **30,8 %** aux jeux interactifs.

En ce qui concerne plus précisément leur rôle dans le développement du langage, **79.1%** parents ont répondu qu'ils avaient un rôle très important dans l'émergence du langage (« oui tout à fait » à la question 8), mais **79.1%** pensent également que l'extérieur joue un rôle aussi important que le leur (question 9) dans ce développement. Nous pensons donc que les parents estiment que les interactions, quel que soit l'interlocuteur, sont importantes dans le développement du langage.

En conclusion, ces résultats mettent en évidence des connaissances globales quant au développement du langage, de la communication et des activités favorisants ce développement. Pourtant, les représentations parentales restent partielles : le bébé est reconnu comme pouvant être dans la communication, mais ses capacités propres ne semblent pas toujours être observées au moment de leur émergence. Il en va de même pour le rôle des parents, qui n'est pas affirmé comme primordial par tous.

1.3.2. Impact du questionnaire 18-20 mois

1.3.2.1. Résultats du sous-questionnaire 3

Pour rappel, ce questionnaire a été proposé aux parents après qu'ils aient rempli le questionnaire 18-20 mois et le sous-questionnaire1.

Items 27 à 33	**Réponses**	**Scores (n = 39)**	**Scores en %**
27. Avant même la naissance, l'enfant comprend-il lorsqu'on lui parle ?	**Oui**	**23**	**59%**
	Non	16	41%
28. L'enfant peut-il communiquer verbalement dès la naissance ?	Oui	15	38.5%
	Non	**24**	**61.5%**
29. Est-il capable de répéter ses premiers mots avant 1 an ?	**Oui**	**25**	**64.1%**
	Non	14	35.9%
30. Utilise-t-il ses premiers mots pour communiquer aux alentours de 1 an ?	**Oui**	**31**	**79.5%**
	Non	8	20.5%
31. L'enfant peut-il se faire comprendre par des gestes et/ou des mimiques avant 20 mois ?	**Oui**	**39**	**100%**
	Non	0	0%
32. L'enfant de 18 mois peut-il montrer un objet qu'il désire ?	**Oui**	**39**	**100%**
	Non	0	0%
33. Lequel ou lesquels de ces éléments favorise(nt) la mise en place du langage ?	**Communiquer et parler au bébé**	**39**	**100%**
	Les livres, les comptines	**33**	**84.6%**
	Les jeux interactifs	24	61.5%
	Les situations de jeux seul	18	46.2%
	Parler avec des gestes	13	33.3%
	Parler en utilisant des mimiques	9	23.1%
	Lui reformuler ce qu'il dit	**31**	**79.5%**
	Lui nommer les objets qu'il croise au quotidien	**35**	**89.7%**

34. En tant que parent, pensez-vous avoir un rôle primordial dans le développement du langage de votre enfant ?	**Oui tout à fait** Oui en partie Non pas du tout	**33** 6 0	**84.6%** 15.4% 0%
35. Votre rôle dans l'émergence du langage chez l'enfant est-il *(réponse)* que celui des professionnels de l'enfance ?	**Aussi important** **Plus important** Un peu moins important	**30** **9** 0	**76.9%** **23.1%** 0%
36. Selon vous y a-t-il un lien entre l'oralité alimentaire et l'oralité verbale ?	**Oui** Non	**26** 13	**66.7** 33.3%

Tableau 11 : Scores des parents (n = 39) au sous-questionnaire 3 du questionnaire d'impact

1.3.2.1.1. Comparaison des réponses entre les sous-questionnaire 1 et 3

Afin de déterminer si le questionnaire 18-20 mois (sous-questionnaire 2) a des conséquences sur les représentations parentales concernant le développement du langage, nous comparerons les scores obtenus par notre échantillon avant et après la passation du questionnaire 18-20 mois.

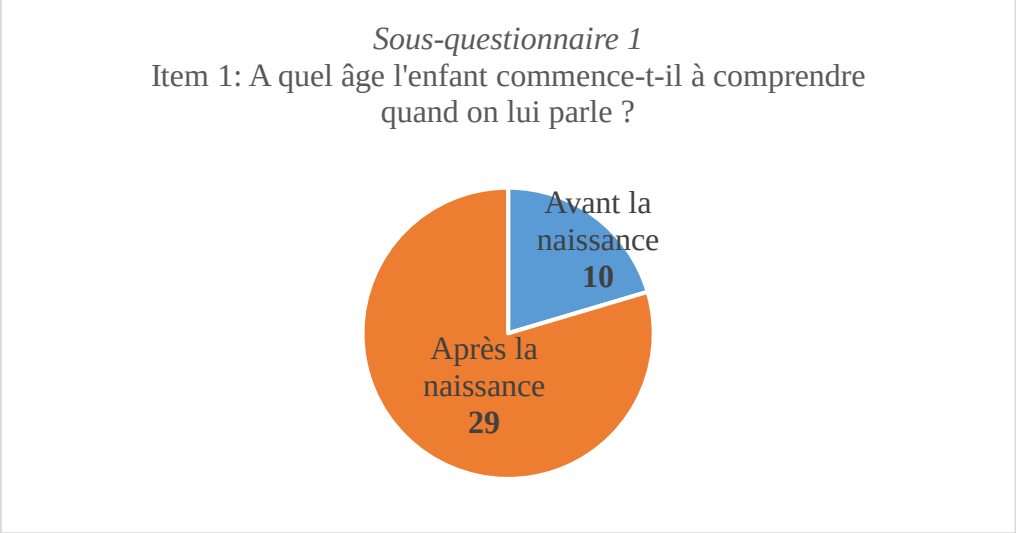

Figure 2 : Réponses des parents à l'item 1 du sous-questionnaire 1.

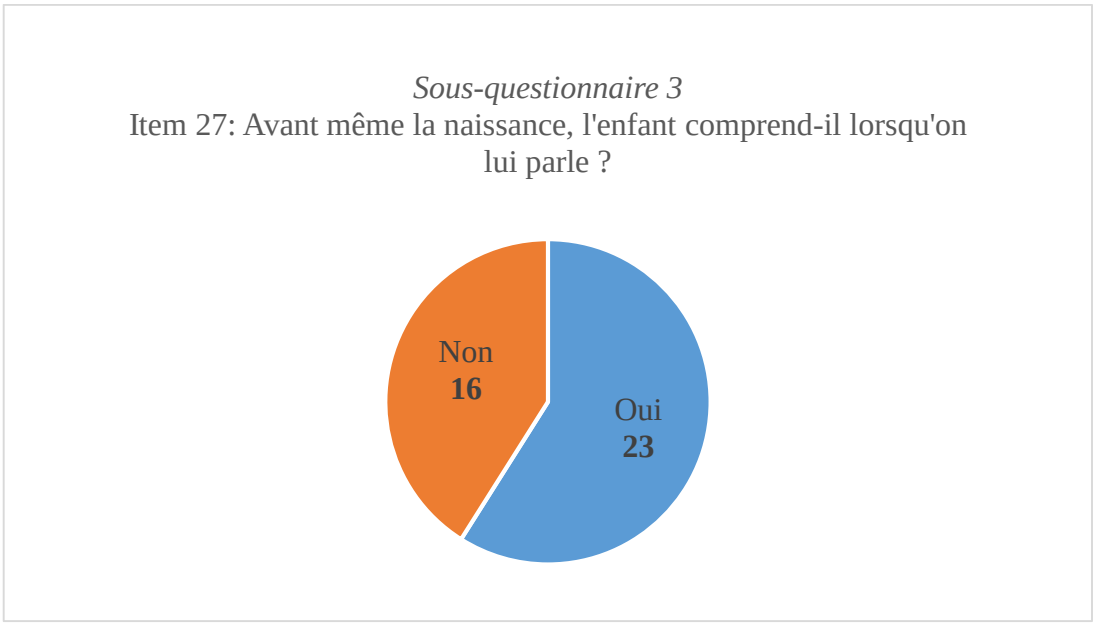

Figure 3 : Réponses des parents à l'item 27 du sous-questionnaire 3.

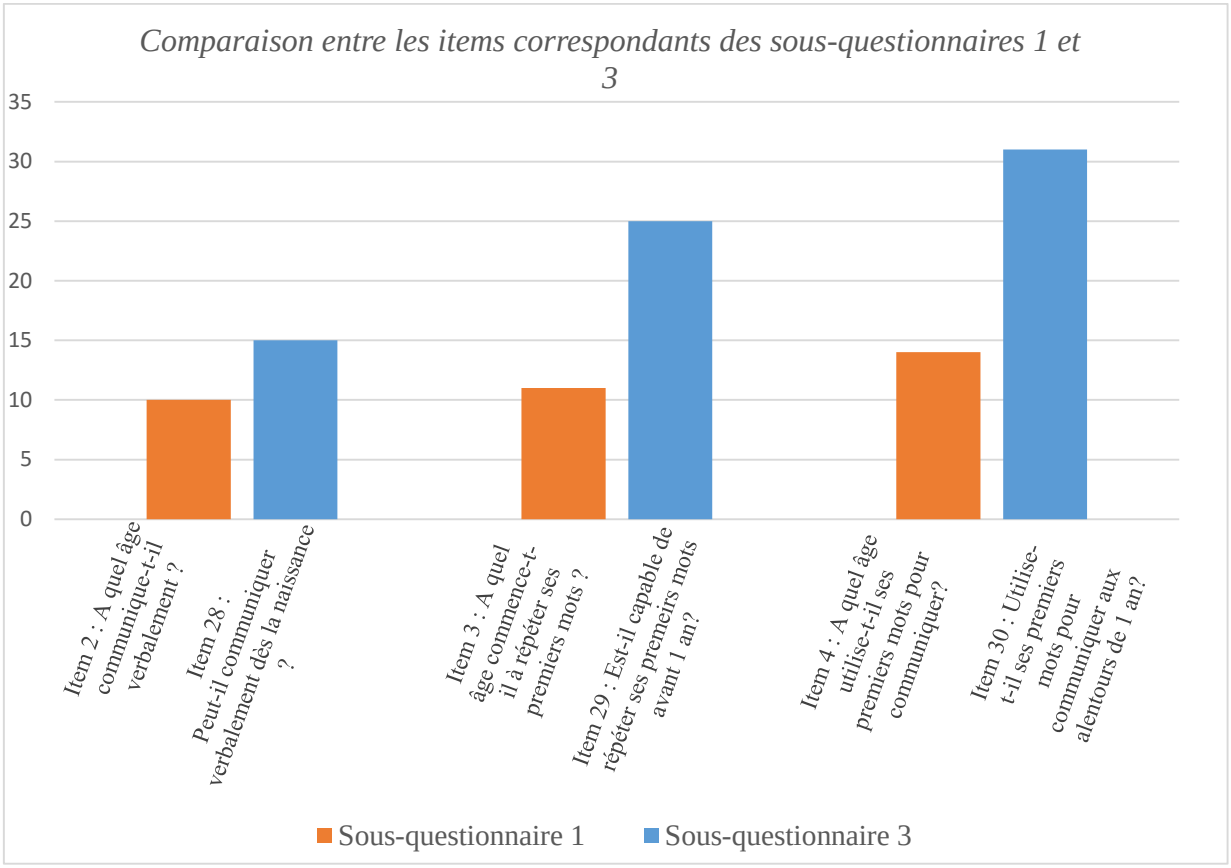

Figure 4 : Histogramme des scores pour les items 2, 3, 4 et 28, 29 et 30 des sous-questionnaires 1 et 3

On observe une modification notable des réponses concernant la compréhension de l'enfant entre les items 1, 2, 3 et 4 du sous-questionnaire 1 et les items 27, 28, 29, 30 du sous-questionnaire 3. Les parents ont amélioré leur perception de la compréhension précoce de l'enfant : ils inscrivent l'enfant dans la communication, avant même sa naissance.

- Items 1 et 27 : **23** parents disent que « l'enfant peut comprendre avant la naissance » contre **10** parents auparavant.
- Items 2 et 28 : **15** parents pensent que « les capacités de communication verbales apparaissent dès la naissance », contre **10** auparavant.
- Items 3 et 29 : **25** parents disent que l'enfant « peut répéter ses premiers mots avant 12 mois », contre **11** auparavant.
- Items 4 item 30 : **30** parents disent que l'enfant « peut utiliser ses premiers mots pour communiquer à 12 mois », contre **14** auparavant.

Aux items 7 et 33, les éléments favorisant le développement du langage de l'enfant sont plus nombreux à être pointés par les parents, comme le montrent les données bleues du tableau ci-dessus :

Items 7 & 33	**Réponses**	**Scores au sous-questionnaire 1 (item 7)**	**Scores au sous-questionnaire 3 (item 33)**
Lequel ou lesquels de ces éléments favorise(nt) la mise en place du langage ?	Les livres, les comptines	29	**33**
	Les jeux interactifs	20	**24**
	Les situations de jeux seul	12	**18**
	Parler avec des gestes	12	**13**
	Parler en utilisant des mimiques	8	**9**
	Lui reformuler ce qu'il dit	30	**31**
	Lui nommer les objets qu'il croise au quotidien	34	**35**

Tableau 12 : Tableau comparatif des réponses entre l'item 7 et l'item 33 des sous-questionnaire 1 et 3

Items	Réponses	Scores au sous-questionnaire 1	Scores au sous-questionnaire 3
8 & 34. En tant que parent, pensez-vous avoir un rôle primordial dans le développement du langage de votre enfant ?	Oui tout à fait Oui en partie Non pas du tout	31 8 0	**33** 6 0
9 & 35. Votre rôle dans l'émergence du langage chez l'enfant est-il *(réponse)* ?	Aussi important Plus important Un peu moins important	31 8 0	**30** **9** 0
10 & 36. Selon vous y a-t-il un lien entre l'oralité alimentaire (le fait de manger) et l'oralité verbale (le fait de parler) ?	Oui Non	22 17	**26** 13

Tableau 13 : Tableau comparatif des réponses entre les items 8, 9, 10 et 34, 35, 36 des sous-questionnaires 1 et 3

Suite à la passation du questionnaire 18-20 mois, les scores obtenus au sous-questionnaire 3 pour les items 34, 35 et 36 (tableau 13) montrent que :

- Les parents affirment davantage leur place dans le développement du langage.
- Ils disent avoir un rôle plus important à jouer dans l'émergence du langage, en comparaison avec les professionnels extérieurs (crèche, assistantes maternelles…).
- Ils font davantage le lien entre l'oralité verbale et l'oralité alimentaire.

Pour conclure, cette comparaison entre nos deux sous-questionnaires nous permet d'identifier de façon claire une amélioration des réponses après la passation du questionnaire 18-20 mois, dans tous les domaines de compétences de l'enfant et en ce qui concerne le rôle des parents dans le développement. Il semblerait donc que notre questionnaire 18-20 mois transmette bien des informations aux parents sur le développement du langage, de la communication et de l'oralité.

1.3.2.2. Résultats du sous-questionnaire 4

Items	Réponses	Scores (n = 39)	Scores en %
37. Le questionnaire 18-20 mois vous parait-il simple à compléter ?	**Oui**	**31**	**79.5%**
	Non	8	20.5%
38. Le fait de répondre à ce questionnaire vous donne-t-il des informations sur le niveau de langage de votre enfant ?	Oui	13	33.3%
	Non	**26**	**66.7%**
39. Le fait de répondre à ce questionnaire vous donne-t-il des informations générales sur le développement du langage, de la communication et de l'oralité ?	Oui	15	38.5%
	Non	**24**	**61.5%**
40. Le fait de répondre à ce questionnaire vous invite-t-il à modifier certains comportements avec votre enfant ?	Oui	2	5.1%
	Oui un peu	10	25.6%
	Non pas vraiment	**16**	**41%**
	Non pas du tout	**11**	**28.2%**
41. Vous sentez-vous suffisamment informés au quotidien sur le développement du langage, de la communication et de l'oralité ?	**Oui**	**11**	**28.2%**
	Oui un peu	**11**	**28.2%**
	Non pas vraiment	15	38.5%
	Non pas du tout	2	5.1%

Tableau 14 : Scores des parents (n = 39) au sous-questionnaire 4 du questionnaire d'impact

1.3.2.2.1. Niveau d'information des parents sur le développement du langage

Afin d'évaluer les représentations des parents quant à leur niveau de connaissance sur le développement du langage et sur l'oralité, nous allons analyser les résultats et les scores obtenus au sous-questionnaire 4 (tableau 14) de notre questionnaire d'impact.

Il apparaît que **56.4 %** des parents disent être suffisamment informés sur le développement du langage, de l'oralité et de la communication de l'enfant (item 41).

Pourtant, alors que plus de la moitié de notre échantillon dit avoir un certain nombre de ressources et de connaissances, les résultats obtenus au sous-questionnaire 3 (tableau 11) semblent contredire cette insertion :

- **61.5%** des parents disent que l'enfant n'a pas de communication verbale à la naissance (item 28).
- **20.5%** des parents pensent que l'enfant n'utilise pas encore ses mots pour communiquer aux alentours de 1 an (item 30).

- **15.4%** pensent avoir un rôle secondaire dans l'émergence du langage (item 34).
- **33.3%** ne font pas le lien entre l'oralité alimentaire et verbale (item 36).
- **15.4%** des parents pensent que les livres et les comptines ne sont pas des éléments favorisant le développement du langage (item 33).
- **38.5%** des parents pensent que les jeux d'interaction n'aident pas l'enfant à développer son langage (item 33).
- **66.7%** et **76.9%** pensent que les gestes et les mimiques ne vont pas aider l'enfant à comprendre le langage et à renforcer la communication (item 33).

Ainsi, malgré un sentiment d'informations suffisant sur le développement du langage, de l'oralité et de la communication, les parents semblent pouvoir améliorer leurs connaissances dans ces domaines.

Par ailleurs, suite à la passation du questionnaire 18-20 mois, bien que **66.7%** des parents disent ne pas avoir eu d'informations concernant leur enfant (item 38), que **61.5 %** disent ne pas avoir eu « *de connaissances supplémentaires sur le développement du langage de l'enfant en général* » (item 39) et que **69.3%** disent ne pas modifier « *leurs interactions et manières de communiquer avec leur enfant* » (item 40), nous relevons les éléments suivants :

- Les parents trouvent **davantage** d'éléments favorisant le développement du langage (item 33).
- Ils ont **plus** le sentiment que le langage et la communication apparaissent précocement (items 27, 28, 29, 30).
- **Davantage** de parents disent avoir un rôle plus important dans le développement du langage.
- **Plus** de parents font le lien entre l'oralité alimentaire et l'oralité verbale.

Il semble donc qu'il y ait une différence entre le niveau de connaissance estimé, par les parents, et le niveau de connaissance réel. L'amélioration des réponses, suite à la passation du questionnaire 18-20 mois, semble confirmer l'intérêt de renforcer les compétences parentales existantes afin de les inscrire dans une démarche de prévention de la santé par l'appropriation de ces connaissances.

Ainsi, le questionnaire 18-20 mois amorce donc chez les parents le désir de réutiliser des activités ou des comportements abordés implicitement dans le questionnaire, comme par exemple le « coucou caché » avec un objet ou une personne (« *l'enfant aime-t-il jouer à des jeux comme*

« coucou» ou « attrape-moi ?»), le fait de raconter une histoire (« *l'enfant se montre-t-il intéressé lorsqu'on lui raconte quelque chose ?* »). L'évolution de ces comportements, par le biais du questionnaire, va dépendre de la maitrise de l'information obtenue par les parents, de leurs connaissances initiales et de leurs références en matière d'éducation : **69.3%** des parents disent ne pas vouloir modifier leurs comportements, **30.7%** des parents de notre échantillon pensent modifier certains aspects de leurs interactions.

Les parents ont un rôle central dans le développement du langage, de la communication et de l'oralité et il semble fondamental de s'appuyer sur leurs compétences propres qui pourront être renforcées par l'utilisation du questionnaire 18-20 mois, ce questionnaire ayant l'avantage d'être reconnu, réalisable et compréhensible par **79.5%** de notre échantillon.

1.4. Résultats du questionnaire 18-20 mois auprès des médecins

1.4.1. Présentation des résultats

Le questionnaire évaluant la satisfaction globale des médecins quant au questionnaire 18-20 mois s'organise en six questions :

- Question 1 : La spécialité du médecin interrogé (médecin généraliste, médecin pédiatre, médecin de PMI).
- Question 2 : Le degré de faisabilité de la grille, réparti de 0 (note la plus faible) à 4 (note la plus élevée).
- Question 3 : les médecins ont-ils eu des difficultés pour intégrer la grille durant leur consultation ? (oui/non)
- Question 4 : Le questionnaire a-t-il facilité le repérage d'anomalies du langage et de la communication, ou bien de l'oralité ? (oui/non)
- Question 5 : Les médecins vont-ils continuer à utiliser la grille durant leurs consultations ? (oui/non)
- Question 6 : Remarques éventuelles sur la grille de dépistage.

Questions 1 & 2	**Médecins (n = 21)**			**Faisabilité de la grille**				
Réponses	**Généraliste**s	Pédiatres	PMI	0	1	2	3	4
Scores	**12**	2	7	0	1	1	**10**	9
Scores en %	**57.1%**	9.5%	33.3%	0%	4.8%	4.8 %	**47.6%**	42.9%

Tableau 15 : Scores des médecins (n = 21) aux questions 1 et 2 du questionnaire de satisfaction

Questions 3, 4 & 5	**Difficultés d'intégration**		**Repérage d'anomalies**		**Souhaitent continuer l'utilisation de la grille**	
Réponses	Oui	**Non**	Oui	**Non**	**Oui**	Non
Scores	5	**16**	8	**13**	**20**	1
Scores en %	23.8%	**76.2%**	38.1%	**61.9%**	**95.2%**	4.8%

Tableau 16 : Scores des médecins (n = 21) aux questions 3, 4 et 5 du questionnaire de satisfaction

La présentation des résultats de la question 6 s'effectuera dans l'analyse des résultats.

1.4.2. Analyse des résultats

1.4.2.1. Une grille pertinente

La passation du questionnaire 18-20 mois et sa cotation par les médecins ont donné les résultats suivants :

- Une bonne faisabilité de passation de la grille avec des notes supérieures à 3/4 chez **90.1%** des médecins.
- Une utilisation et une réalisation aisées de la grille et de sa cotation, traduites par l'absence de difficultés d'intégration chez **76.2%** des médecins.
- Le souhait de continuer à utiliser la grille chez **95.2%** des médecins.

Ces scores mettent en évidence la grande faisabilité de notre questionnaire de dépistage en consultation médicale, ainsi que sa facilité de passation et sa rapidité d'utilisation.

De plus, les remarques recueillies auprès des médecins (question 6) confirment ce constat puisque certains médecins ont souhaité ajouter qu'ils trouvaient la grille « intéressante », « rapide », « facile », « pas compliquée », « très bonne » et les questions « pertinentes ». D'autre part, nous observons que cet outil leur permet d'appuyer leurs « intuitions cliniques » puisque certains soutiennent que les questions posées sont en corrélation avec ce qu'ils ont pu observer

des enfants rencontrés en consultations. Notre outil est à la fois pertinent, facile d'utilisation et écologique puisqu'il s'adapte correctement à une consultation médicale. Les domaines présents dans la grille ainsi que notre proposition de cotation sont également en adéquation avec leurs observations et leur sens clinique, ce qui permet d'appuyer davantage la pertinence de ce dépistage.

1.4.2.2. Repérage des anomalies langagières

L'analyse des scores obtenus à notre questionnaire de satisfaction montre que notre grille n'a pas toujours permis de repérer des anomalies dans le domaine du langage, de la communication ou de l'oralité parmi les enfants de 18-20 mois vus en consultation, puisque seulement **38.1%** des médecins ont pu identifier des difficultés. Pourtant, ce faible pourcentage ne doit pas être interprété comme une remise en question de la pertinence de l'outil : en effet, l'absence de repérage peut être expliquée par une population d'enfants ne présentant pas de difficultés particulières ou bien par un repérage effectué antérieurement.

1.4.2.3. Inconvénients présentés par la grille

Les remarques transmises par les médecins ont permis de relever certains inconvénients de notre grille : quelques médecins ont évoqué un manque de « fiabilité » lié au fait que les réponses aux questions ne sont pas forcément issues d'une observation directe mais données par les parents. Pourtant, en 2005, Shirley Vinter démontre la fiabilité des réponses données par les parents dans le dépistage, grâce aux travaux de Oller, Eilers et Sternberg (1994), qui mettent en évidence que les parents donnent des renseignements très fiables car il n'existe aucun désaccord entre les descriptions réalisées par les parents et celles des chercheurs en laboratoire.

D'autres médecins, ayant choisi une faible note de faisabilité et une difficulté d'intégration de la grille lors de la consultation, ont trouvé que le questionnaire demandait un temps d'appropriation de l'ensemble des items et du système de cotation un peu long et qu'il exigeait une observation pointue de l'enfant. Certains médecins ont estimé, de leur côté, qu'il était délicat de proposer ce questionnaire aux parents venant en consultation avec un enfant malade car cela ajoute une inquiétude aux parents et ne les prédispose pas à répondre à un questionnaire évaluant le langage de leur enfant. Selon ces médecins, la présentation de ce questionnaire serait plus pertinente lors d'examens obligatoires ou d'échéances vaccinales. En effet, le nouveau

calendrier vaccinal ne permet pas de rencontrer les enfants de 18 à 20 mois, mais plutôt à 16 et 24 mois.

1.4.2.4. Conclusion sur l'utilisation de la grille par les médecins

Bien que les résultats du questionnaire de satisfaction ne permettent pas totalement de valider sa capacité de repérage d'anomalies ou de difficultés langagières par les médecins, les autres résultats obtenus à notre grille confirment sa faisabilité, sa pertinence, son intérêt et son aspect écologique pour les médecins en consultations : **95.2%** des médecins interrogés souhaitent continuer à l'utiliser. Notre outil semble donc présenter un intérêt pour les médecins. Nous ajouterons également qu'il a l'avantage d'être un instrument de communication avec les parents et concourt à la mise en place d'une situation de dialogue autour du langage et de la communication et de la prévention des troubles entre les parents et leur médecin.

D'autre part, les remarques des médecins montrent que notre outil soutient et affine leur sens clinique et les incite ainsi à continuer à l'utiliser. Les médecins sont les professionnels de santé qui côtoient le plus souvent les jeunes enfants, ils sont donc les premiers acteurs du dépistage et de la prévention. Par ailleurs, ils semblent demandeurs de ce type d'action et de collaboration, puisque la plupart de ceux que nous avons contacté lors de notre recrutement étaient favorables à notre projet : seuls 21 d'entre eux ont pu utiliser la grille dans le délai imparti mais une quarantaine était prête à le faire.

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

I. Rappel des objectifs

L'objectif principal de notre étude est d'adapter le questionnaire 18-20 mois du Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes Logopèdes pour en faire un outil de dépistage précoce des troubles de la communication, du langage et de l'oralité alimentaire, à l'usage des médecins.

Pour cela nous avons, tout d'abord, amélioré le questionnaire initial en y ajoutant trois items sur l'oralité alimentaire de l'enfant de 18-20 mois, afin d'en faire un outil de dépistage précoce plus complet. Ensuite, nous avons créé quatre profils d'enfants grâce à une passation expérimentale :

- Profil à risques
- Profil à surveiller
- Profil satisfaisant
- Profil qualitatif : oralité alimentaire fragile

Ces profils permettent d'estimer une dynamique de développement et d'objectiver les acquisitions de l'enfant en situant son niveau par rapport à celui d'une population de référence. Nous distinguons alors trois profils quantitatifs basés sur le score obtenu par l'enfant et un profil qualitatif construit sur le domaine de l'oralité.

Une fois notre questionnaire amélioré et expérimenté auprès des familles pour créer nos profils, nous avons proposé aux médecins d'utiliser la grille 18-20 mois afin de nous assurer de sa faisabilité et de sa pertinence en consultation médicale.

D'autre part, nous avons souhaité connaître l'impact de notre questionnaire 18-20 mois modifié sur les connaissances des parents quant au développement du langage, de la communication et de l'oralité de l'enfant. Cette analyse s'est effectuée grâce à un questionnaire évaluant les savoirs et savoir-faire des parents avant et après la passation de la grille 18-20 mois. Ce travail d'évaluation des conséquences de notre grille sur la perception du développement du langage,

la connaissance et l'intérêt des parents quant au développement de la communication nous permet également de renforcer la pertinence de notre grille de dépistage. En effet, cette analyse offre à cette grille de dépistage un double objectif :

- Elle permet tout d'abord de déterminer un profil langagier pour l'enfant en objectivant ses acquisitions à 18-20 mois et en amenant, le cas échant, à donner une suite à ce dépistage médical.
- Elle permet également de donner des repères de développement aux parents tout en les aidant à s'interroger sur leurs pratiques communicatives avec leur enfant. Elle peut, de ce fait, les conduire à réorienter leurs façons de faire en termes d'expression langagière (parler davantage à l'enfant, lui raconter plus de choses), d'interaction (proposer davantage de jeux, de situation de communication duelle ou à plusieurs) et de gestes (utiliser plus de mimiques et de gestes pour soutenir la compréhension). Elle leur permet également de prendre en considération l'oralité alimentaire de leur enfant.

Par ailleurs, notre travail autour de l'adaptation et de l'expérimentation de cet outil de dépistage précoce des troubles de la communication et du langage s'inscrit dans le cadre d'une démarche de prévention primaire et de promotion de la santé. Ainsi, nous avons souhaité faire un état des lieux des connaissances parentales dans le domaine du langage, de la communication et de l'oralité chez le jeune enfant et le mettre en parallèle avec le niveau de connaissances estimé par les parents, grâce au questionnaire « Voyageons dans le langage ». La confrontation de ces résultats met en évidence un manque d'informations précises et une faible identification des potentialités que l'enfant possède dès la naissance dans le domaine de la communication. Pourtant, afin de favoriser l'acquisition du langage par l'enfant, il est essentiel que les parents sachent qu'il peut très précocement prendre appui sur son environnement pour développer petit à petit ses capacités de compréhension (mot, phrases) et d'expression (son, babillage, premiers mots et phrases). Il est également primordial que les parents se reconnaissent comme acteurs principaux de ce développement.

II. Validation des hypothèses

1. Hypothèse n°1

Nous supposons que les résultats obtenus au questionnaire 18-20 mois permettront de mettre en avant des profils d'enfants sous la forme d'un score et d'une analyse qualitative.

La première hypothèse de notre étude est en lien avec notre objectif d'adaptation et d'amélioration de la grille de dépistage du CPLOL 18-20 mois. Les résultats obtenus auprès des 128 parents de notre échantillon nous permettent de confirmer cette première hypothèse : l'expérimentation de la grille 18-20 mois a pu donner lieu à la création de trois profils quantitatifs et de profils qualitatifs en fonction d'un score obtenu aux 16 items de la grille. En effet, les scores obtenus par notre échantillon vont de **7/16** à **16/16**. Nous avons donc pu établir tout d'abord trois profils quantitatifs en fonction du score et de l'effectif cumulé. Il s'agit : du « profil à risques » lorsque l'enfant a un score compris entre **0/16** et **11/16**, du « profil à surveiller » lorsque l'enfant a un score de **12/16** ou de **13/16**, et du « profil satisfaisant » quand l'enfant a un score de **14/16**, **15/16** et **16/16**.

Par ailleurs, au vu des scores obtenus par certains enfants dans le domaine de l'oralité et étant donnés les enjeux de l'oralité sur le développement du langage, nous avons également souhaité créer un profil qualitatif appelé « oralité alimentaire fragile » quand l'enfant a un score inférieur ou égal à **2/3** dans le domaine de l'oralité.

Enfin, pour renforcer le dépistage proposé par les médecins lors de la passation de notre questionnaire en consultation, nous avons créé un tableau récapitulatif de chaque profil avec plusieurs conduites à tenir en fonction du profil de l'enfant obtenu lors de la passation de la grille. Il s'agira pour le médecin, en fonction du score de l'enfant, d'envisager éventuellement des examens complémentaires et de donner un ou plusieurs conseils aux parents. Les médecins étant peu informés sur le développement du langage, de la communication et de l'oralité ainsi que des troubles associés, nous avons trouvé judicieux de leur proposer diverses actions à réaliser à la fin de la passation. Pour le profil « à risques » et pour le profil « oralité alimentaire fragile », nous suggérons aux médecins d'indiquer aux parents la réalisation de plusieurs examens complémentaires, en fonction de ce qu'ils auront observé durant leur entretien et la pas-

sation. Ils peuvent, par exemple, orienter l'enfant vers une consultation en ORL pour le dépistage d'une déficience auditive, vers un ophtalmologue pour des troubles visuels, un orthophoniste pour des difficultés importantes de communication et de langage, un psychologique etc… Ensuite, pour le profil « à surveiller », nous proposons aux médecins d'envisager une surveillance approfondie de l'enfant dans les mois à venir concernant les domaines les plus affectés de la grille, afin d'éviter toute dégradation éventuelle. Enfin, même si le profil de l'enfant est « satisfaisant », nous conseillons aux médecins de réaliser une action préventive primaire en proposant à tous les parents et, quel que soit le profil de l'enfant, de se rendre sur le site internet info-langage.org afin de répondre à leurs éventuelles questions et leur permettre d'accéder à un maximum d'informations sur le développement de l'enfant.

2. Hypothèse n°2

Nous supposons que le questionnaire 18-20 mois est un outil de dépistage précoce pertinent et adapté à la pratique médicale.

Le contenu du questionnaire a beaucoup été apprécié par les médecins. Médecins généralistes, médecins de PMI et pédiatres ont, quasiment tous, pu facilement intégrer le questionnaire à leurs consultations et souhaitent continuer à l'utiliser. Les médecins nous rapportent que les questions ont été faciles à comprendre par les parents et qu'il leur a été aisé de trouver le score et le profil de l'enfant. Nous pouvons supposer que le questionnaire a permis de relever les anomalies langagières quand il y en avait même si les médecins ont rapporté ne pas en avoir relevé parfois. L'absence de repérage d'anomalies n'implique pas forcément la non fiabilité de l'outil mais plutôt qu'il n'y avait pas d'anomalies à repérer dans la population globale.

D'autre part, des médecins ont eu quelques difficultés à proposer la grille car les consultations d'enfants de 18-20 mois ne sont pas forcément systématiques : la tranche d'âge de notre questionnaire n'est peut-être pas tout à fait adaptée. En outre, les enfants de 18, 19 ou 20 mois se rendent chez le médecin, la plupart du temps, pour un problème de santé. Certains médecins ont alors trouvé que la passation d'un questionnaire de langage ne se prêtait pas à ce type de consultation et pouvait renforcer l'inquiétude des parents, dans ces circonstances. Pour autant, la majorité des médecins interrogée souhaitent continuer à utiliser notre grille.

A la lumière de ces données, nous pouvons donc dire que notre hypothèse n'est que partiellement confirmée. La grille 18-20 mois est un outil de dépistage précoce écologique, pertinent et apprécié par les médecins, aisément utilisable dans des consultations dédiées au dépistage.

3. Hypothèse n° 3 A

Nous supposons que, malgré une offre importante d'informations sur le développement de l'enfant, les parents ont toujours besoin de données supplémentaires concernant leurs savoirs et leurs savoir-faire au sujet du développement du langage et de la communication.

Les résultats du questionnaire d'impact et du questionnaire « Voyageons dans le langage » mettent en évidence que les parents sont favorables au fait de recevoir des informations sur le développement du langage, de l'oralité et de la communication.

Peu d'études au sujet de l'état de connaissance des parents sur le développement du langage ont été réalisées. On ne connaît pas encore suffisamment leurs capacités à relever les éléments faisant partie des premières tentatives de communication, orales ou gestuelles, de l'enfant. Les parents auraient tendance à ne pas bien identifier les toutes premières capacités de compréhension et de communication du bébé, comme nous avons pu le voir au travers des résultats obtenus au questionnaire d'impact. Nicole Denni-Krichel écrivait, par ailleurs, en 2003, dans Enfance et Psy, « *trop de parents affirment que leur enfant ne parle pas. Or, lors de la première consultation orthophonique, nous constatons souvent que l'enfant amorce ou a déjà amorcé la communication. Les parents n'y sont cependant pas forcément attentifs et ne relèvent pas toujours ses tentatives de communication.* ». Il s'agit donc bien d'une difficulté, chez les parents, à repérer les éléments qui constituent le langage de l'enfant. Il sera donc intéressant de leur expliquer en quoi consistent les tentatives de communication du bébé et de rendre compte des formes qu'elles peuvent prendre.

Si les parents identifient insuffisamment les premières formes de communication et la capacité de mise en relation propre de l'enfant, ils ont néanmoins une capacité intuitive à instaurer des mécanismes de langage et de communication adaptés au bébé (Stern et al., 1983 ; Fernald et al. 1991 ; Henning et al., 2005 ; Sodestrom, 2007). Ils mettent en place notamment le motherese ou le « parler-nourrice » dès la naissance. Ces échanges dyadiques sont un moyen privilégié

pour l'enfant de s'approprier le langage. Ces interactions sont, par ailleurs, bien identifiées par les parents dans notre questionnaire « Voyageons dans le langage », comme un moyen permettant de développer le langage de l'enfant (« *communiquer et parler au bébé* »). Il est important que les parents connaissent ces procédés et les utilisent avec leur enfant. Ils doivent donc être sensibilisés aux capacités d'attention, de compréhension et de communication précoces de leur enfant.

L'hypothèse est donc bien confirmée, puisque nous constatons, dans un premier temps, que les parents souhaitent recevoir des conseils pratiques sur l'émergence et le développement du langage et souhaitent également recevoir des informations sur les compétences communicationnelles précoces des bébés. L'analyse des résultats au questionnaire d'impact et au questionnaire « Voyageons dans le langage » nous a permis de voir qu'un certain nombre de parents ont de bonnes connaissances sur les étapes de développement du langage : âge de l'émergence du babillage, des premiers mots mais aussi sur les éléments favorisants le développement du langage : les livres, les comptines, le chant, le fait de communiquer et parler au bébé, lui reformuler et lui nommer les choses etc. Ils ont également conscience de ce qui pourrait gêner la mise en place du langage : les déficits sensoriels, les difficultés psychologiques de l'enfant, l'utilisation de certains écrans etc. D'autre part, certaines méconnaissances à propos du développement du langage et, notamment sur les compétences précoces et le rôle que les parents attribuent à leur participation effective dans le développement du langage, démontrent que des actions d'informations doivent leur être proposées.

4. Hypothèse n° 3 B

Outre le fait qu'il permette de déterminer un profil d'enfant, nous supposons que le questionnaire 18-20 mois transmet également des informations aux parents sur le développement du langage, de la communication et de l'oralité.

L'analyse des résultats obtenus au questionnaire d'impact nous permet d'affirmer notre hypothèse puisque les scores du sous-questionnaires 3 sont meilleurs que les scores obtenus dans le sous-questionnaire 1. Les parents ont été capables de mieux identifier, suite à la passation du questionnaire 18-20 mois, les capacités précoces de l'enfant dans le domaine du langage et de la communication. Nous supposons que les domaines du questionnaire 18-20 mois, écrits

et présentés séparément sur la grille (interaction et attention, gestes et actions, compréhension, expression, oralité), aident les parents à identifier plus aisément les capacités de l'enfant dans ces domaines. Cela renforce leur compréhension des compétences communicatives et langagières. L'enfant est alors valorisé dans toutes ses compétences. Au vu des scores du sous-questionnaire 4, notre hypothèse est renforcée par le fait que les parents affirment d'eux-mêmes avoir reçu des informations en remplissant les questionnaires. Pour les parents disant ne pas avoir obtenu d'informations complémentaires sur le développement du langage, tous ont, malgré tout, un meilleur score dans le sous-questionnaire 3.

D'autre part, en consultation médicale, le questionnaire 18-20 mois permet au médecin de mettre en place une situation de dialogue autour du langage et de la communication de l'enfant avec les parents. Quelle que soit la manière dont se sont déroulées les passations du questionnaire 18-20 mois, nous pouvons valider notre hypothèse puisque l'outil transmet bien des informations aux parents sur le développement du langage, de la communication et de l'oralité. Il permet de répondre également à leur besoin d'informations (hypothèse 3A).

5. Hypothèse n°4

Nous supposons que le fait de répondre aux items du questionnaire 18-20 mois a un impact qualitatif sur les parents ; cela les amène à modifier et à renforcer leurs pratiques autour du langage et de la communication avec leur enfant

.

L'impact qualitatif attendu sur les parents concerne trois domaines. Le questionnaire 18-20 mois doit permettre chez les parents :

- Une valorisation de l'ensemble des capacités communicationnelles du jeune enfant
- Une prise de conscience du rôle étayant des parents sur le développement du langage
- Un renforcement des interactions parents-enfant

Dans un premier temps, nous observons que les parents relèvent davantage de compétences précoces chez l'enfant dans le sous-questionnaire 3. Ceci démontre que les parents identifient mieux les possibilités et les capacités du jeune enfant après avoir utilisé la grille 18-20 mois.

Dans un deuxième temps, nous souhaitions voir apparaître une hausse du sentiment d'implication parentale dans l'émergence du langage. Les réponses données par les parents au sous-questionnaire 3 valident cette hypothèse puisque **84.6%** des parents disent avoir un rôle à part entière dans le développement du langage contre **79.5%** dans le sous-questionnaire 1.

Enfin, notre questionnaire doit avoir un impact qualitatif sur les interactions verbales et non-verbales entre l'enfant et ses parents. Les résultats du sous-questionnaire 4 montrent que **30.7%** des parents disent vouloir modifier et renforcer certains comportements et notamment les interactions avec leur enfant. Ce chiffre est plutôt satisfaisant puisqu'il met en évidence qu'une simple lecture du questionnaire, sans échanges et sans dialogues avec un professionnel, permet tout de même à ces parents d'émettre diverses réflexions qui les conduisent à vouloir renforcer leurs interactions. Toutefois, notre étude ne permet pas d'évaluer ce que les parents seront amenés, ou non, à renforcer. Ces changements et ces renforcements inconscients sont simplement supposés par la lecture du questionnaire 18-20 mois. Nous présumons qu'un échange semi-structuré autour de ce questionnaire avec un professionnel, tel que le médecin, induirait un renforcement plus important des interactions chez les parents.

III. Limites de notre étude

D'un point de vue méthodologique, nous dégagerons les limites de la présente étude afin d'optimiser le protocole pour de prochaines recherches dans le domaine du dépistage des troubles de la communication et du langage avant 20 mois.

Concernant notre collaboration avec les médecins sur la grille 18-20 mois, la taille de l'échantillon constitué est l'un des points faibles de notre étude. Il a été quelque peu difficile pour les médecins ayant accepté de participer à cette recherche de pouvoir l'amener au bout, dans les délais impartis (Février à Avril 2016). Une plus grande contribution de leur part aurait permis d'obtenir d'autres remarques, d'autres impressions vis-à-vis de la grille et donc d'avoir de nouvelles réflexions et perspectives d'améliorations à apporter à notre questionnaire.

La tranche d'âge de notre étude ne correspond pas au calendrier des bilans de santé et des vaccins obligatoires, ce qui amène les médecins à ne rencontrer que les enfants malades. Dans cette situation, les parents ne sont pas suffisamment disponibles pour répondre à un questionnaire de dépistage.

Par ailleurs, nous supposons que la mise en place d'un entretien semi-structuré avec les parents permettrait de renforcer leur intérêt au dépistage des troubles de la communication, du langage et des compétences précoces de l'enfant. Cet entretien pourrait être mené par les médecins, à l'issu du dépistage. Il s'agirait ainsi d'une démarche de promotion de la santé où prévention secondaire (dépistage) et prévention primaire (information) auraient toute leur place.

IV. Visées et perspectives de l'étude

Ce travail de recherche nous a permis de mener une véritable action de prévention et a touché : des parents, des médecins, des enseignants, des professionnels de la petite enfance et des orthophonistes. Les dialogues et échanges autour du dépistage des troubles de la communication chez l'enfant avant 3 ans ont contribué à une réflexion enrichissante pour chacun des acteurs.

Cette étude a permis d'encourager les médecins participants à renforcer et à améliorer la pratique du dépistage chez l'enfant de moins de 3 ans. Nous supposons que l'utilisation de notre outil a donné lieu à la mise en place d'une attitude réflexive quant aux possibilités communicationnelles de l'enfant à cet âge et à un échange, entre les parents et le médecin, autour du développement du langage.

D'autre part, la collaboration avec les crèches et les écoles a permis de rappeler ou d'informer ces professionnels de la nécessité du repérage précoces des troubles de la communication avant 3 ans. Nous supposons que notre collaboration a pu les amener à s'intéresser davantage au développement du langage de l'enfant et à leur rôle dans ce développement ainsi qu'au rôle des parents.

V. Proposition de futures recherches

Face aux différentes limites et perspectives que nous pouvons tirer de notre travail, plusieurs études sont envisageables afin d'approfondir notre analyse.

1. La grille de dépistage 18-20 mois

De nouveaux profils qualitatifs, en plus de notre profil « oralité alimentaire fragile », pourraient être créés dans les autres domaines du questionnaire 18-20 mois, à savoir : compréhension, expression, gestes et action, interaction et attention.

Afin de répondre aux remarques des médecins concernant l'opportunité de synchroniser ce dépistage avec le calendrier des examens obligatoires, notre grille pourrait être adaptée jusqu'à l'âge de 24 mois. Elle s'appuierait sur l'évaluation et l'identification d'une série de compétences interactives, expressives, gestuelles et de compréhension identifiables à ces âges.

En outre, les questionnaires 30 mois (Annexe XIII) et 54 mois (Annexe XIV) du CPLOL pourraient également être adaptés pour les médecins ce qui donnerait lieu à une étude, longitudinale et rétrospective (de 18 à 54 mois), des compétences communicationnelles et langagières de l'enfant.

2. Les parents

Les études dédiées aux représentations parentales du développement du langage et de la communication, de l'implication parentale dans ce développement et des pratiques interactives parents-enfant sont peu nombreuses. Suite aux passations de notre questionnaire d'impact et de notre questionnaire « Voyageons dans le langage », il nous a paru intéressant d'évaluer les données permettant de connaître précisément les pratiques interactives parentales. Les résultats obtenus montrent que les parents ne sont pas suffisamment sensibilisés aux interactions non-verbales permettant de développer le langage. Les éléments favorables et perturbateurs au développement du langage nécessiteraient un temps d'échange entre parents et professionnels pour permettre de véritables conséquences sur leurs pratiques interactives réelles. Une étude visant à évaluer les conséquences de ces échanges ou d'une action de prévention sur les pratiques parentales pourrait faire l'objet d'un travail de recherche

CONCLUSION

De nombreux travaux mettent en évidence des faits de société alarmants : hausse de l'illettrisme, échec scolaire, difficultés d'intégration et d'insertion socio-professionnelle, baisse des compétences langagières globales… Ces faits de société ont des coûts économiques et des conséquences sociales majeurs. Dès les années 70, les orthophonistes ont abordé les notions de dépistage et de repérage précoce des troubles du langage permettant de prévenir l'apparition de carences et de dysfonctionnements langagiers. Cet intérêt pour le dépistage précoce a donné lieu à la création de plusieurs outils repérant rapidement chez l'enfant les troubles du langage à 5 ans, 4 ans et même 3 ans en évaluant le niveau auditif, les capacités perceptives et mnésiques, l'orientation et la structuration dans l'espace et le temps, les performances de la parole et du langage verbale (compréhension, construction et formulation du langage, raisonnement logique). Le travail autour du dépistage et du repérage par le biais d'actions de prévention primaire et les études portant sur les compétences précoces de l'enfant ont permis de démontrer qu'une intervention encore plus précoce était possible. Plus l'enfant est repéré rapidement et précocement, plus il pourra optimiser ses compétences langagières.

La grille de dépistage mise au point par le CPLOL permet aux parents de repérer rapidement des difficultés de communication et de langage à 18-20 mois. Les médecins, acteurs incontournables du dépistage, doivent régulièrement être sensibilisés et informés afin de mieux prendre en compte le langage pour les amener à effectuer davantage de consultations de dépistage. Roy et Maeder, en 1996, préconisent une sensibilisation des médecins généralistes au dépistage précoce et aux difficultés de langage car ces derniers « *négligent parfois les troubles du langage ou jugent même inopportun des demandes de prises en charges précoces* ». L'utilisation du questionnaire du CPLOL 18-20 mois par les médecins nous a donc semblé être un moyen de les sensibiliser à la question du langage et de les informer mais, pour atteindre cet objectif, la grille nécessitait d'être améliorée pour être tout à fait pertinente et répondre aux possibilités de son utilisation par les médecins en consultation.

Le travail que nous avons effectué, dans un premier temps, sur l'amélioration du questionnaire en y ajoutant trois items sur l'oralité et en créant cinq profils langagiers, puis sur

son expérimentation auprès des médecins, a permis de rendre la grille pertinente dans la recherche d'anomalies du langage, de la communication et de l'oralité. Cette étude a également permis de nous assurer de sa faisabilité, de sa fiabilité et de sa facilité d'utilisation par les médecins.

Dans un deuxième temps, il nous est apparu qu'un vrai projet de prévention inclut les parents comme de véritables partenaires dans l'action de dépistage. Ils sont indissociables de l'accompagnement précoce. C'est pourquoi, nous avons également souhaité consacrer une grande partie de notre analyse à l'évaluation de leurs représentations du développement de la communication et du langage ainsi qu'à l'étude de leurs ressentis vis-à-vis de notre grille de dépistage et de son impact qualitatif sur leurs connaissances.

Le dépistage et la prise en charge précoce des enfants présentant des risques de difficultés de communication, de langage ou d'oralité sont un enjeu important pour éviter des répercussions sur leur développement psycho-affectif, langagier, cognitif, scolaire et social. Dans une démarche de promotion de la santé, la prévention et la sensibilisation des plus proches partenaires de l'enfant aux difficultés de langage et de communication s'avèrent donc indispensables.

BIBLIOGRAPHIE

3ème Colloque National de la Prévention en Orthophonie. (1997). *L'orthophonie, la prévention et la lutte contrel'illettrisme et l'exclusion sociale* (Ortho Edition). Paris : FNO.

Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé ANAES. (2001). L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. Paris.

Aimard, P. (1972). *L'enfant et son langage*. Simep Edition.

Aimard, P. (1996). *Les débuts du langage chez l'enfant* (Dunod). Paris.

Aimard, P., Abadie, C. (1991). *Les interventions précoces dans les troubles du langage chez l'enfant* (Masson). Paris.

Ainsworth, M. (1983). L'attachement mère-enfant. *Enfance*, *36*(1), 7-18. http://doi.org/10.3406/enfan.1983.2798

Ainsworth, M., & Bell, S.M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child development*, 49–67.

Ainsworth, M., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.

Aman, Sainte-Marie, Z., E. (2010). *Etude des précurseurs à la communication auprès d'enfants de 3 à 15 mois : analyse des liens entre les précurseurs pragmatiques, formels et sémantiques* (Mémoire d'orthophonie sous la direction de C. De Lamotte et B. Thérond Lyon).

Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S. (s. d.). Un nouvel outil de soutien à la parentalité pour le développement de la communication et du langage. *Rééducation Orthophonique* (244), p.249-262.

Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S (2010). Rôle des représentations culturelles dans l'émergence du Langage. *Rééducation Orthophonique* (244).

Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S (2004). *Dialogoris 0-4 ans Orthophoniste*. Nancy: Com Médic.

Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S (2007). Le bilan orthophonique : quelle place donner aux parents ?, (231), 35-52.

Aufaure, M. R. (1980). Apprendre à jouer, apprendre à vivre.

Barbier, I. (s. d.-a). Importance de la guidance parentale. In *Rééducation Orthophonique* (p. 165-174).

Barbier, I. (s. d.-b). *L'accompagnement parental à la carte*. Isbergues : Ortho-Edition.

Bassano, D. (2001). Comment le langage vient aux enfants, (7), 22-28.

Bassano, D. (2003). Premiers pas dans le langage.

Berry Brazelton, T. (1993). *Points forts De la naissance à 3 ans* (Editions Stock). Paris.

Berry Brazelton, Greanspan, T., S. I. (2001). *Ce dont chaque enfant a besoin* (Marabout Editions Stock). Pairs.

Bétrancourt, Kremer, P., Jean-Marc. (2011). Comité permanent de liaison des orthophonistes logopèdes européens, (306), 21-22.

Beucher, A. (2001). Dépistage, diagnostic et accompagnement parental. Présenté à 31ème journée de la Société Française de Médecine Périnatale, Lille.

Billard, C. (2000). Le dépistage des troubles du langage chez l'enfant. Une contribution à la prévention de l'illettrisme. *Rééducation orthophonique* (204).

Billard, C. (2004). *L'état des connaissances. Troubles spécifiques des apprentissages* (Signes Editions). Paris.

Bishop, Rosenbloom. (1987). Classification of childhood language disorders. In *Language development, and disorders*.

Bloom, Lahey, L., M. (1978). *Language development and language disorders*. New York: Wiley.

Bourdillon, F. (2009). *Traité de prévention*. Paris: Médecine-sciences Flammarion.

Bovet, F., Danjou, G., Langue, J., Moretto, M., Tockert, E., Kern, S. (2005). Les inventaires français du développement communicatif (IFDC) : un nouvel outil d'évaluation du développement communicatif du nourrisson, *6*(25), 327-332.

Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte : tristesse et dépression*. (D. Weil, Trad.). Paris, France: Presses universitaires de France, 1984.

Bowlby, J. (s. d.). The nature of the child's tie to his mother. In *Int.J.Psychoanal* (Vol. 39, p. 350-373).

Boysson-Bardies, B. (1996). *Comment la parole vient aux enfants* (Odile Jacob). Paris.

Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues (62330), France: Ortho Edition, impr. 2011.

Bruner, J. (1987). *Comment les enfants apprennent à parler* (Retz). Paris.

Bruner, J. E. (1983). *Le développement de l'enfant : savoir-faire, savoir dire* (PUF). Paris.

Canut, E. (1998). Quelques conceptions interactionnistes de l'apprentissage, (41).

Casalis, S. (2000). Prédire et dépister précocement les dyslexies de l'enfant : quelques questions théoriques et méthodologiques, *Rééducation orthophonique* (204), 19-32.

Chevrie-Muller, C. (2000). Des outils pour le dépistage et le diagnostic précoce des troubles d'acquisition du langage : le Questionnaire « Langage et Comportements 3 ans1/2 », la Batterie d'Evaluation Psycholinguistique (BEPL-A et B), *Rééducation Orthophonique* (204).

Chevrie-Muller, C. (2002). Le retard d'acquisition du langage : dépistage précoce ou repérage ?

Chevrie-Muller, C., Narbona, J. (2007). *Le langage de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Chomsky, N. (1968a). *L'analyse formelle des langues naturelles*.

Chomsky, N. (1968b). *Language and Mind* (Harcourt, Brace & World). New York.

Code de l'éducation - Article L541-1, L541-1Code de l'éducation.

Coquet. (2011). Retards de langage, (Psychiatrie de l'enfant).

Coquet, F. (2004). Le D.P.L. 3 : mises en perspective, *Rééducation orthophonique* (204).

Coquet, F. (2008). Habiletés pragmatiques chez l'enfant. Présenté à « La pragmatique, de l'intention... à la réalisation ».Actes du XXIVème congrès scientifique international de Biarritz, Paris: FNO.

Coquet, F. (2010). Premières découvertes à propos du monde et des objets, *Rééducation orthophonique* (244).

Coquet, F. (2011). Quelle place accorder aux parents ?. Présenté à Actes du Congrès FNO, Metz.

Coquet, F. (2013). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent : Matériels, méthodes et techniques de rééducation* (Ortho-Edition). Isbergues.

Coquet, F. (s. d.). Observation / évaluation du jeune enfant avec les Protocoles 20 et 27 mois d'EVALO BB. *Rééducation Orthophonique* (244), p.191-208.

Corallini, C. (2011). Objectif langage, (309), 19-26.

Crunelle, D. (2000a). L'éducation précoce en orthophonie. *2000*, *202*, 3-4.

Crunelle, D. (2000b). L'illettrisme : une boîte noire, *11*(57), 51-53.

Crunelle, D. (2000c). Pris en charge orthophonique précoce : Pourquoi? Quand ? Comment?, 19-22.

Crunelle, D. (2010). S'attacher pour mieux se détacher : l'impact des interactions précoces sur l'émergence du langage, *Rééducation orthophonique* (244).

Cyrulnik, B. (2006). *De chair et d'âme* (Odile Jacob). Paris.

Daena, Greiner, C., G. (2003). *Parents-professionnels : à l'épreuve de la rencontre* (Mille et un bébés, Erès). Ramonville St Agne.

David, M. (1998). *0 à 2 ans Vie affective et problèmes familiaux* (Dunod). Paris.

De Brocca, A. (2002). *Le développement de l'enfant. Aspects neuro-psycho-sensoriels* (Masson). Paris.

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

Dehaenne-Lambertz, G. (s. d.). Langage : les performances de bébé, p. 9-12. Isbergues.

Denni-Krichel, N. (2003). Le partenariat parents-orthophonistes. *Enfances & Psy*, *21*(1), 50.

Denni-Krichel, N. (s. d.-a). *Parents, comment bien préparer votre enfant au langage* (Ortho-Edition). Isbergues, France.

Denni-Krichel, Bigué, Kremer, N. (2000). La place de l'orthophoniste dans la prévention et le dépistage des troubles du langage, 19-26.

Denni-Krichel, Garcia, (s. d.). L'orthophoniste, acteur de santé, pour tous les âges de la vie.

DISAS/PMI. (2000). Prévention des difficultés du langage. In *Rencontre du 14 Septembre 2000*.

Dupre-Savoy, J. (2004). L'accompagnement familial : illustrations. *ANAE*, p. 90-93.

Dupre-Savoy, J. (2007). Dysphasie et accompagnement familial précoce, (230), 109-125.

Duval, C., Desgranges, B., Eustache, F., & Piolino, P. (2009). Le Soi à la loupe des neurosciences cognitives. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, *7*(1), 7-19. http://doi.org/10.1684/pnv.2009.0163

Echenne, B. (1997). Physiopathologie des troubles spécifiques du développement du langage parlé, (42), 52-55.

Enquête du CPLOL. (1995). *Rapport sur la prévention en orthophonie dans l'Union européenne*.

Estienne, F. (2002). *La rééducation du langage de l'enfant* (Masson). Paris.

Estienne, Dubois, Kuntz, Bénain, Vidal, Raimond, (2002). La demande en orthophonie, (41).

Fernald, A., & Mazzie, C. (1991). Prosody and focus in speech to infants and adults. *Developmental Psychology*, *27*(2), 209-221.

Ferrand, P. (2000). Nécessité du dépistage et du traitement précoce en orthophonie, *Rééducation Orthophonique* (204).

Garcia, F. (2011). La prévention, une grande cause en orthophonie, *L'orthophoniste* (306), 17-18.

Gautier, Berra. Secrétaire d'Etat chargée de la Santé, A., Nora. (2011). *Baromètre santé Médecins généralistes 2009*. St Denis : INPES.

Gérard, C. L. (1997). Acquisition normale du langage parlé, (42), 42-56.

Gérard, Jenkins, C. L., C. (1994). Méthode d'évaluation du langage oral chez les enfants de zéro à trois ans, (26), 11-16.

Gesell, A. (1934). *An atlas of infant behavior* (Yale Univ. Press).

Girolametto, L. (2000). Participation parentale à un programme d'intervention précoce sur le développement du langage : Efficacité du Programme Parental de Hanen. *Rééducation orthophonique*, (203), 31-62.

Golse, B. (1998). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant* (Masson). Paris.

Golse, B. (2010). L'émergence du langage et la métaphore de l'araignée, *Rééducation orthophonique* (244).

Guedeney, A. (1998). Dépression et retrait relationnel chez le jeune enfant.

Guidetti, M. (2003). *Pragmatique et psychologie du développement : Comment communiquent les jeunes enfants* (Belin). Paris.

Hallé, P. (2006). La musique des premiers mots, (17), 40-43.

Halliday, M. A. . (1990). The place of dialogue in children's construction of meaning.

Henning, A., Striano, T., & Lieven, E. V. M. (2005). Maternal speech to infants at 1 and 3 months of age. *Infant Behavior and Development*, *28*(4), 519-536.

Hilaire, Kern, Viguié, Dudognon, Langue, Romieu. (2001). *Le développement communicatif des enfants français de 8 à 30 mois* (Laboratoire dynamique du langage AFPA CNRS). Lyon, Ancenis.

IGAS IGEN. (2002). *Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage*.

INPES. (2012). Communication et promotion de la santé.

Inserm. (2007). *Expertise collective « Dyslexie, dysorthographie, dyscalculie. Bilan des données scientifiques »*.

Joubert, Chauvin, Facy, Ringa, (2001). *Précarisation, risque et santé* (INSERM). Paris.

Kail, M., & Fayol, M. (2000). *L'acquisition du langage. Vol. I*. Presses Universitaires de France.

Karmiloff, K., & Karmiloff-Smith, A. (2003). *Comment les enfants entrent dans le langage*. (Y. Bonin, Trad.). Paris, France: Retz, DL 2003.

Kauschke, C. (2006). Les parleurs tardifs, (17), 44-47.

Kern, S. (2004). *Développement du langage chez le jeune enfant : le compte rendu parental comme outil d'évaluation* (Les cahiers de la Société Belge des Logopèdes Universitaires). Bruxelles.

Kern, S. (2006). Emergence et développement de la langue maternelle chez les jeunes enfants. In *Dès la naissance le bébé nous parle*. Pamiers: ADPO.

Kern, S. (2010). Les premiers mots du jeune enfant français : analyse quantitative et qualitative du Vocabulaire réceptif et productif des deux premières années de vie, (244), 149-165.

Kern, Gayraud, S., F. (2010). *IFDC* (Les éditions La Cigale). Grenoble.

Kern, Langue, S., J. (2000). *Des premiers gestes aux premiers mots : le développement communicatif chez l'enfant de 8 à 30 mois*. Lyon.

Kirk, U. (2012). *Neuropsychology of Language, Reading and spelling*. Elsevier.

Khomsi, A. (1982). *Langue maternelle et langage adressé à l'enfant* (Larousse). Paris.

Konopczynski, G. (1991). *Le langage émergent : aspects vocaux et mélodiques* (Buske Verlag). Hambourg.

Konopczynski, Vinter, G., S. (1994). *Le développement langagier : une prédiction précoce est-elle possible?* (Ortho-Edition). Isbergues.

Kremer, J.-M. () (Auteur), & Denni-Krichel, N. () (Auteur). (2010). *Prévenir les troubles du langage des enfants*. Paris : J. Lyon.

Lahey, M. (1988). *Language disorders and language impairment* (Mac Millan Publishing Company). New York.

Lainé, A. (2009). Spécificités des thérapies précoces avec de jeunes enfants sans langage. *Enfances & Psy*, *42*(1), 119.

Lamboy, B. (2009). Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? *Devenir*, *21*(1), 31-60.

Landry, Kwam Tam, S., K. (s. d.). *Comprendre l'incidence des facteurs de risque multiples sur le développement de l'enfant à divers âges* (Direction Générale de la Recherche Appliquée).

Leclerc, Vézina, M. C., D. (2002). *Les apprentis au pays de la communication* (CLSC Québec). Québec.

Lehouelleur, J. (2010). Neurosciences cognitives: le langage. Retrieved from http://www.neur-one.fr/langagec.pdf

Le Huche, F. (1990). *Les apprentissages de la communication : Parler – Lire – Ecrire.* Paris : Ramsay

Lentin, L. (1988). *Recherches sur l'acquisition du langage*. Presses Sorbonne Nouvelle.

Leonard, L.B. (1981). Facilitating linguistic skills in children with specific language impairment. *Applied Psycholinguistics, 2,* 89-118.

Levy, D. (1999). *Interactions précoces mère/nouveau-nés dans les premiers jours de la vie* (Mémoire d'orthophonie).

Loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille

et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Maillart, & Parisse. (2010). Nouvelles propositions pour la recherche et l'évaluation du langage chez les enfants dysphasiques, 201-222.

Manolson, A. (1997). *Parler, un jeu à deux : comment aider votre enfant à communiquer - guide du parent*. Toronto.

Martel, Leroy-Collombel, K., Marie. (2010). Du gazouillis au premier mot : rôle des compétences préverbalesdans l'accès au langage, (244).

Martin, S. (2000). L'accompagnement familial : formation des parents et des intervenants. *Rééducation orthophonique*, *38*(203), 5-10.

Mazeau, M., & Laporte, P. (2013). Séminaires Ketty Schwartz: Fonctions cognitives chez l'enfant. Inserm. Retrieved from http://www.zyyne.com/zh5/106681#p=0

Mazet. (2008). *Communication personnelle*.

Menyuk, P., Chesnick, M., Liebergott, J. W., Korngold, B., D'Agostino, R., & Belanger, A. (1991). Predicting reading problems in at-risk children. *Journal of Speech and Hearing Research*, *34*(4), 893-903.

Ministère des affaires sociales et de la santé. (2016). *Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016*. (France. Direction générale de la santé, Éd.). Paris, France: Ministère des affaires sociales et de la Santé, Direction générale de la santé (DGS), 2016.

Montfort, Juarez-Sanchez, M., I. (2001). *L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales* (Ortho-Edition). Isbergues.

Moreau, Richelle, M. L., M. (1997). *L'acquisition du langage* (Madarga). Bruxelles.

Nader-Grosbois, N. (2006). *Le développement cognitif et communicatif du jeune enfant : du normal au pathologique* (De Boeck). Bruxelles.

Neisser, U. (1995). Criteria for an ecological self. *Elsevier Science Publishers*, 17-34.

Ostnägel. (2002). *L'éducation familiale* (L'Orthophoniste, Vol. 215). Isbergues.

Pepper, J., Weitzman, E., Manolson, H. A., & Hanen Centre. (2004). *Parler, un jeu à deux: un guide pratique pour les parents d'enfants présentant des retards dans l'acquisition du langage*. Toronto: Hanen Centre.

Picard, A. (1995). *La sensorialité et la percetpion chez les prématurés* (ANAE, Vol. 33). Paris.

Pinker, S. (1999). *L'instinct du langage* (Odile Jacob). Paris.

Quillet-Balutaud. (2000). Orthophonie et médecine générale : dépistage précoce des troubles du langage. Toulon.

Rapin, I, Allen, D. A. (1983). Developmental Language disorders : Nosologic considerations. In U. Kirk (Ed.), *Neuropsychology of Language, Reading and Spelling*. New York : Academic Press

Rescorla, Alley, Christine, L., A. .. J. B. . (2001). Word frequencies in toddlers' lexicons.

Riviere, A. (1991). *Objetos con mente*. Alianza, Madrid.

Rochat, P. (1999). *Early Social Cognition: Understanding Others in the First Months of Life*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Rondal, J. A. (1983). *L'interaction adulte-enfant et la construction du langage* (Mardaga). Bruxelles.

Rondal, J. A. (1985). *Le rôle de l'entourage dans l'acquisiton du langage chez l'enfant* (Glossa). Paris.

Rondal, J. A. (1986). *Les retards de langage premiers indices et rééducation* (Glossa). Paris.

Rondal, J. A. (1997). *L'évaluation du langage* (Mardaga). Liège.

Rondal, Seron, J. A., X. (1983). *Troubles du langage. Bases théoriques : diagnostic et rééducation* (Mardaga). Sprimont.

Ross, Roberts, Scott, D., P. .. K. (2000). *Le bien-être des enfants et le revenu familial* (Vol. 1). Canada.

Roustit, J. (2000a). En amont de l'illettrisme : repérer, dépister, traiter, *11*(57), 69-73.

Roustit, J. (2000b). Repérage et dépistage des troubles du langage, (204).

Roustit, Vogler, J., F. (2001). Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage, (208), 19-26.

Roy, B. (1999). *ERTL4, version 3* (Com Médic). Vandoeuvre.

Roy, B., Maeder, C., Kipffer-Piquard, A., Blanc, J.P., Alla, F. (2000). ERTL4 et ERTL6, des outils de repérage à l'usage des médecins, (204).

Rutter, M. (1988). *Studies of Psycho-social Risk : The Power Of Longitudinal Data* (Cambridge University Press). Cambridge.

Rutter, M. (1990). *Psychosocial Resilience And Protective Mechanism* (Cambridge University Press). Cambridge.

Schelstraete, M.-A., & Bragard, A. (2011). *Traitement du langage oral chez l'enfant interventions et indications cliniques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Soderstrom, M. (2007). Beyond babytalk : Re-evaluating the nature and content of speech input to preverbal infants, (27), 501-532.

Sommelet, France. Ministère de la santé et des solidarités, L. D. (2007, avril). L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé [rapport public].

Stern, D. (1981). *Mères et enfants, les premières relations* (Mardaga). Bruxelles.

Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson - une perspective psychanalytique et développementale* (PUF). Paris.

Stern, D. (1992). *Journal d'un bébé* (Calmann Lévy). Paris.

Stewart, M., Reid, G., & Mangham, C. (1997). Fostering children's resilience. *Journal of pediatric nursing*, *12*(1), 21–31.

Sugarman, S. (1983). Discussion : Empirical versus logical issues in the transition from prelinguistic to linguistic communication. In *The transition from Prelinguistic to Linguistic Communication* (Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, p. 133-135). Hillsdale, NJ.

Surig, E. (2000). Enquête sur les connaissances et les habitudes des médecins généralistes en

orthophonie, *4*(4).

Sylvestre, A., Cronk, C., ST-Cyr Tribble, D., Payette, H., (2001). Vers un modèle écologique de l'intervention orthophonique auprès des enfants, *26*(4).

Syndicat des Orthophonistes de Meurthe-et-Moselle. (1989). *Objectif Langage* (Brochure d'information).

Thal, O-Hanlon, Clemmons, Fralin. (1999). Validity of a parent report measure of vocabulary and syntax for preschool children with language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, p. 482-496.

Therond, B. (2010). Les comportements précurseurs de la communication : précurseurs pragmatiques, formels et sémantiques, *Rééducation Orthophonique* (244*)*, 111-119.

Thibault, C. (2010). L'accompagnement orthophonique à l'aube de la vie : Du lien entre oralité alimentaire et oralité verbale, *Rééducation Orthophonique* (244).

Thibault, C. (s. d.). *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant* (Elsevier Masson). Paris, France.

Townsend, P. (s. d.). *Une définition de la pauvreté* (Les cahiers français www. crdp.montpellier.fr). Montpellier.

Trado, C. (s. d.). *Les premières étapes du développement du langage* (Glossa recherches et documents). Paris.

Van Hout, A., Seron, X. (1983). *L'aphasie de l'enfant et les bases biologiques du langage* (Mardaga). Bruxelles.

Varraud, Alis, M., V. (1995). *L'apprenti parleur* (Jacques Grancher).

Veldman, F. (s. d.). *Haptonomie Science de l'Affectivité : Redécouvrir l'Humain*.

Vigotsky, L. S. (1936). *Pensée et langage* (Editions sociales). Paris.

Vinter, S. (1994). *L'émergence du langage de l'enfant déficient auditif. Des premiers sons aux premiers mots* (Masson). Paris.

Vinter, Montfort, Juarez Sanchez, Maisonneuve. (2001a). Le retard d'acquisition du langage : dépistage Précoce ou repérage ?, (36).

Vinter, Montfort, Juarez Sanchez, Maisonneuve. (2001b). Les troubles du langage chez l'enfant, (36).

Vinter, S. (2005). Quels signes langagiers précoces pourraient faire évoquer une surdité ou un dysfonctionnement grave du langage ? le rôle des parents. *Glossa*, 12-21.

Wallon, H. (1942). *De l'acte à la pensée* (Flammarion, 2ème édition 1970). Paris.

Watson, C. (1994). *En marche avec Hanen* (Centre Hanen). Toronton.

Weitzman, E. (2000). Le programme Hanen: une formation interne dans les crèches, (203).

Zorman, M. (2001). *Précarisation et apprentissages scolaires* (INSERM). ¨Paris.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire du CPLOL 18-20 mois……110

ANNEXE II : Note d'information pour le questionnaire 18-20 mois à destination des parents……...111

ANNEXE III : Questionnaire 18-20 mois à destination des parents…….112

ANNEXE IV : Questionnaire « Voyageons dans le langage »……...113

ANNEXE V : Note d'information aux parents pour le questionnaire d'impact……...116

ANNEXE VI : Sous-questionnaire 1……..117

ANNEXE VII : Sous-questionnaire 2……119

ANNEXE VIII : Sous-questionnaire 3……..121

ANNEXE IX : Sous-questionnaire 4……..123

ANNEXE X : Grille de cotation du questionnaire 18-20 mois à destination des médecins.....124

ANNEXE XI : Questionnaire 18-20 mois à destination des médecins…….125

ANNEXE XII : Questionnaire de satisfaction médecins…….127

ANNEXE XIII : Questionnaire du CPLOL 30 mois……...128

ANNEXE XIV : Questionnaire du CPLOL 54 mois……..129

ANNEXE I : Questionnaire du CPLOL 18-20 mois

COMITE PERMANENT
DE LIAISON
DES ORTHOPHONISTES
ET LOGOPEDES DE
L' UNION EUROPEENNE

cplol

Chaque enfant apprend le langage à son rythme. Mais il existe un parcours commun. Il est donc possible, très tôt, de voir si le développement de la communication et du langage se fait de manière harmonieuse. Les questions suivantes font référence à des comportements généralement présents vers **18-20 mois**. Dans le cas d'un nombre important de réponses négatives (3 ou plus), une consultation du langage est conseillée.

INTERACTION ET ATTENTION

• est-ce que votre enfant réagit quand on l'appelle dans son dos, même à voix chuchotée ?	oui ☐ non ☐
• est-ce que votre enfant se montre intéressé lorsque vous lui racontez quelque chose ?	oui ☐ non ☐
• aime-t-il jouer avec vous à des jeux comme « coucou » ou « attrape moi » ?	oui ☐ non ☐
• votre enfant peut-il se concentrer quelques minutes sur une même activité ?	oui ☐ non ☐

GESTES ET ACTIONS

• montre-t-il du doigt un objet qu'il désire ?	oui ☐ non ☐
• l'enfant se fait-il comprendre par des gestes et/ou des mimiques ?	oui ☐ non ☐
• aime-t-il jouer à faire semblant (avec ses voitures, ses poupées ou son ours)?	oui ☐ non ☐

COMPREHENSION

• réagit-il au « non » et arrête-t-il son activité ?	oui ☐ non ☐
• parmi plusieurs objets, est-il capable de montrer, par exemple, « où est la balle ? »	oui ☐ non ☐
• est-il capable d'aller chercher dans une autre pièce, un objet familier que vous lui demandez ?	oui ☐ non ☐

EXPRESSION

• s'amuse-t-il à répéter des mots qu'il vient d'entendre ?	oui ☐ non ☐
• utilise-t-il régulièrement des nouveaux mots ?	oui ☐ non ☐
• commence-t-il à utiliser des mots pour exprimer ses envies et ses besoins ?	oui ☐ non ☐

ANNEXE II : Note d'information pour le questionnaire 18-20 mois à destination des parents

Madame, Monsieur

Dans le cadre de mon mémoire d'orthophonie, en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie, je recherche des parents d'enfants âgés entre 18 et 20 mois qui accepteraient de remplir ce questionnaire.

Le questionnaire est anonyme. Les réponses serviront à créer une grille de repérage des difficultés de langage et de communication, utilisable par les médecins en consultation.

Je me tiens à votre disposition pour toute demande d'informations
Je vous remercie par avance de votre participation

Cordialement,

Floriane LEROUX
Etudiante en quatrième année d'orthophonie
Floriane-leroux@hotmail.fr

ANNEXE III : Questionnaire 18-20 mois à destination des parents

L'enfant est :
- Un garçon
- Une fille

Date de naissance de l'enfant (Jour/mois/année) :

INTERACTION ET ATTENTION

- l'enfant de 18-20 mois réagit-il quand on l'appelle dans son dos, même à voix chuchotée ? oui ☐ non ☐
- se montre-t-il intéressé lorsqu'on lui raconte quelque chose ? oui ☐ non ☐
- aime-t-il jouer à des jeux comme « coucou» ou « attrape-moi » ? oui ☐ non ☐
- peut-il se concentrer quelques minutes sur une même activité ? oui ☐ non ☐

GESTES ET ACTIONS

- montre-t-il du doigt un objet qu'il désire ? oui ☐ non ☐
- se fait-il comprendre par des gestes et/ou des mimiques ? oui ☐ non ☐
- aime-t-il jouer à faire semblant (avec ses voitures, ses poupées ou son ours) ? oui ☐ non ☐

COMPREHENSION

- réagit-il au « non » et arrête-t-il son activité ? oui ☐ non ☐
- parmi plusieurs objets, est-il capable de montrer, par exemple, « où est la balle ?» oui ☐ non ☐
- est-il capable d'aller chercher dans une autre pièce, un objet familier que vous lui demandez ? oui ☐ non ☐

EXPRESSION

- s'amuse-t-il à répéter des mots qu'il vient d'entendre ? oui ☐ non ☐
- utilise-t-il régulièrement des nouveaux mots ? oui ☐ non ☐
- commence-t-il à utiliser des mots pour exprimer ses envies et ses besoins ? oui ☐ non ☐

ORALITÉ

- le repas est-il un moment de plaisir à 18-20 mois ? oui ☐ non ☐
- la durée du repas est-elle longue ? oui ☐ non ☐
- l'enfant mange-t-il des morceaux ? oui ☐ non ☐

ANNEXE IV : Questionnaire « Voyageons dans le langage »

Voyageons dans le langage…

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie, en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie.

Plusieurs questions sur le développement du langage de l'enfant vous sont proposées. A vous de cocher la ou les réponses qui vous semblent les plus appropriées.

Votre profession:

D'après vous…

1. Peut-on prendre en charge en orthophonie un enfant qui ne parle pas?

☐ Oui

☐ Non

2. A quel moment peut-on commencer un suivi orthophonique ?

☐ Dès la naissance	☐ 24 mois	☐ 5 ans
☐ 6 mois	☐ 3 ans	☐ 6 ans
☐ 12 mois	☐ 4 ans	☐ 7 ans

Selon vous, à partir de quel âge l'enfant :

3. Commence-t-il à comprendre quand on lui parle?

☐ Avant la naissance	☐ 6 mois	☐ 24 mois
☐ Dès la naissance	☐ 12 mois	☐ 3 ans
☐ 3 mois	☐ 18 mois	☐ 4 ans

4. Répète-il ses premières syllabes (du type bababa, dadada) ?

☐ Avant la naissance	☐ 6 mois	☐ 24 mois
☐ Dès la naissance	☐ 12 mois	☐ 3 ans
☐ 3 mois	☐ 18 mois	☐ 4 ans

5. Produit-il ses premiers mots (papa, maman…) ?

☐ Avant la naissance	☐ 6 mois	☐ 24 mois
☐ Dès la naissance	☐ 12 mois	☐ 3 ans
☐ 3 mois	☐ 18 mois	☐ 4 ans

D'après vous…

6. Lequel ou lesquels de ces éléments peuvent <u>gêner</u> la mise en place du langage?

- ☐ L'utilisation de la tétine
- ☐ La télévision
- ☐ Un décès dans la famille
- ☐ Une baisse de l'audition
- ☐ Des troubles visuels
- ☐ Un handicap mental
- ☐ Les situations de jeu seul (poupée, dînette, voitures, jeux de construction…)
- ☐ La tablette tactile
- ☐ Le bilinguisme (les parents parlent une langue différente)
- ☐ Faire répéter pour bien prononcer
- ☐ Lui reformuler ce qu'il dit
- ☐ Parler avec des gestes

7. Lequel ou lesquels de ces éléments <u>favorisent</u> la mise en place du langage ?

- ☐ Communiquer et parler au bébé
- ☐ Le contact visuel
- ☐ Les rituels quotidiens (repas, coucher, bain…)
- ☐ Les livres, les comptines
- ☐ Le chant
- ☐ Les jeux interactifs (type guilis, coucou caché, imitation…)
- ☐ Parler avec des gestes
- ☐ Parler en utilisant des mimiques
- ☐ Le bilinguisme (les parents parlent une langue différente)
- ☐ La tablette tactile
- ☐ Le faire répéter pour bien prononcer
- ☐ Lui faire écouter la radio
- ☐ Le mettre devant la télévision
- ☐ Lui reformuler ce qu'il dit
- ☐ Communiquer avec lui parfois simplement par le regard ou le toucher
- ☐ Lui nommer les objets qu'il croise au quotidien
- ☐ Les situations de jeu seul (poupée, dînette, voitures, jeux de construction…)

8. **Selon vous y a-t-il un lien entre l'oralité alimentaire (le fait de manger) et l'oralité verbale (le fait de parler) ?**

☐ Oui

☐ Non

9. **En tant que parent, pensez-vous avoir un rôle primordial dans le développement du langage de votre enfant ?**

☐ Oui

☐ Oui en partie

☐ Non pas vraiment

☐ Non pas du tout

10. **Votre rôle dans l'émergence du langage chez l'enfant est-il** plus important - aussi important - un peu moins important **que celui des professionnels de l'enfance (crèche, école, assistante maternelle…) ?**

11. **Faut-il accorder** plus d'attention - autant d'attention - un peu moins d'attention **à l'acquisition de la marche plutôt qu'au langage ?**

Pour finir…

12. **Êtes-vous suffisamment informés au quotidien (par les médias, les professionnels de santé, professionnels de la petite enfance…) sur le développement du langage de l'enfant ?**

☐ Oui

☐ Oui en partie

☐ Non pas vraiment

☐ Non pas du tout

13. **Souhaiteriez-vous recevoir plus d'informations sur le développement du langage et de l'oralité de l'enfant ?**

☐ Oui

☐ Non

14. **Aimeriez-vous avoir des conseils sur les attitudes ou les activités (jeux, exercices) à mettre en place avec votre enfant ?**

☐ Oui

☐ Non

ANNEXE V : Note d'information aux parents pour le questionnaire d'impact

Votre avis m'intéresse

Madame, Monsieur

Dans le cadre de mon mémoire d'orthophonie, je vous propose de compléter plusieurs questionnaires.

Ces questionnaires portent sur le développement du langage et de la communication chez le jeune enfant.

Ils sont au nombre de 4 et doivent être remplis dans l'ordre de leur présentation (questionnaire 1 puis 2 puis 3…) :

- Questionnaire 1 : « Voyageons dans le langage »
- Questionnaire 2 : « Questionnaire 18-20 mois »
- Questionnaire 3 : « Voyageons dans le langage » avec quelques modifications. Cette deuxième passation me permet de voir si, suite au questionnaire 18-20 mois, vos réponses sont différentes. Merci de ne pas modifier les réponses du questionnaire 1.
- Questionnaire 4 : questionnaire de ressenti du « questionnaire 18-20 mois »

Je me tiens à votre disposition pour toute demande d'informations

Je vous remercie par avance de votre participation

Cordialement,

Floriane Leroux
Etudiante en 4ème année d'orthophonie
Floriane-leroux@hotmail.fr

ANNEXE VI : Sous-questionnaire 1

Votre profession :

Questionnaire 1

Voyageons dans le langage…

Plusieurs questions sur le développement du langage et de la communication de l'enfant vous sont proposées. A vous de cocher la ou les réponses qui vous semblent les plus appropriées.

Selon vous, à partir de quel âge l'enfant :

1. **Commence-t-il à comprendre quand on lui parle ?**

☐ Avant la naissance	☐ 6 mois	☐ 24 mois
☐ Dès la naissance	☐ 12 mois	☐ 3 ans
☐ 3 mois	☐ 18 mois	☐ 4 ans

2. **Communique-t-il verbalement ?**

☐ Avant la naissance	☐ 6 mois	☐ 24 mois
☐ Dès la naissance	☐ 12 mois	☐ 3 ans
☐ 3 mois	☐ 18 mois	☐ 4 ans

3. **Commence-t-il à répéter ses premiers mots ?**

☐ Avant la naissance	☐ 6 mois	☐ 24 mois
☐ Dès la naissance	☐ 12 mois	☐ 3 ans
☐ 3 mois	☐ 18 mois	☐ 4 ans

4. **Utilise-t-il ses premiers mots pour communiquer ? = l'intention est-elle perçue ?**

☐ Avant la naissance	☐ 6 mois	☐ 24 mois
☐ Dès la naissance	☐ 12 mois	☐ 3 ans
☐ 3 mois	☐ 18 mois	☐ 4 ans

5. **A partir de quel âge l'enfant se fait-il comprendre par des gestes et/ou des mimiques ?**

☐ Avant la naissance	☐ 6 mois	☐ 24 mois
☐ Dès la naissance	☐ 12 mois	☐ 3 ans
☐ 3 mois	☐ 18 mois	☐ 4 ans

6. **Montre-t-il du doigt un objet qu'il désire ?**

☐ Avant la naissance	☐ 6 mois	☐ 24 mois
☐ Dès la naissance	☐ 12 mois	☐ 3 ans
☐ 3 mois	☐ 18 mois	☐ 4 ans

D'après vous…

7. **Lequel ou lesquels de ces éléments <u>favorise(nt)</u> la mise en place du langage ?**

☐ Communiquer et parler au bébé
☐ Les livres, les comptines
☐ Les jeux interactifs (type guilis, coucou caché, imitation…)
☐ Les situations de jeux seul (poupées, dînette, jeux de construction, voitures…)
☐ Parler avec des gestes
☐ Parler en utilisant des mimiques
☐ Lui reformuler ce qu'il dit
☐ Lui nommer les objets qu'il croise au quotidien

8. **En tant que parent, pensez-vous avoir un rôle primordial dans le développement du langage de votre enfant ?**

☐ Oui tout à fait
☐ Oui en partie
☐ Non pas du tout

9. **Votre rôle dans l'émergence du langage chez l'enfant est-il**

☐ Aussi important
☐ Plus important
☐ Un peu moins important

que celui des professionnels de l'enfance (crèche, école…) ?

10. **Selon vous y a-t-il un lien entre l'oralité alimentaire (le fait de manger) et l'oralité verbale (le fait de parler) ?**

☐ Oui
☐ Non

ANNEXE VII : Sous-questionnaire 2

Questionnaire 2

Questionnaire 18-20 mois

Des questions sur les comportements des enfants de **18-20 mois** vous sont proposées maintenant. Merci de bien vouloir répondre oui ou non, selon ce qui vous semble être le mieux.

INTERACTION ET ATTENTION

- l'enfant de 18-20 mois réagit-il quand on l'appelle dans son dos, même à voix chuchotée ?
  oui ☐ non ☐
- se montre-t-il intéressé lorsqu'on lui raconte quelque chose ?
  oui ☐ non ☐
- aime-t-il jouer à des jeux comme « coucou» ou « attrape-moi » ?
  oui ☐ non ☐
- peut-il se concentrer quelques minutes sur une même activité ?
  oui ☐ non ☐

GESTES ET ACTIONS

- montre-t-il du doigt un objet qu'il désire ? oui ☐ non ☐
- se fait-il comprendre par des gestes et/ou des mimiques ?
  oui ☐ non ☐
- aime-t-il jouer à faire semblant (avec ses voitures, ses poupées ou son ours)?
  oui ☐ non ☐

COMPREHENSION

- réagit-il au « non » et arrête-t-il son activité ? oui ☐ non ☐
- parmi plusieurs objets, est-il capable de montrer, par exemple, « où est la balle ?»
  oui ☐ non ☐
- est-il capable d'aller chercher dans une autre pièce, un objet familier que vous lui demandez ? oui ☐ non ☐

EXPRESSION

- s'amuse-t-il à répéter des mots qu'il vient d'entendre ?
  oui ☐ non ☐
- utilise-t-il régulièrement des nouveaux mots ?
  oui ☐ non ☐
- commence-t-il à utiliser des mots pour exprimer ses envies et ses besoins ?
  oui ☐ non ☐

ORALITÉ

- le repas est-il un moment de plaisir à 18-20 mois ? oui ☐ non ☐
- la durée du repas est-elle longue ? oui ☐ non ☐
- l'enfant mange-t-il des morceaux ? oui ☐ non ☐

ANNEXE VIII : Sous-questionnaire 3

Questionnaire 3

Voyageons dans le langage…

1. **<u>Avant même la naissance</u>, l'enfant comprend-il lorsqu'on lui parle ?**

☐ oui
☐ non

2. **L'enfant peut-il communiquer verbalement <u>dès la naissance</u>?**

☐ oui
☐ non

3. **Est-il capable de répéter ses premiers mots <u>avant 1 an</u> ?**

☐ oui
☐ non

4. **Utilise-t-il ses premiers mots pour communiquer <u>aux alentours de 1 an</u> ?**

☐ oui
☐ non

5. **L'enfant peut-il se faire comprendre par des gestes et/ou des mimiques <u>avant 20 mois</u> ?**

☐ oui
☐ non

6. **L'enfant de 18 mois peut-il montrer un objet qu'il désire ?**

☐ oui
☐ non

D'après vous…

7. **Lequel ou lesquels de ces éléments <u>favorise(nt)</u> la mise en place du langage ?**

☐ Communiquer et parler au bébé
☐ Les livres, les comptines
☐ Les jeux interactifs (type guilis, coucou caché, imitation…)
☐ Les situations de jeux seul (poupées, dînette, jeux de construction, voitures…)
☐ Parler avec des gestes
☐ Parler en utilisant des mimiques

- ☐ Lui reformuler ce qu'il dit
- ☐ Lui nommer les objets qu'il croise au quotidien

8. En tant que parent, pensez-vous avoir un rôle primordial dans le développement du langage de votre enfant ?

- ☐ Oui tout à fait
- ☐ Oui en partie
- ☐ Non pas du tout

9. Votre rôle dans l'émergence du langage chez l'enfant est-il

- ☐ Aussi important
- ☐ Plus important
- ☐ Un peu moins important

que celui des professionnels de l'enfance (crèche, école…) ?

10. Selon vous y a-t-il un lien entre l'oralité alimentaire (le fait de manger) et l'oralité verbale (le fait de parler) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

ANNEXE IX : Sous-questionnaire 4

Questionnaire 4

A propos du questionnaire 18-20 mois…

1. **Le questionnaire 18-20 mois vous parait-il simple à compléter ?**

☐ oui
☐ non

2. **Le fait de répondre à ce questionnaire vous donne-t-il des informations sur le niveau de langage de votre enfant?**

☐ oui
☐ non

3. **Le fait de répondre à ce questionnaire vous donne-t-il des informations générales sur le développement du langage, de la communication et de l'oralité alimentaire ?**

☐ oui
☐ non

4. **Le fait de répondre à ce questionnaire vous invite-t-il à modifier certains comportements avec votre enfant ?**

☐ Oui
☐ Oui un peu
☐ Non pas vraiment
☐ Non pas du tout

5. **Vous sentez-vous suffisamment informés au quotidien (médias, professionnels de santé, professionnels de la petite enfance…) sur le développement du langage et de l'oralité de l'enfant ?**

☐ Oui
☐ Oui un peu
☐ Non pas vraiment
☐ Non pas du tout

ANNEXE X : Grille de cotation du questionnaire 18-20 mois à destination des médecins

Aide au remplissage de la grille 18-20 mois

(Établie à partir des réponses obtenues auprès de 128 enfants)

- Une réponse « oui » = 1 point
- Une réponse « non » = 0 point

SCORE DE L'ENFANT	PROFIL DE L'ENFANT	CONDUITES EVENTUELLES A TENIR
de 0 à 11	« à risques »	-Indication d'examens complémentaires (*bilan(s) O.R.L, ophtalmologique, orthophonique, psychologique...)* -Orientation des parents vers le site internet info-langage.org
12-13	« à surveiller »	-Surveillance à envisager dans les mois à venir. -Orientation des parents vers le site internet info-langage.org
Supérieur ou égal à 14	« satisfaisant »	-Orientation des parents vers le site internet info-langage.org
Score d'oralité ≤ 2	« oralité alimentaire fragile »	-Indication d'examens complémentaires(*bilan(s) médical, orthophonique, psychologique…)*

ANNEXE XI : Questionnaire 18-20 mois à destination des médecins

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance:

Age : ……. mois

INTERACTION ET ATTENTION

- est-ce que l'enfant réagit quand on l'appelle dans son dos, même à voix chuchotée ? oui ☐ non ☐

- est-ce que l'enfant se montre intéressé lorsqu'on lui raconte quelque chose ? oui ☐ non ☐

- aime-t-il jouer avec l'adulte à des jeux comme « coucou» ou « attrape moi » ? oui ☐ non ☐

- l' enfant peut-il se concentrer quelques minutes sur une même activité ? oui ☐ non ☐

GESTES ET ACTIONS

- montre-t-il du doigt un objet qu'il désire ? oui ☐ non ☐

- l'enfant se fait-il comprendre par des gestes et/ou des mimiques ? oui ☐ non ☐

- aime-t-il jouer à faire semblant (avec ses voitures, ses poupées ou son ours)? oui ☐ non ☐

COMPREHENSION

• réagit-il au « non » et arrête-t-il son activité ? oui ☐ non ☐

• parmi plusieurs objets, est-il capable de montrer, par exemple, « où est la balle ? » oui ☐ non ☐

• est-il capable d'aller chercher dans une autre pièce, un objet familier qu'on lui demande ? oui ☐ non ☐

EXPRESSION

• s'amuse-t-il à répéter des mots qu'il vient d'entendre ? oui ☐ non ☐

• utilise-t-il régulièrement des nouveaux mots ? oui ☐ non ☐

• commence-t-il à utiliser des mots pour exprimer ses envies et ses besoins ? oui ☐ non ☐

ORALITÉ

- Le repas est-il un moment de plaisir ? oui ☐ non ☐
- La durée du repas paraît-elle convenable ? oui ☐ non ☐
- L'enfant mange-t-il des morceaux ? oui ☐ non ☐

SCORE TOTAL : **/ 16**

ANNEXE XII : Questionnaire de satisfaction médecins

- Vous êtes :
  - Médecin généraliste
  - Médecin pédiatre
  - Médecin de PMI

- Sur une échelle de 0 à 4 (« meilleure note »), que diriez-vous de la faisabilité d'utilisation de la grille lors de vos consultations ?

ECHELLE DE FAISABILITE

0	1	2	3	4

- Avez-vous rencontré des difficultés pour intégrer l'utilisation de la grille au cours de votre consultation ?
  - Oui
  - Non

- Cette grille a-t-elle facilité le repérage d'anomalies langagières ou en lien avec l'oralité ?
  - Oui
  - Non

- Pensez-vous continuer à l'utiliser lors de vos prochaines consultations ?
  - Oui
  - Non

- Remarques éventuelles sur la grille 18-20 mois :

……
……
……
……
……
……

ANNEXE XIII : Questionnaire du CPLOL 30 mois

COMITE PERMANENT
DE LIAISON
DES ORTHOPHONISTES
ET LOGOPEDES DE
L' UNION EUROPEENNE

cplol

Chaque enfant apprend le langage à son rythme. Mais il existe un parcours commun. Il est donc possible, très tôt, de voir si le développement de la communication et du langage se fait de manière harmonieuse. Les questions suivantes font référence à des comportements généralement présents vers **30 mois**. Dans le cas d'un nombre important de réponses négatives (2 ou plus), une consultation du langage est conseillée.

INTERACTION ET ATTENTION

• est-ce que votre enfant réagit quand on l'appelle dans son dos, même à voix chuchotée ?	oui ☐	non ☐
• est-ce que votre enfant est capable de rester intéressé lorsque vous lui racontez une histoire ?	oui ☐	non ☐

ACTIVITES

• aime-t-il jouer avec d'autres enfants?	oui ☐	non ☐
• aime-t-il les jeux de faire semblant (donner le bain/à manger à la poupée, jouer au docteur, etc.) ?	oui ☐	non ☐

COMPREHENSION

• est-il capable de prendre un objet que vous lui demandez, sans accompagner votre demande d'un geste ?	oui ☐	non ☐
• est-il capable de réaliser une consigne double (p.ex.: enlève tes chaussures et mets ton pyjama) ?	oui ☐	non ☐

EXPRESSION

• aime-t-il parler et poser des questions ?	oui ☐	non ☐
• préfère-t-il utiliser des mots plutôt que des sons et des gestes ?	oui ☐	non ☐
• utilise-t-il régulièrement des nouveaux mots ?	oui ☐	non ☐
• sa parole est-elle compréhensible par d'autres que vous ?	oui ☐	non ☐
• commence-t-il à utiliser des phrases ?	oui ☐	non ☐
• est-il capable de raconter de façon cohérente une histoire entendue ou un évènement vécu ?	oui ☐	non ☐
• s'exprime-t-il de façon fluide (sans répétitions, ni blocages) ?	oui ☐	non ☐

ANNEXE XIV : Questionnaire du CPLOL 54 mois

COMITE PERMANENT
DE LIAISON
DES ORTHOPHONISTES
ET LOGOPEDES DE
L' UNION EUROPEENNE

cplol

Chaque enfant apprend le langage à son rythme. Mais il existe un parcours commun. Il est donc possible, très tôt, de voir si le développement de la communication et du langage se fait de manière harmonieuse. Les questions suivantes font référence à des comportements généralement présents vers 4 ans et demi. Dans le cas d'un nombre important de réponses négatives, une consultation du langage est conseillée.

INTERACTION ET ATTENTION

• est-ce que votre enfant réagit quand on lui parle dans son dos à voix chuchotée ?	oui ☐ non ☐
• est-ce que votre enfant participe activement lorsque vous lui racontez une histoire ou un évènement ?	oui ☐ non ☐
• est-il capable de rester dans le sujet d'un échange ?	oui ☐ non ☐

COMPREHENSION

• comprend-il tout ce que vous lui dites ?	oui ☐ non ☐
• comprend-il les indications de temps et de lieu ?	oui ☐ non ☐
• comprend-il que les objets appartiennent à des catégories ?	oui ☐ non ☐

EXPRESSION

• sa parole est-elle compréhensible par tout le monde ?	oui ☐ non ☐
• peut-il prononcer correctement tous les sons ?	oui ☐ non ☐
• s'exprime-t-il de façon fluide (sans répétitions, ni blocages) ?	oui ☐ non ☐
• utilise-t-il le pronom « je » ainsi que les autres pronoms ?	oui ☐ non ☐
• commence-t-il à exprimer plusieurs idées dans une même phrase ?	oui ☐ non ☐
• utilise-t-il des mots pour désigner le temps et l'espace ?	oui ☐ non ☐
• aime-t-il jouer avec des mots, p.ex.: faire des rimes ?	oui ☐ non ☐

RESUME

Chez certains enfants, le langage oral se met en place tardivement et difficilement. Les parents, premiers partenaires dans l'interaction avec l'enfant, n'identifient pas toujours ce retard. Face à cette situation, un dépistage précoce des troubles de la communication et une évaluation des représentations parentales du développement du langage s'avèrent nécessaires afin d'optimiser les compétences langagières de l'enfant et proposer un accompagnement parental adapté. Les médecins sont les professionnels de santé les plus à mêmes de proposer ce type de prévention primaire. Néanmoins, peu d'outils sont à leur disposition pour réaliser ces actions préventives. A partir du questionnaire du CPLOL 18-20 mois nous avons créé un outil de dépistage précoce qui a fait l'objet de notre expérimentation auprès de 128 enfants, de 21 médecins et de 69 parents. Les scores obtenus auprès des enfants ont donné lieu à la création de trois profils langagiers et d'un profil d'oralité. Le questionnaire de satisfaction proposé aux médecins confirme la pertinence, la faisabilité, la facilité et la fiabilité d'utilisation du questionnaire 18-20 mois en consultation médicale. Les résultats de notre questionnaire d'impact auprès des parents mettent en évidence la valeur informative et formatrice du questionnaire 18-20 mois sur les parents et leurs pratiques. Le questionnaire évaluant les représentations parentales du développement du langage (« Voyageons dans le langage »), confirme, quant à lui, l'hypothèse d'un manque de connaissances sur le développement du langage et l'émergence des premières formes de communication de l'enfant et un besoin d'informations supplémentaires chez les parents.

Mots-clés : communication – langage – oralité - dépistage précoce - prévention primaire – questionnaire CPLOL - médecins – parents