FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

CFUO POITIERS

Années 2020-2022

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

Marina Boucher

Prévention précoce des TLO par la sensibilisation des professionnels prescripteurs sur le développement langagier chez l'enfant de 0 à 3 ans

Co-directeur du mémoire : Madame Violaine BAILLE, Orthophoniste
Co-directeur du mémoire : Madame Sophie BESNIER DI MAIO, Pédiatre

Autres membres du jury : Madame Marie-Laure BARRÉ, Orthophoniste
Madame Maélie DECAVATA, Orthophoniste

Remerciements

Je remercie chaleureusement mes co-directrices de mémoire mesdames Violaine BAILLE et Sophie BESNIER DI MAIO d'avoir accepté de m'encadrer et d'avoir cru en ce projet. Un immense merci pour votre implication, vos conseils, votre soutien et votre disponibilité.
Merci pour votre bienveillance tout au long de ces deux années, je ne pouvais espérer de meilleures encadrantes.

Merci aux membres du jury d'avoir accepté de participer à ce mémoire.

Je remercie également monsieur Rémi Biscueil, chargé d'enquête à l'Observatoire de la réussite et de la vie étudiante (OREVE), pour le temps accordé à la mise en ligne de ma vidéo, les nombreux échanges téléphoniques, les mails et les lignes de code associées. J'ai beaucoup appris grâce à votre aide et mon travail s'est vu valorisé par votre intervention.

Mes remerciements s'adressent à l'ensemble des personnes impliquées de près ou de loin dans la mise en œuvre de ce projet, aux participants de cette étude, aux personnes qui ont accepté de diffuser mon questionnaire, à celles qui l'ont relayé et à celles qui l'ont nourri.

Un grand merci à l'ensemble de la promotion Simone Veil, pour ces cinq merveilleuses années en votre compagnie, votre soutien, vos encouragements et votre amitié.

Pour finir je remercie ma famille, qui m'a épaulée au cours de mes (nombreuses) années d'étude et sans qui cette nouvelle vie n'aurait jamais vu le jour. Merci pour votre implication dans ce mémoire, pour votre soutien sans faille au quotidien et pour avoir toujours cru en moi.

Table des matières

Remerciements.....3

Table des abréviations 3

I. Introduction 4

II. Partie Théorique 5

1. Communication et langage oral 5

a) Définitions 5

b) Prérequis et langage non-verbal.....5

c) Acquisition et développement.....6

2. La prévention.....8

a) Définition 8

b) Prévention et orthophonie 8

c) Prévention et langage oral.....9

i. Les facteurs de risque 10

ii. Les facteurs de protection 12

d) Différentes campagnes mises en place 13

3. Approche pluridisciplinaire 14

a) Rôle des médecins prescripteurs 14

b) Formation initiale et continue.....16

i. Formation initiale.....16

ii. Formation continue.....16

c) Prévention par les médecins prescripteurs.....17

d) Coopération et formation interprofessionnelles.....17

e) Recommandations de l'Etat.....18

4. Problématique.....19

a) Cadre 19

b) Objectifs 19

c) Hypothèses 20

III. Matériel et Méthode 21
1. Introduction 21
2. Population d'étude 21
3. Le questionnaire 22
a) Les informations générales 22
b) Connaissance dans le domaine du langage oral 23
c) Sensibilisation auprès des parents 24
d) Dépistage 24
e) Formation 24
f) Vidéo 25
4. La vidéo de sensibilisation 25
5. Passation 26
IV. Résultats 27
1. Informations générales 27
2. Connaissance dans le domaine du langage oral 30
3. Sensibilisation auprès des parents 34
4. Dépistage 36
5. Formation 38
6. Vidéo 40
V. Discussion 41
1. Interprétation des résultats 41
a) Biais méthodologiques 41
b) Analyse des résultats 42
i. Informations générales 42
ii. Connaissance dans le domaine du langage oral 42
iii. Sensibilisation auprès des parents 44
iv. Dépistage 46
v. Formation 48
vi. Vidéo 48

2. Limites de l'étude/ difficultés 49

3. Perspectives 51

a) Renforcer la pratique de la prévention précoce 51

b) Comparaison avec le développement moteur et pistes de réflexion 51

c) Collaboration interprofessionnelle 53

d) Ouverture 54

e) Apports personnels 54

VI. Conclusion 55

VII. Bibliographie 57

VIII. Annexes 60

ANNEXE I : AFFICHE DE DIFFUSION 60

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE 61

ANNEXE III : CARTE MENTALE VIDÉO 70

ANNEXE IV : RÉPONSES QUESTION B6 71

ANNEXE V : EXTRAITS DE CARNET DE SANTÉ 75

IX. Résumé 77

Table des abréviations

ANECAMSP : Association Nationale des Equipes Contribuant à l'action Médico-Sociale Précoce

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPLOL : Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes Logopèdes de l'Union Européenne

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DPC : Développement Professionnel Continu

DPL3 : Dépistage et Prévention Langage à 3 ans

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DU : Diplôme d'Université

ERTL4 : Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans

FNO : Fédération Nationale des Orthophonistes

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IFDC : Inventaire Français du Développement Communicatif

LO : Langage Oral

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OOAQ : Ordre des Orthophonistes et Audiologistes du Québec

OPAL : Orthophonie et Prévention en Alsace

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie/giste

PMI : Protection Maternelle et Infantile

QLC-3,5 : Questionnaire Langage et Comportement

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SFP : Société Française de Pédiatrie

TLO : Trouble du Langage Oral

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

I. Introduction

La prévention précoce dans le domaine du langage oral et de la communication est devenue un réel enjeu de santé publique ces dernières années. La fréquence de ces troubles augmente significativement et les conséquences sont multiples, impactant les apprentissages scolaires comme l'acquisition du langage écrit mais aussi l'insertion socio-professionnelle ou le niveau de vie globale de ces personnes.

Les médecins généralistes, de PMI, pédiatres ou sages-femmes sont les premiers intervenants auprès des familles. Ils les connaissent, les guident dans leur parcours de soin et les orientent vers d'autres professionnels. Ce sont eux qui prescrivent par la suite la consultation d'un orthophoniste. Il est donc important que ces intervenants soient sensibilisés au mieux à la prévention précoce et notamment celle du domaine du langage oral et de la communication. Pour cela leurs connaissances des prérequis, du développement langagier et des signaux d'alerte doivent être optimales.

Dans cette optique un questionnaire permettant d'apprécier le niveau de connaissance des professionnels dans le domaine du langage oral et de la communication a été élaboré. Une courte vidéo de sensibilisation leur a ensuite été proposée afin d'encourager l'idée de formation interprofessionnelle et de leur fournir des pistes de réflexion sur leur pratique de la prévention précoce.

La première partie de ce mémoire posera les connaissances théoriques nécessaires au bon déroulé du projet. Elle se penchera sur les aspects de la communication et du langage oral, de la prévention et du travail pluridisciplinaire afin de faire émerger les différentes hypothèses.

La seconde partie décrira le matériel et la méthode utilisés pour notre enquête. Tandis que la troisième partie exposera les résultats obtenus.

Enfin la dernière partie sera celle de la discussion, permettant d'analyser et d'interpréter les résultats, de formuler les limites et difficultés rencontrées mais aussi les perspectives engendrées.

II. Partie Théorique

1. Communication et langage oral

a) Définitions

Le langage est la fonction d'expression de la pensée et de la communication entre les humains, mise en œuvre par la parole ou par l'écriture (Le Robert). Il existe donc une forme de langage oral, celle étudiée dans ce mémoire, et une forme de langage écrit. Le langage joue une part essentielle dans les relations de l'enfant avec autrui, il est lié à son développement et à la structuration de son fonctionnement psychique. Il ne transmet pas seulement des informations ou des demandes, il sert aussi à communiquer des sentiments, des impressions, des émotions (Bursztejn, 2000).

Le langage s'inscrit dans la communication qui se définit comme un moyen d'établir une relation avec quelqu'un. Selon le DSM-V la communication comprend tout comportement verbal ou non verbal (intentionnel ou non) qui influence le comportement, les idées ou les attitudes d'un autre individu (Crocq Marc-Antoine, 2015).

b) Prérequis et langage non-verbal

Le développement du langage et de la communication commence dès les premiers jours de vie de l'enfant.

L'acquisition du langage oral est conditionnée par la maîtrise de prérequis, ou compétences socles, que sont : la production sonore (babillage, vocalises, etc.), l'attention conjointe, l'imitation verbale et motrice, le contact visuel, l'attention et l'orientation aux sons, le tour de rôle, le pointage, la demande non-verbale, l'appétence pour l'interaction (Antheunis et al., 2013). Ces précurseurs langagiers sont des comportements non-verbaux qui permettent à l'enfant, dès sa naissance, d'interagir avec son entourage afin d'amorcer la communication et ainsi acquérir le langage (Courteau & GTM-ODL, 2017).

La communication n'est pas nécessairement orale, lorsqu'elle est non-verbale elle passe par le regard, les mimiques, les gestes, etc. L'enfant s'exprime par des sourires à ses parents, il fait part d'une demande par des pleurs ou à l'aide du pointage. C'est grâce à ces interactions avec l'environnement que le nouveau-né développe ses habiletés de compréhension verbale qui lui permettront ensuite de produire des sons, puis des mots et des phrases. (Courteau & GTM-ODL, 2017).

c) Acquisition et développement

Le développement du langage suit une évolution assez similaire d'un enfant à l'autre, même si les âges d'acquisition peuvent varier légèrement en raison des différences de progression interindividuelles. Ces fluctuations sont dépendantes des capacités neurocognitives innées, de facteurs génétiques et de la perception et des rencontres de l'enfant avec son environnement. L'acquisition du langage est un mécanisme actif au cours duquel l'enfant doit explorer et expérimenter le langage qui l'entoure (Bursztejn, 2000).

Le développement du langage oral est sous-tendu par l'intégrité du système auditif, phonatoire et cérébral.

De nombreux organismes fournissent aux familles comme aux professionnels de santé des grilles de repères pour l'acquisition du langage oral, comme le montrent ces deux exemples tirés : d'une plaquette d'information « Objectif Langage » (Figure 1) créée par le Syndicat Départemental des Orthophonistes de Meurthe et Moselle, et le guide pratique « Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant » (Figure 2) rédigé par la Société Française de Pédiatrie (SFP).
Ce second tableau est tout particulièrement intéressant puisqu'il souligne aussi bien l'importance du versant réceptif (la compréhension), que du versant expressif (la production). C'est la compréhension qui précède l'expression et qui permet à l'enfant de développer ses capacités langagières.

L'acquisition du langage se développe en deux phases (Bursztejn, 2000) :

- la pré-linguistique : entre zéro et douze mois généralement, pendant laquelle les compétences socles se mettent en place et les premières vocalisations apparaissent jusqu'à devenir des syllabes distinctes.
- la linguistique : à partir de douze mois environ, avec l'apparition des premiers mots mono- puis bisyllabiques et enfin des phrases.

« Points de repères »

A tout âge, même si votre enfant ne vous manifeste pas clairement qu'il a compris ce que vous lui dites, ne le privez pas du son de votre voix. Imprégnez-le du sens des mots qui viendront spontanément tout au long de la journée.

0 - 4 mois **Appels, gazouillis et pleurs se diversifient**, apprenez à les reconnaître et montrez à votre bébé que vous le comprenez.

6 mois **Roucoulements, rires, gloussements, regards** vous prouvent qu'il comprend vos intentions.

9 mois **Début de babillage :** mamama, patata... Bébé essaie de vous imiter : il exerce ses mucles. Il fait non de la tête, « bravo » avec ses mains, tape avec ses jouets : c'est aussi un langage.

12 mois **Les premiers mots : encouragez-les !** Considérez votre enfant comme un interlocuteur à part entière. Il comprend bien plus de mots qu'il n'en utilise.

18 mois **Il exprime ses idées en juxtaposant 2 ou 3 mots :** aidez-le en lui proposant des phrases en accord avec la situation qu'il vit.

2 ans **Ses phrases sont mieux construites, son vocabulaire se diversifie.** Votre enfant se nomme par son prénom ou en disant « moi », il emploie des adjectifs, des verbes conjugués ou non.

3 ans **Votre enfant dit "je", il commence à utiliser des mots abstraits, des pronoms, des propositions.** Il comprend le langage de ses activités quotidiennes. L'école est pour lui un lieu d'expériences nouvelles.

4 ans **Le langage est maintenant constitué**, votre enfant comprend ce qu'on lui dit et exprime correctement ce qu'il pense, mais jusqu'à 12 ans les structures de phrases vont encore s'affiner et le vocabulaire s'enrichir. Le langage (structures complexes, vocabulaire, facilité et plaisir d'échanger...) et l'expérience sociale s'enrichiront mutuellement.

Figure 1 Objectif Langage (Syndicat des Orthophonistes de Meurthe et Moselle et al., 1990)

Langage oral

Âge	Compréhension	Expression
Vers 6 mois	Réagit à son prénom, au "non".	Commence à babiller [ba ba ba].
Entre 9 et 12 mois	Comprend des mots familiers en contexte, puis hors contexte : "attends", "fais attention", "prends"... Regarde un objet qu'on lui montre.	Salue, refuse, pointe du doigt. Utilise un babillage diversifié [ba da ba], proche des premiers mots.
Entre 12 et 18 mois	Comprend des petites phrases en contexte : "le doudou est tombé", "le biberon est chaud"...	Développe des gestes symboliques : main à l'oreille pour téléphone... Dit ses premiers mots en contexte.
Entre 18 et 24 mois	Comprend des ordres simples en contexte : "tiens ton biberon", "prends ton gâteau"...	Utilise des mots phrases : [balle] = "donne la balle" ou "c'est ma balle", selon le contexte et l'intonation. Apprends plusieurs mots par jour : période d'explosion lexicale. Puis ébauche des phrases en combinant un geste et un mot, ou deux mots : pointer + [balle] = "je veux la balle", [gade poupée] = "regarde ma poupée".
Entre 2 et 3 ans	Comprend des ordres simples hors contexte : "va chercher ton pyjama", "tu peux aller te coucher", "va jouer avec ton petit frère"...	Utilise "moi" pour parler de lui. Fait des petites phrases de deux ou trois mots (langage télégraphique) et les associe aux gestes.
À 3 ans	Comprend le langage du quotidien.	Diversifie son vocabulaire : verbes, adjectifs et mots outils ou fonctionnels (prépositions, pronoms, ...), mais parfois mal prononcés. Fait des phrases à trois éléments (sujet + verbe + complément). Commence à utiliser "je".
À 4 ans	Comprend des phrases longues et complexes et comprend un récit simple.	Précise son vocabulaire. Allonge et complexifie ses phrases. Articule tous les sons.
À 5 ans	Comprend un récit.	A acquis les règles du langage. Construit des récits. Parle sans déformer les mots.
À 6 ans		Est prêt pour apprendre à lire et à écrire.

Figure 2 Repère sur l'évolution du langage (Société Française de Pédiatrie, 2007)

Le développement et l'acquisition du langage oral comme de la communication se font en parallèle du développement des habiletés motrices, cognitives, affectives et sociales, toutes ces compétences s'influençant mutuellement (Courteau & GTM-ODL, 2017).

2. La prévention

a) Définition

En 1948, L'OMS définit la prévention comme étant « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Elle distingue trois types de prévention :

- La prévention primaire : regroupe l'ensemble des actes permettant de diminuer la survenue d'une maladie dans une population donnée et d'en réduire les risques d'apparition ; elle cible principalement les conduites individuelles à risque.
- La prévention secondaire : cherche à faire diminuer la prévalence de la maladie ; elle vise à faire disparaître les facteurs de risque, à enrayer la maladie afin de réduire sa durée et sa gravité.
- La prévention tertiaire : s'intéresse à diminuer les récidives, les incapacités chroniques, les complications, les invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

Ce mémoire a pour cible la prévention primaire, celle qui permet d'agir en amont de la pathologie, celle qui permet d'informer (Haute Autorité de Santé, 2006) ; l'objectif étant de sensibiliser les parents à l'importance de la communication et du langage oral dès le plus jeune âge afin de réduire, chez les enfants d'âge préscolaire, l'apparition des difficultés en langage oral. Cette action précoce permettra de promouvoir les interactions et la communication dans les familles, d'identifier les facteurs de risque éventuels (environnementaux, éducatifs…) et d'agir sur les facteurs de protection, levier dans la prévention des troubles du langage.

b) Prévention et orthophonie

Depuis 2002 la prévention en orthophonie s'inscrit dans le décret d'actes des orthophonistes n°2002-721, article 4 « […] 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 […]. » (Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, 2002).

En 2016 la loi de modernisation de notre système de santé préconise de renforcer la prévention et la promotion de la santé afin de maintenir l'égalité des chances en santé de chacun. La prévention dans la définition des champs d'intervention en orthophonie est ainsi définie : « La pratique de l'orthophonie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales. » (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016).

L'intérêt pour cette pratique est croissant, d'autant que la prévention des troubles du langage est devenue un projet de santé publique depuis le rapport Ringard au début des années 2000. L'orthophoniste intervient alors auprès de la population générale par l'information, la participation à l'éducation sanitaire et précoce, la sensibilisation aux attitudes d'interactions positives, à la mise en place d'une guidance parentale, la formation des familles, des professionnels de santé et de la petite enfance (Denni-Krichel, 2004).

c) Prévention et langage oral

La prévention précoce intervient en amont de la détection de retards langagiers, ce n'est pas une action de dépistage. Elle permet de prévenir les difficultés de langage oral en stimulant l'éveil du langage chez les tout-petits (Garcia, 2019). Cela passe par l'ensemble des activités qui soutiennent le développement des prérequis au langage, du langage en lui-même, de la parole et de la communication (ASHA, 2008). Cette prévention précoce cible en particulier les enfants de zéro à trois ans, soit avant l'entrée à l'école.

Les effets attendus d'une telle intervention seraient de réduire le nombre d'enfants en consultation orthophonique, de limiter les listes d'attente mais également les dépenses de l'Assurance Maladie. Des difficultés ou des troubles affectant le langage oral et la communication peuvent entraîner des répercussions en langage écrit et impacter toute la scolarité de l'enfant.

Il est important de faire de la prévention dans ce domaine car il est possible d'agir sur l'apparition de troubles en intervenant avant même que ces difficultés n'apparaissent (Reed, 2005). Le but est d'influer à la fois sur les facteurs de risque et sur les facteurs de protection.

i. Les facteurs de risque

Les facteurs de risque peuvent être des événements, des conditions organiques ou environnementales qui agissent sur la probabilité de présenter des problèmes de développement (Sylvestre, 2008). Les études montrent que le nombre de facteurs de risque influence davantage le développement de l'enfant que leur nature (Sameroff et al., 1998).
Ces facteurs de risque peuvent être répartis selon un gradient de système plus ou moins proche de l'enfant (Figure 3) allant de l'ontogenèse, l'individu, jusqu'au macrosystème, la communauté (Bronfenbrenner, 1979).

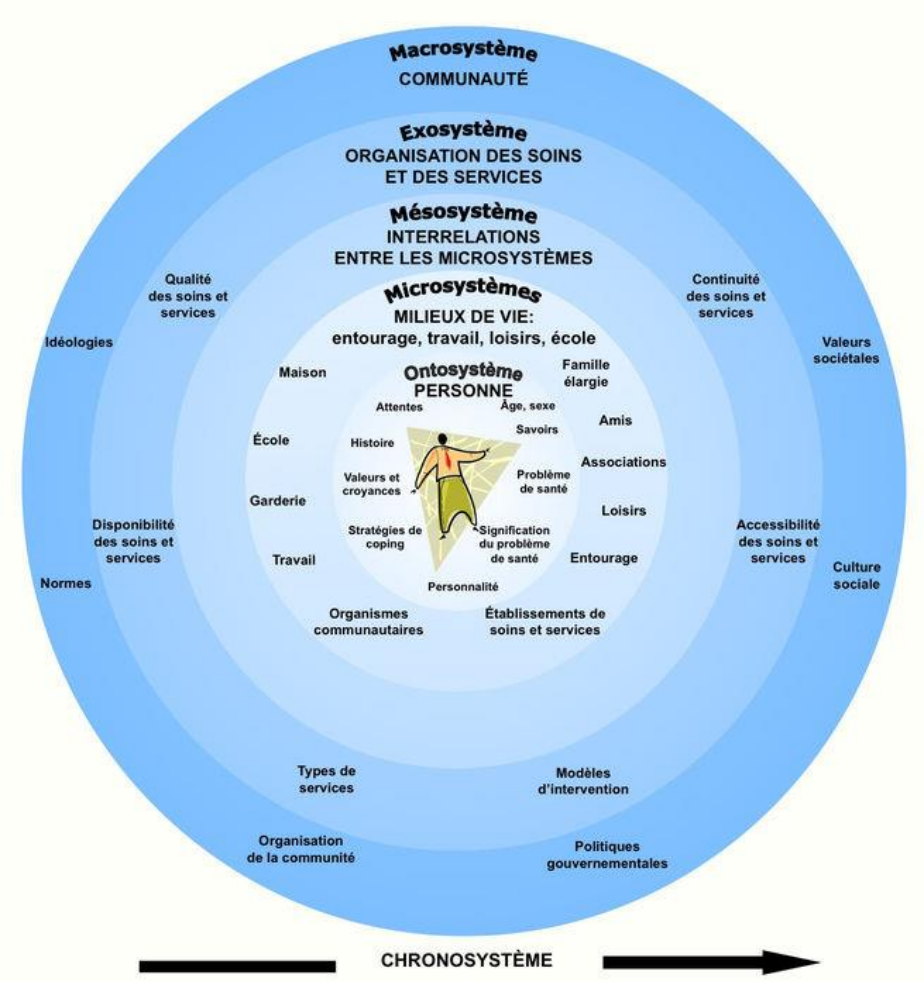


Figure 3 Modèle écologique de Bronfenbrenner (Gauvin-Lepage & Lefebvre, 2010)

Dans chaque système des facteurs de risque peuvent survenir et impacter le développement du langage de l'enfant (Figure 4). Le problème de santé publique est donc majeur puisqu'il touche toutes les sphères gravitationnelles. Un programme de sensibilisation précoce efficace doit permettre de cibler les enfants risquant de présenter des difficultés en langage oral en raison de ces facteurs de risque (Sylvestre, 2008).

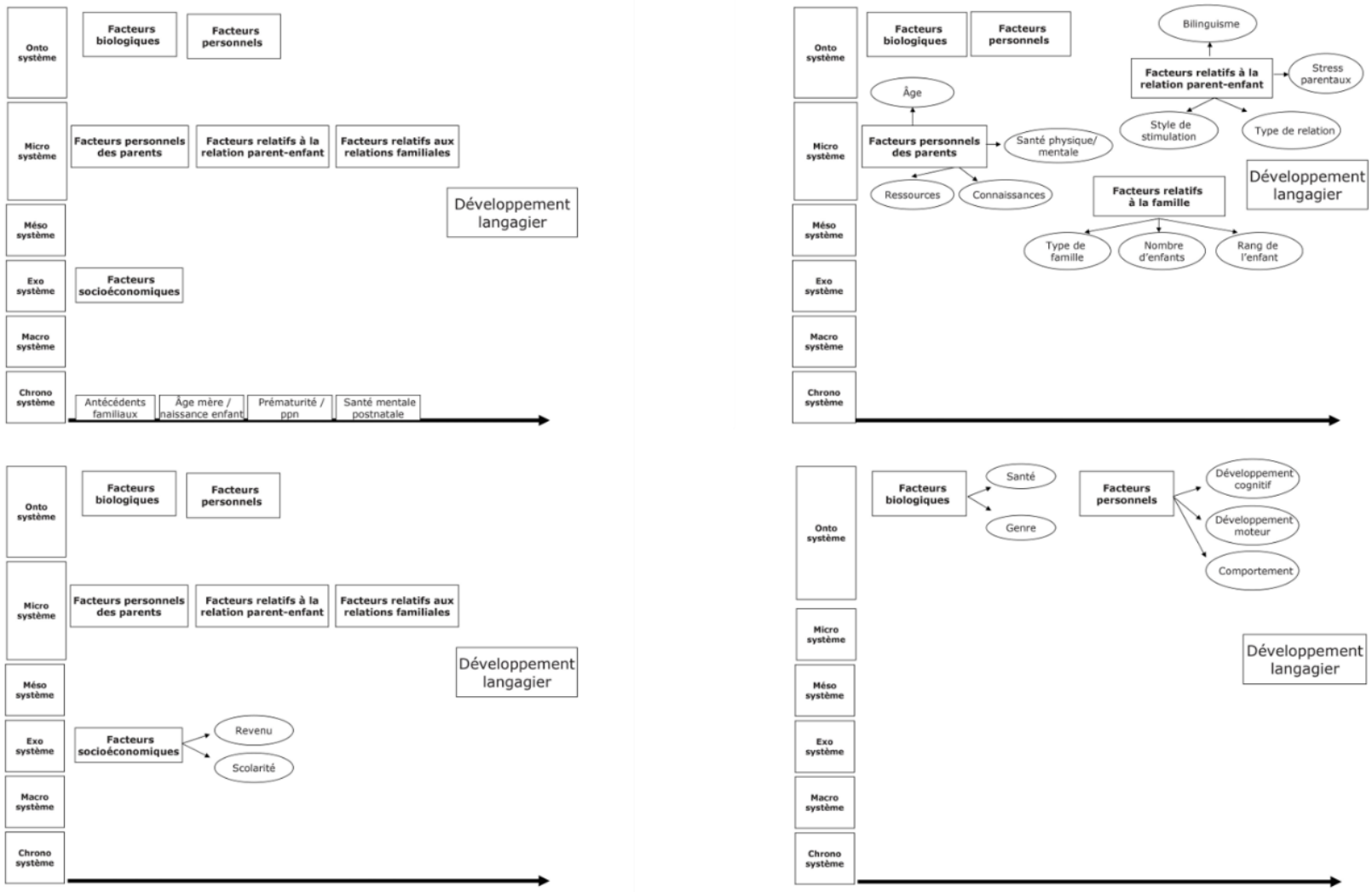


Figure 4 Facteurs de risque associés au développement langagier (Sylvestre, 2008)

ii. Les facteurs de protection

Cette approche écosystémique est également utilisée pour parler des facteurs de protection (Michèle Poirier & François Blain, 2014), au nombre de dix, regroupés selon la sphère de l'enfant, de la famille ou de la communauté (Figure 5). Ce sont des ressources qui jouent sur la probabilité d'apparition de difficultés dans le développement et les acquisitions de l'enfant en atténuant l'impact des facteurs de risque (Sylvestre, 2008). Ils agissent comme un bouclier et, lorsqu'ils sont présents, augmentent les chances de l'enfant de se développer au maximum de son potentiel, de suivre une scolarité positive et de jouer par la suite entièrement son rôle de parent à l'âge adulte.

Facteurs de protection par système

ENFANT	FAMILLE	COMMUNAUTÉ
Habiletés de communication orale et écrite • Capacité de comprendre et de s'exprimer par le langage oral • Éveil à la lecture et à l'écriture **Compétences cognitives** • Capacité d'attention soutenue/mémoire • Éveil à la numératie • Connaissances générales **Compétences sociales et affectives** • Relations avec les pairs • Sentiment de compétence/estime de soi **Compétences physiques et saines habitudes de vie** • Motricité fine et globale • Alimentation • Sommeil • Activités physiques	**Niveau socioéconomique** • Revenu familial • Scolarisation **Attitudes parentales** • Sentiment de compétence (estime de soi/confiance) • Aspirations mère/père pour la scolarité de l'enfant • Rapport mère/père à la lecture-écriture **Pratiques parentales** • Qualité des interactions parent-enfant (affectives et cognitives) • Exposition à une variété d'expériences éducatives • Habitudes de lecture parent-enfant (précocité, fréquence)	**Environnement physique et social du quartier – voisinage** • Présence d'espaces verts sécuritaires • Qualité des logements (salubres et abordables) • Cohésion sociale • Capital social **Accessibilité et qualité des services** • Services de garde • Services de santé • Services sociaux • Services communautaires • Transport collectif **Mobilisation à l'égard de la petite enfance** • Collaboration enfant-famille-intervenants • Croyances des intervenants • Engagement de la communauté (alliances/ partenariats)

Tableau extrait du site web agirtot.org http://www.agirtot.org/thematiques/facteurs-de-protection/les-dix-facteurs-de-protection/

Figure 5 Facteurs de protection (agirtôt.org)

Le concept de facteurs de risque et de protection a permis d'enrichir la réflexion sur l'intervention en milieu défavorisé. Les enfants susceptibles d'être impactés sont ainsi mieux ciblés, ce qui facilite la prévention précoce dans le domaine du développement du langage oral et permet d'agir au niveau des sphères personnelles, familiales et sociales (Courteau & GTM-ODL, 2017).

d) Différentes campagnes mises en place

Ces dernières années, en France, de nombreux sites de sensibilisation et de prévention dans les domaines d'intervention de l'orthophonie ont vu le jour. La Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) recense, de son côté, aujourd'hui près d'une cinquantaine d'associations de prévention régionales, dont les actions multiples rayonnent parfois au-delà du territoire local.

La FNO a mis en place « FNO-prévention » anciennement « Info-langage » qui permet d'informer les orthophonistes, les parents mais aussi les autres professionnels de santé, des actions de sensibilisation mises en place en orthophonie. Le site comporte également une rubrique « Quand s'inquiéter ? » qui donne des repères chronologiques du développement du langage oral entre autres (FNO, 2018).

En 2018 a été créée la plateforme « allo-ortho » dont le but est d'améliorer l'accès au soin en orthophonie grâce à une meilleure information du grand public et de mener des actions de prévention pour favoriser la promotion de la santé (Allo Ortho, 2018). Ce site propose un accès par tranche d'âge et par domaine afin que les familles puissent trouver des réponses à leurs questions.

L'association « 1001 mots », créée en 2017, inspirée du programme initié dans les crèches « Parler Bambin » (Parler Bambin, 2015), promeut l'éveil du langage grâce à un accompagnement parental (1001mots, 2017). Des ateliers parents-enfants sont organisés dans le but de proposer des idées, jeux et activités pour stimuler le langage du tout-petit.

Le site « Handicap Agir Tôt », créé par l'association ANECAMSP (Association Nationale des Equipes Contribuant à l'Action Médico-Sociale Précoce), a récemment lancé une campagne de vidéos d'information et de sensibilisation sur les troubles du développement du jeune enfant, de la naissance à six ans, à destination des parents et des professionnels. Ces courts spots publicitaires répondent à des questions concernant les repères de l'enfant et les acquisitions attendues en fonction de l'âge ; par exemple : « A 6 mois mon bébé ne me sourit pas » ou encore « A 1 an, mon enfant ne réagit pas à son prénom ». Chaque vidéo est assortie de conseil d'un médecin, de rubriques « Dois-je m'inquiéter ? » et « Que dois-je faire », d'informations clefs et d'articles en lien.

Ces initiatives permettent d'insister auprès des parents sur l'importance du parentais (ou mamanais), de la lecture interactive, du jeu ou encore des comptines dès les tout premiers jours de l'enfant.

Pour finir il existe de nombreuses plaquettes d'informations, de prévention et de sensibilisation à destination des parents comme des professionnels de santé et de la petite enfance. Parmi celles-ci citons « A quoi on joue » de l'association OP17 en Charente-Maritime, l'affiche « Prévention : objectif langage » élaborée par le CPLOL (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes Logopèdes de l'Union Européenne), le guide « Des livres qui grandissent avec les bébés » proposé par OPAL (Orthophonie et Prévention en Alsace) et le livret « Parle-moi » d'Isabelle Barbier, orthophoniste (Figure 6).

Figure 6 Echantillon de plaquettes d'informations

3. Approche pluridisciplinaire

a) Rôle des médecins prescripteurs

Le médecin de famille ou le pédiatre est le premier professionnel de santé en contact avec les parents dès la naissance de leur enfant. Il s'agit souvent d'une personne de confiance, qui connaît la famille, qui a suivi la grossesse de la mère et même les aînés de la fratrie. Il est le référent principal des parents au sujet de la santé de leur enfant et de ce fait en première ligne pour sensibiliser ces derniers à l'éveil du langage. Il initie la guidance parentale et peut intervenir de manière précoce dans le développement de la communication chez l'enfant (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2007).

Le rôle du médecin traitant, généraliste ou pédiatre, concerne bien sûr la surveillance médicale du développement et de la santé de l'enfant, mais passe aussi par l'éducation à la santé et par la prévention. Il intervient auprès des parents mais sert également d'interlocuteur auprès du médecin scolaire, du médecin de la protection maternelle et infantile (PMI) et de tous les autres intervenants de santé en lien avec l'enfant (Société Française de Pédiatrie, 2007).

Lors de la consultation, le médecin partage son attention entre le parent et l'enfant (ses postures, ses regards et ses mimiques). Il observe le développement langagier, la présence des prérequis et l'appétence à la communication du patient, sans nécessairement réaliser de test de dépistage. Si le médecin juge que le niveau de développement du langage est insuffisant pour l'âge de l'enfant, il peut réaliser un bilan plus poussé à l'aide de différents tests. Au bout de six mois, le langage devra être réévalué (Société Française de Pédiatrie, 2007).

Le repérage est une étape importante qui précède le dépistage, ces deux processus fonctionnent comme un mécanisme à plusieurs étapes. Le premier peut s'opérer en différents lieux : familial, scolaire ou médical, il relève de compétences variées ; le second concerne les enfants déjà repérés pour lesquels on souhaite confirmer ou infirmer l'existence d'un trouble, le médecin peut alors poser, ou non, un diagnostic, celui-ci sera fonction de la gravité et de la fréquence du trouble s'il est avéré. Le plus souvent le diagnostic est fondé sur des analyses transversales, mettant en jeu des compétences médicales, paramédicales, éducatives et pédagogiques (Dellatolas, 2005).

La Haute Autorité de Santé (HAS) précise que « le dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de trois à six ans doit être systématique, même en l'absence de plainte » (HAS, 2005). Elle publie également un guide présentant les différents signes d'alerte à l'intention du médecin de premier recours.

Difficultés d'acquisition du langage oral

Avant 3 ANS

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
à 18 mois	▪ Aucun mot signifiant. ▪ Absence de babillage.	▪ Éliminer d'emblée un doute sur l'audition. ▪ Éliminer un trouble de communication verbale et non verbale : absence de jeu de « faire semblant » ou d'imitation, de pointage proto-déclaratif, d'attention partagée pouvant représenter une alerte vers un trouble du spectre de l'autisme.
à 24 mois	▪ Langage très pauvre. ▪ Pas d'association de mots. ▪ N'a pas l'air de bien comprendre alors qu'il communique bien (regard, gestes, etc.). ▪ Compréhension altérée.	▪ Examen clinique, audition. ▪ Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (surtout en cas de vulnérabilité familiale, d'antécédents familiaux ou de prématurité).

Figure 7 Difficultés d'acquisition du langage oral avant 3 ans (HAS, 2019)

b) Formation initiale et continue

i. Formation initiale

Au cours de la deuxième partie du deuxième cycle de la formation initiale des étudiants en médecine, se trouvent différents modules d'enseignement théorique. Le n°3 « Maturation et vulnérabilité » s'intéresse tout particulièrement à la prévention. L'objectif général de ce module est le suivant « *L'étudiant doit connaître les aspects normaux et pathologiques de la croissance humaine et du développement psychologique. Il doit être capable d'identifier et de savoir prendre en charge les comportements qui témoignent d'une fragilité de l'individu, en particulier à certaines périodes de la vie, afin de prévenir et dépister le passage à des conditions désocialisantes ou pathologiques.* ».
L'objectif terminal n°32, de ce même module, concerne les enseignements suivants : « *Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence). L'installation précoce de la relation parents-enfant et son importance.*
Troubles de l'apprentissage :
- Diagnostiquer une anomalie du développement somatique, psychomoteur, intellectuel et affectif.
- Repérer précocement les dysfonctionnements relationnels et les troubles de l'apprentissage.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi dans les situations courantes. » (Ministère de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2007).

L'expérience sur les terrains de stage permet également aux étudiants en médecine de se former et de se sensibiliser au domaine de la prévention et des troubles du langage.

ii. Formation continue

Tous les professionnels de santé, dont les médecins, doivent se former et s'informer des progrès scientifiques nécessaires à leur activité. Ils doivent justifier tous les trois ans, d'actions de formation continue, via le Développement Professionnel Continu (DPC) mis en place en 2009 par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) (Décret n° 2019-17 du 9 janvier 2019 relatif aux missions, à la composition et au fonctionnement des Conseils nationaux professionnels des professions de santé, 2019) et aménagé ensuite par la loi de modernisation de notre système de santé (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016).

La différence entre la formation initiale et la formation continue est sans conteste l'expérience. Les adultes apprenants vont pouvoir généraliser et analyser les nouvelles connaissances au regard de leur expérience professionnelle, ils vont systématiser les apprentissages et ainsi permettre un transfert dans leur quotidien, tout en valorisant leurs acquis (Lorto & Moquet, 2009).

c) Prévention par les médecins prescripteurs

Le médecin participe à la prévention concernant la communication verbale de l'enfant en prodiguant des conseils aux parents sur l'utilisation des écrans, l'importance du parler avec l'enfant, la nécessité de réaliser des dépistages ORL, l'éveil par les livres, les comptines et le jeu.
Dans son guide à destination des médecins la Société Française de Pédiatrie (SFP) rappelle qu'il est important d'écouter l'enfant et de lui laisser le temps de répondre aux sollicitations de l'adulte, il faut reformuler les paroles de l'enfant, utiliser un vocabulaire précis, une syntaxe correcte et une articulation claire, sans le faire répéter (Société Française de Pédiatrie, 2007).

Chez nos voisins finlandais, américains ou encore canadiens, on voit se développer des programmes de prévention de la santé impliquant de plus en plus les médecins. A titre d'exemple le projet « Osez la santé pour la vie » au Québec aide les médecins traitants à intensifier leurs actions de prévention. Cela passe par des formations afin de leur permettre, à l'occasion d'un examen médical, de formuler des recommandations dignes d'une pratique médicale préventive, ou encore des formations concernant « l'entretien motivationnel » dont le principe est, pour le médecin, de parvenir à motiver son patient, à engager des changements dans son comportement en un temps très court (FLAJOLET, 2007).

d) Coopération et formation interprofessionnelles

Comme décrit précédemment, la guidance parentale et la prévention dans le domaine du langage oral peuvent se faire via les médecins, premiers intervenants au contact des familles. Pour que ceux-ci conseillent au mieux l'entourage de l'enfant, ils doivent également être formés. La mission de l'orthophoniste est alors de partager ses connaissances dans des actions de prévention destinées aux professionnels de santé.

Les rencontres interprofessionnelles sont indispensables dans l'élaboration d'actions de prévention et l'intervention d'un expert dans un domaine va permettre la diffusion du savoir au plus grand nombre et ainsi pérenniser le projet (Garcia, 2019).

Pour illustrer cela, l'exemple du dispositif « 1 Bébé, 1 Livre », sensibilisant les parents au développement du langage, semble pertinent. Créé en 2006, l'action n'a eu de cesse d'évoluer et a permis de mettre en relation parents, professionnels de la santé et de l'éducation. C'est aujourd'hui un programme reconnu par le ministère de la Culture et développé sur tout le territoire français. L'idée d'un tel projet a tout d'abord été initiée par des orthophonistes de Meurthe-et-Moselle qui ont ensuite intégré des sages-femmes et des assistantes maternelles à cette campagne. Cette action de prévention a permis de sensibiliser d'autres professionnels de la santé, tels que les puériculteurs ou les pédiatres, au sein des maternités et ainsi de rendre le dispositif pérenne (Dussourd-Deparis, 2019).

e) Recommandations de l'Etat

Le ministère des Solidarités et de la Santé publie sur son site divers documents, à destination des médecins et autres professionnels de la santé, à propos de la prévention dans le domaine des troubles du langage. Les prescripteurs peuvent y retrouver des guides pratiques, des grilles de repérage, des outils de dépistage, des cas cliniques ou encore des sites de références et des documents provenant de la FNO, du CPLOL mais également d'autres associations en lien.

La HAS propose également sur son site une synthèse portant sur le dépistage de l'enfant de vingt-huit jours à six ans, à destination des médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires.

Ces deux instances informent les professionnels prescripteurs quant aux outils préconisés pour le suivi, l'évaluation et le dépistage des troubles du langage oral. Une commission d'experts, issue de la Société Française de Pédiatrie, recommande la passation des tests tels que l'ERTL4 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans), le QLC (Questionnaire Langage et Comportement), le DPL3 (Dépistage et Prévention Langage à 3 ans), Dialogoris ou encore les IFDC (Inventaire français du Développement Communicatif) (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2007). Ces outils seraient donc connus des professionnels prescripteurs et présents dans la formation initiale de ces derniers.

4. Problématique

a) Cadre

Dès ses premiers jours de vie, le nourrisson acquiert des compétences nécessaires à l'instauration du langage et de la communication. Cela passe par les interactions avec son environnement et son entourage. La maîtrise de prérequis (l'attention conjointe, l'imitation, le tour de rôle, la production sonore, le contact visuel, le pointage, etc.), mais également celle des facteurs de risque et de protection sont indispensables pour permettre à l'enfant d'entrer dans le langage oral.
Certains éléments, prédictifs d'un éventuel trouble, peuvent être observés très tôt ; à titre d'exemple, si l'enfant ne partage pas ou peu le regard à trois mois, s'il ne babille pas à un an, s'il ne dit aucun mot signifiant à dix-huit mois…
C'est pourquoi il est recommandé de réaliser un repérage des compétences socles de l'enfant par les professionnels de la santé au fur et à mesure du développement du tout-petit.

Les médecins (généralistes, pédiatres, de PMI ou autres) occupent une place principale dans la prévention et la sensibilisation des troubles du langage oral. Ils sont les premiers interlocuteurs au contact des familles et suivent souvent les enfants de la grossesse de la mère jusqu'à l'âge de l'entrée à l'école de l'enfant. Ils sont le plus souvent les éléments centraux de communication entre les différents professionnels de santé intervenant auprès de l'enfant et de sa famille car ils les orientent et les aiguillent dans leur parcours de soin. Enfin ce sont eux qui rassemblent l'ensemble des informations concernant le patient tels que les antécédents médicaux, sociaux et familiaux, ses compétences auditives, cognitives, motrices… Il semble donc essentiel qu'ils soient sensibilisés au développement du langage et de la communication.

b) Objectifs

Les prescripteurs de l'orthophonie, rencontrant régulièrement les enfants, apparaissent alors comme des acteurs incontournables de la prévention précoce auprès des familles. Mais pour cela ils doivent connaître au mieux le domaine du développement langagier de l'enfant, les campagnes de prévention et de sensibilisation existantes et les outils de dépistage.

Le langage et la communication du tout-petit progressent de manière exponentielle entre zéro et trois ans, c'est pourquoi les actions menées auprès des familles sont plus pertinentes à ces âges.
Une prévention précoce mise en place très tôt permettrait au professionnel de santé de proposer une guidance ou un accompagnement parental adaptés et des examens complémentaires en cas de nécessité ou de doute.

Il est donc important de déterminer quels sont les besoins et les attentes des praticiens concernant la prise en soin de ces enfants et de leur famille afin de mieux y répondre, les guider et les former si besoin. L'objectif est de prévenir l'apparition potentielle de difficultés ou de troubles du langage oral et de la communication, mais également de les repérer plus efficacement et plus précocement.

c) Hypothèses

Les professionnels de santé semblent trop peu sensibilisés aux troubles du langage oral et aux programmes de prévention précoce chez le jeune enfant au cours de leur formation initiale.

Un manque de connaissance dans ce domaine pourrait conduire à des difficultés à mettre en place une guidance parentale, à utiliser les outils d'évaluation et de dépistage ou encore à prendre en soin ce type de patient et leur famille.

Ce besoin de mises à jour supplémentaires, afin d'enrichir leurs savoirs et savoir-faire, pourrait être comblé par un travail pluridisciplinaire en associant les connaissances et les compétences de chacun. Ainsi, des formations interprofessionnelles apporteraient une expertise et une meilleure maîtrise des informations dans le domaine du langage et de la communication.

Les informations recueillies dans cette première partie du mémoire tendent à promouvoir la prévention précoce des troubles du langage oral. Une intervention le plus tôt possible permettrait de réduire le risque d'une prise en soin future ou du moins d'en diminuer la durée, le coût pour les patients comme pour la société et l'impact sur les apprentissages futurs.

III. Matériel et Méthode

1. Introduction

Afin d'apprécier le niveau de connaissances des professionnels prescripteurs de l'orthophonie dans le domaine de la prévention précoce des troubles du langage oral et du développement langagier chez l'enfant de zéro à trois ans nous avons mis en place un questionnaire suivi d'une courte vidéo de sensibilisation à la prévention et aux différents outils existants.

2. Population d'étude

Les publics concernés par cette étude sont les prescripteurs de l'orthophonie, avec une visée toute particulière pour les médecins généralistes, les pédiatres, les pédopsychiatres, les internes et les sages-femmes, même si d'autres spécialités médicales ont pu prendre part au questionnaire.
Le but était ici de choisir des professionnels qui avaient la possibilité de pratiquer la prévention précoce auprès des familles.

Les critères d'inclusion étaient :

- D'être prescripteur de l'orthophonie,
- D'être au contact du public cible ou de l'avoir été,
- De pouvoir accéder au questionnaire en ligne.

Il n'était pas nécessaire de faire de la prévention précoce auprès des familles au moment de la participation au questionnaire, ni d'être sensibilisé spécifiquement à la prévention en orthophonie ; tous les lieux, milieux, types et modes d'exercice étaient acceptés, il n'y avait pas non plus de contrainte quant à la durée d'exercice ou quant à l'environnement principal de la patientèle, enfin le professionnel pouvait exercer ou non dans un cadre pluridisciplinaire.

Etaient exclus de l'étude :

- Toutes professions ne pouvant pas prescrire des séances d'orthophonie, qu'elles soient du milieu médical, paramédical ou encore de l'éducation,
- Les orthophonistes.

3. Le questionnaire

Le questionnaire a été construit à l'aide des hypothèses formulées ci-dessus afin de mieux connaître les professionnels interrogés, leurs savoirs et leur pratique.
Il s'articule en plusieurs grandes parties que sont : les informations générales, les connaissances dans le domaine du langage oral, la sensibilisation auprès des parents, le dépistage et la formation, enfin une dernière partie concerne la vidéo (ANNEXE II : QUESTIONNAIRE).

La durée estimée du questionnaire est d'une dizaine de minutes auxquelles s'ajoute la vidéo facultative, d'environ six minutes, proposée à la fin.
Les questions suivantes ne sont pas visibles à l'avance afin de ne pas influencer les réponses et de la même façon le retour arrière n'est pas permis.

Il a été mis en ligne sur la plateforme Lime Survey afin de respecter les normes RGPD mises en place par l'Université de Poitiers au sujet de la diffusion des questionnaires de mémoire de fin d'étude. Cet outil de recueil des données est sécurisé et permet une collecte des réponses entièrement anonymisée, ainsi il est totalement impossible d'identifier un participant au questionnaire.

a) Les informations générales

Le premier thème de questions porte sur le profil, le milieu d'exercice ainsi que le type de pratique du participant. Il se compose de dix questions toutes obligatoires.

La première question s'intéresse au lieu d'exercice du professionnel ; en effet le questionnaire ayant été diffusé à grande échelle, au niveau national, le but est d'évaluer la répartition géographique des participants. Les questions suivantes concernent la profession du soignant et son nombre d'années d'exercice ; l'objectif est de voir si la spécialité ou l'expérience et la pratique influent sur les connaissances du praticien. Il est également apparu important de connaître le type de pratique (libéral, maison de santé, hospitalier…), ainsi que le mode d'exercice principal (consultations au cabinet, visites à domicile, séances collectives…) des professionnels. Enfin, pour compléter leur profil, des questions sur le milieu d'exercice (rural, citadin ou péri-urbain) et la patientèle prédominante ont également été posées.

Les dernières questions de ce premier thème portaient sur le travail pluridisciplinaire, l'importance accordée à cette pratique par le soignant et sa fréquence d'exposition, afin de mesurer son attrait pour une éventuelle formation interprofessionnelle.

b) Connaissance dans le domaine du langage oral

Cette seconde partie de questions aborde le thème des connaissances du praticien et spécifiquement celles dans le domaine du langage oral. Elle se compose de neuf questions mais certaines ne sont accessibles qu'en fonction de la réponse précédente.

La première question posée est celle de l'acquisition des connaissances théoriques et pratiques. En effet il est important de savoir si les soignants sont assez formés dans le domaine du langage oral chez le tout petit pendant leur cursus universitaire ou si c'est au moyen de l'expérience professionnelle, personnelle, des formations ou même des lectures d'articles qu'ils acquièrent par la suite les connaissances nécessaires. Il est ensuite demandé aux praticiens s'ils ont suivi une formation dans le domaine du langage oral.
Une échelle d'autoévaluation sur le niveau de connaissance que le professionnel pense avoir est proposée afin de jauger de l'intérêt d'une formation.
Une des questions centrales du questionnaire est la suivante : « Quelle tranche d'âge vous questionne le plus ? ». Les participants peuvent répondre en choisissant des tranches de six mois, allant de zéro à trois ans. Le but est de savoir si les professionnels sont plus au fait de l'évolution du langage oral chez certaines classes d'âges d'enfants, s'ils souhaitent être mieux formés dans d'autres et pourquoi.

Les connaissances portent ensuite sur la prévention précoce dans le domaine du langage oral. Plusieurs actions, parmi les plus connues, sont proposées, le professionnel doit alors indiquer s'il en a déjà entendu parler ou non. Ces actions sont menées par des orthophonistes, des médecins ou des organismes interprofessionnels, afin d'évaluer l'impact des différentes sphères de communication.
Pour finir ce thème, le participant est interrogé sur son éventuel engagement dans des actions de prévention.

c) Sensibilisation auprès des parents

Le troisième thème abordé est celui de la sensibilisation auprès des parents. Il se compose de cinq questions toutes obligatoires.

La première pose la question de la fréquence à laquelle le professionnel sensibilise les parents, au sujet du langage et de la communication de leur enfant, afin de mesurer son intérêt et le temps accordé dans ce domaine. Puis on demande au praticien à partir de quel âge il pratique la prévention auprès des familles de façon générale et la fréquence à laquelle il propose un accompagnement parental dans le domaine du langage et de la communication.
Une fois de plus, une échelle d'autoévaluation pour mesurer l'aisance du soignant, est proposée. Le but est de savoir s'il se sent parfaitement capable ou totalement dépassé pour répondre aux questions des parents sur le sujet du langage oral de leur enfant.
Enfin on s'intéresse à l'outil de prévention privilégié par les professionnels (message oral, plaquettes d'information, affiches, groupes ou ateliers de parole…) pour communiquer avec les familles.

d) Dépistage

Le troisième thème est celui du dépistage. Il se compose de six questions dont certaines dépendent de la réponse à la question précédente.

Cela commence par une échelle d'autoévaluation dans laquelle le praticien indique s'il juge ses connaissances sur les outils d'évaluation et de dépistage dans le domaine du langage et de la communication suffisantes ou non. Puis il est questionné sur les outils d'évaluation existants, parmi les plus connus et ceux recommandés par l'Etat, afin de savoir s'il les connaît et les utilise et les raisons pour lesquelles il s'en sert ou ne s'en sert pas.

e) Formation

Le quatrième thème concerne la formation et se compose de trois questions, toutes obligatoires.

Elles interrogent sur la motivation qu'aurait le soignant à entreprendre une formation ou une mise à jour de ses connaissances dans le domaine et le temps qu'il pourrait accorder à cette formation sur un an.

Enfin différents sujets de formation sont proposés allant des prérequis du langage aux outils de dépistage en passant par l'impact des écrans, le rôle de l'orthophoniste ou encore l'accompagnement parental et les actions de prévention.

f) Vidéo

Le dernier groupe est celui de la vidéo et ne présente qu'une seule question. Celle-ci est facultative.

Le praticien a le choix entre cliquer sur le lien pour visionner une vidéo de sensibilisation d'environ six minutes ou envoyer le questionnaire directement. Si le lien est cliqué la plateforme le prend en compte et le comptabilise comme une réponse afin qu'il soit possible de suivre le nombre de personnes ayant consulté cette vidéo. L'idée serait de faire le lien entre les réponses aux questions précédentes et la consultation de ladite vidéo.

4. La vidéo de sensibilisation

Initialement le questionnaire devait précéder des formations interprofessionnelles menées auprès des CPTS volontaires et aborder les thèmes précités dans la partie formation. Cependant en raison du contexte sanitaire et de la difficulté à mettre en place ces interventions, ces rencontres ont été remplacées par une courte vidéo de sensibilisation à destination des professionnels prescripteurs de l'orthophonie. Dans un autre contexte elle pourrait permettre d'introduire une formation ou d'initier un temps d'échange pluriprofessionnel.

Elle aborde les grands thèmes développés dans la première partie de ce mémoire, à savoir : les prérequis au langage oral, les repères développementaux, les signaux d'alerte et les points de vigilance, la prévention précoce, les facteurs de risque et de protection, le rôle du praticien auprès des familles, les actions de prévention, la coopération et les formations interprofessionnelles.

Elle a été entièrement réalisée via PowerPoint et se présente comme une carte mentale interactive (ANNEXE III : CARTE MENTALE VIDÉO). Cette vidéo dure moins de six minutes afin de capter l'attention des participants sur un temps très court et de leur fournir des pistes de réflexion.

5. Passation

Pour la diffusion du questionnaire une affiche, présentant l'objectif du mémoire, la population cible et les moyens d'accès (lien cliquable et QR code), a été réalisée (ANNEXE I : AFFICHE DE DIFFUSION).

Les réponses des participants ont été recueillies sur un mois et demi afin de permettre aux personnes concernées d'y répondre dans des conditions favorables.

L'affiche de diffusion a été transmise aux URPS régionaux de médecins libéraux, aux CPTS de Nouvelle-Aquitaine, aux syndicats de médecins, aux associations étudiantes mais également via les réseaux sociaux et les réseaux personnels.

IV. Résultats

À la suite de la diffusion du questionnaire et de la vidéo cinquante-sept réponses valides et complètes ont été obtenues ainsi que trente réponses incomplètes et trois réponses complètes mais dont les professions n'entraient pas dans les critères d'inclusion des participants (deux orthophonistes et une infirmière scolaire).

Les données recueillies ont été extraites du logiciel Lime Survey et analysées via Excel. Les résultats sont exposés sous forme de graphiques ou de tableaux de réponses.

Aucune analyse statistique n'est présentée car l'échantillon est trop petit et la sélection des participants non représentative et non standardisée. Une étude de plus grande ampleur permettrait de conclure si les résultats observés ici sont généralisables à l'ensemble des professionnels prescripteurs de l'orthophonie.
Les résultats du questionnaire sont donc affichés en pourcentage de réponse ou en nombre de participants pour chaque proposition.

1. Informations générales

Deux grands pôles géographiques ont répondu à la demande de publication du questionnaire. Il s'agit de la Nouvelle-Aquitaine, avec notamment le réseau du CHU de Poitiers et des CPTS locales, et de l'URPS des médecins libéraux du Grand Est, seul URPS à avoir accepté de diffuser le questionnaire au sein de son réseau (Figure 8).

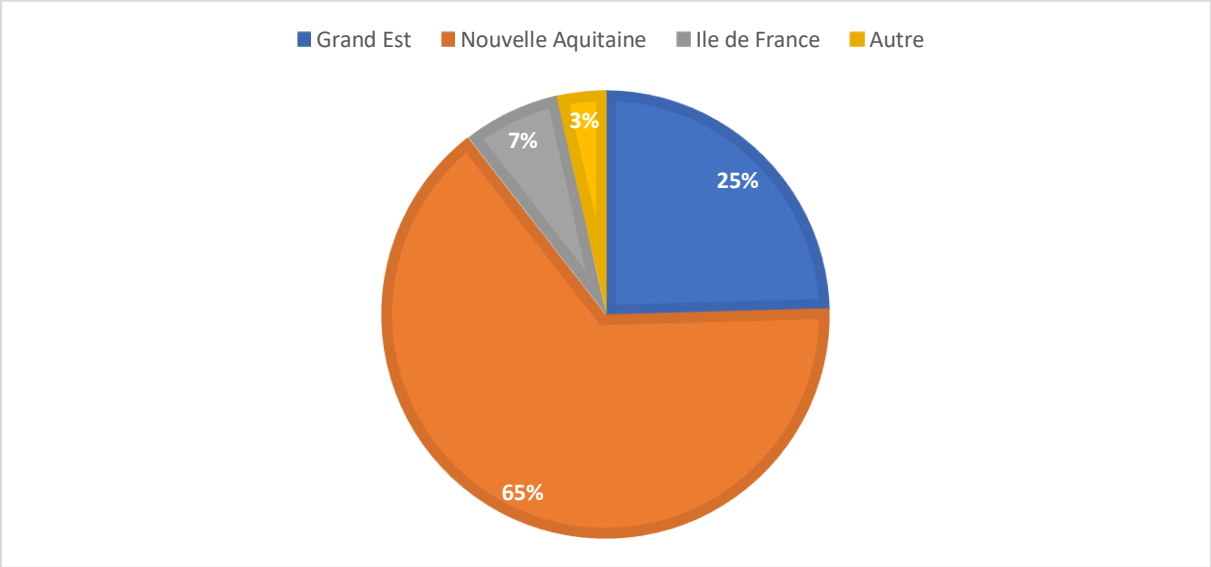


Figure 8 Répartition géographique des lieux d'exercice des participants

Les personnes interrogées sont majoritairement des médecins généralistes et des internes (Figure 9) même si d'autres spécialités sont présentes comme les pédiatres et les sages-femmes. Parmi les participants ayant répondu « Autre » on peut citer : trois généticiens, un chirurgien-dentiste, un phoniatre, un ORL, un ophtalmologue, un médecin du travail et un gériatre. Aucun médecin pédopsychiatre n'a participé à l'enquête.

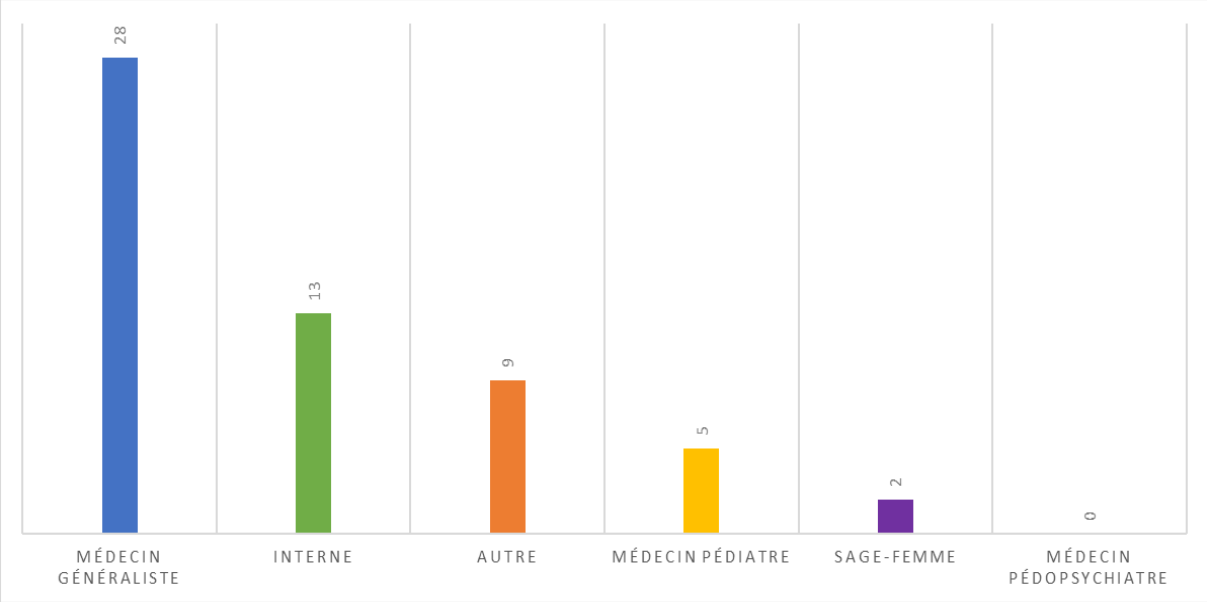


Figure 9 Répartition des professions et spécialités des participants

Concernant le nombre d'années d'exercice, les résultats sont plutôt homogènes, aucune catégorie n'est plus représentée qu'une autre (Figure 10).

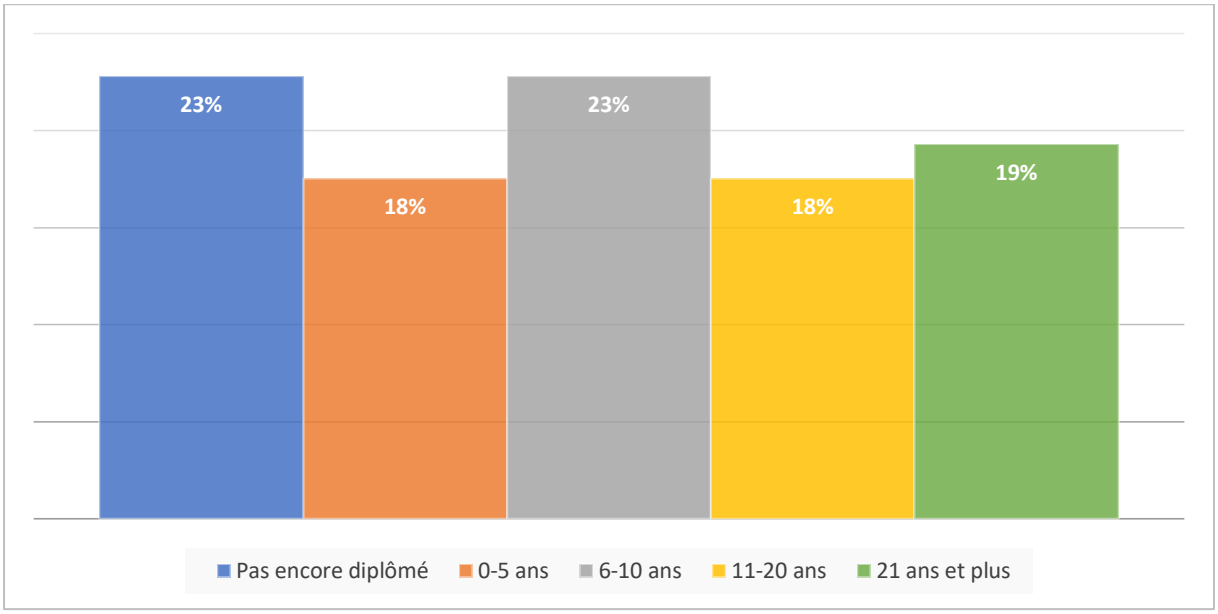


Figure 10 Nombre d'années d'exercice des participants

Les résultats obtenus au sujet du type de pratique, du mode et milieu d'exercice ainsi que les caractéristiques principales de la patientèle rencontrée par le participant sont présentés dans le tableau suivant (Tableau 1).

Type de pratique	Libéral indépendant	Maison de santé	Autre			
	39%	25%	37%			
Mode d'exercice principal	Consultation au cabinet	Visites à domicile	Séances collectives	Autre		
	70%	2%	0%	28%		
Milieu d'exercice	Rural	Citadin	Péri-urbain			
	32%	44%	25%			
Environnement principal de la patientèle	Aisée	Classe moyenne	Défavorisée	Famille biparentale	Famille monoparentale	Autre
	8%	30%	19%	21%	11%	10%
Patientèle prédominante	Monolingue	Bilingue ou plus				
	86%	14%				

Tableau 1 Informations concernant la pratique et l'exercice professionnels du participant

Si plusieurs types de pratiques sont présentes, on constate en revanche que le mode d'exercice en consultation de cabinet prédomine. Parmi les réponses « autre » se trouvent : les praticiens hospitaliers, ceux en structure (PMI, CAMSP…) et ceux qui exercent en mixte. Les milieux d'exercices sont variés tout comme l'environnement de la patientèle des personnes interrogées, même si les participants rencontrent plus souvent un public monolingue.

Enfin les derniers résultats de cette première partie montrent que les participants à ce questionnaire jugent le travail pluridisciplinaire indispensable à leur pratique et l'exercent en majorité de façon régulière (Figure 11).

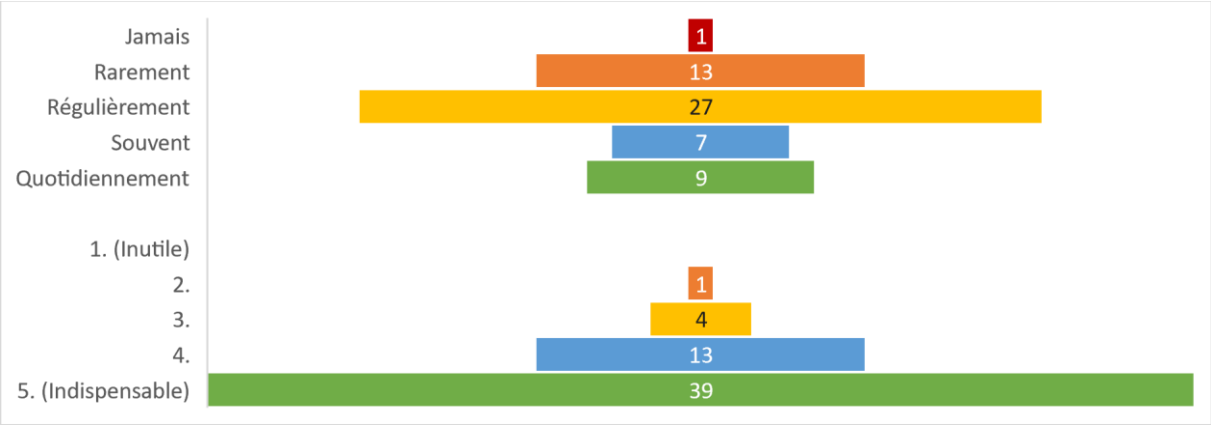


Figure 11 Fréquence d'exposition au travail pluridisciplinaire et intérêt du participant (en nombre)

2. Connaissance dans le domaine du langage oral

Les résultats de la seconde partie, qui concerne les connaissances du praticien dans le domaine du langage oral, indiquent que l'expérience professionnelle et personnelle participent à l'acquisition des connaissances théoriques et pratiques tout comme la formation initiale. L'intérêt personnel pour le sujet ainsi que la formation continue viennent ensuite compléter le tableau (Figure 12).

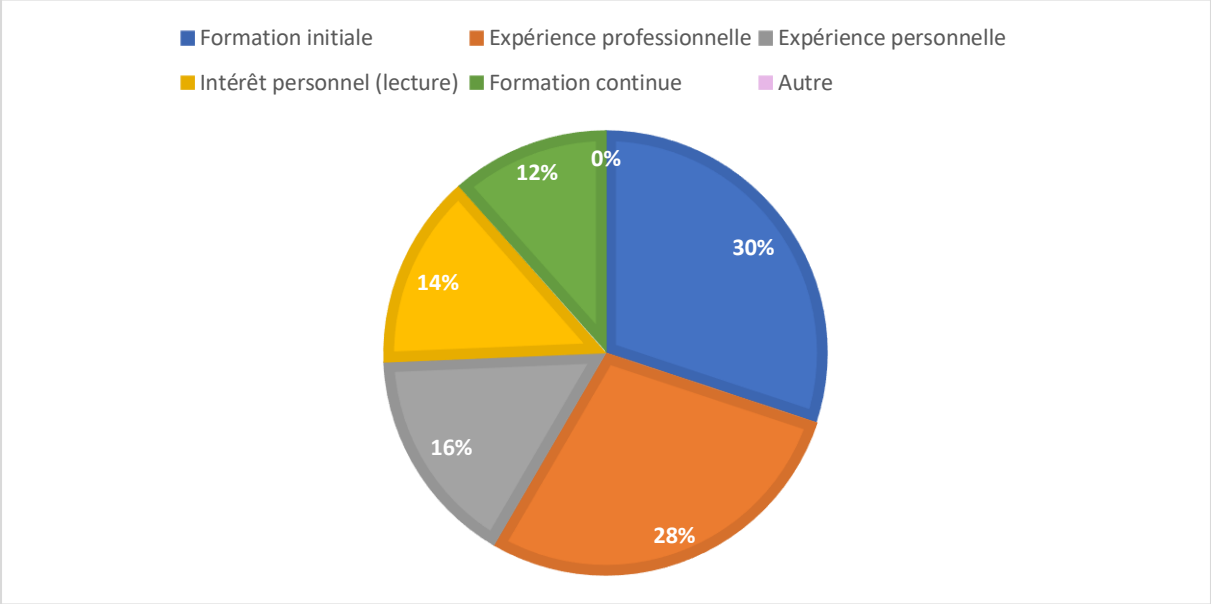


Figure 12 Mode d'acquisition des connaissances théoriques et pratiques dans le domaine du langage oral

Seules douze personnes sur les cinquante-sept interrogées, soit 21%, ont suivi une formation dans le domaine du langage oral. Parmi ces douze on relève deux professionnels ayant effectué leur thèse avec des orthophonistes dont un avec le Dr Chevrie-Muller, orthophoniste et pédiatre ; les autres participants se sont formés en validant des DU (Diplôme d'Université) ou grâce au DPC en suivant des formations dispensées ou non par des orthophonistes. Les thèmes de formations abordés étaient les suivants : « *communication non violente* », « *développement* », « *enfant avec des troubles « dys- »* », « *troubles du langage oral 0-6 ans* », « *développement psychomoteur de l'enfant* » …

Sur l'échelle d'autoévaluation des connaissances dans le domaine du langage oral, des professionnels de santé interrogés, on observe que la grande majorité (environ 90%) situe ses connaissances entre « insuffisantes » et « moyennement suffisantes » (Figure 13) malgré les connaissances théoriques et pratiques acquises en formation initiale, continue ou par l'expérience.

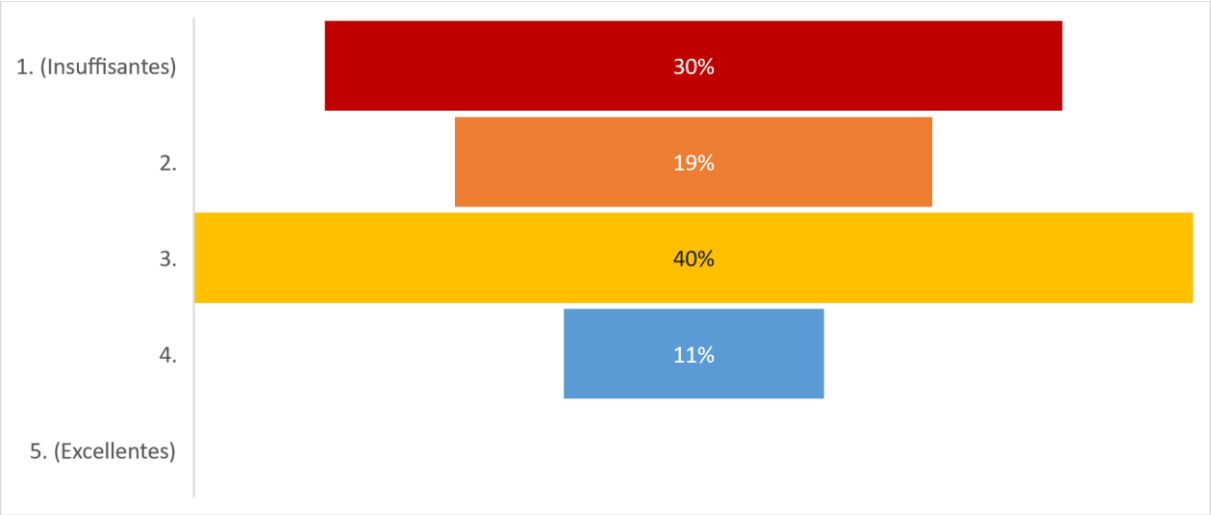


Figure 13 Echelle d'autoévaluation des connaissances dans le domaine du langage oral

A la question « Quelle tranche d'âge vous questionne le plus ? » les professionnels participant à cette étude ont répondu à 60% « 2-3 ans », puis en second, dans des proportions équivalentes, « 13-18 mois » et « 19-24 mois », viennent ensuite, en pourcentage égal, « 0-6 mois » et « 7-12 mois » (Figure 14). Les réponses « Autre » correspondent à des enfants en école maternelle ou primaire.

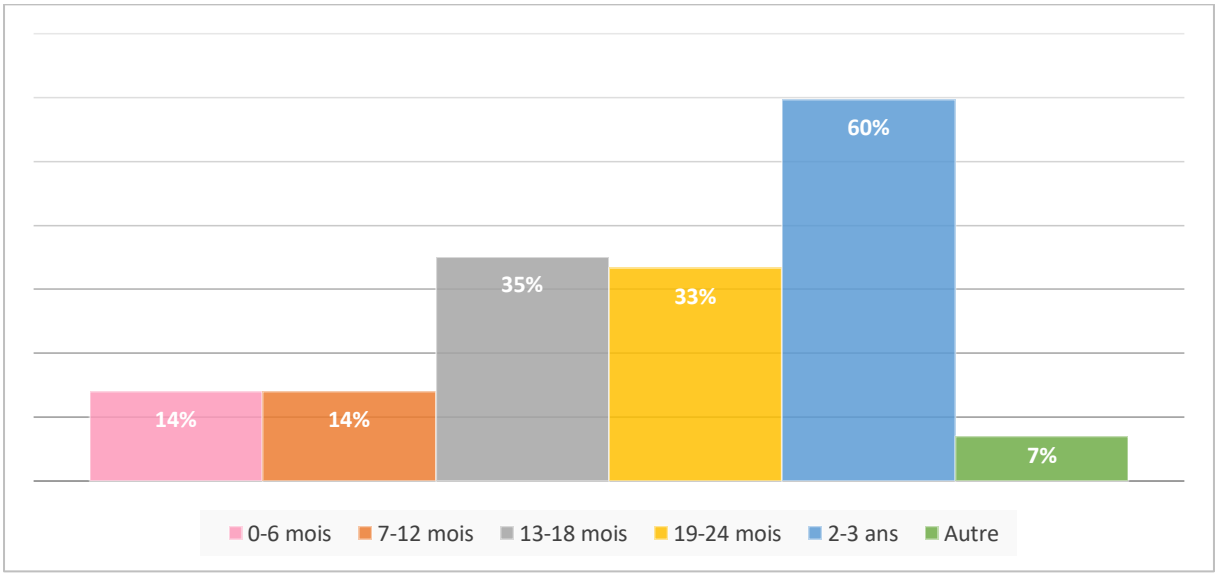


Figure 14 Répartition des tranches d'âge qui questionnent le plus les participants

La deuxième partie de cette question cherche à savoir pourquoi ces âges en particulier questionnent les professionnels. L'analyse de leurs réponses montrent que les inquiétudes diffèrent d'une tranche d'âge à une autre (ANNEXE IV : RÉPONSES QUESTION B6).

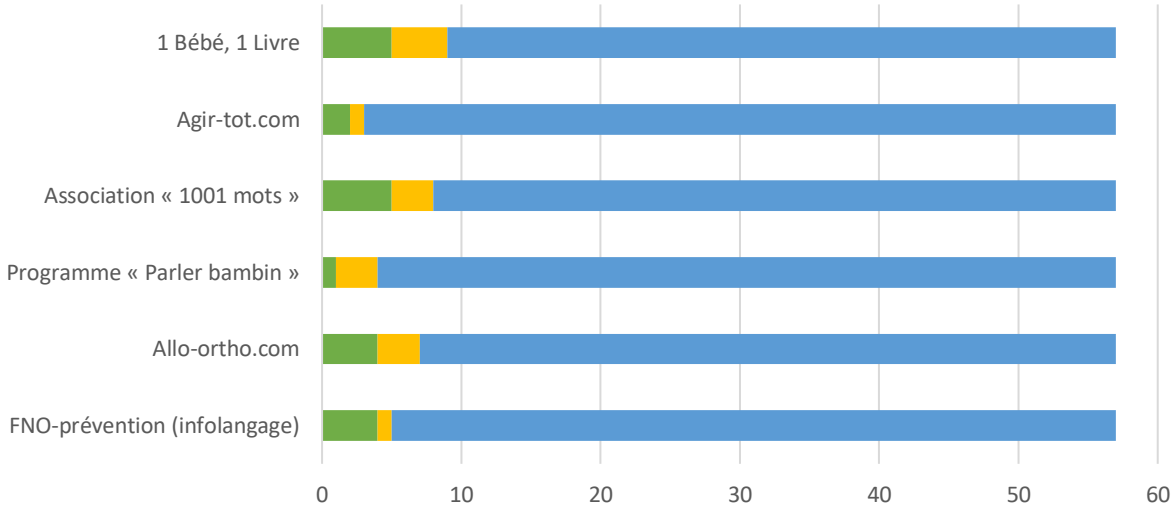
Les éléments de réponses les plus marquants sont les suivants :

- Pour les 0-12 mois l'inquiétude principale des prescripteurs est la méconnaissance des prérequis, des repères et des signaux d'alerte dans le domaine du langage oral,
- Les différences interindividuelles, qui sont plus prononcées chez les enfants d'un an à trois ans, rendent difficile la distinction de déviance ou de retard et par extension la pose de diagnostic,
- La subjectivité des analyses,
- Pour les 2-3 ans l'explosion langagière est souvent citée tout comme une plus forte demande de la part des parents ou, lors de l'entrée à l'école, des enseignants,
- La consultation obligatoire de dépistage du langage vers trois ans interroge également.

De manière plus globale la réponse majoritaire est celle du manque de connaissance et ce quelle que soit la classe d'âge.

Les praticiens se questionnent sur la façon d'évaluer le langage sur un temps de consultation souvent limité à une vingtaine de minutes. Certains se décrivent comme « mal à l'aise » face à ce manque de connaissance et plusieurs participants manifestent leur inquiétude de ne pas savoir repérer un enfant à temps, de ne pas être capables de réaliser un dépistage, d'être trop rassurants ou trop inquiétants envers les familles.

Les professionnels ont ensuite répondu sur leur connaissance ou non d'actions de prévention précoce ciblées. Il apparaît que ces actions ne sont majoritairement pas connues par les professionnels interrogés, au mieux les personnes qui les connaissent se comptent sur les doigts d'une main (Figure 15).



	FNO-prévention (infolangage)	Allo-ortho.com	Programme « Parler bambin »	Association « 1001 mots »	Agir-tot.com	1 Bébé, 1 Livre
Oui	4	4	1	5	2	5
Incertain	1	3	3	3	1	4
Non	52	50	53	49	54	48

Figure 15 Connaissance des actions de prévention précoce

La question sur l'implication des soignants dans des campagnes de prévention ayant pour thème le langage oral montre que 91% d'entre eux ne participent pas et n'ont jamais participé à ce type d'action.

Les 9% restant sont principalement intervenus au sein d'actions locales, tels que :

- la sensibilisation auprès des médecins de PMI,
- des ateliers de lecture pour les 0-3 ans dans une PMI à raison d'une fois par mois,
- en élaborant des questionnaires de repérage pour les professionnels de premier recours au sein d'une structure d'exercice coordonné pluriprofessionnelle.

3. Sensibilisation auprès des parents

La troisième partie aborde le thème de la sensibilisation des professionnels prescripteurs auprès des parents.

Les participants pratiquent majoritairement la sensibilisation des parents dans le domaine du langage et de la communication s'ils observent des difficultés chez l'enfant ou la famille (44%) mais sont également nombreux à intervenir de manière plus régulière (28% « souvent » et 16% « toujours ») (Figure 16).

Concernant la pratique de l'accompagnement parental dans ce même domaine les praticiens y ont recours en majorité, cette fois encore, en cas de difficultés observées (77%) (Figure 16).

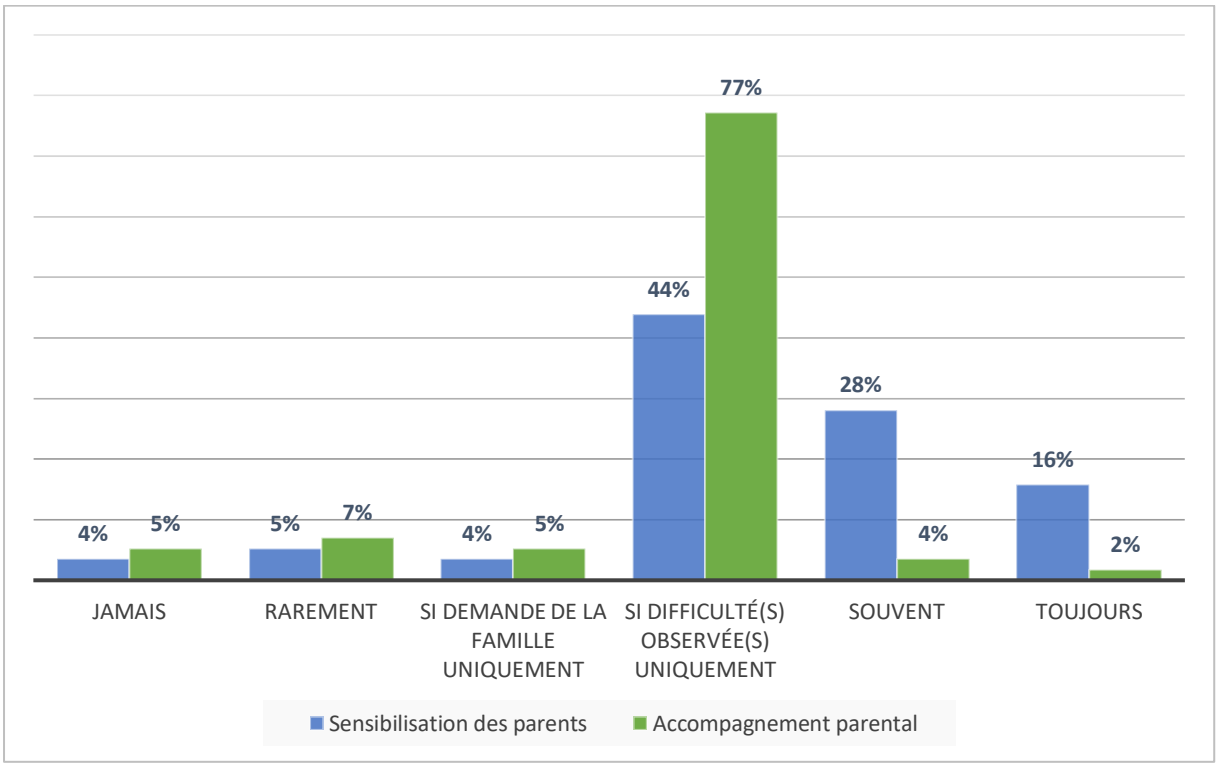


Figure 16 Fréquence de sensibilisation des parents et d'accompagnement parental dans le domaine du langage et de la communication

Les participants de ce questionnaire ont ensuite indiqué à partir de quelle tranche d'âge de l'enfant ils font préférentiellement de la prévention, de manière générale, auprès des parents. Les résultats montrent que ce n'est qu'en cas de difficultés que les prescripteurs mettent en place ce type d'action (environ une réponse sur trois), vient ensuite la réponse « à partir de la naissance » pour un peu moins d'un quart des participants (Figure 17).

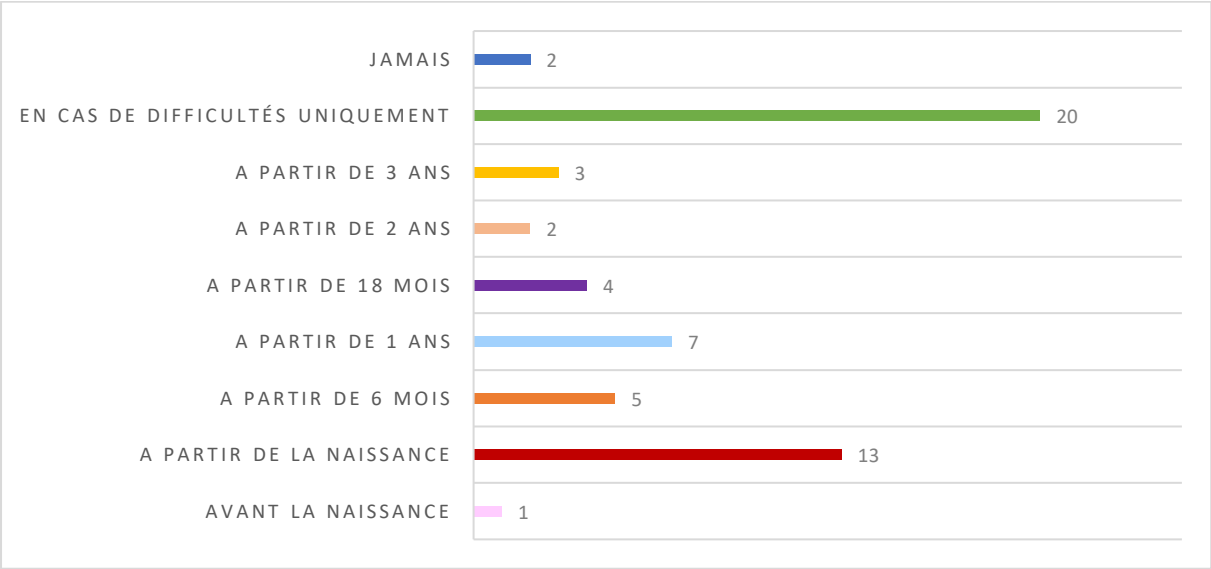


Figure 17 Nombre de participants débutant une prévention précoce auprès des parents en fonction de la période

Sur l'échelle d'autoévaluation de l'aisance des participants à répondre aux questions des parents dans le domaine du langage et de la communication, les résultats indiquent que les professionnelles se sentent moyennement à l'aise dans 42% des cas (Figure 18).

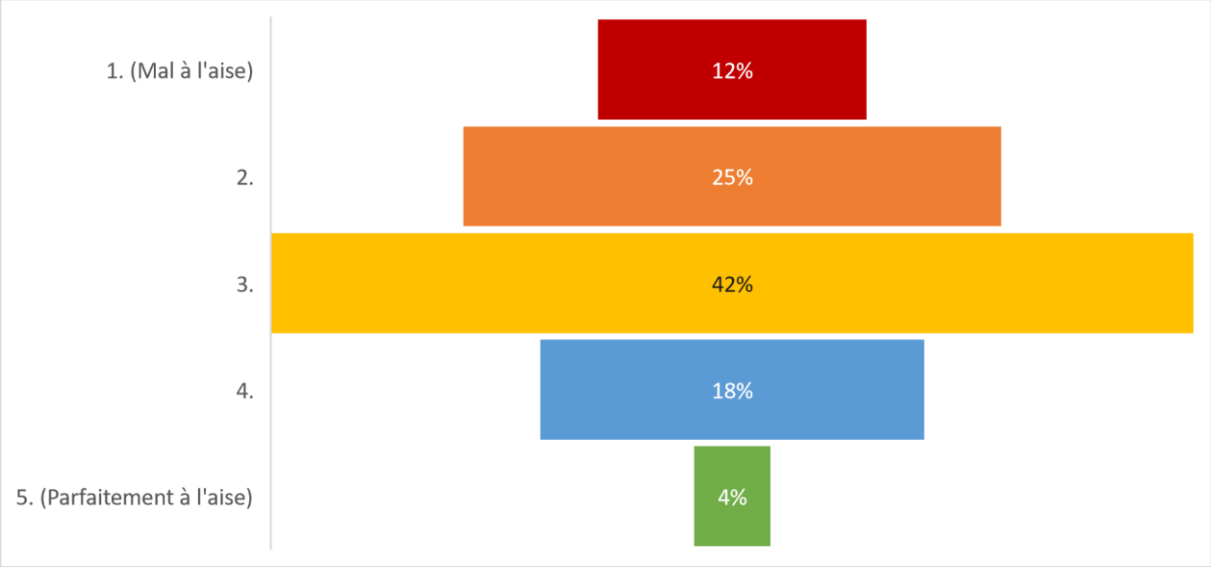


Figure 18 Aisance des prescripteurs à communiquer avec les parents au sujet de la communication et du langage de leur enfant

A la question « Quels outils de prévention précoce utilisez-vous ? » les participants ont répondu pour plus de la moitié le « message oral ». 16% d'entre eux n'utilisent aucun support (Figure 19). Parmi les réponses citées dans « autre » on trouve principalement l'orientation vers un orthophoniste.

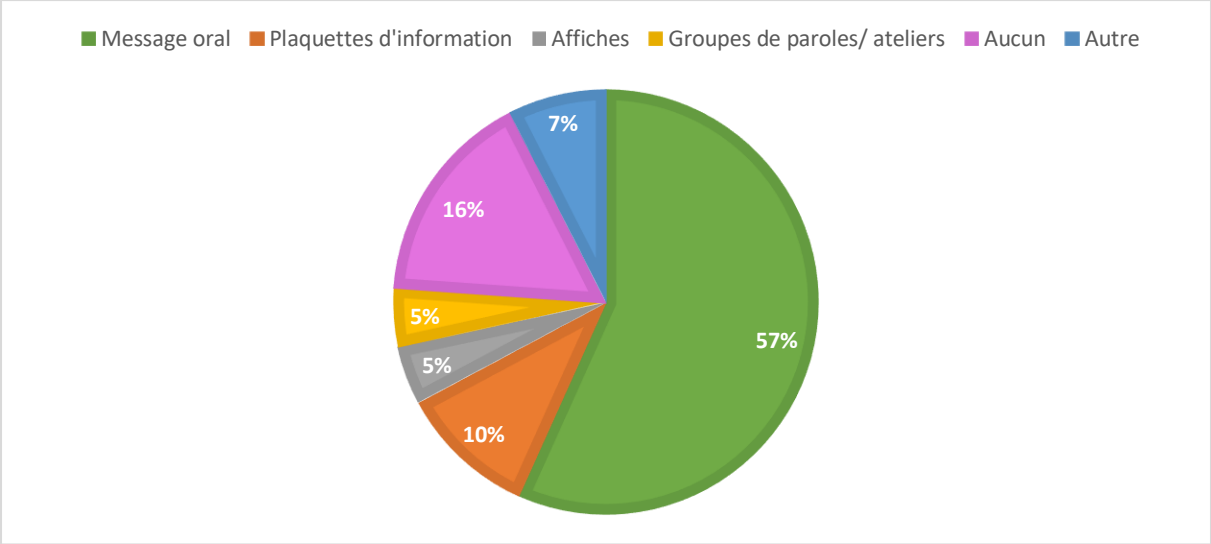


Figure 19 Fréquence des outils de prévention précoce les plus utilisés

4. Dépistage

La quatrième partie concerne le dépistage des troubles du langage oral et de la communication.

Sur l'échelle d'autoévaluation des connaissances des outils de dépistage dans ce domaine, les participants ont répondu qu'ils les estimaient insuffisantes dans une large majorité (75% pour les niveaux « 1. » & « 2. » cumulés) (Figure 20).

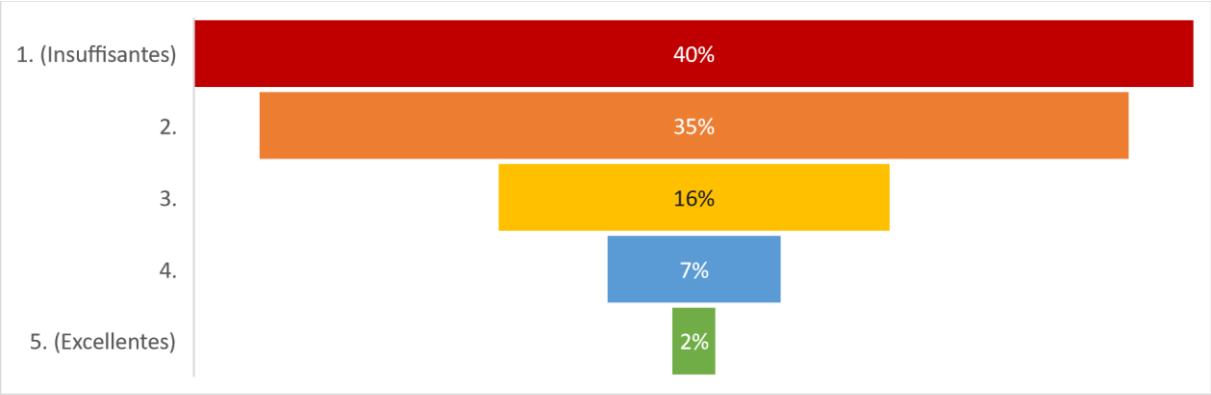


Figure 20 Autoévaluation des connaissances des outils d'évaluation et de dépistage dans le domaine du langage et de la communication

Les résultats des questions suivantes, qui mesurent la connaissance et l'utilisation d'outils d'évaluation et de dépistage ciblés, indiquent que ces questionnaires sont méconnus de la plupart des professionnels de santé interrogés et peu utilisés (Figure 21). Seuls se démarquent le DPL3 et l'ERTL4, tests recommandés par la HAS et la SFP, ne nécessitant pas de formation préalable et adaptée à la pratique médicale de ville. Si le premier semble connu et utilisé dans les mêmes proportions, le second est quant à lui davantage connu qu'utilisé.

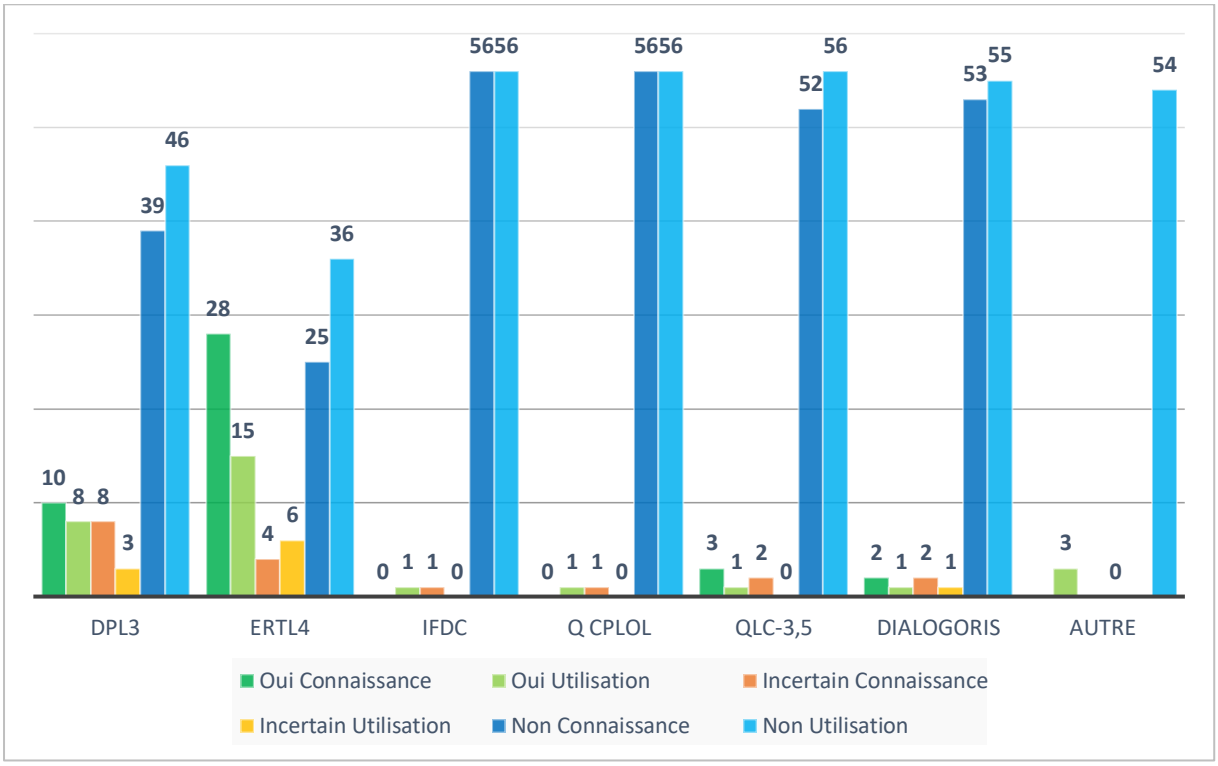


Figure 21 Nombre de participants en fonction de la connaissance et de l'utilisation des outils de dépistage et d'évaluation

Les participants ayant répondu qu'ils utilisaient d'autres outils citent « ERTL6 » chez les plus grands ou des bilans plus anciens.

A la question « Pourquoi les utilisez-vous ? » les professionnels indiquent :

- qu'ils les ont pratiqués en stage, en formation initiale ou continue,
- qu'il s'agit du test de dépistage systématique figurant dans la consultation des trois-quatre ans (ERTL4),
- que c'est le seul outil qu'ils connaissent,
- que le support est simple d'accès, facile à prendre en main et à intégrer dans le cadre d'un suivi, que les résultats sont standardisés,
- que la plaquette d'information, de ce test, à destination des parents est bien faite.

A la question « Pourquoi ne les utilisez-vous pas ? » les professionnels indiquent :

- qu'ils leur sont inconnus ou qu'ils ne savent pas comment les utiliser,
- qu'ils ne les ont jamais vu en pratique, qu'ils manquent de formation pour les utiliser,
- qu'ils manquent de sensibilisation à cette pratique pendant leurs études,
- que ce sont des tests chronophages et difficiles à mettre en place lors d'une consultation par manque de temps,
- que l'activité principale du praticien concerne l'étiologie et non le dépistage,
- qu'il n'y a pas de consultation dédiée au dépistage avant les trois ans de l'enfant,
- que la plainte des parents n'est pas celle-ci en priorité,
- que les enfants reçus sont testés par d'autres professionnels en parallèle et qu'il y a un risque de redondance des tests,
- qu'ils préfèrent en référer aux orthophonistes lorsqu'ils ont des doutes.

5. Formation

La cinquième partie du questionnaire concerne la formation.

Elle commence par une échelle mesurant la motivation du praticien à entreprendre une formation ou une mise à jour de ses connaissances dans le domaine du langage oral et de la communication. On observe que 60% d'entre eux se disent motivés et très motivés (« 4. » & « 5. ») par ce type d'action (Figure 22).

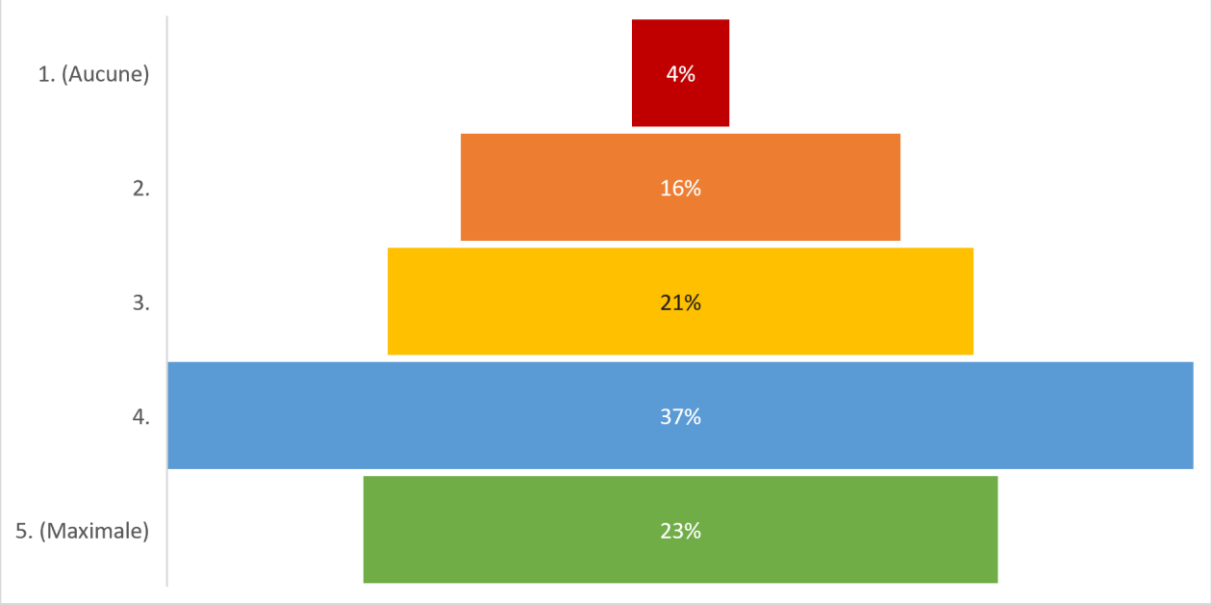


Figure 22 Échelle de motivation pour entreprendre une formation ou une mise à jour des connaissances dans le domaine du langage oral

Lorsque les participants indiquent le temps qu'ils souhaiteraient accorder à une telle formation les résultats montrent que 44% y participeraient une fois par an et seraient intéressés, en proportions similaires, pour une fois par semestre, trimestre ou mois (Figure 23).

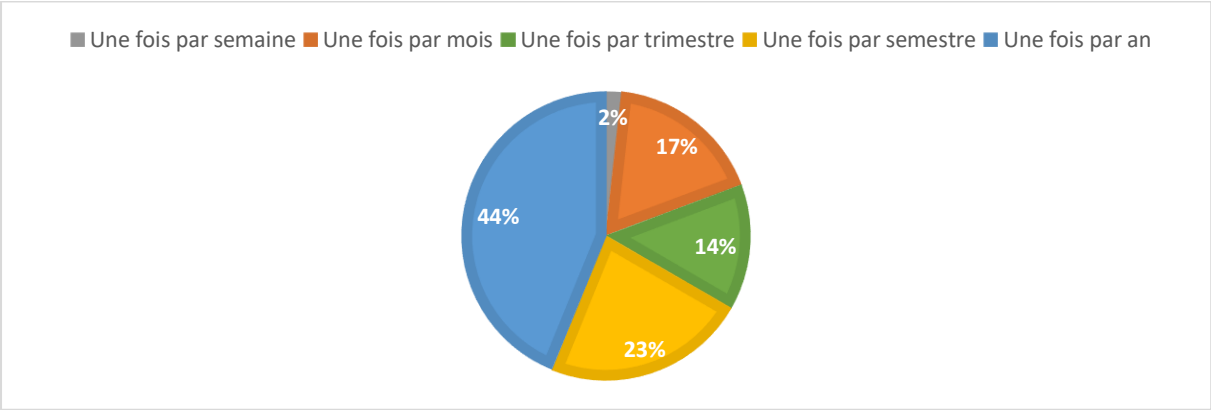


Figure 23 Répartition du temps que les participants voudraient accorder à une formation dans le domaine

Concernant les formations que les professionnels de santé interrogés souhaiteraient aborder se démarquent « Les outils de dépistage », « Les signaux d'alerte », « Les repères développementaux » et « Les actions de prévention », même si les autres propositions de thèmes obtiennent des scores intéressants (Figure 24).

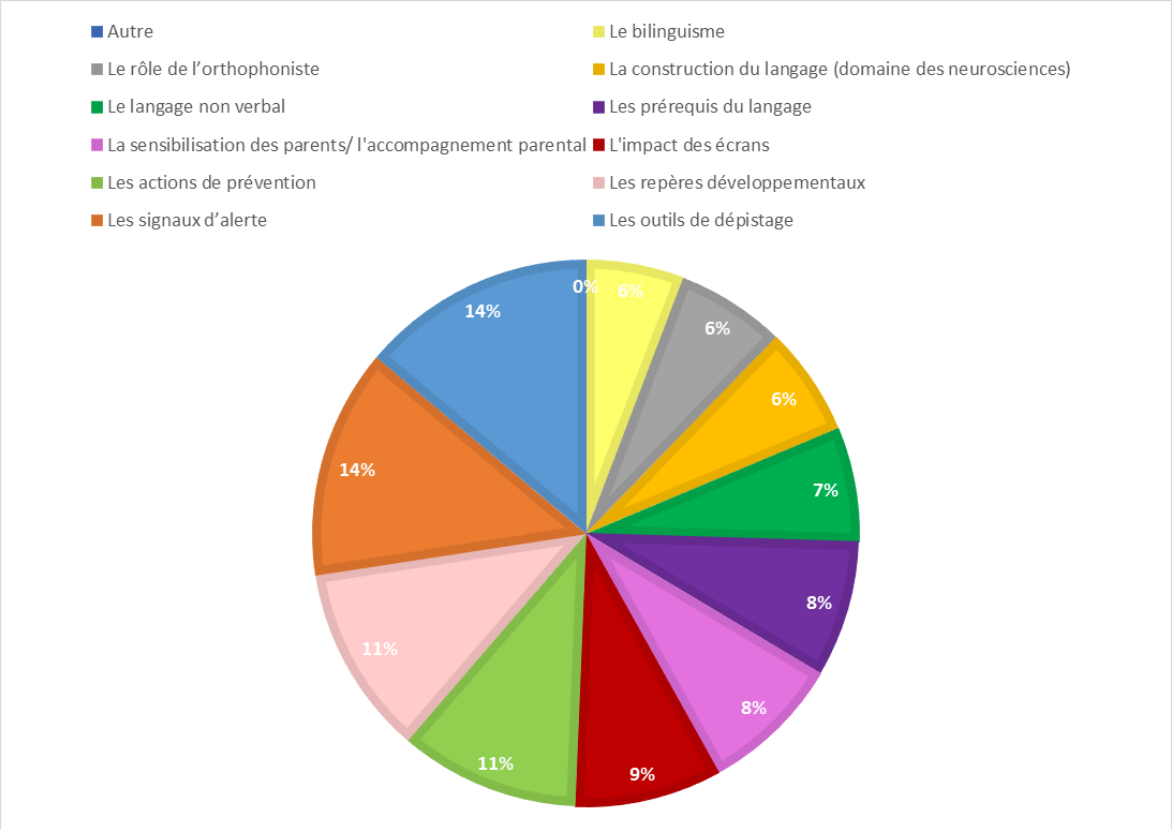


Figure 24 Sujets de formation par ordre d'intérêt des participants

6. Vidéo

La dernière question permettait de savoir automatiquement si les professionnels avaient cliqué ou non sur le visionnage de la vidéo.

Il en ressort qu'un peu plus de la moitié (51%) des participants a consulté cette vidéo. Ce chiffre pourrait être revu à la hausse étant donné que certains n'ont pas envoyé leur questionnaire, l'information sur le cliquage ou non du lien n'a pas été sauvegardée.

V. Discussion

1. Interprétation des résultats

a) Biais méthodologiques

L'étude présentée rencontre plusieurs limites méthodologiques. La première repose sur la constitution de l'échantillon en lui-même. Comme précisé dans la partie résultats cet échantillon de répondants au questionnaire n'est pas représentatif. Plusieurs biais apparaissent :

- Le biais de constitution : l'échantillon de praticiens n'a pas été sélectionné en fonction de sa représentativité d'une population cible et il ne s'agit pas d'un tirage au sort randomisé à partir d'une base de données exhaustive ;
- Le biais d'auto-sélection : les participants au questionnaire sont volontaires et ont accepté d'y répondre de leur propre chef ;
- Le biais de recrutement : de nombreux participants ont été recrutés au sein de CPTS, de groupes spécialisés sur les réseaux sociaux ou via des contacts personnels, ils peuvent donc se sentir davantage impliqués dans la formation des étudiants et le travail pluridisciplinaire que la population générale.

De plus le questionnaire présentait plusieurs questions subjectives portant sur l'autoévaluation des participants quant à leur niveau de connaissance, leur ressenti ou leur sensibilisation dans les domaines étudiés.
Concernant les parties « Sensibilisation des parents » et « Dépistage » le but était de mettre en évidence l'existence d'une pratique mais ne présageait en rien de la qualité de cette dernière. Par exemple un participant pouvait répondre qu'il pratiquait quotidiennement la guidance parentale, le questionnaire ne permettait pas de déceler si celle-ci était réalisée de façon complète, correcte et appropriée à la situation.

Les résultats obtenus lors de cette étude représentent donc une ébauche qualitative sur un petit groupe de professionnels prescripteurs de l'orthophonie. Ils ne peuvent être généralisés ou transposés à la population générale sans une étude plus approfondie, mais sont un point de départ pour mieux comprendre les besoins et les attentes dans le domaine de la prévention précoce des TLO.

b) Analyse des résultats

i. Informations générales

La première partie des résultats montre qu'il est très difficile de mobiliser des participants en équilibrant les zones géographiques, les professions, les types ou les modes de pratique.
Il a par exemple été plus aisé de contacter et sensibiliser les professionnels exerçant dans la région de Nouvelle-Aquitaine, ce mémoire en étant originaire. Les praticiens du CHU de Poitiers ont également été actifs, notamment les internes, peut-être plus impliqués dans les mémoires de fin d'étude, le CHU travaillant conjointement avec la faculté de médecine.

Les questions du genre et de la parentalité ont été omises. Or certains mémoires traitant de sujets similaires montrent que les professionnels de santé femmes ou ceux étant déjà parents, sont plus sensibilisés à la prévention précoce et aux troubles du langage oral et de la communication (Frémont, 2014). On peut supposer que leurs connaissances des prérequis et des repères développementaux sont plus précises du fait de leur expérience personnelle ou de leur sensibilité au sujet. Cela reste à démontrer dans une prochaine étude.

Les résultats encourageants quant à l'exposition au travail pluridisciplinaire des répondants et l'intérêt qu'ils lui portent, introduisent les réponses de la partie formation du questionnaire et montrent la sensibilité des prescripteurs aux échanges interprofessionnels.

ii. Connaissance dans le domaine du langage oral

Cette seconde partie met en avant le manque de connaissances théoriques et pratiques des participants. 90% d'entre eux estiment que leur savoir est moyennement suffisant voire insuffisant dans ce domaine et pourtant seuls 12% ont pris l'initiative d'acquérir de nouvelles connaissances en utilisant la formation continue. Cela peut traduire une méconnaissance des enjeux et des répercussions sur le développement de l'enfant ou encore trop peu de temps consacré aux formations par ces praticiens, un participant évoque même un manque d'intérêt pour les problèmes de langage.
En effet les professionnels prescripteurs n'ont pas toujours conscience de l'existence d'une période sensible dans l'acquisition du langage oral. Une fausse croyance perdure laissant penser que les enfants ont le temps d'apprendre à parler, qu'il peut s'agir de fainéantise, qu'ils prennent leur temps…, alors que les neurosciences montrent que la fenêtre d'opportunité pour

investir le langage oral est bien réelle et qu'elle se situe entre zéro et quatre ans pour la phase de développement rapide (Zorman & Jacquier-Roux, 2000).

Comme décrit dans la partie théorique, des difficultés d'acquisition en langage oral auront un impact sur les apprentissages futurs, puisque ce dernier conditionne par exemple l'accès au langage écrit et aux connaissances, influe sur la scolarité, l'insertion socio-professionnelle et de manière plus générale le niveau de vie global des sujets. L'impact sur la société n'est pas à négliger, les prises en soin en orthophonie débutent souvent plusieurs mois après la demande ou le besoin initial et génère des coûts bien plus important qu'une prévention précoce ciblée et adaptée.

Les actions de prévention précoce sont méconnues pour la plupart, qu'elles soient mises en place par des fédérations interprofessionnelles comme l'ANECAMSP avec le programme « Agir-tôt », par des orthophonistes comme la FNO, qu'elles soient inscrites dans la lutte contre l'illettrisme et chaperonnée par le ministère de la Culture et de la Santé comme « 1 bébé, 1 livre » … Les professionnels semblent difficiles à sensibiliser sur le sujet des troubles du langage oral et de la communication.

Force est de constater cependant qu'ils s'interrogent sur la manière de prendre en soin précocement ces patients et leur famille en démontrent les commentaires reçus à la questions B6 (« Pourquoi ? » faisant suite à la question B5 « Quelle tranche d'âge vous questionne le plus ? »).
Dans cet encart de réponses libres plusieurs participants ont profité de ce temps de parole pour :

- poser des questions : « Est-ce réellement un trouble à ce stade ? », « Dépistage chez le nourrisson : comment l'évaluer avant la possibilité de réaliser un DPL3 ? », « Quand inquiéter les parents sur un retard ? », « Quand le retard de langage débute-t-il ? », « Que peut-on tolérer comme imperfection ? » ;
- faire part de leurs inquiétudes : « Je manque de connaissances dessus », « Les troubles du langage dans cette tranche d'âge me semblent flous », « J'ai l'impression de n'avoir jamais appris », « Je ne vois pas comment évaluer les acquisitions à cet âge », « Mal être dans cette tranche d'âge », « Il est parfois difficile de savoir quand les adresser », « Cela m'est inconnu », « J'ai moins de repères sur cette tranche d'âge » …

Un témoignage particulièrement intéressant résume de nombreux autres recueillis :
« *Étant interne de médecine générale, je suis censé détecter le plus précocement possible les troubles du langage oral à ces âges pour orienter les enfants si besoin. En réalité j'ai l'impression de n'avoir aucune connaissance ou presque dans ce domaine. La plupart du temps les parents me demandent une ordonnance pour des séances d'orthophonie car la maitresse/le maitre les ont alertés (heureusement qu'ils sont là !). J'aimerai peut-être être plus à l'aise.* »

Ces questionnements montrent que les praticiens accordent une grande importance au versant curatif et à la notion de dépistage et pas encore assez à l'aspect préventif. La culture médicale en France repose sur cette recherche de trouble ou de retard plutôt que celle qui vise à promouvoir les interactions précoces, les prérequis au langage ou la valorisation des bonnes pratiques en amont. Pourtant la prévention précoce n'est pas une action de dépistage, mais bien une prévention primaire qui permet d'agir avant la survenue de la pathologie pour en réduire les risques d'apparition (cf. La prévention a) Définition en page 8).

Les demandes pour mieux maîtriser le sujet sont variées, certains souhaitent des formations plus approfondies et plus nombreuses, des temps de consultations dédiés, des dépistages obligatoires plus réguliers, des grilles de repères ou encore une meilleure coopération entre professionnels (ORL ou orthophonistes notamment).

iii. Sensibilisation auprès des parents

Dans cette troisième partie les participants sont amenés à répondre aux questions portant sur la sensibilisation auprès des parents. Le constat est que les professionnels n'interviennent que lorsque cela est nécessaire, c'est-à-dire s'ils observent des difficultés chez l'enfant ou la famille que cela concerne la sensibilisation, l'accompagnement ou la guidance parentale. La prévention précoce n'est donc pas systématique pour les praticiens en ce qui concerne le langage oral et la communication. Avec cette démarche le prescripteur peut passer au travers de signes précurseurs et ne pas chercher d'éventuels facteurs de risque. L'intérêt d'une sensibilisation et d'une guidance parentale précoce est de s'assurer que tous les éléments sont en place en amont pour que le langage puisse s'instaurer et de promouvoir les attitudes favorables à l'émergence du langage, tout comme l'éducation thérapeutique. De la même façon que le praticien recommande la pratique sportive pour lutter contre l'obésité ou les maladies cardio-vasculaires, il peut recommander la stimulation langagière par les livres ou les comptines pour éveiller le tout-petit au langage oral par exemple.

Attendre un âge clef ou l'apparition de difficultés pour mettre en place ce type d'action peut s'avérer tardif. Comme pour l'acquisition de la marche, la présence ou l'absence de prérequis est importante.

D'autant que plus généralement, ces mêmes professionnels indiquent faire de la prévention auprès des familles à partir de la naissance pour près d'un quart d'entre eux et entre six mois et trois ans pour un tiers. Il aurait été pertinent de chercher à connaître le domaine dans lequel s'exerce le plus souvent cette prévention et les raisons qui les y conduisent.

Si les praticiens ne proposent pas de sensibilisation précoce aux troubles du langage oral c'est possiblement parce qu'ils se sentent peu à l'aise pour échanger avec les parents sur le sujet, ce qui renvoie une fois de plus au manque de formation ou de pratique de ces derniers.

Les supports de prévention existants, tels que les plaquettes d'information, les affiches, les sites, le groupes de paroles ou ateliers, ne semblent pas suffisamment attractifs pour les professionnels de santé concernés puisqu'ils privilégient le message oral pour sensibiliser les parents. Pourtant nombre d'entre eux, comme cité précédemment dans la partie théorique de ce mémoire, fournissent aux professionnels comme aux familles des grilles de repères, des points de vigilance à surveiller, des pistes d'accompagnement ainsi que de nombreuses ressources pour s'informer davantage sur le sujet.

Le carnet de santé pourrait être un outil privilégié à envisager. Il comporte déjà plusieurs éléments développementaux, selon les différents âges de l'enfant, que le médecin doit contrôler régulièrement (ANNEXE V : EXTRAITS DE CARNET DE SANTÉ), mais il pourrait contenir davantage de grilles de repères et des informations concernant les prérequis au langage oral, consultables par les professionnels comme par les familles. Pour l'heure les items à observer lors des consultations ne permettent pas de faire un lien direct avec le développement du langage de l'enfant, ni d'initier une quelconque entrée dans la prévention précoce. Le praticien n'est pas amené à engager d'action concrète à la suite de ces analyses.

iv. Dépistage

Concernant les outils d'évaluation et de dépistage des troubles du langage oral et de la communication les participants évaluent une fois de plus leur niveau de connaissance comme insuffisant ou peu suffisant (75% pour les niveaux 1. & 2.). Parmi les tests proposés peu nombreux sont ceux connus par les prescripteurs et moins encore ceux utilisés. Le DPL3 et l'ERTL4 se démarquent car recommandés par la HAS donc plus présents dans la formation initiale et continue et davantage pratiqués au cours du cursus universitaire.
Les professionnels n'utilisant pas les tests cités évoquent une méconnaissance de ces derniers, un manque de pratique, un défaut de sensibilisation aux dépistages dans ce domaine ou au caractère chronophage de la passation d'évaluation.
Les participants ayant recours à ces outils les qualifient de « assez simple à inclure dans une consultation » et « facile à intégrer dans le cadre d'un suivi », ils décrivent s'en servir pour « rassurer », « donner des conseils », les « évaluations et encouragements au langage » et « objectiver les résultats pour les parents ».

Pour information :

Outils	**Age de l'enfant**	**Temps passation**	**Année d'édition**	**Prix**
DPL3	Entre 3 et 4 ans	De quelques minutes à 30 minutes maximum	1997	25€
ERTL4	Autour de 4 ans	Entre 5 et 10 min	1998	125€

Ces tests sont à effectuer à partir des trois ans de l'enfant. Avant cela il n'existe que très peu de grilles d'évaluation à disposition des professionnels prescripteurs : les IFDC et le questionnaire du CPLOL, cités précédemment, permettent une analyse rapide mais ne commencent qu'à douze et dix-huit mois respectivement.

La grille d'indices de développement de la parole et du langage mis en place par l'OOAQ (Ordre des Orthophonistes et Audiologistes du Québec) « Je grandis et je communique » pourrait répondre aux besoins des praticiens français.

Indices de développement de la parole et du langage

(Si on coche «non» à la plupart des indices qui suivent, on devrait consulter un orthophoniste)

0 à 6 mois :

Est-ce que l'enfant :	oui	non
gazouille	❑	❑
diversifie son babillage	❑	❑
produit différents sons selon ses besoins (ex. : «faim», «douleur», etc.)	❑	❑
produit différents sons en réponse à ceux de l'adulte ou d'un proche significatif	❑	❑
sourit en réponse à une stimulation par une personne	❑	❑
aime secouer un hochet pour produire un son	❑	❑

7 à 12 mois :

Est-ce que l'enfant :	oui	non
salue avec la main	❑	❑
s'intéresse aux personnes qui lui parlent	❑	❑
fait savoir ce qu'il veut en employant une combinaison de sons et de gestes (comme montrer du doigt)	❑	❑
commence à suivre des instructions simples (ex. : «montre ton nez»)	❑	❑
regarde une personne significative qui lui parle	❑	❑

12 à 18 mois :

Est-ce que l'enfant :	oui	non
emploie des mots communs comme «papa» et «maman»	❑	❑
imite des bruits d'animaux	❑	❑
répond à l'appel de son prénom	❑	❑
essaie d'imiter l'adulte ou un proche en répétant des mots et dans les jeux	❑	❑
entre en contact avec les gens et les regarde	❑	❑

18 à 30 mois :

Est-ce que l'enfant :	oui	non
utilise 50 mots	❑	❑
fait des petites phrases (2 à 3 mots)	❑	❑
peut poser des questions simples (ex. : «C'est quoi ?»)	❑	❑
comprend plusieurs verbes d'action comme «donne», «montre», «prends»	❑	❑
aime écouter des petites histoires	❑	❑
joue de façon adéquate avec des jouets prévus pour son groupe d'âge	❑	❑

30 mois à 3 ½ ans :

Est-ce que l'enfant :	oui	non
fait des phrases de 3 à 4 mots	❑	❑
apprend des nouveaux mots	❑	❑
nomme des images	❑	❑
peut se faire comprendre par des adultes autres que ses parents	❑	❑
peut raconter une histoire ou parler d'activités quotidiennes	❑	❑
participe à de brèves conversations	❑	❑

3 ½ à 5 ans :

Est-ce que l'enfant :	oui	non
Avant 4 ans		
forme des phrases de plus de 4 mots	❑	❑
peut répondre à différents types de questions (ex. : «pourquoi ?», «quand ?»)	❑	❑
peut suivre des consignes longues (ex. : «Prends le sac sur la chaise et apporte-le à papa»)	❑	❑
parle assez clairement pour que des personnes non familières le comprennent	❑	❑
Après 4 ans		
peut produire correctement la plupart des sons	❑	❑
utilise des mots grammaticaux dans ses phrases (ex. : «je», «moi», «elle», «un», etc.)	❑	❑
parle pratiquement sans hésiter	❑	❑
peut écouter une histoire et la raconter à son tour, puis poser ou répondre à des questions reliées à l'histoire	❑	❑

Ces jalons proviennent de diverses sources québécoises, canadiennes et américaines.

Indices de développement de l'audition

(Si on coche «non» à la plupart des indices qui suivent, on devrait consulter un audiologiste)

0 à 6 mois :

Est-ce que l'enfant :	oui	non
réagit en entendant des bruits forts	❑	❑
est apaisé ou calmé par une voix familière (ex. : la voix de ses parents)	❑	❑
tourne la tête ou les yeux vers une source de bruit	❑	❑
réagit à la musique ou à des jouets produisant du bruit	❑	❑
regarde la personne qui lui parle	❑	❑

7 à 12 mois :

Est-ce que l'enfant :	oui	non
diversifie son babillage	❑	❑
réagit à l'appel de son nom (ex. : il peut sourire)	❑	❑
localise la provenance d'un bruit familier ou d'une voix parvenant d'une distance de plusieurs mètres, hors de sa vue (ex. : le bruit fait par une cuillère dans un bol)	❑	❑
porte attention lorsqu'on lui parle	❑	❑
prend plaisir à s'amuser avec des jouets sonores	❑	❑

12 à 18 mois :

Est-ce que l'enfant :	oui	non
comprend plusieurs mots familiers (ex. : «lait», «sucre», etc.)	❑	❑
peut désigner les parties de son corps ou les images d'un livre lorsqu'on le lui demande	❑	❑
imite (ou tente d'imiter) les sons que l'on fait	❑	❑

18 à 30 mois :

Est-ce que l'enfant :	oui	non
peut réaliser des consignes verbales simples en contexte et sans support verbal	❑	❑
(ex. : «va chercher le livre»)	❑	❑
comprend plusieurs verbes d'action comme «donne», «montre», «prends»	❑	❑
comprend lorsqu'on l'appelle d'une autre pièce sans lui parler fort	❑	❑

30 mois à 3 ½ ans :

Est-ce que l'enfant :	oui	non
répond lorsqu'on l'appelle d'une autre pièce	❑	❑
comprend des mots comme «dessus/dessous» ou «en haut/en bas»	❑	❑
peut répondre à des questions simples (ex. : «où est la voiture ?»)	❑	❑
écoute la télévision au même niveau sonore que les autres	❑	❑

3 ½ à 5 ans :

Est-ce que l'enfant :	oui	non
peut répondre à différents types de questions (ex. : «pourquoi ?», «quand ?»)	❑	❑
peut suivre des consignes longues (ex. : «Prends le sac sur la chaise et apporte-le à papa»)	❑	❑
comprend habituellement les conversations même en présence de bruit de fond et y participe	❑	❑
peut écouter une histoire et la raconter à son tour, puis poser ou répondre à des questions reliées à l'histoire	❑	❑

Figure 25 Questionnaire "Je grandis et je communique" réalisé par l'OOAQ

Le gouvernement est également à l'origine de la création de livrets intitulés « Repérer et Guider » : « Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans » et « Parents et professionnels de la petite enfance, soyons attentifs ensemble au développement de votre enfant ». Ils fournissent aux médecins, parents et professionnels de la petite enfance des grilles d'observation par tranche d'âge afin de répondre aux inquiétudes des familles et de guider le soignant quant à d'éventuels écarts de développement.

Figure 26 Livrets "Repérer et Guider"

Le manque de connaissances de ces outils d'évaluation et de dépistage semble s'ajouter au défaut de connaissances des outils de prévention précoce et de connaissances générales dans le domaine du développement langagier de l'enfant. Les professionnels ainsi moins bien formés et informés peuvent alors être en difficulté pour suivre de manière optimale ce type de patient et leur famille, guider et conseiller l'entourage. Ils ne se sentent parfois pas suffisamment compétents et armés dans leur rôle de prescripteur.

v. Formation

Dans cette avant-dernière partie, qui est celle des formations, les répondants se sont montrés en grande partie intéressés par une mise à jour de leurs connaissances dans le domaine du langage oral et de la communication et ce à raison d'une à deux fois par an, pour deux tiers d'entre eux, ce qui montre les attentes des praticiens et confirme leur envie de mieux se former sur le sujet. Les quatre sujets réunis qui récoltent la moitié des voix sont « les outils de dépistage », « les signaux d'alerte », « les repères développementaux » et « les actions de prévention ».

Des formations au sein de CPTS, initialement prévues dans ce projet, pourraient venir enrichir l'offre de formation déjà existante dans le cadre du DPC et favoriseraient le travail en collaboration avec d'autres professionnels. Il pourrait s'agir d'ateliers de sensibilisation, d'échange de pratique ou de retour d'expérience.

vi. Vidéo

L'intérêt des participants de ce questionnaire pour la vidéo est encourageant et vient renforcer les résultats obtenus dans la partie « Formation ». Les professionnels souhaitent en savoir plus sur la prévention précoce et les troubles du langage oral afin de mieux sensibiliser les parents, les guider et pouvoir dépister au mieux d'éventuelles difficultés de l'enfant.

Parmi les commentaires reçus en fin de questionnaire deux ont été relevés :

- Celle d'un chirurgien-dentiste : « *La place du chirurgien-dentiste me paraît extrêmement importante dans le dépistage. Aucune heure dessus au cours de notre formation initiale, dommage... La CPAM propose un bilan dès 3 ans, donc nous devrions pouvoir faire ce diagnostic à mon sens. Merci ! Bon courage !* » ;

- Celle d'un médecin pédiatre : « *Bonjour, merci pour votre questionnaire, quelques questions au départ étaient surprenantes, la plupart des patientèles sont très variées et représentent la population générale. Merci beaucoup pour votre vidéo, je ne connaissais aucun des sites pouvant m'aider au dépistage et à la prévention. Bonne continuation* ».

Ces deux témoignages sont importants puisque l'un montre que d'autres professionnels de santé, prescripteurs de l'orthophonie, peuvent être sensibilisés à la prévention précoce chez le tout-petit et être ainsi de parfaits alliés dans le domaine ; le second reflète l'utilité première de ce mémoire à savoir faire connaître les outils de prévention et de dépistage à disposition des soignants.

Les résultats présentés dans cette étude ont permis de relever plusieurs éléments :

- Les professionnels interrogés sont trop peu sensibilisés aux troubles du langage oral et aux programmes de prévention précoce chez le jeune enfant au cours de leur formation initiale et continue ;
- Les outils de dépistages existants sont trop peu connus et utilisés, ils s'adaptent difficilement aux situations de consultations médicales ;
- Les praticiens ne se sentent pas toujours à l'aise pour mettre en place une guidance ou un accompagnement parental dans le domaine du langage oral ;
- Ils expriment leur besoin de compléter et d'enrichir leurs connaissances et accordent une place importante au travail pluridisciplinaire.

2. Limites de l'étude/ difficultés

La première difficulté rencontrée dans cette étude a été d'entrer en contact avec les professionnels concernés. Il est très difficile d'accéder à une base de données représentative et d'autant plus à grande échelle. La Conférence Nationale des URPS Médecins Libéraux a été sollicitée en première instance. Elle n'est malheureusement pas habilitée à diffuser des questionnaires étudiants mais a accepté de communiquer les coordonnées des contacts régionaux. Sur les dix-sept URPS de Médecins Libéraux de France, six ont répondu par la négative et dix sont restés silencieux malgré les multiples relances.

Les arguments avancés pour les refus étaient :

- une trop grande sollicitation de la part des étudiants,
- que seuls les sujets de thèse de médecine étaient acceptés,
- que seuls les mémoires de la région étaient acceptés,
- des expériences passées peu concluantes (pas assez de participants notamment).

Pour finir, seul l'URPS du Grand-Est a bien voulu diffuser le questionnaire.

Cela montre combien les professionnels sont difficiles à mobiliser, d'autant qu'ils sont pour la plupart surchargés et peu disponibles pour participer à ce type d'enquête.

Cette étude met également en avant le fait que des actions concrètes de prévention en intervenant directement auprès des praticiens ont davantage d'impact sur leurs connaissances et leur pratique puisqu'ils sont nombreux à en faire la demande. Le questionnaire n'est qu'une étape et ne peut permettre à lui seul de changer les choses. Le public cible pourrait alors être élargi et le projet plus représentatif de la population générale.

Il aurait été intéressant de proposer un second questionnaire, espacé de plusieurs semaines voire quelques mois, afin de recueillir les réponses des participants une nouvelle fois. Cela aurait permis de voir si la pratique ou le comportement des praticiens avaient évolué, s'ils avaient souhaité approfondir leurs connaissances en effectuant des recherches, consulter les ressources citées ou modifier leurs points de vue, après leur participation à l'étude ou après le visionnage de la vidéo. Mais le caractère anonyme rendait cette action trop complexe.

Enfin, notons que les participants exercent, pour la plupart, dans des régions de France où la demande de soin est très forte. Le temps de consultation avec les familles est souvent rythmé et ne laisse que peu de place à la prévention. Les quelques minutes d'entrevue sont consacrées à la plainte des parents et concernent principalement l'étiologie. Un praticien précisait dans son questionnaire « *à partir de 2 ans, le suivi médical se limite souvent aux consultations lors de pathologies aigues (infectieuses ou traumatiques), qui ne sont [pas] favorables pour évaluer l'évolution du langage* ». L'objectif premier est le diagnostic et le soin des symptômes, la prévention et la guidance sont relégués au second plan, si le soignant dispose d'un temps en fin de consultation. La création de visites médicales dédiées pourrait être une solution.

3. Perspectives

a) Renforcer la pratique de la prévention précoce

Même s'il n'a pas été aisé de toucher un large public de professionnels prescripteurs de l'orthophonie, l'espoir d'avoir pu sensibiliser plusieurs participants, parmi les cinquante-sept de cette étude, à la prévention précoce dans le domaine du langage oral et de la communication est présent. Si certains ont pu être encouragé à renforcer leurs connaissances dans la pratique de cette dernière ce travail aura porté ses fruits.

Le but était d'apporter des pistes de réflexions sur le rôle des praticiens et leurs échanges avec les enfants et les familles concernant les étapes clefs qui entourent le développement du langage et de la communication. D'autre part cela devait permettre de renforcer le travail pluridisciplinaire et le partage de connaissances interprofessionnelles.

b) Comparaison avec le développement moteur et pistes de réflexion

A la deuxième question de la partie sur la sensibilisation des parents (« Généralement, à partir de quel âge faites-vous de la prévention auprès des parents ? ») les praticiens ont répondu commencer à partir de la naissance pour un quart d'entre eux et entre six mois et trois ans pour un tiers. Une analyse plus poussée de cette question aurait peut-être fait émerger une différence entre la prévention dans le domaine du développement langagier et celle dans le domaine du développement psychomoteur de l'enfant.

En effet les prérequis au développement moteur sont potentiellement mieux connus et surveillés par les professionnels de santé, en PMI tout comme en libéral, car les recommandations de la HAS concernant le dépistage d'éventuels troubles commencent plus tôt (Figure 27). Le dépistage du développement psychomoteur commence dès les quatre mois de l'enfant et se répète de manière régulière au cours de son évolution alors que le premier dépistage de langage oral n'est clairement identifié qu'à trois ans.

Contenu générique des consultations de dépistage

Consultation à 4 mois :
Poids, taille, périmètre crânien
Développement psychomoteur
Audition
Vision

Consultation à 9 mois :
Poids, taille, périmètre crânien
Développement psychomoteur
Audition
Vision
Saturnisme

Consultation à 2 ans :
Poids, taille, corpulence (IMC et recherche du rebond d'adiposité), périmètre crânien
Développement psychomoteur
Autisme
Audition
Vision
Saturnisme

Consultation à 3 ans :
Poids, taille, corpulence (IMC et recherche du rebond d'adiposité), périmètre crânien
Développement psychomoteur
Langage oral
Vision

Consultation à 4 ans :
Poids, taille, corpulence (IMC et recherche du rebond d'adiposité), périmètre crânien
Développement psychomoteur
Langage oral
Audition
Vision

Consultation à 6 ans, visite obligatoire réalisée en principe en médecine scolaire, conformément au Code de la santé publique :
Poids, taille, corpulence (IMC), périmètre crânien
Développement psychomoteur
Langage oral et écrit
Audition
Vision

Figure 27 Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans / HAS, Septembre 2005

Les praticiens connaissent sans doute mieux les différents niveaux d'évolution motrice requis pour permettre à l'enfant de marcher et interrogent davantage les parents dans ce domaine ; il s'agit d'éléments plus visibles et qui inquiètent peut-être plus facilement les familles comme les soignants. Les quelques témoignages relevés à la suite de cette hypothèse semblent la confirmer.

Une étude plus poussée serait pertinente et intéressante pour compléter ce mémoire. Par exemple : est-ce qu'à âge égal les professionnels contrôlent les prérequis dans les deux domaines ? Le praticien teste si l'enfant est capable de se retourner à six mois mais teste-t-il le contact visuel au même âge ? Le praticien recommande la manipulation d'objets mais recommande-t-il la lecture d'histoire ou de comptines ? etc.

Cela permettra de savoir si le manque de connaissances des professionnels concernant l'importance des prérequis au langage oral, soulevé dans ce mémoire, est de même ampleur concernant les prérequis du développement moteur.

c) Collaboration interprofessionnelle

Ce mémoire avait pour intérêt de démontrer que la collaboration entre professionnels de santé était bénéfique aux patients et aux familles, comme aux soignants eux-mêmes. Ce partage de connaissances est recommandé par les grandes instances telles que l'HAS ou l'Assurance Maladie afin d'améliorer la qualité des prises en soin et de créer une réelle dynamique interprofessionnelle. C'est également dans cette perspective que s'inscrivent les CPTS et les maisons de santé menant des projets de groupe.

Un nouveau projet a vu le jour en septembre 2020. Il s'intitule « Les 1000 premiers jours », ce rapport est le fruit d'un comité d'experts dirigés par Boris Cyrulnik, faisant ressortir l'importance des mille premiers jours de bébé, « *période où tout commence pour l'enfant, premiers apprentissages, développement cognitif et affectif, sociabilité, etc.* » (Ministère des solidarités et de la santé & Cyrulnik, 2020). Cette commission pluriprofessionnelle a permis, entre autres :

- la mise en place d'un parcours personnalisé pour les familles du quatrième mois de grossesse jusqu'à l'arrivée au domicile du bébé, voire plus en cas de fragilités ;
- la généralisation de l'entretien prénatal précoce ;
- l'augmentation des moyens en centre de PMI et dans les maternités ;
- l'allongement du congé paternité…

Le site « 1000 premiers jours », conçu par Santé publique France, a été créé par la suite en juillet 2021. Il est collaboratif et participatif puisqu'il rassemble différents professionnels, de nombreux organismes institutionnels, des associations de prévention et d'information. Il propose des outils, des récits d'expérience, des réponses aux questions les plus courantes et des articles à destination des familles. Les différentes étapes du développement de bébé sont abordées de manière chronologique et concernent aussi bien les versants langagier et moteur que l'hygiène de vie, l'alimentation ou encore les relations parents-enfant. Ce site encore peu connu tend à être développé. Les organisateurs, rencontrés au détour d'un salon spécialisé, souhaitent voir s'agrandir encore le cercle des professionnels impliqués dans ce dispositif afin de le pérenniser. Des actions de prévention précoce pourraient alors y figurer et ainsi renforcer la sensibilisation dans le domaine des troubles du langage oral pour les praticiens comme pour les parents.

d) Ouverture

Outre le fait de reproduire cette étude à plus large échelle ou de proposer des formations concrètes au sein de CPTS ou maison de santé, d'autres perspectives d'évolution pourraient être envisagées. Par exemple :

- Etudier la place que prend la prévention précoce en fonction des différentes régions de France, puis en fonction de différents pays, afin de voir dans les deux cas si des composantes culturelles ou sociétales interviennent.
- Questionner les familles sur leur rapport à la prévention précoce et au dépistage des troubles du langage oral et de la communication, savoir ce qui les préoccupe et ce qu'elles mettent en place, les praticiens qu'elles consultent, à quel moment elles le font et pourquoi, leurs attentes, besoins et envies sur le sujet.
- Solliciter les orthophonistes et autres professionnels de la petite enfance (infirmier, puériculteur, éducateur, assistant maternel…) afin de connaître leur ressenti sur le sujet et apprécier leur niveau de connaissance également.

Les retours encourageants vis-à-vis de la vidéo peuvent également être les prémices d'une formation en ligne, les professionnels étant davantage sensibilisés à ce type de pratique depuis la crise sanitaire et l'essor du télétravail.
Cette vidéo de sensibilisation pourrait également être diffusée à plus grande échelle car elle reprend de manière rapide et précises les informations nécessaires pour les praticiens. Le format vidéo est un bon moyen de se démarquer des modes de diffusion classiques (brochures, affiches…) et ainsi de rester dans les esprits.

e) Apports personnels

Ce mémoire aura permis d'en apprendre plus sur la construction d'un projet et sur la méthodologie d'un travail de recherche. L'expérience fut enrichissante humainement et professionnellement car elle fait prendre conscience de l'importance du travail pluridisciplinaire et de la complémentarité des professionnels de soins ; mais également du rôle de la prévention précoce et de la sensibilisation auprès des praticiens comme des familles.
Le projet aura fait naître une envie de poursuivre dans ce domaine et de l'appliquer dans une pratique future.

VI. Conclusion

L'objectif de ce mémoire était de sensibiliser les professionnels prescripteurs de l'orthophonie à la prévention précoce dans le domaine des troubles du langage oral et de la communication.
L'enquête menée au cours de ce projet a démontré que ces derniers jugent leur niveau de connaissance dans ce domaine trop faible, en partie dû à un manque d'apprentissage dans la formation initiale théorique comme pratique.
Or une méconnaissance des prérequis, des repères développementaux, des signaux d'alerte ou des points de vigilance peut conduire à des difficultés pour mettre en place une guidance parentale appropriée, pour utiliser les outils d'évaluation et de dépistage et de manière plus globale pour prendre en soin ce type de patient et leur famille.
Les professionnels interrogés ont ainsi fait part de leur besoin de mises à jour supplémentaires afin d'enrichir leurs savoirs et savoir-faire.
La vidéo de sensibilisation proposée en fin de questionnaire a permis de répondre en partie à ce désir de formation complémentaire en sensibilisant les prescripteurs, en leur donnant des outils clefs, des ressources consultables, des pistes de réflexion et en démontrant l'importance du travail collaboratif et pluridisciplinaire.

Malgré un échantillon d'étude réduit, cette enquête semble soulever des difficultés communes à un grand nombre de praticiens.
Il en ressort que le langage n'est pas un élément surveillé de manière constante par les professionnels de santé. Leur manque de connaissance dans le domaine les pousse à se fier à leur ressenti ou à leurs acquis par l'expérience plutôt qu'à de réels éléments de repères plus précis et concrets.
Les campagnes de prévention précoce sont pour la plupart méconnues des soignants tout comme les outils d'évaluation et de dépistage.
Le manque de temps pour sensibiliser les familles, lors de consultations majoritairement dédiées à la prise en soin de pathologies aiguës, impacte le travail de prévention de ces mêmes professionnels.

Le retentissement est global pour la société, hormis les coûts financiers pour l'Etat, les difficultés d'acquisition dans le domaine du langage oral et de la communication influencent les apprentissages futurs de l'enfant, comme l'accès aux connaissances et la maîtrise du langage écrit, se répercutent sur la scolarité, l'insertion socio-professionnelle et de façon générale sur le niveau de vie global.

La prévention précoce et la sensibilisation des professionnels prescripteurs de l'orthophonie demeurent indispensables à la promotion de la santé. Dans ce but la collaboration entre les différents corps de métiers qui s'articulent autour du patient et de leur famille est plus que jamais avérée. Le travail pluridisciplinaire permet le partage des connaissances, des compétences et des expertises de chacun.

L'espoir de voir ce projet se pérenniser et prendre de la valeur est central. Souhaitons que toutes les personnes, impliquées de près ou de loin par cette étude, aient à cœur de diffuser les savoirs acquis, de se nourrir de ces réflexions dans la pratique clinique quotidienne et de promouvoir ces connaissances à travers chaque intervention et auprès de chaque population.

VII. Bibliographie

1001mots. (2017). Eveiller mon enfant. *1001mots*. https://1001mots.org/

Allo Ortho. (2018). *Vous vous interrogez : Allo Ortho répond*. https://www.allo-ortho.com/

Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S. (2013). *Langage & Pratique : « Le dialogue et l'observation : Des outils pour le bilan orthophonique précoce »*. *51*, 51-62.

ASHA. (2008). Activités pour encourager le développement de la parole et du langage. *American Speech-Language-Hearing Association*.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.

Bursztejn, C. (2000). Le langage : Développement normal et aspects pathologiques. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Collège national des Universitaires de Psychiatrie*.

Courteau, É. & GTM-ODL. (2017). *Le concept d'orthophonie communautaire : Cadre théorique et pratique : vers un continuum de services concerté en développement de la communication et du langage en petite enfance*. Groupe de travail montérégien - Orthophonie et développement du langage.

Crocq Marc-Antoine. (2015). *DSM-5® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux / American psychiatric association* (5e édition). Elsevier Masson.

Décret n° 2019-17 du 9 janvier 2019 relatif aux missions, à la composition et au fonctionnement des Conseils nationaux professionnels des professions de santé, 2019-17 (2019).

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

Dellatolas, L. V. G. (2005). *Recommandations sur les outils de Repérage, Dépistage et Diagnostic pour les Enfants atteints d'un Trouble Spécifique du Langage*. 129.

Denni-Krichel, N. (2004). La place de l'orthophoniste dans la prise en charge multidisciplinaire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *52*(7), 471-477. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.09.008

Dussourd-Deparis, M. (2019). 1Bébé, 1Livre… une action de prévention en orthophonie. *Enfances Psy, N° 82*(2), 12-24.

FLAJOLET, A. (2007). *Rapport d'André Flajolet sur « Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire »*. https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-d-andre-flajolet-sur-les-disparites-territoriales-des-politiques-de

FNO. (2018). *FNO Prévention—La prévention en Orthophonie*. https://www.fno-prevention-orthophonie.fr/langage-oral/actions/la-prevention-en-orthophonie/

Frémont, A. (2014). *Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de moins de 3 ans : Les Inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC) sont-ils utilisables par les médecins généralistes en pratique quotidienne ? Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Haute-Normandie* [HAL CCSD]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00967364

Garcia, F. (2019). *Rééducation Orthophonique : La prévention* (Fédération Nationale des Orthophonistes). Ortho Edition.

Gauvin-Lepage, J., & Lefebvre, H. (2010). Les perceptions d'adolescents cérébrolésés, de leurs parents et des professionnels impliqués dans leur inclusion sociale. *Enfances, Familles, Générations, 12*, 127-147. https://doi.org/10.7202/044396ar

HAS. (2005). *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux medecins généralistes, pediatres, médecins de PMI et médecins scolaires*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_451143/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-28-jours-a-6-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-medecins-de-pmi-et-medecins-scolaires

HAS. (2019). Signes d'alerte à l'intention du médecin de premier recours et actions à mettre en œuvre. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, *32*(2), 107-111. https://doi.org/10.1016/j.jpp.2019.02.003

Haute Autorité de Santé. (2006, août). *Prévention*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016-41 (2016).

Lorto, V., & Moquet, M.-J. (2009). *Formation en éducation pour la santé repères méthodologiques et pratiques*. INPES.

Michèle Poirier & François Blain. (2014). *L'approche écosystémique et les 10 facteurs de protection—Agir tôt*. https://agirtot.org/thematiques/facteurs-de-protection/

Ministère de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2007). *Bulletin officiel n°22 du 7 juin 2007*. https://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2007). *Les troubles du langage et des apprentissages*. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/les-troubles-du-langage-et-des-apprentissages

Ministère des solidarités et de la santé, & Cyrulnik, B. (2020). *Les 1000 premiers jours—Là où tout commence, Rapport de la commission des 1000 premiers jours*.

Parler Bambin. (2015). Parler Bambin—Programme national. *Parler Bambin - Programme national*. http://www.parlerbambin.fr

Reed, V. (2005). *An introduction to children with language disorders*.

Sameroff, A. J., Bartko, W. T., Baldwin, A., Baldwin, C., & Seifer, R. (1998). Family and social influences on the development of child competence. In *Families, risk, and competence* (p. 161-185). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Société Française de Pédiatrie. (2007). *Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant : Guide pratique*.

Sylvestre, A. (2008). *Retards de langage chez l'enfant visités à la lumière des modèles explicatifs multifactoriels du développement humain – Théorie et pratique*. 107.

Syndicat des Orthophonistes de Meurthe et Moselle, OPAL (Orthophonie & Prévention Alsace), & SROAL (Syndicat Régional des Orthophonistes d'Alsace). (1990). *Objectif langage*.

Zorman, M., & Jacquier-Roux, M. (2000). *L'acquisition du langage. 7*.

VIII. Annexes

ANNEXE I : AFFICHE DE DIFFUSION

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE

LimeSurvey

Partie A: Informations générales

Ces questions portent sur votre profil, votre milieu d'exercice ainsi que sur votre pratique.

A1. Quel est votre lieu d'exercice (ville, département) ?

A2. Quelle est votre profession/ spécialité ?

- Médecin généraliste ☐
- Médecin pédiatre ☐
- Médecin pédopsychiatre ☐
- Sage-femme ☐
- Interne ☐
- Autre ☐

Autre

A3. Depuis combien d'années exercez-vous ?

- Je ne suis pas encore diplômé ☐
- 0-5 ans ☐
- 6-10 ans ☐
- 11-20 ans ☐
- 21 ans et plus ☐

A4. Quel est votre type de pratique ?

- Libéral indépendant ☐
- Maison de santé ☐

Autre ☐

Autre

A5. Quel est votre mode d'exercice principal ?

- Consultation au cabinet ☐
- Visites à domicile ☐
- Séances collectives ☐
- Autre ☐

Autre

A6. Dans quel milieu exercez-vous ?

- Rural ☐
- Citadin ☐
- Péri-urbain ☐

A7. Quel est l'environnement principal de votre patientèle ?

- Aisée ☐
- Classe moyenne ☐
- Défavorisée ☐
- Famille biparentale ☐
- Famille monoparentale ☐
- Autre ☐

Autre

LimeSurvey

A8. Quelle est votre patientèle prédominante ?

- [ ] Monolingue
- [ ] Bilingue ou plus

A9. A quelle fréquence êtes-vous exposé au travail pluridisciplinaire ?

- [ ] Jamais
- [ ] Rarement
- [ ] Régulièrement
- [ ] Souvent
- [ ] Quotidiennement

A10. Jugez-vous le travail pluridisciplinaire :

	1. (Inutile)	2.	3.	4.	5. (Indispensable)
Sur une échelle de 1 à 5	☐	☐	☐	☐	☐

Partie B: Connaissance dans le domaine du langage oral

B1. Comment avez-vous acquis vos connaissances théoriques et pratiques dans le domaine du langage oral (prérequis langage, communication, repères développementaux…) ?

- [ ] Formation initiale
- [ ] Expérience professionnelle
- [ ] Expérience personnelle
- [ ] Intérêt personnel (lecture)
- [ ] Formation continue
- [ ] Autre

Autre

B2. Avez-vous déjà suivi des formations dans le domaine du langage oral ?

- [ ] Oui
- [ ] Non

B3. Si oui lesquelles (nom de la formation, nom du formateur, …) ?

B4. Jugez-vous vos connaissances dans le domaine :

	1. (Insuffisantes)	2.	3.	4.	5. (Excellentes)
Sur une échelle de 1 à 5	☐	☐	☐	☐	☐

B5. Quelle tranche d'âge vous questionne le plus ?

- 0-6 mois ☐
- 7-12 mois ☐
- 13-18 mois ☐
- 19-24 mois ☐
- 2-3 ans ☐
- Autre ☐

Autre

B6. Pourquoi ?

B7. Connaissez-vous ces actions de prévention précoce ?

	Oui	Incertain	Non
FNO-prévention (Fédération Nationale des Orthophonistes) (anciennement info-langage)	☐	☐	☐
Allo-ortho.com	☐	☐	☐
Programme « Parler bambin »	☐	☐	☐

	Oui	Incertain	Non
Association « 1001 mots »	☐	☐	☐
Agir-tot.com	☐	☐	☐
1 Bébé, 1 Livre	☐	☐	☐

B8. Participez-vous ou avez-vous déjà participé à des actions de prévention dans ce domaine ? (Quel que soit le type)

- Oui ☐
- Non ☐

B9. Si oui, précisiez : (type, rôle, missions, durée, récurrence, échelle locale/ nationale…)

Partie C: Sensibilisation auprès des parents

C1. A quelle fréquence sensibilisez-vous les parents au sujet du langage et de la communication de leur enfant ?

- Jamais ☐
- Rarement ☐
- Si demande de la famille uniquement ☐
- Si difficulté(s) observée(s) uniquement ☐
- Souvent ☐
- Toujours ☐

C2. Généralement, à partir de quel âge faites-vous de la prévention auprès des parents ?

- [ ] Avant la naissance
- [ ] A partir de la naissance
- [ ] A partir de 6 mois
- [ ] A partir de 1 ans
- [ ] A partir de 18 mois
- [ ] A partir de 2 ans
- [ ] A partir de 3 ans
- [ ] En cas de difficultés uniquement
- [ ] Jamais

C3. A quelle fréquence proposez-vous un accompagnement parental dans le domaine du langage et de la communication ?

- [ ] Jamais
- [ ] Rarement
- [ ] Si demande de la famille uniquement
- [ ] Si difficulté(s) observée(s) uniquement
- [ ] Souvent
- [ ] Toujours

C4. Pour répondre aux questions des parents dans le domaine du langage et de la communication, vous sentez-vous :

	1. (Mal à l'aise)	2.	3.	4.	5. (Parfaitement à l'aise)
Sur une échelle de 1 à 5	☐	☐	☐	☐	☐

C5. Quels outils de prévention précoce utilisez-vous ?

- [ ] Message oral
- [ ] Plaquettes d'information
- [ ] Affiches
- [ ] Groupes de paroles/ ateliers
- [ ] Aucun

Autre ☐

Autre

Partie D: Dépistage

D1. Comment qualifieriez-vous vos connaissances des outils d'évaluation et de dépistage dans le domaine du langage et de la communication ?

	1. (Insuffisantes)	2.	3.	4.	5. (Excellentes)
Sur une échelle de 1 à 5	☐	☐	☐	☐	☐

D2. Connaissez-vous ces outils d'évaluation ?

	Oui	Incertain	Non
DPL3	☐	☐	☐
ERTL4	☐	☐	☐
IFDC (Inventaire Français du Développement Communicatif)	☐	☐	☐
Questionnaire CPLOL (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes et Logopèdes de l'UE)	☐	☐	☐
QLC-3,5 (Questionnaire Langage et Comportement)	☐	☐	☐
Dialogoris	☐	☐	☐

D3. Utilisez-vous ces outils d'évaluation ?

	Oui	Incertain	Non
DPL3	☐	☐	☐
ERTL4	☐	☐	☐
IFDC	☐	☐	☐
Q CPLOL	☐	☐	☐
QLC-3,5	☐	☐	☐
Dialogoris	☐	☐	☐
Autre	☐	☐	☐

D4. **Si "Autre", le(s)quel(s) et pourquoi ?**

D5. **Pour quelles raisons les utilisez-vous ?**

D6. **Pour quelles raisons ne les utilisez-vous pas ?**

Partie E: Formation

E1. **Quelle serait votre motivation pour entreprendre une formation ou une mise à jour de vos connaissances dans le domaine ?**

	1. (Aucune)	2.	3.	4.	5. (Maximale)
Sur une échelle de 1 à 5	☐	☐	☐	☐	☐

E2. **Combien de temps pourriez-vous accorder à cette formation ?**

- Une fois par semaine ☐
- Une fois par mois ☐
- Une fois par trimestre ☐
- Une fois par semestre ☐
- Une fois par an ☐

E3. **Quels sont les sujets de formation que vous souhaiteriez aborder ?**

- Les prérequis du langage ☐
- Les repères développementaux ☐
- Le langage non verbal ☐
- Le bilinguisme ☐

LimeSurvey

- L'impact des écrans ☐
- Les actions de prévention ☐
- Les outils de dépistage ☐
- Le rôle de l'orthophoniste ☐
- La sensibilisation des parents/ l'accompagnement parental ☐
- Les signaux d'alerte ☐
- La construction du langage (domaine des neurosciences) ☐
- Autre ☐

Autre

Partie F: Vidéo

F1. Le questionnaire est presque terminé !

Si vous le souhaitez vous pouvez cliquer sur le lien ci-dessous pour visionner une courte vidéo de sensibilisation, sinon vous pouvez envoyer votre questionnaire.

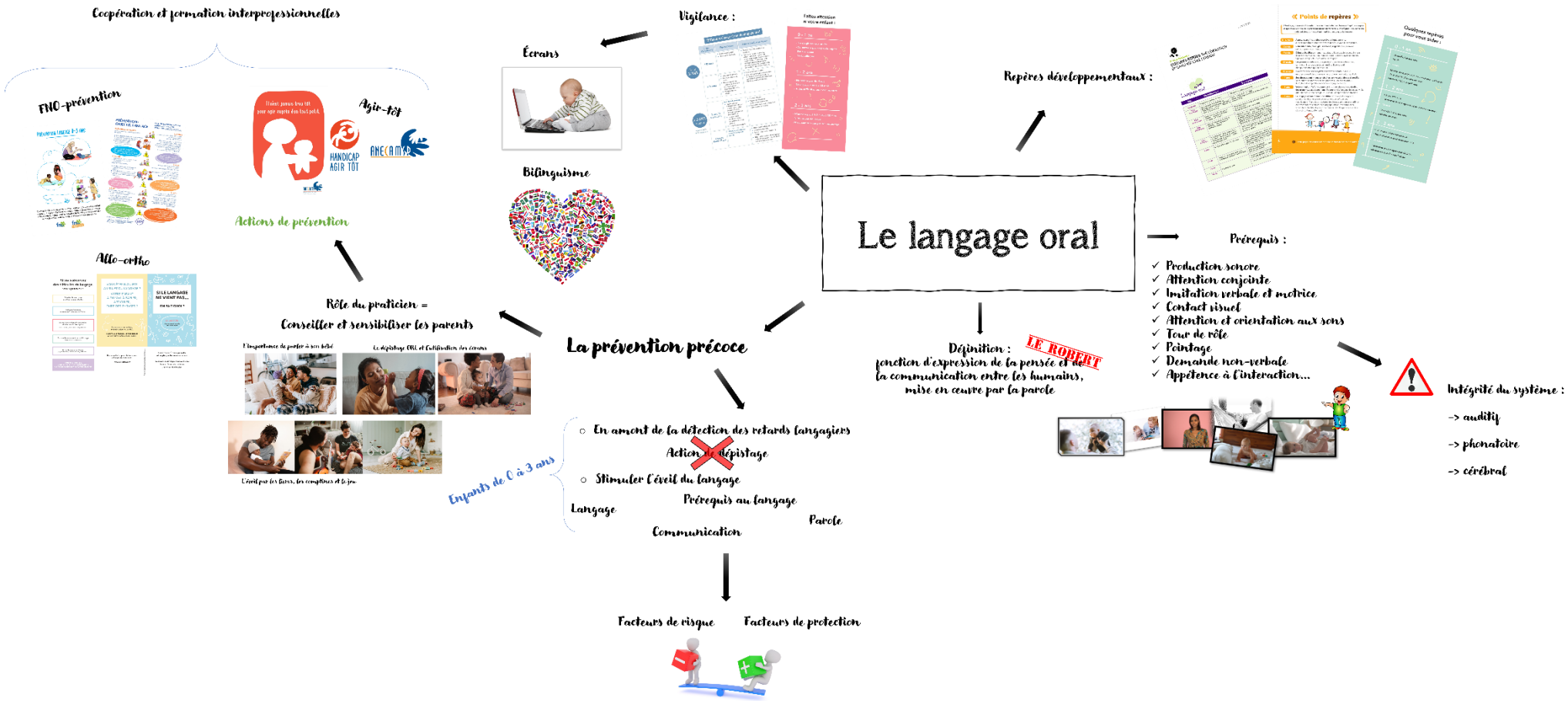
Cliquez ici

Merci pour votre contribution !

N'hésitez pas à me contacter si vous avez des remarques, suggestions ou si vous souhaitez que je vous envoie ma vidéo.

marina.boucher@etu.univ-poitiers.fr

ANNEXE III : CARTE MENTALE VIDÉO



ANNEXE IV : RÉPONSES QUESTION B6

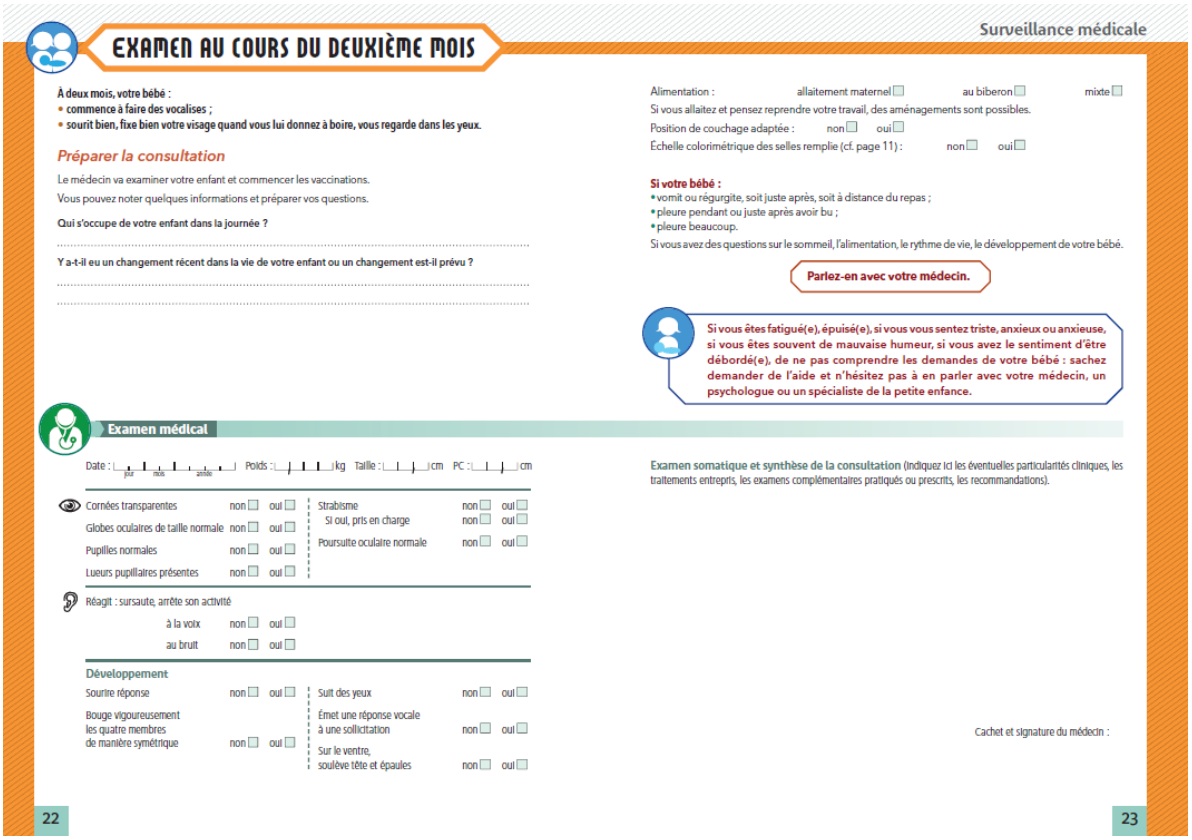
2.	Difficultés de repérage pendant consultation courte de 20min. Difficultés avec les enfants bilingue et les différences culturelles
3.	Pour dépister les troubles du langage et auditive
4.	A mon sens, début de l'élaboration de phrases construites. Avant difficile de diagnostiquer. Je manque de connaissances dessus
5.	C'est la phase de 1 ans à 3 ans, il y a l'apparition des premiers mots. On voit progressivement l'apparition de mots "désignant" et "d'action" et la dimension combinatoire du langage. En parallèle, il y a le développement de la partie compréhensive du langage et l'apparition d'un mimétisme. Dans cette phase qui va jusqu'à l'élaboration progressive d'une phrase sujet verbe complément faisant apparaitre les pronoms possessif et démonstratif. Il y a petit à petit un accroissement du vocabulaire et des capacités d'articulation. Bien qu'il y est des étape clé en amont (gazouillage, babillage, bisylabisme...) et une perfectionnement du langage en aval, c'est entre 1 an et 3 ans que l'on passe d'aucun langage à un phrase avec l'utilisation du "je".
6.	Retards de langage, troubles (prononciation, articulation), subjectivité, apprentissage de plusieurs langues en même temps
7.	personnes âgées hospitalisées
8.	les troubles du langages dans cette tranche d'âge me semblent flous
9.	C'est à ce moment on l'ont évalue vraiment le language en consultation (consultation obligatoire des 2ans) où l'on prends vraiment le temps
10.	émergence des premiers mots variable d'un individu à l'autre
11.	J'ai l'impression de n'avoir jamais appris
12.	Connaissances et expérience insuffisantes
13.	Retard de langages fréquents ++
14.	Les parents évoquent souvent des mauvaises prononciations alors que l'enfant fait tout de même des associations de 2-3mots en fonction de l'âge. Est-ce réellement un trouble à ce stade?

15.	Il y a une grande disparité entre les enfants à cet âge là. Difficile de situer le normal
16.	À cause des difficultés scolaires vécues par l'enfant qui vont impacter son avenir et son insertion sociale.
17.	Difficile d'évaluer de futur trouble du langage. Difficulté d'obtenir des bilans auditifs en ville par ORL si doute sur trouble de langage.
18.	Variabilite
19.	Grande variabilité interindividuelle Souvent je suis rassurante en consultation mais les enseignants sont très demandeurs...
20.	l'age ou la demande d orthophonie est relayée par l'école sans tenir compte des capacités de l'enfant pour suivre une rééducation...
21.	Difficultés liées à l'inhibition des enfants dans cette tranche d'âge. Souvent diagnostic par le questionnement des parents.
22.	Les différences semblent s'accentuer à cette période entre les enfants
23.	Âge plus complexe en terme d'évolution du langage et pas encore scolarisés
24.	je ne vois pas comment évaluer les acquisitions à cet âge
25.	compétences assez variables suivant les enfants
26.	parce qu'en suite le suivi des enfants ne nous incombe plus
27.	Si pas encore assez de mots prononcés
28.	Désintéret de problème de langage +/- mal etre dans cette tranche d'age
29.	Car les différences entre les capacités des enfants me paraissent plus importantes à cet âge
30.	Différence de capacités des enfants plus importante au cet âge
31.	Pas de langage oral à cet âge, communication non verbale

32.	Étant interne de médecine générale, je suis censé détecter le plus précocement possible les troubles du langage oral à ces ages pour orienter les enfants si besoin. En réalité j'ai l'impression de n'avoir aucune connaissance ou presque dans ce domaine. La plupart du temps les parents me demandent une ordonnance pour des séances d'orthophonie car la maitresse/le maitre les ont alerté (heureusement qu'ils sont là !). J'aimerai peut-être être plus à l'aise.
33.	Je me sens à l'aise dans le domaine du développement du langage oral dans la petite enfance.
34.	Parce qu'il s'agit de l'âge de "l'explosion du langage", et que dans ma patientèle d'anciens prématurés, cette explosion peut se faire de façon retardée (même en considérant l'âge corrigé), mais avec un langage qui va se développer de façon tout à fait satisfaisante au final. Il est parfois difficile de savoir quand les adresser
35.	type de population suivi en consultation
36.	Dépistage chez le nourrisson : comment l'évaluer avant la possibilité de réaliser un DPL 3?
37.	cela m'est inconnu
38.	progression très rapide si imprégnation dans un bain de langue suffisant : quand inquiétez les parents sur un retard ?
39.	fréquence des retards d'acquisition
40.	Entrée en collectivité Capacité à se faire comprendre autrement que par le non verbal ou le comportement
41.	Inquiétude parentale
42.	Développement rapide rend les repères plus difficile à acquérir et l'évaluation plus difficile à faire
43.	que peut on toléré comme imperfection
44.	Défauts de prononciation, développement du langage
45.	quand le retard de langage débute-t-il ?
46.	patients le plus souvent vus en consultation

47.	très variable selon les enfants, et premiers problèmes d'expression
48.	Intérêt d'une prise en charge précoce et recherche d'autres troubles du développement associés
49.	Evaluation et recherche de troubles précoces du langage
50.	difficulté à identifier un retard réel, à saisir l'urgence ou non d'une prise en charge, d'avoir une prise en charge claire
51.	Grande variabilité dans le rythme d'acquisition des enfants
52.	à partir de 2 ans ,le suivi médical se limite souvent aux consultations lors de pathologies aigues (infectieuses ou traumatiques) , qui ne sont favorables pour évaluer l'évolution du langage beaucoup de sollicitations à cet âge , en particulier des écrans malgré les conseils ou mises en garde des spécialistes des enfants: nous devrions pouvoir faire plus de prévention
53.	car les repères retrouvés dans différentes lectures sont discordants
54.	Développement du langage oral +++
55.	Incertitude
56.	Langage plus développé à cet âge
57.	j'ai moins de repères sur cette tranche d'âge

ANNEXE V : EXTRAITS DE CARNET DE SANTÉ



EXAMEN AU COURS DU DEUXIÈME MOIS

Surveillance médicale

À deux mois, votre bébé :
- **commence à faire des vocalises ;**
- **sourit bien, fixe bien votre visage quand vous lui donnez à boire, vous regarde dans les yeux.**

Préparer la consultation

Le médecin va examiner votre enfant et commencer les vaccinations.
Vous pouvez noter quelques informations et préparer vos questions.

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

.....

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

.....

.....

Alimentation : allaitement maternel ☐ au biberon ☐ mixte ☐
Si vous allaitez et pensez reprendre votre travail, des aménagements sont possibles.
Position de couchage adaptée : non ☐ oui ☐
Échelle colorimétrique des selles remplie (cf. page 11) : non ☐ oui ☐

Si votre bébé :
- vomit ou régurgite, soit juste après, soit à distance du repas ;
- pleure pendant ou juste après avoir bu ;
- pleure beaucoup.

Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement de votre bébé.

Parlez-en avec votre médecin.

Si vous êtes fatigué(e), épuisé(e), si vous vous sentez triste, anxieux ou anxieuse, si vous êtes souvent de mauvaise humeur, si vous avez le sentiment d'être débordé(e), de ne pas comprendre les demandes de votre bébé : sachez demander de l'aide et n'hésitez pas à en parler avec votre médecin, un psychologue ou un spécialiste de la petite enfance.

Examen médical

Date : jour mois année Poids : kg Taille : cm PC : cm

Cornées transparentes non ☐ oui ☐
Globes oculaires de taille normale non ☐ oui ☐
Pupilles normales non ☐ oui ☐
Lueurs pupillaires présentes non ☐ oui ☐

Strabisme non ☐ oui ☐
Si oui, pris en charge non ☐ oui ☐
Poursuite oculaire normale non ☐ oui ☐

Réagit : sursaute, arrête son activité
à la voix non ☐ oui ☐
au bruit non ☐ oui ☐

Développement

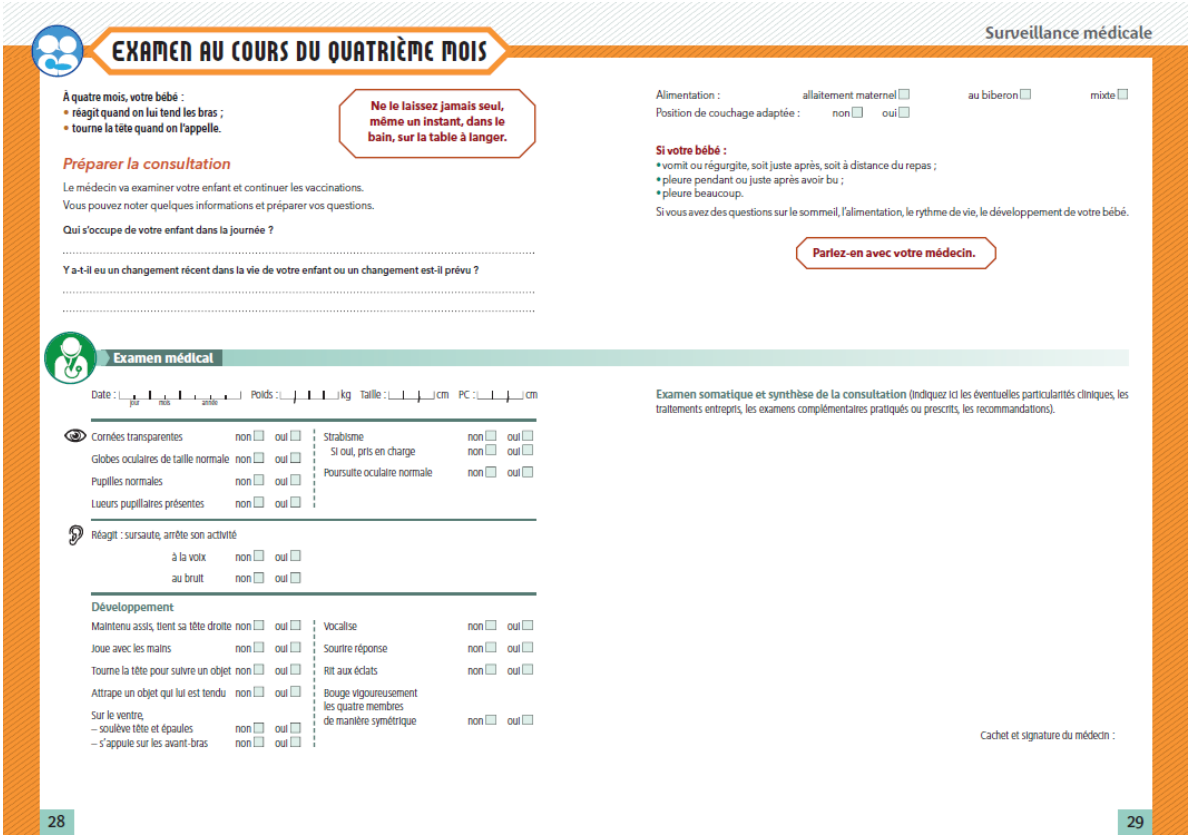
Sourire réponse non ☐ oui ☐
Bouge vigoureusement les quatre membres de manière symétrique non ☐ oui ☐

Suit des yeux non ☐ oui ☐
Émet une réponse vocale à une sollicitation non ☐ oui ☐
Sur le ventre, soulève tête et épaules non ☐ oui ☐

Examen somatique et synthèse de la consultation (Indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

Cachet et signature du médecin :

22 23



EXAMEN AU COURS DU QUATRIÈME MOIS

Surveillance médicale

À quatre mois, votre bébé :
- **réagit quand on lui tend les bras ;**
- **tourne la tête quand on l'appelle.**

Ne le laissez jamais seul, même un instant, dans le bain, sur la table à langer.

Préparer la consultation

Le médecin va examiner votre enfant et continuer les vaccinations.
Vous pouvez noter quelques informations et préparer vos questions.

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

.....

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

.....

.....

Alimentation : allaitement maternel ☐ au biberon ☐ mixte ☐
Position de couchage adaptée : non ☐ oui ☐

Si votre bébé :
- vomit ou régurgite, soit juste après, soit à distance du repas ;
- pleure pendant ou juste après avoir bu ;
- pleure beaucoup.

Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement de votre bébé.

Parlez-en avec votre médecin.

Examen médical

Date : jour mois année Poids : kg Taille : cm PC : cm

Cornées transparentes non ☐ oui ☐
Globes oculaires de taille normale non ☐ oui ☐
Pupilles normales non ☐ oui ☐
Lueurs pupillaires présentes non ☐ oui ☐

Strabisme non ☐ oui ☐
Si oui, pris en charge non ☐ oui ☐
Poursuite oculaire normale non ☐ oui ☐

Réagit : sursaute, arrête son activité
à la voix non ☐ oui ☐
au bruit non ☐ oui ☐

Développement

Maintenu assis, tient sa tête droite non ☐ oui ☐
Joue avec les mains non ☐ oui ☐
Tourne la tête pour suivre un objet non ☐ oui ☐
Attrape un objet qui lui est tendu non ☐ oui ☐
Sur le ventre,
– soulève tête et épaules non ☐ oui ☐
– s'appuie sur les avant-bras non ☐ oui ☐

Vocalise non ☐ oui ☐
Sourire réponse non ☐ oui ☐
Rit aux éclats non ☐ oui ☐
Bouge vigoureusement les quatre membres de manière symétrique non ☐ oui ☐

Examen somatique et synthèse de la consultation (Indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

Cachet et signature du médecin :

28 29

EXAMEN DU NEUVIÈME MOIS

À neuf mois, votre bébé :
- tient bien assis,
- aime jeter ses jouets pour que vous les ramassiez,
- commence à faire les marionnettes, « au revoir » avec la main ou le bras.

Dans la chaise haute, votre bébé doit toujours être attaché, ne le laissez jamais seul.

Préparer la consultation

Le médecin va examiner votre enfant et contrôler les vaccinations.
Vous pouvez noter quelques informations et préparer vos questions.

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ? .....

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

.....

Y a-t-il des animaux dans la maison ? .....

Un médecin doit, au cours du 9e mois, effectuer un examen approfondi de l'enfant et établir le deuxième certificat de santé obligatoire à cet âge.

Quelle est l'alimentation de votre bébé ? .....

.....

À quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ? .....

.....

- Si vous trouvez que votre enfant pleure beaucoup ;
- si votre enfant a des problèmes de sommeil ;
- si vous avez des questions sur l'alimentation, le rythme de vie ou le développement de votre bébé.

Parlez-en avec votre médecin.

Examen médical

Date : jour mois année Poids : kg Taille : cm PC : cm
Risque de saturnisme non ☐ oui ☐

Cornées transparentes non ☐ oui ☐
Pupilles normales non ☐ oui ☐
Lueurs pupillaires présentes non ☐ oui ☐
Strabisme non ☐ oui ☐
Si oui, pris en charge non ☐ oui ☐
Poursuite oculaire normale non ☐ oui ☐

Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue non ☐ oui ☐
Tympans normaux
à gauche non ☐ oui ☐
à droite non ☐ oui ☐
Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ? non ☐ oui ☐
Si oui, test utilisé : .....
Résultat : normal ☐ à refaire ☐ avis spécialisé demandé ☐

Développement

Tient assis sans appui non ☐ oui ☐
Motricité symétrique des quatre membres non ☐ oui ☐
Se déplace non ☐ oui ☐
Saisit un objet avec la participation du pouce non ☐ oui ☐
Imite un geste simple (au revoir/bravo) non ☐ oui ☐
Réagit à son prénom non ☐ oui ☐
Répète une syllabe non ☐ oui ☐
Bonne qualité du sommeil non ☐ oui ☐

Examen somatique et synthèse de la consultation (Indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

Cachet et signature du médecin :

EXAMEN AU COURS DU VINGT-QUATRIÈME MOIS

À 24 mois, votre enfant :
- utilise son index pour désigner quelqu'un ou quelque chose ;
- joue à faire semblant ;
- vous imite dans la vie quotidienne ;
- vous sollicite pour jouer.

Préparer la consultation

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ? .....

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

.....

Y a-t-il des animaux dans la maison ? .....

Un médecin doit, au cours du 24e mois, effectuer un examen approfondi de l'enfant et établir le troisième certificat de santé obligatoire à cet âge.

Quelle est l'alimentation de votre enfant ? .....

.....

À quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ? .....

.....

- Si vous trouvez que votre enfant pleure beaucoup ;
- si vous avez des questions sur l'alimentation, le rythme de vie ou le développement de votre enfant.

Parlez-en avec votre médecin.

Avant 3 ans, évitez l'exposition aux écrans : télévision, ordinateur, tablette, smartphone.

Examen médical

Date : jour mois année Poids : kg Taille : cm PC : cm
Risque de saturnisme non ☐ oui ☐ IMC :

Cornées transparentes non ☐ oui ☐
Pupilles normales non ☐ oui ☐
Poursuite oculaire normale non ☐ oui ☐
Strabisme non ☐ oui ☐
Si oui, pris en charge non ☐ oui ☐

Tympans normaux
à gauche non ☐ oui ☐
à droite non ☐ oui ☐
Test à voix normale non fait ☐ fait ☐
Résultat : normal ☐ à refaire ☐ avis spécialisé demandé ☐
Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ? non ☐ oui ☐
Si oui, test utilisé : .....
Résultat : normal ☐ à refaire ☐ avis spécialisé demandé ☐

Développement

Marche acquise non ☐ oui ☐
À quel âge ..... mois
Associe deux mots non ☐ oui ☐
Comprend une consigne simple non ☐ oui ☐
Pointe du doigt non ☐ oui ☐
Nomme au moins une image non ☐ oui ☐
Sollicite un adulte/une autre personne non ☐ oui ☐
Superpose des objets non ☐ oui ☐
Joue à faire semblant non ☐ oui ☐

Examen somatique et synthèse de la consultation (Indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

Cachet et signature du médecin :

IX. Résumé

La prévention précoce dans le domaine des TLO est devenue un enjeu de santé publique majeur. Le retentissement est global pour la société, hormis les coûts financiers pour l'Etat, les difficultés d'acquisition dans le domaine du langage oral et de la communication influencent les apprentissages futurs de l'enfant, se répercute sur la scolarité, l'insertion socio-professionnelle et de façon générale sur le niveau de vie global.

Les médecins généralistes, de PMI, pédiatres ou sages-femmes sont les premiers intervenants auprès des familles. Ils les connaissent, les guident dans leur parcours de soin et les orientent vers d'autres professionnels. Ce sont eux qui prescrivent par la suite les consultations orthophoniques. Il est donc important que ces intervenants soient sensibilisés au mieux à la prévention précoce. Pour cela leurs connaissances des prérequis, du développement langagier et des signaux d'alerte doivent être optimales.

Dans cette optique un questionnaire permettant d'apprécier le niveau de connaissance de ces professionnels dans le domaine a été élaboré et une courte de vidéo de sensibilisation leur a ensuite été proposée.

L'enquête a démontré que les connaissances des soignants sont présentes mais insuffisantes. Or une méconnaissance de ces notions peut conduire à des difficultés pour mettre en place une guidance parentale appropriée, pour utiliser les outils d'évaluation et de dépistage et de manière plus globale pour prendre en soin ce type de patient et leur famille.

Les professionnels interrogés ont ainsi fait part de leur besoin de mises à jour supplémentaires afin d'enrichir leurs savoirs et savoir-faire.
La vidéo de sensibilisation proposée en fin de questionnaire a permis de répondre en partie à ce désir de formation complémentaire en sensibilisant les prescripteurs, en leur donnant des outils clefs, des ressources consultables, des pistes de réflexion et en démontrant l'importance du travail collaboratif et pluridisciplinaire.