

UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de médecine et de pharmacie
Centre de formation en orthophonie

Année 2014-2015

MEMOIRE

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

Marie ROULLIER

**L'EDUCATION POUR LA SANTE EN FAVEUR DU
DEVELOPPEMENT DE LA COMMUNICATION CHEZ
L'ENFANT DE MOINS DE TROIS ANS**

**Création d'un partenariat entre l'association de prévention en
orthophonie « Les Orthos Vienne(nt) »
et des relais d'assistants maternels**

Directeurs de mémoire : Madame Emilie HELLIO, orthophoniste
Madame Marie-Hélène ROSSI-DAUDE, orthophoniste

Autre membre du jury : Madame Sandra PHILIPPE, orthophoniste

Je remercie Madame Hellio et Madame Rossi-Daude de m'avoir accompagnée tout au long de ce projet.

J'adresse ma reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Table des Matières

INTRODUCTION	1
---------------------------	----------

CADRE CONCEPTUEL

PARTIE 1 : LA SANTE ET LA SANTE PUBLIQUE

I - Définition de la santé	2
I.1 - Définition dite négative	2
I.2 - Définition positive mais utopique	2
I.3 - Définition globale, dynamique et relative	3
II - Définition de la santé publique	3
II.1 - Historique.....	3
II.2 - Définition	3

PARTIE 2 : LE CONCEPT DE PREVENTION

I - Historique.....	5
II - Définition et classification de la prévention selon l'OMS en 1948.....	6
III - Classification de la prévention selon Gordon en 1982.....	7
IV - Classification de la prévention selon San Marco en 2003	8
V - Promotion de la santé	8
V.1 - Définition de la promotion de la santé.....	8
V.2 - Les cinq axes d'intervention de la charte d'Ottawa.....	9

PARTIE 3 : L'EDUCATION POUR LA SANTE

I - Etymologie	10
II - Aperçu historique.....	10
III - Définition de l'éducation pour la santé	11
III.1 - Définition du plan national d'éducation pour la santé de 2001	11
III.2 - Définition de l'Inpes en 2009	12
IV - Fondements conceptuels en éducation pour la santé	13
IV.1 - Approches socio-anthropologiques	13
IV.1.A - Approche écosystémique	13
IV.1.B - Représentations sociales.....	14
IV.1.C - Dimension éthique	15
IV.2 - Approches éducatives.....	16
IV.2.A - Concept de compétence	16
IV.2.B - Théories psychopédagogiques de l'apprentissage	17
IV.2.C - Andragogie	19
IV.3 - Approches psychosociales.....	20
IV.3.A - Estime de soi	21
IV.3.B - Sentiment d'auto-efficacité	21
IV.3.C - Motivation	21
IV.3.D - Stratégies d'adaptation.....	22
IV.3.E - Empowerment	22
IV.4 - Approche relationnelle	23

PARTIE 4 : LA PREVENTION EN ORTHOPHONIE

I - Prévention en orthophonie	24
I.1 - Historique de la prévention en orthophonie	24
I.2 - Champs de prévention en orthophonie.....	25
II - Le langage oral, un domaine de prévention privilégié	25
II.1 - Convention nationale des orthophonistes	25

II.2 - Mesures gouvernementales concernant le langage oral	26
II.2.A - Plan triennal 2001-2004	26
II.2.B - Loi de protection de l'enfance 2007	27
II.3 - Du dépistage des troubles du langage oral vers l'éducation pour la santé.....	28
III - Education pour la santé en faveur du développement de la communication chez l'enfant de moins de trois ans	29
III.1 - Arguments en faveur d'une intervention préventive avant trois ans	29
III.1.A - Neurosciences cognitives	29
III.1.B - Psychologie développementale	30
III.2 - Partenaires dans un projet d'éducation pour la santé en faveur du développement de la communication chez l'enfant de moins de trois ans	34
III.2.A - Les parents, premiers éducateurs de leur enfant	34
III.2.B - Services de Protection Maternelle Infantile	35
III.2.C - Modes d'accueil	36

PARTIE 5 : LA PLANIFICATION D'UN PROJET EN EDUCATION POUR LA SANTE

I - Diagnostic	39
I.1- Définition des besoins	39
I.2 - Outils pour définir les besoins.....	40
I.2.A - Observation.....	41
I.2.B - Entretiens	41
I.2.C - Questionnaire	41
II - Elaboration des objectifs.....	42
II.1 - Hiérarchisation des objectifs.....	42
II.2 - Evaluation de la qualité des objectifs.....	43
III - Programmation du projet.....	43
IV - Réalisation du projet	44
IV.1 - Méthodes utilisées	44
IV.2 - Techniques d'animation	46

IV.3 - Compétences des éducateurs	47
V - Evaluation du projet	48
PROBLEMATIQUE.....	50

CADRE EXPERIMENTAL

PARTIE 1 : LES ORTHOS VIENNE(NT)	53
---	-----------

PARTIE 2 : LA PLANIFICATION DU PROJET

I - Diagnostic	54
I.1 - Population.....	54
I.1.A - Relais d'assistants maternels A.....	55
I.1.B - Relais d'assistants maternels B.	55
I.2 - Demande.....	55
I.2.A - Attentes exprimées par le Ram A.	56
I.2.B - Besoins estimés par les orthophonistes	57
I.3 - Financement	59
II - Objectifs du projet	59
II.1 - Objectif général.....	59
II.2 - Objectifs intermédiaires	59
II.3 - Objectifs opérationnels	59
III - Programmation	60
IV - Réalisation.....	61
IV.1 - Communication du projet.....	61
IV.2 - Soirées d'échanges	63
IV.2.A - Conseils préalables par la formatrice de Dialogoris	63
IV.2.B - Présentation	64

IV.2.C - Film	65
IV.2.D - Echanges	65
IV.2.E - Clôture de la soirée	72
IV.3 - Questionnaire.....	73
IV.3.A - Choix des questions	73
IV.3.B - Résultats du questionnaire.....	74
IV.4 - Ateliers au Relais d'assistants maternels A.....	82
IV.4.A - Atelier avec les assistants maternels	82
IV.4.B - Atelier avec les éducateurs de jeunes enfants	84
V - Evaluation.....	85
V.1 - Ressources et faisabilité du projet	85
V.2 - Analyse de la thématique abordée	87
V.3 - Déterminants de santé.....	87
V.4 - Mobilisation de la population	88
V.5 - Objectifs.....	89
V.6 - Conception de l'intervention	89
V.7 - Réalisation	90
V.8 - Evaluation	92
VI - Eléments de discussion	93
VI.1 - Inscription de notre intervention dans une démarche d'éducation pour la santé	93
VI.2 - Limites de notre projet	95
VI.3 - Rayonnement du projet.....	95
VI.4 - Accessibilité des soins orthophoniques.....	96
VI.5 - Réflexion quant à notre pratique professionnelle quotidienne.....	97
CONCLUSION.....	98
BIBLIOGRAPHIE	99
ANNEXES.....	103

Table des figures

Tableau 1 : Répartition de la population lors des soirées d'échanges	74
Tableau 2 : Attentes des assistants maternels concernant la soirée d'échanges.....	74
Tableau 3 : Attentes des parents concernant la soirée d'échanges.....	75
Tableau 4 : Informations retenues par les assistants maternels après la soirée d'échanges	76
Tableau 5 : Informations retenues par les parents après la soirée d'échanges	77
Tableau 6 : Informations retenues par les EJE après la soirée d'échanges	77
Tableau 7 : Découverte concernant nos objectifs intermédiaires par les assistants maternels.	78
Tableau 8 : Découverte concernant nos objectifs intermédiaires par les parents.....	79
Tableau 9 : Découverte concernant nos objectifs intermédiaires par les EJE.....	80
Tableau 10 : Perspectives d'évolution des assistants maternels suite à la soirée d'échanges..	80
Tableau 11 : Perspectives d'évolution des parents suite à la soirée d'échanges.....	81
Tableau 12 : Perspectives d'évolution des EJE suite à la soirée d'échanges	81

INTRODUCTION

L'orthophonie est une discipline récente dont le champ d'intervention est vaste. Les compétences pluridisciplinaires des orthophonistes et la valeur accordée à leur approche clinique fondent la spécificité de cette profession.

Depuis ces dernières années, les professionnels sont confrontés à un accroissement considérable des demandes d'intervention, notamment dans le domaine du développement du langage des jeunes enfants. Cette réalité certaine amène les orthophonistes à reconsidérer leur pratique professionnelle concernant l'accompagnement qu'ils peuvent proposer à ces enfants. Selon l'article 4 du décret de compétence n°2002-721 du 2 mai 2002, outre leur rôle dans le dépistage, le diagnostic et les rééducations, ils ont une mission dans le cadre de la prévention.

Le concept de prévention, dans le domaine de la santé publique, a connu une réelle évolution depuis la fin du XX^e siècle. Les dernières approches conceptuelles ont permis d'énoncer une classification tripartite qui nous étaye dans l'élaboration des actions préventives. Un des axes invite à promouvoir la santé de l'ensemble de la population par des actions dites « d'éducation pour la santé ».

Ce travail de recherche a pour objectif d'identifier les fondements de la prévention afin d'initier un projet d'éducation pour la santé en faveur du développement de la communication chez l'enfant de moins de trois ans et en partenariat avec des assistants maternels.

Après avoir évoqué les fondements de la santé, nous présenterons les ancrages théoriques de la prévention et particulièrement de l'éducation pour la santé. Puis, nous nous attacherons à mettre en relation ces approches conceptuelles avec le développement de la communication chez l'enfant de moins de trois ans. Par la suite, nous évoquerons les principes d'une démarche d'éducation pour la santé. Nous exposerons alors le projet initié entre l'association de prévention en orthophonie « Les Orthos Vienne(nt) » et des relais d'assistants maternels et nous en dégagerons les perspectives.

CADRE CONCEPTUEL

PARTIE 1 : LA SANTE ET LA SANTE PUBLIQUE

I - Définition de la santé

La santé est un concept difficile à définir puisqu'elle met en jeu des valeurs, des représentations de la vie et de la mort qui sont propres à chacun. Au fil de l'histoire, la notion de santé s'est alors vue enrichie par de nombreuses approches conceptuelles. Nous allons maintenant en dépeindre l'évolution.

I.1 - Définition dite négative

Originellement, la santé, du latin *sanus* « sain » a été définie au travers d'une approche négative comme étant l'absence de maladie. Elle serait alors un état dans lequel on se trouve lorsqu'on ne souffre ni de maladie, ni d'incapacité, de handicap ou de déficience. Par cette approche négative et sans signification propre, il n'y a pas d'expérience de la santé mais uniquement celle de la maladie. La santé est définie en référence à l'organe malade. L'individu est alors conçu comme une somme d'organes qui peuvent être réparables.

I.2 - Définition positive mais utopique

Suite aux réflexions philosophiques et systémiques, une nouvelle approche de la santé est proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Selon elle, « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie* » (Article 1 de la Constitution de 1946).

Un des éléments révolutionnaires de cette définition, outre l'introduction du concept positif de bien-être, est l'intérêt manifeste porté aux multiples dimensions de la santé. Désormais, les paramètres psychiques et sociaux de la santé sont envisagés en complémentarité des paramètres physiques.

Bien qu'enrichissante, cette définition comporte néanmoins des insuffisances. La notion de norme de bien-être ainsi que l'état statique accordé à la santé sont critiquables. Une nouvelle approche conceptuelle sera désormais retenue.

I.3 - Définition globale, dynamique et relative

Outre la prise en compte des facteurs qui influencent la santé, nous insistons désormais sur les capacités de l'homme à s'adapter à son environnement. Cotton, en 1982 parle d' « *un potentiel d'énergie qui permet au sujet de maintenir l'équilibre de bien-être ou de le rétablir face à un organisme soumis aux agressions de son environnement* » (Eymard, 2004). Cette adaptation est facilitée par l'organisation de la santé dans la société.

Par ailleurs, selon Bury, la santé doit être « *relativisée pour un même individu, selon le secteur - physique, mental et social -, le moment - en considérant notamment les pathologies chroniques -, et la perspective - c'est-à-dire la projection de l'individu au sein d'un continuum* » (Bury, 1988, p. 19).

Depuis les années 1980, cette approche de la santé est reconnue au niveau international et national. Si l'on considère la complexité de ce processus, la santé devient alors un enjeu collectif que l'on nomme « la santé publique ». Nous allons maintenant définir ce concept.

II - Définition de la santé publique

II.1 - Historique

Dès le XIV^e siècle, les premières préoccupations de santé publique voient le jour dans la volonté de protéger les populations des épidémies qui sévissent. Les pouvoirs publics se chargent donc de lutter contre la pauvreté et les maladies liées, notamment la tuberculose, en multipliant l'éducation de la population.

A la fin du XIX^e siècle, de nombreux textes de loi sont votés. C'est en 1902 que la première loi de santé publique est adoptée en France avec la charte de l'hygiène publique. La santé n'est plus uniquement individuelle mais devient sociale et étatique. L'OMS sera créée le 7 avril 1948 dans l'objectif de promouvoir la santé dans le monde entier et le code de santé publique sera créé en France en 1953.

II.2 - Définition

En 1952, l'OMS a alors cherché à définir la santé publique. Elle reprend et complète la définition de Winslow (1920) en définissant la santé publique comme « *une science et un art de prévenir les maladies, d'améliorer la vitalité mentale et physique des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, lutter contre les maladies qui*

présentent une importance sociale, enseigner à l'individu les règles d'hygiène personnelle, organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de sa santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité ».

Mais en 2002, elle revisite sa définition et propose d'envisager la santé publique comme *« l'ensemble des efforts par des institutions publiques pour améliorer, promouvoir, protéger et restaurer la santé de la population, grâce à une action collective ».*

Dans ces deux définitions, on retrouve des notions analogues. En effet, la santé publique a pour objet la santé de l'ensemble de la population. Son domaine dépasse alors totalement celui de la médecine. Il tient désormais compte de l'ensemble des facteurs qui influencent favorablement ou non la santé.

Certains auteurs ont d'ailleurs répertorié ces facteurs reconnus sous la dénomination de « déterminants de la santé ». Après Lalande en 1974, Dahlgren et Whitehead proposent en 1991, un modèle dans lequel quatre niveaux de facteurs gravitent autour de l'homme : les facteurs liés au style de vie personnel, les réseaux sociaux et communautaires, les facteurs liés aux conditions de vie et de travail ainsi que les facteurs liés aux conditions politiques, socio-économiques, culturelles et environnementales.

Puis, en 2007, la Commission des déterminants sociaux de santé, créée par l'OMS, insiste quant à elle sur l'interaction entre des facteurs structurels, relevant de la situation politico-socio-économique du pays et des facteurs intermédiaires qui sont l'ensemble des conditions matérielles et psychologiques de l'individu, les facteurs biologiques et génétiques, les comportements ainsi que l'accès au système de soins.

Chaque facteur influence ainsi positivement ou négativement l'équilibre de santé de l'individu. La santé publique cherche à agir sur ces déterminants afin d'améliorer l'état de santé de la population.

Par ailleurs, cette discipline s'intéresse à la santé dans des actions préventives, curatives, éducatives et sociales. L'accent est toutefois mis sur les actions de prévention et de promotion de la santé, les traitements curatifs n'étant plus suffisants. Il s'agit d'intervenir en amont, notamment sur les déterminants de santé, afin de réduire les inégalités et de favoriser la santé.

Pour ce faire, les actions de santé publique adoptent une démarche de santé fondée sur l'analyse des besoins et des attentes, la mise en place de stratégies et de services politiques ainsi que sur l'évaluation des actions menées.

Les différentes définitions de la santé publique mettent en exergue la nécessité de protéger la santé et de prévenir la maladie par des efforts collectifs. L'idée de prévention est ainsi nettement véhiculée. Nous allons maintenant évoquer l'évolution de ce concept de prévention ainsi que les nouveaux enjeux sous-jacents.

PARTIE 2 : LE CONCEPT DE PREVENTION

I - Historique

Construite par l'observation rétrospective de l'histoire de la santé et par sa projection dans l'avenir, cette notion de prévention s'est précisée au fil de l'évolution de la société. Nous pouvons dès lors en retracer la progression.

Etymologiquement, « prévenir » vient du latin *praevenire* qui signifie « venir devant, venir en avant ». La prévention viendrait donc avant le soin et la réparation mais sa nature n'est pas précisée.

Historiquement, si Hippocrate et Gallien prodiguaient déjà des conseils pour bien vieillir, la prévention a connu un réel tournant au XVIII^e siècle. Les médecins des Lumières ont tourné leur regard vers l'anticipation des maladies locales. Un siècle plus tard, dans un contexte d'industrialisation massive du pays et de développement des théories hygiénistes, la lutte contre la pauvreté et contre les infections s'est engagée.

Dans les sociétés, se développe une dynamique visant l'amélioration constante de la santé et de l'espérance de vie ainsi que le contrôle des maladies. Nous cherchons à prévenir les infections, à les dépister précocement et à limiter les facteurs de risque. Les prémices d'un raisonnement anticipateur voient alors le jour.

Cependant, face à la multiplicité des disciplines que concerne la prévention, la nécessité d'une définition s'est rapidement imposée. Trois conceptions ont notamment marqué l'évolution de prévention sanitaire.

II - Définition et classification de la prévention selon l'OMS en 1948

C'est en 1948 que l'OMS propose une première définition : « *La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ».

Avec cette définition universellement admise, l'OMS établit une classification de la prévention en trois domaines qui accompagnent l'évolution de la maladie :

- La prévention primaire s'effectue auprès d'une population saine, en amont de la maladie. Elle agit sur les facteurs de risque afin d'en empêcher sa survenue.
- La prévention secondaire est mise en jeu lorsque la maladie est d'ores et déjà présente mais globalement asymptomatique. L'éradication de la maladie n'est plus visée mais on cherche à l'enrayer, à diminuer sa durée et sa gravité.
- La prévention tertiaire apparaît lorsque la maladie est présente et symptomatique. Les soins sont déjà engagés. On cherche alors à amoindrir les séquelles, à prévenir les récives et les complications.

Cette classification, construite sur les expériences passées, fut adaptée à une époque où existaient principalement des pathologies aiguës d'origine infectieuse ou dues à des accidents. Or, dorénavant, notre société fait davantage face à des pathologies dites chroniques et multifactorielles, dans lesquelles les comportements sont souvent impliqués. Aussi, l'aide extérieure apportée par des mesures et des prescriptions n'est plus suffisante. De plus, sa construction en référence à la maladie et non à la santé est discutée.

A travers ces éléments, sont mises en exergue les limites de la définition de l'OMS. Ces critiques vont être renforcées par les réflexions qui se sont parallèlement développées sur le constat d'inégalités majeures en matière de santé. Dès lors, les gouvernements s'engagent à adopter de nouvelles stratégies en matière de santé. Des conférences internationales sont alors organisées et marquent l'évolution actuelle de la santé publique mais également de la prévention.

III - Classification de la prévention selon Gordon en 1982

En 1978, la première conférence internationale à Alma-Ata témoigne de l'engagement des communautés internationales pour améliorer, à travers une action conjointe, la santé de tous les peuples du monde. L'homme est placé au cœur des réflexions en matière de santé. Gordon s'appuie sur cette évolution pour proposer une nouvelle classification de la prévention.

En 1982, il énonce une classification tripartite de la prévention centrée sur la population vers qui elle se dirige et non plus sur la maladie. Elle est également construite autour de trois champs d'intervention :

- La prévention universelle se dirige vers la population dans son ensemble. Il s'agit de conserver sa santé, grâce à des conseils d'hygiène, des campagnes de sensibilisation, etc.
- La prévention dite orientée ou sélective s'exerce vers des sujets exposés, des groupes de population spécifiques. On cherche à éviter les maladies auxquelles des sujets sont particulièrement exposés.
- La prévention est dite ciblée lorsque dans un même groupe, les facteurs de risque sont nettement identifiés.

Cette classification ne s'inscrit désormais plus sur un axe temporel d'évolution de la maladie mais intègre la population au centre des préoccupations. En outre, elle convient davantage aux pathologies multifactorielles puisque les préconisations concernant les règles et comportements qui favorisent la santé font désormais partie intégrante de la prévention.

Toutefois, ce modèle est de nouveau fondé sur une conception prescriptive de la prévention. On ne cherche pas la participation active du sujet mais simplement son adéquation à l'action. Or, les maladies actuelles et leur évolution ont, entre autres, une origine comportementale. Limiter l'apparition et l'évolution des maladies passe par des mesures préventives tenant compte de ces comportements, ces habitudes et choix de vie néfastes en essayant de les modifier. Une recommandation extérieure n'est pas suffisante, le sujet lui-même doit participer activement à la gestion de sa santé. L'alliance avec la population est plus que jamais nécessaire.

Face à de telles évolutions, l'approche conceptuelle de la prévention s'est de nouveau enrichie. Une dernière proposition de classification a alors été évoquée par le professeur San Marco, président de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (Inpes).

IV - Classification de la prévention selon San Marco en 2003

En 2003, le professeur San Marco énonce alors trois secteurs préventifs :

- la promotion de la santé. Elle repose sur la capacité des individus et des groupes à agir sur leurs conditions de vie. Elle élabore des actions d'éducation pour la santé et y donne de la cohérence par l'instauration d'un environnement favorable (Bourdillon, 2009b).

- La prévention des maladies. Pour l'Inpes, « *elle repose sur des mesures extérieures et sur l'apprentissage de chacun à la gestion de ses propres risques* » (Bourdillon, 2009a, p. 61)

- L'éducation thérapeutique. Elle est orientée vers les malades afin de les guider dans la gestion de leur affection et de leur traitement. L'objectif est ainsi d'améliorer les résultats et de limiter la survenue de complications.

Cette nouvelle classification de la prévention proposée par San Marco bénéficie progressivement d'une authentique reconnaissance. Notre travail de recherche s'inscrira dans la perspective de promotion de la santé que nous allons maintenant développer.

V - Promotion de la santé

V.1 - Définition de la promotion de la santé.

Le dictionnaire le petit Robert précise que « promouvoir » vient du latin *promovere* « mouvoir en avant, tendre ». La dimension de mouvement est d'ores et déjà prégnante.

Lors de la conférence internationale du 21 novembre 1986 à Ottawa, une acception complète de la promotion de la santé est proposée. La charte d'Ottawa définit cette notion comme un processus qui « *a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie, c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé, son ambition est le bien-être complet de l'individu* ».

Cette charte s'inscrit alors dans une approche positive et globale de la santé. « *L'effort de promotion de la santé* » défini dans la charte a pour but de diminuer les inégalités en matière de santé et de prodiguer à tous les individus les ressources et possibilités pour « *réaliser son potentiel santé* ». Ces objectifs seront atteints par « *l'action coordonnée* » de l'ensemble des acteurs, tant nationaux que locaux, sur les déterminants de santé.

La mise en place de « *programmes et stratégies adaptés aux possibilités et besoins locaux des pays, en prenant en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques* » est nécessaire au développement de ce potentiel dont chacun dispose.

V.2 - Les cinq axes d'intervention de la charte d'Ottawa

Cinq axes stratégiques de promotion de la santé sont déterminés par la charte d'Ottawa et définissent ainsi un cadre référentiel en santé publique : promotion de politiques de bonne santé, création d'environnements favorables, renforcement de l'action communautaire, acquisition d'aptitudes individuelles et réorientation des services de santé.

Seule la combinaison entre des mesures politiques et des actions participatives de la population sera un levier d'efficacité pour promouvoir la santé. C'est donc l'ensemble du système de santé qui va être réorganisé afin de construire, selon Bury (p91), « *une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains* ». Il s'agira de favoriser la « *convergence de compétences en décroissant les domaines scientifiques et professionnels pour une plus grande efficacité en matière de santé* » (Oberlé, cité par Cherbonnier, 2005, p. 14). La charte insiste également sur l'importance de la participation de chaque citoyen et sur le développement de dynamiques communautaires au service de la santé.

Ainsi, comme le souligne l'Agence Régionale de Santé (ARS), outre un ensemble d'activités à portée sociale et politique, la promotion de la santé comprend des actions d'éducation pour la santé, destinées à « *renforcer la capacité de chacun à agir dans un sens favorable à sa santé et à celle des autres* » (Bourdillon, 2009a, p. 48). Dans ce travail de recherche, c'est le concept d'éducation pour la santé qui fera l'objet d'un développement spécifique.

PARTIE 3 : L'EDUCATION POUR LA SANTE

Parmi les stratégies utilisées dans le cadre de la promotion de la santé, l'éducation pour la santé tient une place importante. Ce concept est couramment utilisé dans des projets d'actions locales et porte l'intérêt d'une relation de proximité avec la population. Il s'inscrit donc parfaitement dans les approches préventives des orthophonistes. Nous allons en approfondir les concepts après en avoir donné un aperçu historique.

I - Etymologie

Le glossaire utilitaire en Education pour la santé nous propose un aperçu étymologique intéressant à souligner. En effet, le terme « éducation » vient du latin *educare* qui signifie « élever, nourrir des plantes, des animaux » et *ex-ducere* signifiant « conduire hors ». L'éducation conjugue alors un processus dit « *exogène* » qui repose sur des apports extérieurs et un processus « *endogène, où l'éducation consiste à faire éclore les potentialités inhérentes à l'individu* ». Elle est fondée sur une dynamique qui, par des aides extérieures, permet de développer son potentiel pour le mettre au profit de sa santé et de celle de sa communauté.

II - Aperçu historique

Historiquement, les médecins ont incarné leur premier rôle éducatif au XIX^e siècle. Sous l'exigence de la révolution industrielle, requérant une main d'œuvre fiable et en bonne santé, des recommandations d'hygiène étaient prodiguées au sein des écoles dans l'espoir d'une répercussion dans les familles. Elles relevaient davantage de leçons de morale et d'injonctions.

Les années 1980 sont, par la suite, marquées par la découverte du V.I.H, l'utilisation massive de psychotropes, l'impact nouveau de l'image sur l'alimentation, le développement des médias, etc. Le Haut Comité de Santé Publique atteste, dans nombre de ses rapports, l'influence majeure de nos choix de vie sur notre santé. L'éducation sanitaire devient alors l'éducation pour la santé. Elle s'impose comme moyen essentiel d'influencer l'état de santé de la population et porte pour ambition la modification des comportements.

Dès lors, de nombreux travaux de recherche sont menés afin de modéliser les processus comportementaux. La multitude de modèles créés est un indicateur de la complexité des

facteurs impliqués dans le phénomène comportemental. Ces études conduisent à l'élaboration de stratégies comportementalistes qui, combinées à d'autres méthodes de marketing et de persuasion, influenceront les comportements.

Cependant, les professionnels investis dans des projets locaux ont été rapidement confrontés aux limites de telles stratégies. Fondées sur une transmission unilatérale du savoir, elles se montrent normatives et ne prennent majoritairement pas en considération l'histoire personnelle et sociale des personnes vers lesquelles les interventions sont menées. Les professionnels ont alors cherché à enrichir ces théories comportementalistes de théories sociales, davantage en accord avec leurs valeurs et une posture éthique.

Une nouvelle conception de l'éducation pour la santé, dans laquelle « *la référence est le sujet et non le comportement incriminé* », émerge alors (Jourdan & Berger, 2005a, p.18). Jourdan et Berger, spécialistes en sciences de l'éducation et éducation pour la santé, précisent que « *l'éducation n'est pas la prévention. Sa finalité n'est pas de faire baisser la prévalence d'un comportement mais bien de permettre l'émergence du sujet* ». Lamour et Brix, médecins spécialistes en santé publique, ajoutent que « *l'éducation pour la santé a pour objectif d'accompagner des individus considérés comme auteurs et acteurs de leur santé, pour leur permettre de faire des choix éclairés, adaptés aux contraintes quotidiennes du milieu dans lequel ils vivent* » (Bourdillon, Brücker, & Tabuteau, 2007).

Dès lors, il ne s'agit plus de créer des normes comportementales. L'éducation pour la santé vise à offrir à l'individu les possibilités de choisir un mode de vie favorable à sa santé et à celle des autres puis de l'accompagner dans la gestion libre, autonome et responsable de sa santé. Après avoir défini ce concept, nous en évoquerons les principaux fondements.

III - Définition de l'éducation pour la santé

III.1 - Définition du plan national d'éducation pour la santé de 2001

Dans le plan national d'éducation pour la santé de 2001, le gouvernement désigne ce concept comme un processus « *qui a pour but que chaque citoyen acquière, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité, c'est-à-dire qu'il acquière : les aptitudes indispensables à la vie et à la prise en charge de leur santé ; accède aux informations sur le système de santé et de protection sociale, les maladies, traitements, risques individuels et collectifs, et les manières de*

se protéger ; utilise de manière optimale les services de soins, de prévention et de promotion de la santé et s'implique dans les choix relatifs à leur propre santé et à celle de la collectivité. »

Cette approche a été reprise et complétée par l'Inpes en 2009.

III.2 - Définition de l'Inpes en 2009

En 2009, l'Inpes réaffirme l'approche conceptuelle de l'éducation pour la santé à travers sa définition : *« l'éducation pour la santé comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé des individus et des groupes. S'inscrivant dans le cadre de la promotion de la santé, l'éducation pour la santé s'attache à développer :*

- La démocratie participative et l'action communautaire, en prenant appui sur les demandes et représentations des publics auxquels elle s'adresse, en définissant avec ces publics les objectifs de ses interventions, en utilisant des méthodes favorisant la participation et l'empowerment.*

- Les aptitudes personnelles et collectives, en accompagnant les publics dans la proximité et la durée, et en installant des situations pédagogiques laissant une place aux individus et aux groupes dans la construction et l'appropriation des savoirs et des compétences.*

- L'éducation du patient, qui s'adresse aux personnes engagées dans une relation de soin et à leur entourage, basée sur la construction d'une relation patient-soignant fondée sur la participation active du patient et visant l'autonomie de ce dernier. » (Bourdillon, 2009a)*

Cette approche de l'éducation pour la santé que nous proposent le gouvernement et l'Inpes s'inscrit dans une dynamique globale de l'amélioration de la santé dans laquelle l'homme est l'élément central. D'une éducation pour la santé normative, nous nous orientons vers une conception qui vise *« à accroître la capacité du sujet à construire l'information nécessaire à la prise de décision dans un univers de contraintes et de compromis, par le renforcement de compétences qui concourent à améliorer sa santé »* (Bourdillon et al., 2007) L'éducation pour la santé s'appuie alors sur des concepts fondamentaux au carrefour des multiples disciplines. Nous allons maintenant en évoquer les principaux.

IV - Fondements conceptuels en éducation pour la santé

Les éducateurs pour la santé ne manquent pas d'inventivité dans les pratiques et stratégies utilisées pour l'élaboration de leurs projets. Si l'éducation pour la santé est avant tout une mise en acte qui compose avec les réalités du terrain, il est toutefois pertinent de repérer les apports des multiples sciences qui jalonnent notre pratique. Penser l'éducation pour la santé est une aide remarquable pour inscrire nos interventions dans une démarche de qualité et de continuité. Cette réflexion « *constitue l'un des piliers de ce qui fonde la professionnalité des divers acteurs de l'éducation pour la santé* » (Jourdan & Berger, 2005a, p. 17). L'influence des diverses disciplines transparaît d'ailleurs dans chacune des définitions de l'éducation pour la santé. En parcourant ces approches conceptuelles, nous expliciterons les objectifs et les moyens utilisés dans des projets d'éducation pour la santé.

IV.1 - Approches socio-anthropologiques

L'éducation pour la santé s'inspire fortement des approches conceptuelles anthropologiques et sociologiques que nous allons maintenant évoquer.

IV.1.A - Approche écosystémique

La vision normative de l'éducation pour la santé s'est progressivement orientée vers une approche centrée sur la personne. Cette nouvelle conception nous amène avant tout à tenir compte des interactions entre le sujet et le milieu dans lequel il évolue.

De fait, toute prise de décision, en matière de santé ou dans tout autre domaine, résulte d'un compromis entre des enjeux affectifs, des représentations, une réalité sociale, économique, politique, culturelle, etc. Les stratégies d'intervention telles que l'information unique ou les injonctions moralistes, manquent alors de pertinence et d'efficacité pour que le sujet adopte des comportements sains.

« *L'approche systémique* » (INPES, Vincent, Loaëc, & Fournier, 2010), qui tient compte du contexte dans lequel évolue l'individu, permet alors de comprendre ses pratiques individuelles. D'une part, elle nous offre un aperçu de la dynamique qui lie l'homme et son milieu. D'autre part elle nous permet d'appréhender les ressources potentielles sur lesquelles l'individu peut s'appuyer.

Plus encore, cette approche nous invite à tenir compte de la position sociale du sujet dans son milieu et de son influence dans la responsabilisation et l'autonomie de l'individu. En effet, le sociologue Bourdieu (Le Grand, 2005, p. 28) souligne que l'individu évolue dans un espace social qui n'est jamais neutre et au sein duquel existent des relations de domination.

L'éducation pour la santé interroge alors la liberté sociale de l'homme. D'une part, elle contribue à la responsabilisation et à l'autonomie du sujet pour gérer au mieux sa propre santé et effectuer des choix éclairés. D'autre part, au vu de la forte influence des déterminants sociaux, elle encourage le développement de la responsabilité de la communauté dans la santé de chacun, à travers une participation collective.

IV.1.B - Représentations sociales

Par ailleurs, nous remarquons que l'Inpes, dans sa définition, précise que le développement de la participation et de la responsabilité individuelle et collective s'appuie sur les représentations de la population. Nos choix sont en effet influencés par nos représentations individuelles et collectives. C'est en travaillant préalablement sur ces représentations que l'éducation pour la santé sera de qualité.

Ce concept introduit à la fin du XIX^{ème} siècle par Emile Durkheim, sociologue, a été depuis actualisé. Pour Denise Jodelet, les représentations sociales sont « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* ».

Abric, professeur en psychologie sociale, ajoute que les représentations sociales ont principalement une fonction identitaire, grâce au sentiment d'appartenance qu'elles construisent. Elles nous permettent de nous intégrer à un groupe défini, d'en suivre les valeurs, les mœurs. Elles régissent ainsi la communication sociale. Par ailleurs, elles nous servent à percevoir le monde, à s'en faire une image. Ainsi, les individus vont reconnaître certains de leurs besoins et vont, ensemble, chercher à anticiper les difficultés en construisant des actions adaptées au contexte.

Les représentations sociales régissent donc notre relation au monde et influencent nos choix. Elles sont construites au fur et à mesure de nos expériences personnelles et reprennent les normes et valeurs de groupes sociaux auxquels on s'identifie. Elles s'inscrivent dans un contexte social, culturel, économique, politique, éducatif. Leur analyse permet alors de comprendre le fonctionnement du groupe et sa vision commune de la réalité.

Puisque ces représentations influencent massivement nos choix de vie et sont construites et partagées socialement, il est pertinent, et recommandé par les autorités, que tout projet débute par un échange sur ces représentations. Selon Jourdan, « *elles sont la base sur laquelle le savoir se construit* » (Jourdan & Berger, 2005b, p. 34). C'est en étant ainsi confronté à d'autres représentations que les siennes, que le sujet prendra conscience de ses propres représentations et évoluera.

Cette nouvelle conception de l'homme à qui on reconnaît un savoir nous amène à nous inscrire dans une réflexion éthique.

IV.1.C - Dimension éthique

Cette prise en compte des réalités contextuelles dans lesquelles les pratiques s'inscrivent se rapproche des valeurs portées par les professionnels. Plus encore, elle les invite à suivre une réflexion éthique quant à la conception qu'ils ont de la personne humaine.

L'éducation pour la santé porte désormais la parole des sujets au cœur des projets. L'homme n'est alors plus uniquement considéré comme un être de raison mais aussi comme un être de désir. Pour Philippe Lecorps, psychologue et enseignant de santé publique, « *l'éducation pour la santé devient alors une rencontre intersubjective. Elle offre un espace et un temps où la parole, qui concerne la vérité du désir et engage tout l'être, peut circuler dans une relation de confiance entre l'éducateur et le sujet* » (Lecorps, 2005, p. 22). C'est alors la question de la liberté de l'homme qui est soulevée. L'éducateur est « *quelqu'un qui se vit comme force de proposition, partageant avec le sujet les connaissances scientifiquement établies, à la mesure de sa volonté de savoir et de ses possibilités de changement, en respectant l'éthique propre à chacun* » (Lecorps, cité par Bourdillon et al., 2007, p. 205). Chaque homme est donc libre de ses choix et de son engagement dans un programme d'éducation pour la santé. L'éducateur respectera cette liberté en favorisant l'émancipation du sujet.

Le principe d'équité, qui s'inscrit dans un souci de justice sociale, est par ailleurs essentiel. Ayant pour visée la diminution des inégalités sociales et territoriales, l'éducation pour la santé doit être proposée à tous. (Gueguen, Fauvel, Luhmann, & Bouchon, 2010)

Enfin, le sujet lui-même est invité à suivre une posture éthique à travers une réflexion sur ses responsabilités vis-à-vis de sa santé et de celle des autres. De fait, « *la santé de l'homme est la réponse éthique à ses choix, ses engagements, l'homme étant sa propre puissance* »

(Agamben, cité par Moquet-Anger & Laboratoire d'études du droit public (Rennes), 2001, p. 93).

L'éducation pour la santé est donc marquée de l'influence des sciences socio-anthropologiques. Elle prend en considération les conditions de vie des individus, leurs représentations sociales et adopte une posture éthique. Cette nouvelle place accordée à l'homme favorise son émancipation et sa responsabilité individuelle et collective. Pour encourager l'implication responsable de l'homme dans ses choix de santé, les autorités nous invitent de surcroît à « *installer des situations pédagogiques* » (définition de l'éducation pour la santé par l'Inpes). Nous allons alors en évoquer les fondements.

IV.2 - Approches éducatives

Dans chacune des définitions de l'éducation pour la santé, transparaît le dessein du développement des compétences. Nous allons définir ce concept avant d'évoquer les apports des sciences de l'éducation sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour atteindre cet objectif.

IV.2.A - Concept de compétence

L'éducation pour la santé vise à renforcer les compétences des individus dans la gestion de leur santé.

Selon l'Institut régional d'éducation pour la santé (IREPS) des Pays de Loire, « *la compétence d'un individu est un processus de mobilisation dans une situation authentique et complexe de la vie professionnelle ou personnelle, d'un certain nombre de ressources internes (savoir, savoir-faire, savoir-être) et de ressources externes (ressources de l'environnement), pour répondre à une tâche ou à une situation-problème.* »

Dans cette définition, nous faisons référence à un ensemble de savoirs couramment classés en trois catégories :

- Les savoirs, ou savoirs formels, qui sont des connaissances sur le thème abordé.
- Les savoir-faire ou savoirs pratiques. Ce sont des compétences techniques et pratiques alliées à l'expérience dans l'exercice d'un champ d'activité.
- Les savoir-être, savoirs existentiels ou aptitudes personnelles. Ils reposent sur des valeurs et conceptions de vie. Ils sont empreints d'une dimension affective et cognitive.

L'Inpes précise par ailleurs que la compétence résulte de la mobilisation de ces savoirs afin de résoudre les problèmes quotidiens. Elle combine un « *pouvoir agir* », c'est-à-dire les connaissances nécessaires pour agir, un « *savoir agir* », c'est-à-dire « *les capacités à mobiliser et combiner les ressources* » et un « *vouloir agir* », lié à la conscience des enjeux (Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé, 2013).

Renforcer les compétences en matière de santé permet d'améliorer la santé d'un individu et de la communauté en ce sens qu'elles offrent la possibilité de choisir et d'adopter un mode de vie favorable à la santé.

L'OMS affirme en effet que « *ces aptitudes cognitives et sociales déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé* » (Organisation Mondiale de la santé, 1999, p. 25). Elle ajoute que « *les compétences en matière de santé améliorent l'accès des individus à des informations sur la santé et leur capacité à les utiliser efficacement. Elles sont essentielles pour l'obtention de moyens d'agir.* » Elles deviennent dès lors un objectif d'éducation pour la santé.

Développer ces compétences dans leur globalité nécessite alors des moyens et des stratégies dont nous allons maintenant évoquer les principes fondamentaux.

IV.2.B - Théories psychopédagogiques de l'apprentissage

Selon Berger et Jourdan (Jourdan & Berger, 2005b, p. 34), l'éducateur en santé peut aborder l'apprentissage selon une approche centrée sur le savoir et les connaissances à transmettre ou selon une approche centrée sur le sujet dans laquelle on considère que la maîtrise d'un savoir n'est pas suffisante à le transmettre. De ces deux approches sont nés des modèles pédagogiques dont l'éducation pour la santé s'inspire.

➤ Modèle behavioriste

Selon ce modèle, le comportement humain est la résultante de stimuli extérieurs. Le professionnel construit alors des situations amenant obligatoirement à la réponse désirée. Il établit un plan d'apprentissage composé d'objectifs précis et fractionnés. La répétition des situations et leur évaluation régulière pour les ajuster favorisera l'apprentissage.

De ce modèle, l'éducation pour la santé retient l'importance de l'explication d'objectifs et de l'évaluation de la situation d'apprentissage. En revanche, le rôle d'expert attribué à

l'enseignant et l'absence de pratique réflexive accordée au sujet s'éloignent des valeurs de l'éducation pour la santé.

➤ **Génétique et construction de l'intelligence**

Selon Piaget et ses successeurs, le développement global de l'enfant est la conséquence de l'interaction active, progressive et continue entre l'enfant et son environnement, notamment social. L'apprentissage procède d'une confrontation de notre pensée et de nos représentations avec celles d'autrui sur une situation conflictuelle.

Ce modèle introduit la nécessité de la participation active du sujet dans son apprentissage puisque « *l'activité du sujet est constitutive du savoir* » (Jourdan & Berger, 2005b, p. 37). De plus, la confrontation des représentations de chacun se veut propice à l'évolution de notre pensée. En revanche, cette conception véhicule l'idée d'un développement commun à tous les hommes. Nous savons pourtant que les variétés interindividuelles sont nombreuses.

➤ **Psychologie sociocognitive : nature sociale de l'intelligence et de l'apprentissage**

Pour Vygotsky puis Bruner, une propriété est premièrement découverte au travers d'échanges sociaux, avant d'être intrinsèquement inscrite dans la pensée. Cette loi sociale de l'apprentissage sera enrichie de la notion de « zone proximale de développement », se situant entre les capacités propres de l'enfant et ce qu'il peut faire grâce à l'étaiyage de l'adulte.

Ce modèle met en évidence la portée de l'interaction sociale et du rôle d'étaiyage de l'adulte.

➤ **Modèle allostérique de Giordan (1980) (Jourdan & Berger, 2005b, p. 37)**

Pour Giordan, professeur de didactique des sciences, chaque élève est constitué de représentations qui lui permettent d'appréhender le monde. La confrontation de ces représentations à d'autres, permet une prise de conscience des multiples façons de comprendre le monde. De cette prise de conscience et au travers d'un accompagnement, l'enfant déconstruit ses structures de pensée et les reconstruit par l'articulation entre ses anciens et ses nouveaux savoirs. Ce modèle dynamique et systémique n'a alors pas pour objectif de faire disparaître les anciennes représentations ou d'enseigner de façon magistrale de nouveaux savoirs. Sa finalité est de transformer les représentations grâce à une confrontation à d'autres représentations et à l'assimilation de nouvelles données au système de pensée. Le rôle de l'éducateur et le travail sur les représentations sont une nouvelle fois mis en valeur.

A travers ces modèles de « l'apprendre », transparaissent les principales approches conceptuelles sur lesquelles l'éducation pour la santé se construit. De fait, on retrouve l'intérêt majeur qu'elle accorde à l'élaboration d'objectifs adaptés aux besoins de la population ainsi qu'à l'évaluation, garante de la qualité des interventions menées. En outre, l'influence de nos représentations dans la construction des savoirs est évoquée dans plusieurs modèles. Enfin, la participation active des apprenants et le bien-fondé d'un étayage au cours du processus de formation sont portés comme valeurs essentielles.

Cependant, l'ensemble de ces théories sont construites en référence au développement de l'enfant. Or, l'éducation pour la santé peut intervenir dans la formation des adultes lorsqu'il s'agit de la santé des enfants. Aussi, une nouvelle discipline nommée « andragogie » a émergé.

IV.2.C - Andragogie

Certains auteurs se sont penchés sur les principes de la formation des adultes, comparativement aux approches pédagogiques. Ils ont établi que les sciences de l'éducation des enfants sont centrées principalement sur des niveaux d'acquisition de connaissances. En revanche, la formation des adultes insiste sur l'articulation entre des connaissances et leur transfert dans des situations quotidiennes. Il ne s'agit plus d'enseigner mais réellement de former et de se former, au sens de « *donner l'être et la forme* ». (Lorto & Moquet, 2009, p. 23) Former, c'est transmettre des connaissances, modeler la personnalité et intégrer le savoir à la pratique.

Le terme « andragogie » a été créé en 1833 par Kapp à l'occasion d'une étude de la théorie éducative de Platon. Lindeman (Lorto & Moquet, 2009), en 1926, en énonce cinq principes.

1. Le besoin de savoir. L'adulte engage une démarche de formation uniquement lorsqu'il en entrevoit les bénéfices. Il apprend parce qu'il sait pourquoi il doit apprendre et que cet apprentissage prend sens pour lui. Aussi, proposer une première phase d'information sur la thématique abordée favorise la participation éclairée de l'adulte à sa formation.

2. La volonté d'apprendre. La participation active de l'adulte à sa formation est essentielle. La banque de données en santé publique définit la participation comme « *l'implication des personnes concernées dans l'identification des problèmes et des besoins ainsi que dans*

l'exécution des actions ». Pour susciter cette participation, les projets vont être créés autour de situations réelles et diversifiées qui ont pour but d'interpeller et d'engager l'adulte.

3. Le rôle majeur de l'expérience. La formation ne sera efficace que si on considère la multiplicité des expériences personnelles et sociales de l'adulte ainsi que de ses représentations.

4. Le concept de soi. Contrairement à l'enfant, l'adulte est un être responsable de sa vie et de ses décisions. En formation, il expérimente une situation d'apprentissage dont ses seuls souvenirs remontent généralement à l'enfance. Dans une formation adulte, cette tension continue entre le statut d'apprenant du sujet et la reconnaissance de son autonomie et de ses compétences par ses pairs et par l'éducateur doit toujours être prise en considération.

5. L'orientation de l'apprentissage. Les nouveaux savoirs doivent se faire l'écho des expériences personnelles ou professionnelles antérieures. La qualité de la formation des adultes s'observe alors par la mise en évidence des liens entre ses compétences et leur application à des situations réelles, souvent problématiques.

Lindeman nous offre ici une vision des enjeux de la formation des adultes. Il insiste sur l'importance de considérer les expériences propres à l'adulte et d'encourager sa participation.

L'éducation pour la santé vise alors à construire des savoirs par la mise en place de stratégies éducatives empreintes des approches socio-anthropologiques. Toutefois, son enjeu reste la mobilisation de ces savoirs afin de promouvoir la santé et la qualité de vie. Pour ce faire, les éducateurs s'appuient sur des approches psychologiques du développement personnel que nous allons maintenant aborder.

IV.3 - Approches psychosociales

Les psychologues cognitivistes se sont intéressés au concept de motivation notamment dans le cadre de l'apprentissage. Ils estiment qu'elle est encouragée par l'utilisation de concepts psychosociaux. Selon l'Inpes, en éducation pour la santé, nous pouvons « *utiliser des méthodes et outils s'appuyant sur ces concepts psychosociaux.[...] Ils favorisent l'adoption d'attitudes et de comportements favorables à la santé* » (Ireps Bourgogne, 2014, p. 11) Cinq concepts interdépendants sont particulièrement développés afin de mobiliser les compétences de la population.

IV.3.A - Estime de soi

L'estime de soi est « *la conscience de sa valeur personnelle dans différents domaines* » (Ireps Bourgogne, 2014, p. 11)

Selon le psychologue C. André, l'estime de soi « *comporte des aspects comportementaux et cognitifs. Elle influence nos capacités à l'action et se nourrit en retour de nos succès. De plus, elle dépend étroitement du regard que nous portons sur nous et le module à la hausse ou à la baisse* » (André, 2005, p. 29). Il affirme par ailleurs qu'une bonne estime de soi facilite l'engagement efficace dans l'action et l'évaluation plus précise de nos manifestations comportementales. Cela favorise notre bien-être émotionnel en le stabilisant et nous permet de nous protéger et de nous adapter à notre environnement.

IV.3.B - Sentiment d'auto-efficacité

Selon Bandura, le sentiment d'auto-efficacité est « *la croyance profonde en ses propres capacités d'organiser et de réaliser les actions nécessaires à la gestion adéquate des situations de manière à atteindre les objectifs prédéfinis* » (INPES et al., 2010). Cette conviction en notre capacité de relever de nouveaux défis est un préalable à l'engagement dans un projet et à la prise d'initiatives.

Ce sentiment est marqué d'une composante affective. Il renvoie à la perception que nous avons de nos capacités et non à nos capacités en elles-mêmes. Cette croyance nous apporte la sécurité nécessaire à tout engagement. Bandura précise alors que la modification de ce sentiment d'efficacité personnelle passe par des expériences de maîtrise et d'encouragements sociaux développés en éducation pour la santé.

IV.3.C - Motivation

La motivation est extrêmement liée au sentiment d'auto-efficacité. C'est une énergie multifactorielle qui provoque une conduite. Elle est construite sur la notion d'ambivalence puisqu'elle répond au choix de faire ou de ne pas faire.

Par ailleurs, lorsqu'elle concerne le changement d'une habitude, elle nécessite un effort considérable de la part du sujet, tant le processus de changement est complexe. De fait, dans les années 70, Prochaska et DiClemente, professeurs en psychologie, ont explicité le processus de changement à partir de travaux menés en addictologie. Six niveaux expliquant la préparation, l'engagement et la pérennisation ont été énoncés : la pré-intention, l'intention (résultant d'une prise de conscience), la préparation, l'action, le maintien et la résolution (automatisation sans tentation de retour en arrière).

Ce modèle transthéorique dit « *des étapes du changement* » (INPES et al., 2010) souligne le besoin de ressources considérables pour adopter un nouveau comportement dans une perspective durable. Cette approche nous permet de penser les étapes du changement et nous laisse entrevoir le rôle essentiel de la motivation.

Cette motivation sera facilitée par le sens accordé par l'individu au changement et le soutien qu'il trouvera auprès des professionnels.

IV.3.D - Stratégies d'adaptation

Les stratégies d'adaptation, ou coping, sont les stratégies déployées afin de s'ajuster à un environnement stressant. « *Elles consistent à évaluer une situation (avoir une pensée critique), gérer les émotions qu'elle suscite et développer une stratégie adaptative (faire face, à partir des ressources personnelles et sociales dont on dispose) afin d'en réduire l'impact. Le coping centré sur le problème vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour y faire face* » (INPES et al., 2010).

IV.3.E - Empowerment

L'empowerment, concept anglophone des années 1970, renvoie à l'idée de « *renforcer le pouvoir* ». Cette notion désigne ainsi « *la capacité des individus à mieux comprendre et à mieux gérer les forces personnelles, sociales, économiques et politiques qui influencent leur qualité de vie, dans le but d'agir pour améliorer cette dernière* » (Foucaud, Balcou-Debussche, & Inpes, 2008). L'empowerment « *développe par des actions concrètes, le sentiment que l'on peut exercer un plus grand contrôle sur sa vie en développant des compétences et une confiance en ses ressources* » (INPES et al., 2010)

Selon le glossaire européen de santé publique, « *l'estime de soi est renforcée, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action sont favorisés* ». Il s'agit de développer un pouvoir d'agir, la capacité à contrôler sa santé en se positionnant comme acteur. Les conséquences de ce concept sont « *une bonne image de soi, un sentiment de satisfaction personnelle et d'auto-efficacité, un sentiment de contrôle, une sensation de « lien », d'ancrage dans un processus de croissance et d'épanouissement, un espoir et un sentiment de justice sociale et de qualité de vie améliorée* » (Doumont, Ajoulat, & Deccache, 2002)

L'ensemble de ces moyens sont utilisés par les éducateurs afin de développer les compétences des sujets et notamment leurs capacités à résoudre les problèmes quotidiens qu'ils rencontrent. « *L'empowerment, comme le sentiment d'efficacité ou l'estime de soi met l'accent*

sur le développement d'une représentation positive de soi-même ou de ses compétences personnelles » (Doumont et al., 2002). La toute-puissance attribuée au professionnel est abolie au profit d'une reconnaissance positive des compétences et des ressources de l'individu.

Ces outils nécessitent une relation de confiance et de proximité entre la population et l'éducateur. Les projets d'éducation pour la santé s'inscrivent alors dans une démarche partenariale.

IV.4 - Approche relationnelle

Au travers des définitions de l'éducation, transparait l'idée d'une relation de proximité et de durée. De fait, outre les stratégies déployées, la réussite d'un projet d'éducation pour la santé est sous-tendue par la qualité des relations entre les différents acteurs. La création d'un partenariat de qualité devient alors un véritable enjeu.

Selon Bouchard, dont les travaux portent sur le partenariat entre la famille et les professionnels, *« le partenariat se définit par l'association entre les personnes, leurs proches, [...] et les intervenants dans un rapport visant l'égalité. Chacun reconnaît l'expertise des autres et leurs ressources dans la prise de décision par consensus concernant la réalisation du projet de vie de la personne. Le partenariat s'actualise par l'appropriation de compétences nécessaires à l'autodétermination de chacun (précision des besoins, des buts et des rôles des acteurs) »* (INPES et al., 2010, p. 28). En outre, Pelletier énonce cinq principes que suit l'action partenariale : l'intérêt mutuel des partenaires, leur égalité, leur autonomie, la coopération et l'évolution (inscription dans un espace et un temps limité avec une évaluation continue). (Pelletier, 1997)

Le partenariat est donc une intelligence collective qui permet d'appréhender la complexité d'une problématique en croisant les ressources et compétences de chacun. Le professionnel ne se place alors pas comme expert face à un sujet ignorant, en imposant son pouvoir et son savoir. Il accompagne l'individu dans la compréhension de la situation et la recherche de solutions, en partageant son expertise. Le partenariat s'appuie alors sur le partage des expériences de chacun. Il privilégie une relation de confiance et de respect ainsi que la reconnaissance des valeurs.

Cette approche relationnelle par le partenariat est essentielle pour garantir la qualité des projets d'éducation pour la santé. Elle répond aux notions de proximité et de durabilité auxquelles l'éducation pour la santé est attachée.

L'éducation pour la santé s'enrichit des fondements théoriques de nombreuses disciplines. Les orthophonistes peuvent prendre appui des sciences socio-anthropologiques, de l'éducation et de la notion de partenariat pour construire des actions préventives. Nous allons maintenant envisager le sens que les orthophonistes peuvent attribuer à l'éducation pour la santé, particulièrement dans le domaine du développement du langage.

PARTIE 4 : LA PREVENTION EN ORTHOPHONIE

I - Prévention en orthophonie

I.1 - Historique de la prévention en orthophonie

L'orthophonie a bénéficié d'une réelle reconnaissance en France grâce à Madame Suzanne Borel-Maisonny. Dix années après son investissement dans l'élaboration d'une formation spécifique dans cette discipline, le statut légal de l'orthophonie est officialisé par la loi du 10 juillet 1964, avec la création du Certificat de Capacité d'Orthophoniste.

Originellement, les prises en charge visent principalement à élaborer des méthodes afin de restaurer une qualité de langage chez l'enfant. Toutefois, les professionnels, confrontés quotidiennement aux conséquences des troubles, perçoivent rapidement la portée d'une intervention précoce. Les orthophonistes souhaitent dès lors encourager le dépistage et la guidance familiale. C'est en 1946 que Suzanne Borel-Maisonny initie alors la prise en charge précoce et la prévention. Elle formalise le bilan orthophonique et crée un test non-verbal pour les enfants de quinze mois à six ans (L'orthophoniste n°304, 2010).

En 1992, le champ d'activité des orthophonistes s'étend à la prévention et au dépistage. Cette évolution ne sera officiellement reconnue et inscrite dans le décret de compétence qu'en 2002. En effet, le 2 mai 2002, le décret n° 2002-721 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste stipule dans son article 1^{er} que « *l'orthophonie consiste à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son*

expression ; à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions ».

En outre, l'article 4 de ce même décret précise que *« la rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage du proche. L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie. »*

La prévention est désormais inscrite dans le champ de compétence des orthophonistes.

I.2 - Champs de prévention en orthophonie

Les interventions préventives en orthophonie se multiplient. La quasi-totalité des régions de France disposent d'associations de prévention en orthophonie créées par les professionnels. En Poitou-Charentes, l'association « Les Orthos Vienne(nt) » élabore ces projets préventifs. Les actions sont destinées à l'ensemble de la population, quel que soit son âge, et concernent l'ensemble des pathologies rencontrées dans la profession, à savoir l'oralité, le langage oral, le langage écrit, l'illettrisme, la phonation, l'audition, les pathologies dégénératives, etc.

Ce travail de recherche sera désormais orienté vers la prévention dans le domaine du langage oral. De fait, l'intervention précoce auprès des jeunes enfants fait l'objet d'une attention particulière, tant au sein de la profession que des politiques de santé.

II - Le langage oral, un domaine de prévention privilégié

La convention des orthophonistes ainsi que les mesures gouvernementales préconisent une action précoce visant à prévenir les troubles du langage oral.

II.1 - Convention nationale des orthophonistes

Le 29 mars 2012, la convention nationale des orthophonistes avec l'Assurance Maladie a été revue. L'article 5.2 de l'avenant 13 à cette convention traite particulièrement du développement des actions de prévention. Il stipule alors que *« la mise en œuvre d'actions de prévention contribue à l'efficience du système de santé. En application de l'article 30 de la*

convention, concernant la prévention en orthophonie, un groupe de travail est constitué pour étudier l'opportunité et les modalités éventuelles de mise en œuvre de nouvelles actions de prévention, notamment sur le dépistage précoce chez l'enfant des troubles du langage oral. »

Cet article souligne la nécessité d'une intervention préventive précoce pour prévenir les troubles du langage oral, notamment par des actions de prévention et de dépistage. Ces projets s'inscrivent dans les plans déployés par le gouvernement, dont nous allons expliciter les principales mesures.

II.2 - Mesures gouvernementales concernant le langage oral

Depuis les années 2000, les autorités s'intéressent au domaine du langage oral au travers d'études portant sur les troubles spécifiques du langage oral et écrit. Cet axe d'intervention est régulièrement énoncé dans les lois de santé publique et les plans nationaux.

II.2.A - Plan triennal 2001-2004

En février 2000, Jean-Charles Ringard, inspecteur général d'académie et directeur des services départementaux de l'éducation nationale de la Loire-Atlantique, rédige un rapport à propos des enfants dysphasiques et dyslexiques. Ce texte, reconnu par le gouvernement comme document de référence pour l'élaboration d'un plan national sur ce sujet, met en évidence que *« 4 à 5 % des enfants par classe d'âge souffrent d'un trouble du langage oral ou écrit et que, parmi eux, 1% sont atteints d'un trouble sévère »*. Si cette étude a été parfois critiquée, elle a permis de sensibiliser le gouvernement aux troubles du langage.

Suite à ce rapport, un plan d'action interministériel pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage, effectif de 2001 à 2004, a été élaboré. Son objectif est alors d'améliorer le repérage, le dépistage et la prise en charge de ces enfants afin de limiter *« les conséquences dommageables sur leur développement personnel et scolaire »*. Ce plan s'adresse aux professionnels qui interviennent dans le cadre de l'école. Le suivi des enfants est renforcé dès la maternelle, notamment par des dépistages systématiques aux âges de trois et cinq ans.

Cette volonté des pouvoirs publics d'améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles du langage oral et écrit sera inscrite dans la loi de santé publique du 9 août 2004 comme un des cent objectifs de santé publique.

II.2.B - Loi de protection de l'enfance de 2007

Plus récemment, le 5 mars 2007, la loi n°2007-293 réformant la protection de l'enfance est votée. Elle a pour dessein de « *renforcer la prévention, d'améliorer le dispositif d'alerte et de signalement et de diversifier les modes d'intervention auprès des enfants et de leur famille* ».

Cette loi renforce les compétences attribuées à la Protection Maternelle Infantile (PMI) et à la médecine scolaire en prenant appui sur le code de santé publique et le code de l'éducation. Ainsi, ils ont pour mission « *d'instituer un bilan de santé pour tous les enfants de trois à quatre ans, notamment dans le cadre de l'école maternelle et de contribuer aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage, pour les enfants de moins de six ans* ». (Article 1^{er} de la loi de protection de l'enfance, en référence à l'article L.2112-2 du code de santé publique).

Par ailleurs, la loi insiste sur l'obligation d'une visite médicale à la sixième année, au cours de laquelle « *un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisé. Les médecins de l'Éducation Nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites* » (article L.541-1 du code de l'éducation). Ces visites sont à poursuivre tout au long de la scolarité.

Parallèlement à cette loi, le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes publie cinq guides pratiques dont l'un traite particulièrement de « *la prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent* ».

Ce guide explicite les dispositions de la loi de mars 2007. Outre les actions de dépistage, la nécessité « *d'accompagner les parents dans l'exercice de leurs responsabilités parentales* » est mise en évidence. Des actions collectives pour soutenir la parentalité peuvent être proposées. Elles sont cordonnées par la PMI, à travers un réseau impliquant des associations qui proposent des services aux familles, des lieux parents-enfants, des écoles, etc. Leur finalité est « *d'informer les parents, de leur redonner confiance et de les aider à assurer leur rôle parental ou à le développer, de permettre aux parents de partager leurs expériences, etc.* ».

La loi du 5 mars 2007 souligne de nouveau les mesures mises en place afin de dépister les troubles du langage oral. Elle se montre, de surcroît, novatrice en insistant sur l'accompagnement des parents dans leur rôle éducatif et dans leur parentalité.

Les dispositions que nous venons d'évoquer nous permettent d'apprécier la place accordée par les autorités aux troubles du langage oral. La prévention de ces troubles est désormais inscrite dans les politiques publiques. Elle se concrétise le plus souvent par des dépistages dans le cadre de l'école, à partir de trois ans. Les missions préventives des orthophonistes s'inscrivent alors totalement dans ces orientations politiques. Toutefois, le dépistage n'est pas la seule perspective d'action préventive puisque l'éducation pour la santé s'avère pertinente pour favoriser le développement de la communication.

II.3 - Du dépistage des troubles du langage oral vers l'éducation pour la santé

Les activités de dépistage sont essentielles à une orientation précoce des enfants vers les orthophonistes et contribuent à la qualité de l'accompagnement de ces enfants et de leur famille. Toutefois, repérer les symptômes précoces des troubles ne constitue pas l'unique possibilité d'intervention préventive auprès des jeunes enfants.

En effet, les politiques de santé publique souhaitent la réduction des inégalités en matière de santé. L'acquisition par la population de compétences suffisantes pour améliorer sa santé et sa qualité de vie permettra de relever cet enjeu. Les interventions préventives peuvent alors s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé dont les principales actions auprès de la population prennent la forme de l'éducation pour la santé, adressée à toute la population.

Ainsi, les projets de prévention menés par les orthophonistes peuvent s'insérer dans cette démarche en faveur du développement du langage et de la communication des enfants. Leur finalité serait que chaque enfant acquière les compétences langagières nécessaires à son développement personnel et social. Un tel projet auprès des enfants nécessite la participation de leur entourage. Nous pouvons renforcer leurs capacités à promouvoir le développement langagier de leur enfant.

Par ailleurs, si ces actions visent le renforcement des compétences de l'enfant, elles seront davantage pertinentes dès l'apparition des capacités langagières. Or, de nombreuses études soulignent la précocité du développement de la communication. Elles affirment que la période d'évolution la plus importante se situe avant trois ans. Aussi, les actions d'éducation pour la santé peuvent être destinées aux enfants de moins de trois ans et à leur entourage.

Nous allons maintenant avancer des arguments favorables à une intervention avant l'âge de trois ans. Puis, nous évoquerons les principaux partenaires susceptibles d'intégrer un projet d'éducation pour la santé en faveur du développement de la communication des enfants.

III - Education pour la santé en faveur du développement de la communication chez l'enfant de moins de trois ans

III.1 - Arguments en faveur d'une intervention préventive avant trois ans

La portée d'une intervention préventive avant trois ans s'explique grâce aux études des neurosciences cognitives et de la psychologie développementale. Nous allons alors évoquer les principaux résultats dans ces domaines de recherche.

III.1.A - Neurosciences cognitives

Depuis les années 1970, les neurosciences cognitives s'attachent à établir les liens entre le fonctionnement cérébral et le développement de la pensée ou des processus cognitifs.

Les études mettent en évidence que le cerveau est composé de milliards de neurones en interrelation. L'activité coordonnée des neurones dans le traitement des informations reçues de l'extérieur contribue à l'élaboration de processus mentaux, appelés fonctions cognitives, dont le langage fait partie. L'activité intellectuelle est donc le fruit d'une interaction entre le programme génétique et l'environnement (Mazeau & Laporte, 2013).

A la naissance, un phénomène appelé « plasticité cérébrale » se met en place. Grâce à la confrontation du bébé avec son environnement, une partie des neurones se développe massivement en réseaux neuronaux qui se spécialisent. Ce processus est appelé « la stabilisation synaptique ». En revanche, les autres neurones, moins stimulés, régressent progressivement. Les potentialités de l'enfant se transforment donc au gré des apprentissages. « *L'acte d'apprendre apparaît paradoxalement comme une "restriction" des potentialités offertes par le programme génétique* » (Lehouelleur, 2010).

Ce phénomène de plasticité cérébrale s'estompe au cours du développement. Aussi, on parle de « périodes critiques » à partir desquelles on observe « *une perte de la plasticité qui se produit quand les liaisons neuronales ne sont plus spécialisées* » (Boysson-Bardies, 1996, cité par Antheunis, Ercolani-Bertrand, & Roy, 2005, p. 53) « *Il semble exister une phase critique*

durant laquelle les liaisons actives sont conservées et celles qui ne reçoivent aucun influx sont éliminées » (Dumont&Herbault, 1997, cité par Antheunis et al., 2005). D'après ces mêmes auteurs, cette spécialisation des réseaux neuronaux n'est optimale que jusqu'à l'âge de 4 ans. Le Dr Changeux (cité par Lehouelleur, 2010), neurobiologiste, précise, quant à lui, que la période critique pour le langage semblerait se situer entre six mois et trois ans. Par ailleurs, le Dr Mauroy, responsable de la direction médicale de l'Observatoire National de l'Enfance, nous précise que « *c'est avant la fin de la première année que la partie du cerveau qui va servir de support au langage connaît son pic de croissance* » (Mauroy, n.d.).

Ces données concernant les processus de maturation neuronale soulignent l'importance de soutenir le langage au cours des trois premières années de vie de l'enfant. Les résultats montrent ainsi l'intérêt d'une intervention précoce.

Parallèlement à ces études sur le fonctionnement cognitif, d'autres recherches ont mis en évidence les capacités communicationnelles de l'enfant dès sa naissance. Nous allons alors développer les arguments en faveur de cette affirmation. Nous nous intéresserons aux fonctions sociales et au développement langagier.

III.1.B - Psychologie développementale

Le langage désigne selon le dictionnaire le Petit Robert, « *la fonction d'expression et de communication entre les hommes, mise en œuvre au moyen d'un système de signes* ». Ces signes, arbitraires et conventionnels, forment la langue.

Pour Mazeau et Laporte, le langage désigne « *la forme la plus achevée socialement de la communication entre les hommes* ». Ils précisent cependant que la communication est « *une fonction beaucoup plus large, qui inclut la connaissance de la situation, des relations sociales entre les locuteurs, les usages culturels, les intentions* » (Mazeau & Laporte, 2013). Après avoir montré la précocité du développement des compétences sociales chez l'enfant, nous aborderons le développement langagier de la naissance à l'âge de trois ans.

➤ Fonctions sociales précoces

Lorsque l'enfant naît, il découvre l'environnement tant social que physique, dans lequel il va se construire. Il prend alors référence sur toutes ses sensations sensori-motrices pour grandir.

Progressivement, il développe une conscience de soi. A six semaines, il est capable de différencier son corps du monde extérieur et commence à adresser un sourire social. Au

deuxième mois, il entame des dialogues avec son environnement social, appelés « proto-conversations ». Il s'agit d'échanges de sons et de gestes que l'adulte interprète et qui, d'ores et déjà, mettent du sens sur le monde environnant de l'enfant. Puis, au neuvième mois, l'enfant est capable d'une attention conjointe, manifestation de ses premiers échanges sociaux. Enfin, dès dix-huit mois, l'enfant développe parallèlement une conscience de soi et d'autrui. Ainsi, il s'approprie le regard de l'autre et accède au monde adulte. C'est le signe de son entrée dans la pensée symbolique.

Ainsi, l'enfant construit une cognition sociale qui est « *l'ensemble des processus cognitifs impliqués dans les interactions sociales. Précisément, il s'agit de la capacité à construire des représentations sur les relations entre soi-même et les autres et à utiliser ces représentations de manière flexible pour ajuster et guider son propre comportement social* » (Merceron et al. 2011, cité par Inserm, 2013).

La cognition sociale se rapproche alors de la théorie de l'esprit qui est « *la capacité de relier les conduites ou les comportements que l'on observe chez une personne à des états mentaux de cette personne* ». Mazeau et Laporte expliquent par exemple que le sourire d'une mère, suite à une vocalisation de l'enfant, indique à ce dernier que sa mère est contente. Aussi, il recommence régulièrement. Ils affirment que cette théorie de l'esprit est sous-tendue par trois compétences :

- L'attente d'une interaction avec ses proches. Dès le sixième mois, l'enfant reconnaît la capacité d'une intention et d'une interaction à tout être humain. Aussi, il recherche constamment cet échange et initie des situations interactionnelles.

- L'imitation. Rapidement après sa naissance, l'enfant imite son entourage. Puis, il réagit vers l'âge de cinq mois lorsque son entourage l'imité en réponse. Vers l'âge de vingt et un mois, il initie alors des activités ludiques avec cette imitation.

- L'attention conjointe. Cette capacité, acquise généralement entre neuf et douze mois, désigne « *le partage d'intérêt pour l'objet ciblé sans que celui-ci soit désigné par l'autre autrement que par le regard* ». Vers 2 ans, l'enfant distingue les objets du monde des objets de sa pensée. Il initie alors des jeux de faire semblant et accède ainsi à la pensée symbolique.

Ces données révèlent que, dans le développement normal de l'enfant, les fonctions sociales sont des compétences précocement développées et fondatrices pour l'évolution langagière. Elles résultent du développement de la conscience de soi en lien avec l'interaction

sociale et la communication. Les réponses de l'entourage aux tentatives de communication de l'enfant sont alors essentielles à son développement.

Par ailleurs, les études menées sur le langage révèlent que son développement commence dès la naissance, voire dans le ventre de la mère. Nous allons évoquer les arguments permettant d'établir cette affirmation.

➤ **Développement du langage**

A sa naissance, l'enfant naît avec des compétences développées dans le ventre de sa mère. En effet, il découvre la mélodie de la parole et se familiarise avec les sons de la langue, l'intonation de sa mère, etc. De l'interaction entre ces compétences et son environnement notamment social, l'enfant va construire sa pensée et son langage.

Dans les tout premiers mois de sa vie, l'enfant est capable de discriminer les sons appartenant à toutes les langues. Puis, au fil des mois, il perd ses capacités discriminatives. De fait, les réseaux neuronaux se spécialisent pour ne discriminer que les sons relatifs à la langue maternelle de l'enfant. On remarque une nouvelle fois l'implication de l'environnement dans la maturation cérébrale.

L'enfant perçoit alors les sons de la langue qu'il va progressivement associer à un objet référent de son monde. Il construit alors progressivement des « *réseaux lexicaux et sémantiques* » qui se développent majoritairement de zéro à trois ans (Mazeau & Laporte, 2013, p. 21). Ses capacités réceptives vont se développer grâce aux échanges avec son entourage. Ce dernier prend en effet soin d'adapter son langage à l'âge de l'enfant en accentuant l'intonation, en faisant des phrases simples, en répétant plusieurs fois les énoncés, etc. On parle généralement d'un « parler-nourrice » qui permet à l'enfant de percevoir la richesse de la langue puis d'organiser son environnement.

Au niveau expressif, l'enfant communique davantage, au cours des premiers mois de vie, par des pleurs, des sourires, des cris, des gazouillis, etc. Puis, progressivement, son langage prend la forme de la langue maternelle. Vers quatre-six mois, on reconnaît alors la prosodie de cette langue. Le « babillage canonique », qui correspond à l'émission répétée de syllabes de la langue maternelle, se constitue vers huit-douze mois.

Si l'enfant ne prononce ses premiers mots que vers l'âge de un an, c'est parce que la motricité de son appareil phonatoire n'est pas encore performante. Cependant, l'ensemble des

étapes décrites sont autant de tentatives de communication que l'enfant destine à son entourage. Ainsi, à force d'échanges, l'articulation se précise, le vocabulaire s'enrichit, etc.

A partir de douze-seize mois, « *le système de production phonologique se manifeste* » (Mazeau & Laporte, 2013). L'enfant commence à produire des mots et à diversifier son vocabulaire. Des études révèlent que « *les processus d'acquisition du langage les plus importants sont achevés pendant cette période se situant avant douze-dix-huit mois* » (Juszyk, 1977, Penner, 1999, cité par Antheunis et al., 2005).

A partir de deux ans, on observe une explosion lexicale. Le vocabulaire de l'enfant s'enrichit massivement. Il commence alors à intégrer les formes syntaxiques et grammaticales de la langue et juxtapose des mots qui deviendront progressivement des phrases complètes. Puis, à 3 ans, les phrases se complexifient et s'allongent. Selon Mazeau et Laporte, l'enfant possède un vocabulaire de base à l'âge de quatre ans.

A travers ces éléments, nous pouvons voir que le développement du langage commence dès la naissance, voire dans le ventre de la mère. Par ailleurs, si l'enfant possède des compétences précoces, elles ne peuvent se développer que par l'interaction avec son environnement. « *Le développement cognitif de l'enfant est le résultat de la confrontation entre son patrimoine génétique et son environnement affectif, physique, familial et social, etc.* » (Mazeau & Laporte, 2013).

Les études sur la maturation cérébrale, les compétences sociales et les compétences langagières indiquent que l'enfant se développe dès sa naissance et principalement avant trois ans. Plus encore, elles affirment que le développement n'est plus optimal au-delà de certains âges clefs. Ces données vont donc en faveur d'une intervention précoce avant trois ans.

Par ailleurs, le rôle décisif de l'environnement, particulièrement de l'environnement social, dans le développement de la communication de l'enfant est révélé. Aussi, l'implication de l'entourage dans les actions d'éducation pour la santé est primordiale. Les parents et les professionnels de la petite enfance en sont les principaux acteurs comme nous allons le voir.

III.2 - Partenaires dans un projet d'éducation pour la santé en faveur du développement de la communication chez l'enfant de moins de trois ans

III.2.A - Les parents, premiers éducateurs de leur enfant

Les parents sont les premiers éducateurs de leur enfant. En effet, le code civil affirme dans l'article 371-2 que « *l'autorité appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé, sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement* ».

Toutefois, le rôle de parent dépasse cette notion de responsabilité inscrite dans le code civil. En effet, l'évolution des schémas familiaux dans nos sociétés, les difficultés que rencontrent certains parents dans leur rôle éducatif, les conséquences qu'elles entraînent pour les enfants ainsi que la problématique de la parenté en lien avec les progrès médicaux, ont suscité une réflexion quant à la responsabilité parentale et les compétences qu'elle requiert.

Ainsi, au début des années 2000, le terme « parentalité » est nouvellement apparu dans le vocabulaire de la santé publique. Il a pour origine le terme anglais *parenthood* utilisé dès 1930 par Bronislaw Malinowski, anthropologue et ethnologue.

Le Conseil de l'Europe explique que « *la parentalité implique un ensemble de réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de jouer leur rôle de parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur enfant sur le plan physique, affectif, intellectuel et social* » (Inpes, 2010)

Ce concept s'est étoffé de la notion d'attachement, longuement développée par le psychiatre et psychanalyste Bowlby. Selon Miljkovitch, docteur en psychologie, l'enfant repère ce à quoi l'adulte est sensible et développe des stratégies pour qu'on s'occupe de lui. Il recherche la protection de ses parents. L'attachement est un besoin primitif de l'enfant et apparaît comme « *facteur essentiel d'un bon développement* » (Inpes, 2009, p.18).

Pour Bowlby, « *tous les processus développementaux ont leur origine dans les trois premières années de la vie et sont inscrits, dès les premiers jours, dans l'organisation du comportement d'attachement. C'est la phase où l'individu acquiert ses capacités d'être humain* » (Golse & Bidault, 2008, p.138).

A travers cet attachement à la figure parentale, l'enfant expérimente ses premières interactions qui participent de son développement global et sont fondatrices de son acquisition langagière.

Sachant le lien entre les parents et l'enfant dans le développement du langage, les orthophonistes ont à souhait de susciter l'implication des familles dans les projets d'éducation pour la santé en faveur du développement de la communication. Les interventions viseront à renforcer les compétences des parents en favorisant le repérage des compétences précoces de l'enfant et en encourageant les comportements porteurs de langage.

L'impact des interventions sera davantage notable par la collaboration entre les orthophonistes et les professionnels intervenant dans la vie de l'enfant. Les services de PMI sont notamment des partenaires idéaux pour ces projets. Nous allons en expliquer les raisons.

III.2.B - Services de Protection Maternelle Infantile

Les services de PMI, créés en 1945 et dépendants du président du conseil général, sont « *des services de prévention médico-sociale qui s'adressent aux enfants de zéro à six ans ainsi qu'à leur famille* » (Gaucher, 2002). Ils assurent le suivi des enfants au cours de leurs premières années de vie et exercent une mission de prévention au travers de dépistages et de consultations régulières.

En outre, ils accompagnent les parents dans leur rôle éducatif. Un des enjeux de la PMI est « *de favoriser une organisation interne et partenariale permettant d'accueillir les populations les plus vulnérables et de leur accorder une attention particulière au sein des services de PMI, tout en garantissant une mixité sociale* » (Bourdillon, 2009a).

Cette relation partenariale facilite ensuite les échanges entre la famille et les réseaux de santé. La PMI « *permet d'initier un dialogue et une relation de confiance entre les parents et les professionnels de santé pouvant s'élargir à leur environnement, leur contexte et les aspects quotidiens d'ordre médical, éducatif, social, économique et culturel.* » (Bourdillon, 2009a). Ainsi, l'élaboration de projets préventifs, dans lesquels la PMI joue souvent un rôle d'initiateur et de coordinateur, s'en trouve facilitée. Les services soutiennent particulièrement les missions locales dans lesquelles les orthophonistes ont leur place.

Une étroite collaboration avec les établissements de soins, les professionnels libéraux, les différentes caisses de l'état, les structures d'accueil de la petite enfance et les PMI permet de rassembler les professionnels autour de l'intérêt de l'enfant. La pluridisciplinarité est donc considérée comme une ressource essentielle pour accompagner les enfants.

Enfin, les services de PMI tiennent un rôle dans l'agrégation des services d'accueil des enfants et notamment dans la formation des assistants maternels, une profession en pleine extension. Nous allons maintenant évoquer les modes d'accueil actuels et les professionnels avec lesquels un partenariat peut être construit.

III.2.C - Modes d'accueil

L'émancipation des femmes, après la seconde guerre mondiale puis dans les années 1970, est une évolution remarquable dans le monde occidental. Elles remettent en cause leur condition et réclament le droit au travail.

Parallèlement, la conception de la famille évolue. L'éducation de l'enfant, qui autrefois consistait à développer sa contribution au fonctionnement de la maison, passe désormais par la socialisation et l'insertion dans la société. On assiste alors à une diversification des milieux de vie de l'enfant.

L'accroissement du travail des femmes et la nouvelle place accordée à l'enfant ont provoqué, au cours du demi-siècle dernier, le développement des structures d'accueil. Ainsi, les structures d'accueil collectif et individuel s'institutionnalisent et la qualité des services s'améliore.

➤ Accueil collectif

Les enfants peuvent bénéficier d'un accueil collectif. Ces structures sont agréées par la PMI et peuvent avoir une gestion communale, associative, parentale voire entrepreneuriale pour le secteur privé. L'accueil peut être ponctuel ou régulier et les modalités de fonctionnement, dont les horaires, sont adaptées aux situations des parents afin de permettre une plus grande accessibilité à la population.

Les professionnels travaillant dans ces structures sont principalement des éducateurs de jeunes enfants (EJE). Ces professionnels sont titulaires du diplôme d'état d'éducateur de jeunes enfants (DEEJE). Leur formation est de trois ans dont quinze mois de stage.

Les éducateurs de jeunes enfants ont un premier rôle d'éducateur. Ils accompagnent l'enfant dans son développement. En outre, ils sont sensibilisés à l'observation et à la prévention. Ces professionnels seront particulièrement attentifs aux difficultés, notamment communicationnelles, chez l'enfant et apporteront une réponse adaptée. Par ailleurs, ils s'appliquent à construire une relation partenariale avec les parents et sont un soutien dans

l'accompagnement à la parentalité. Enfin, les EJE veillent au travail en équipe, tant dans la construction de leur projet d'accueil que dans l'accompagnement des enfants et de leur famille.

➤ **Accueil individuel**

Un autre dispositif d'accueil est proposé à travers l'accueil individuel par un assistant maternel.

Selon un rapport publié en 2014 par l'observatoire national de l'enfance sur les modalités d'accueil des enfants de zéro à six ans, cet accueil est particulièrement privilégié par les parents. Il est précisé que 61% des enfants de moins de trois ans sont gardés par les parents. En dehors de ce temps de garde par les parents, les enfants sont confiés principalement à des assistants maternels. Par ailleurs, lorsque les deux parents travaillent, c'est également ce mode d'accueil (38%) qui est privilégié aux structures collectives (21%). Les enfants passent alors une partie conséquente de la journée auprès de ces professionnels et les pouvoirs publics ont à cœur d'encourager la qualité de cet accueil.

Depuis 1977, les nourrices sont officiellement reconnues sous la dénomination « d'assistants maternels ». Un cadre réglementaire, adopté en 1992, intègre désormais ce mode de garde aux dispositifs d'accueil de la petite enfance. Dès lors, ce métier ne cesse de se professionnaliser. La dernière loi portant réforme sur le statut d'assistant maternel date du 27 juin 2005. Après une formation de cent vingt heures, un agrément est délivré par les services de PMI pour une durée déterminée et pour un nombre défini d'enfants à accueillir.

L'accompagnement à la professionnalisation est essentiel. Les assistants maternels n'ont plus l'unique fonction de la garde des enfants mais concourent à leur éveil et doivent ainsi acquérir des savoirs et des compétences concernant le développement de l'enfant et notamment le développement langagier.

L'assistant maternel prend part au « *projet individualisé d'accueil de l'enfant* » établi selon les attentes et avec les parents (Alberola, 2009, p. 14). L'enjeu du métier d'assistant maternel est de « *tenir compte des demandes parentales et de leurs valeurs éducatives tout en faisant preuve de souplesse afin de guider au mieux l'enfant dans ses progrès* ».

Ces professionnels ont une première mission d'accompagnement de l'enfant dans ses jeux, dans ses découvertes sensorielles ou motrices, dans son développement affectif et individuel ainsi que dans son autonomie et sa socialisation. Par ailleurs, ils repèrent les

évolutions de l'enfant et en référent aux parents. Aussi, l'acquisition de compétences dans les domaines du développement de l'enfant, dont le langage fait partie, est nécessaire.

Les associations de prévention en orthophonie peuvent ainsi contribuer à la professionnalisation des assistants maternels en leur apportant des outils de repérage des difficultés langagières de l'enfant mais également en les aidant à construire, autour de l'enfant, un environnement favorable à son développement langagier. Il est intéressant de leur faire observer les compétences de l'enfant dès sa naissance ainsi que d'ouvrir leur regard sur les comportements porteurs du langage pour l'enfant.

De telles relations entre les assistants maternels et les orthophonistes sont favorables à la prévention de troubles langagiers et facilitent un accompagnement précoce des enfants.

Par ailleurs, afin d'améliorer la qualité de l'accueil, de favoriser la professionnalisation des assistants maternels et d'encourager le partage d'expériences, des Relais d'Assistants Maternels (RAM) ont été créés en 1989 et officialisés le 27 juin 2005 dans la loi n° 2005-706.

Les RAM ont une première mission d'information destinée aux parents et aux professionnels sur l'accueil et la profession d'assistant maternel.

Par ailleurs, ces structures offrent, pour les assistants maternels, un cadre de rencontre et d'échanges des pratiques professionnelles. Ces temps sont l'occasion de mutualiser les outils pour améliorer l'accueil des enfants. Puis, chaque semaine, des ateliers d'éveil sont proposés aux enfants avec leur assistant maternel. Enfin, régulièrement, des soirées d'échanges, destinées à approfondir certaines thématiques, sont organisées pour les parents et les professionnels.

L'ensemble de ces activités est coordonné par des animateurs de relais et ont pour vocation de favoriser la relation de proximité avec l'ensemble de la population et des services locaux.

Après l'explicitation du rôle des parents dans le développement de l'enfant ainsi que des missions des services de PMI et des professionnels intervenant dans les dispositifs d'accueil, nous apprécions à présent les possibilités de partenariat dans le cadre d'un projet d'éducation pour la santé en faveur du développement de la communication chez l'enfant de moins de trois ans.

Pour élaborer de telles interventions, nous pouvons nous référer à la démarche de planification des projets d'éducation pour la santé que nous allons maintenant étudier.

PARTIE 5 : LA PLANIFICATION D'UN PROJET EN EDUCATION POUR LA SANTE

D'après le plan national d'éducation pour la santé de 2001, les programmes d'éducation pour la santé se construisent autour de trois mesures : les campagnes de communication, la mise à disposition d'informations validées scientifiquement et des actions éducatives précoces.

Les pouvoirs publics invitent à inscrire les actions de proximité dans une démarche de santé publique. La planification de tels projets s'énonce en cinq étapes essentielles : le diagnostic, la définition d'objectifs, la programmation, la mise en œuvre et l'évaluation. Nous allons dès lors en expliquer les principes.

I - Diagnostic

Etablir un diagnostic, c'est faire l'état des lieux du milieu dans lequel nous allons intervenir. Cette étape est primordiale pour assurer l'efficacité d'une action. Elle consiste en l'analyse de l'état de santé de la population et détermine le cadre de l'intervention.

Au cours de cette étape, les éducateurs ont pour mission d'identifier la problématique de la situation et son envergure. Ils définissent la population en matière de besoins, ses caractéristiques et les déterminants environnementaux, comportementaux, etc., qui influencent la situation. Enfin, l'objectif est de repérer les partenaires, les ressources et les potentialités du milieu ainsi que les obstacles susceptibles de limiter l'intervention.

I.1 - Définition des besoins

Une des étapes élémentaires d'un projet est de définir les besoins, en fonction de la population, des risques identifiés, etc. C'est sur ces besoins que reposent les objectifs du projet.

Un besoin de santé est « *une carence sanitaire déterminée par des moyens biologiques, épidémiologiques, etc., qui appelle des mesures préventives et curatives et, s'il le faut, des mesures d'éradication* » (Maigne et al., 2005). Nous évaluons l'écart entre un état optimal et l'état actuel de santé.

La définition de ces besoins permet de les mettre en relation avec les facteurs les influençant. Ainsi, nous pouvons entreprendre des actions sur ces déterminants de santé.

Selon Bury, « *le besoin représente ce qui est requis pour remédier au problème identifié et atteindre la situation désirée* » (Bury, 1988, p. 145). Ils peuvent être distingués en trois catégories. Les besoins latents ne sont perçus d'aucune personne et sont découverts à la suite d'une analyse critique de l'origine d'un problème de santé. Les besoins ressentis sont la conséquence d'une prise de conscience par un individu ou par la communauté. Cette conscientisation résulte de l'analyse par la population de ses conditions de vie et peut être facilitée par les stratégies d'éducation pour la santé. Enfin, les besoins exprimés, ou demandes, correspondent à une partie des besoins ressentis par la population.

Les besoins sont donc parfois reconnus par un expert sans faire l'objet d'une demande particulière de la part de la population. Or, la participation des sujets est liée au désir d'amélioration de la situation. L'émergence et l'expression de la demande sont donc essentielles à l'engagement de l'individu dans le projet. Pour ce faire, les politiques de santé nous invitent à recueillir et faire évoluer les représentations sociales de la santé en favorisant la prise de conscience par des stratégies réflexives.

I.2 - Outils pour définir les besoins

Le recueil de données est une étape primordiale pour l'analyse des besoins et la mise en place d'une action pertinente.

Pour Baudier (Bury, 1988, p. 153), l'analyse permet déjà à la population d'enclencher une réflexion quant à ses propres besoins. Elle fait appel à deux orientations. Premièrement, l'étape documentaire permet une analyse objective de la situation problématique et de ses caractéristiques puisqu'elle apporte des données quantitatives. Par ailleurs, l'approche relationnelle, davantage qualitative, permet de récolter le ressenti des gens face au thème abordé. Le croisement de ces deux modalités de recueil des données apporte de la pertinence aux actions entreprises. Après le recueil des besoins généraux, il peut être judicieux de réaliser des investigations supplémentaires. Cette fine analyse facilite l'adaptation des services aux besoins définis.

Voici quelques exemples de méthodes utilisées pour recueillir les données (Gueguen et al., 2010)

I.2.A - Observation

La méthode est dépendante du lieu, de l'horaire et du public présent au moment de l'intervention. L'observation peut être participative, dans le sens où nous demandons au public concerné de s'auto-observer, ou non-participative. L'observation se fait alors par une personne extérieure. Il est alors opportun de créer préalablement une grille d'observation. Le croisement des observations permet une meilleure connaissance des relations entre les acteurs, de la situation problématique, des potentialités et des limites pour une action. (Richard, n.d.)

I.2.B - Entretiens

Ils permettent d'approfondir les paramètres de la situation en recueillant plus d'informations sur un nombre important de thèmes. Les entretiens, individuels ou collectifs, peuvent être effectués auprès d'un échantillon ou sur la population dans son ensemble.

Lors d'entretiens individuels, l'éducateur bénéficie d'une souplesse de la situation. Il peut plus ou moins intervenir pour orienter les questions. Les entretiens de groupe s'organisent avec un animateur et un groupe homogène d'une petite douzaine de personnes. L'opinion générale ou l'état de connaissance du groupe sont recueillis, de même que les possibles divergences. Cette méthode permet d'appréhender le fonctionnement du groupe et de l'accompagner dans la recherche de stratégies nouvelles pour répondre à la problématique.

La démarche partenariale et la confidentialité sont ici primordiales afin de libérer la parole. Cette méthode offre une vision verticale par l'étude de l'ensemble des propos pour chaque thème mais aussi une vision horizontale grâce à l'analyse du discours de chaque individu. Un autre de ses avantages est la dynamique qu'elle instaure par la création d'un dialogue valorisant ainsi que par l'implication de la population.

I.2.C - Questionnaire

Le questionnaire est un outil anonyme qui permet de recueillir un maximum d'informations. Il peut être présenté à un nombre considérable de personnes et permet de quantifier les données. En outre, sa possibilité d'être présenté en début et fin d'action contribue remarquablement à la qualité de l'évaluation du projet. Par ailleurs, son caractère anonyme favorise l'expression des besoins jusqu'alors non exprimés.

En revanche, sa création est fastidieuse, en raison du manque de souplesse de sa forme et du temps nécessaire à son analyse. De plus, il est recommandé de tester préalablement le questionnaire sur un échantillon de personnes pour s'assurer de la pertinence et de la compréhension des questions.

Les méthodes utilisées peuvent être combinées entre-elles afin d'analyser finement la situation.

La fine connaissance de la situation facilite l'identification des causes du problème mais également des ressources disponibles pour y pallier. Elle permet de faire état des paramètres en lien direct avec la situation afin de préciser les potentialités et les limites d'une possible intervention.

Selon les besoins et les demandes, les possibilités d'offre de soins sont étudiées. L'intervention en éducation pour la santé vise alors à établir une adéquation entre les besoins, les demandes et les offres. Au préalable, les objectifs du projet doivent être précisément définis.

II - Elaboration des objectifs

Le diagnostic ainsi établi, nous sommes en mesure d'appréhender la problématique dans toute la complexité de la situation. Aucun élément du contexte ne peut être omis et l'attention doit être portée sur l'ensemble de la population. Désormais, il faut définir les objectifs principaux et les hiérarchiser au regard des besoins.

II.1 - Hiérarchisation des objectifs

Les objectifs et les résultats escomptés doivent être parfaitement définis et hiérarchisés avec les partenaires du projet. Ils sont généralement déclinés en trois catégories (Prat, 2003) :

- L'objectif général. La finalité du projet est énoncée par cet objectif. Nous précisons alors la population vers qui l'action est destinée et le résultat principal escompté. Toutes les actions menées au cours du processus s'inscrivent sous ce but ultime.
- Les objectifs intermédiaires. Ce sont les différents axes d'intervention permettant d'atteindre l'objectif général. L'essentiel de l'évaluation du projet se fondera sur ces objectifs.
- Les objectifs opérationnels. Ils énoncent les mesures concrètes à mettre en place pour répondre aux objectifs et la manière de les réaliser au travers d'actions.

Afin de les hiérarchiser de manière pertinente, des critères de sélection sont établis. Ils favorisent les prises de décision dans les actions. La méthode de Hanlon en 1984 élabore quatre composantes permettant la hiérarchisation des objectifs (Bury, 1988, p. 176) : l'ampleur du problème (fréquence, prévalence, incidence, facteurs de risque, etc.), sa sévérité (les

conséquences engendrées pour l'individu, la société, etc.), l'efficacité de la solution (adaptation de la réponse aux besoins) et la faisabilité de la solution.

Selon Hanlon, la faisabilité d'une solution s'évalue à l'aide du sigle PEARL : Pertinence, faisabilité Economique, Acceptabilité, disponibilité des Ressources, Légalité. Elle nécessite parfois un soutien des pouvoirs publics. Aussi l'objectif aura plus de facilité à être atteint si le projet s'inscrit dans les politiques nationales, régionales et départementales.

Ces éléments nous aident à hiérarchiser les objectifs en les adaptant à la situation contextuelle. Par ailleurs, d'autres outils sont proposés aux éducateurs afin d'évaluer la qualité des objectifs définis.

II.2 - Evaluation de la qualité des objectifs

Après avoir hiérarchisé un objectif, nous en mesurons sa qualité pour l'ajuster si besoin. Pour cela, le plan régional de santé publique de Bourgogne insiste sur six critères. Un objectif doit : *« être centré sur les résultats et non sur les activités, être pertinent (contribuer aux buts poursuivis), être réalisable (tenir compte des contraintes), être réaliste (avoir les moyens nécessaires), être défini dans le temps, être mesurable ou quantifiable »*.

Un moyen mnémotechnique pour évaluer la qualité d'un objectif est par exemple souvent utilisé, il s'agit du sigle « SMART ». En effet, pour être efficace, un objectif se doit d'être : *« Spécifique, Mesurable, Atteignable, Relevant (ou pertinent) et défini dans le Temps »*.

Une telle préparation préalable améliore considérablement la pertinence des projets d'éducation pour la santé. L'élaboration des objectifs contribue à leur cadre et à leur cohérence. Les objectifs permettent en effet de mobiliser l'ensemble des acteurs en précisant leurs missions, de rassembler les ressources et de donner du sens aux actions. Ils faciliteront par la suite l'évaluation de l'intervention. Cette étape réalisée, nous pouvons désormais programmer le projet.

III - Programmation du projet

La programmation du projet est la dernière étape avant sa concrétisation. Elle correspond à l'élaboration du calendrier opérationnel selon la stratégie envisagée.

Les éducateurs précisent, pour chaque objectif opérationnel, l'action entreprise, les acteurs et intervenants, les bénéficiaires et les moyens d'atteindre l'objectif. Ainsi, nous explicitons les méthodes éducatives et techniques d'animation, le contexte dans lequel l'action s'opère, le lieu, la durée et la façon d'évaluer le résultat de l'objectif.

La stratégie du projet peut être replacée au cœur du contexte de la charte d'Ottawa. Les informations peuvent en effet être organisées selon les cinq axes d'intervention en promotion de la santé : quels sont les soutiens politiques, dans quelle mesure les institutions peuvent être complémentaires de notre action, quel est le contexte environnemental, dans quelle mesure la dynamique communautaire peut être soulevée et enfin, quels axes éducatifs sont susceptibles d'être utilisés (Cherbonnier, 2005) ?

L'action s'organise alors aisément lorsqu'une grande partie de ces ressources est mobilisée. En revanche, l'atavisme ou l'annihilation du projet est envisagé si l'ensemble des mesures ne sont pas à disposition, au risque d'une faible réussite.

On obtient, par l'ensemble de ces éléments, un plan opérationnel d'éducation pour la santé qu'il est judicieux de rédiger. Ce contrat entre les partenaires est le cadre référentiel pour toute la durée de l'intervention.

Les étapes préliminaires permettent d'engager chacun des acteurs dans un processus de partenariat enrichi par les réflexions. Elles encouragent une dynamique d'éducation pour la santé et contribuent à la richesse de l'intervention. L'étape suivante est donc la réalisation du projet.

IV - Réalisation du projet

La réalisation du projet désigne la concrétisation de l'intervention. Son exécution nécessite de suivre les méthodes définies au cours de la planification ainsi que des techniques d'animation. Elle sollicite les compétences de l'éducateur.

IV.1 - Méthodes utilisées

Plusieurs méthodes sont utilisées en éducation pour la santé. Traditionnellement, ces méthodes sont classées en trois catégories (Bury, 1988) :

- La persuasion. Les méthodes persuasives visent la modification des comportements. Autrefois, elles prenaient la forme de mesures coercitives. Bien que ces stratégies aient fait preuve d'efficacité, elles font l'objet d'improbations et d'un questionnement éthique.

De nos jours, des méthodes issues du marketing social sont utilisées pour améliorer l'impact des programmes de santé publique. Les méthodes du secteur marchand sont exploitées comme vecteur de changement au profit de la santé. Pour certaines problématiques telles que le tabac, elles ont pour vocation de contrecarrer la concurrence des entreprises. Ces méthodes insidieuses n'entretiennent toutefois pas l'esprit critique de la population. La connotation négative qu'elles évoquent limite par ailleurs leur utilisation. Insuffisantes en elles-mêmes, elles sont pertinentes lorsqu'elles sont utilisées en complémentarité avec d'autres méthodes. (Gallopel-Morvan, cité par Inpes, 2011, p. 4)

- L'information. Elle consiste en la transmission de connaissances. Longtemps, les professionnels de santé ont pensé que la divulgation d'une information sur l'état de santé de la population était une démarche suffisante à l'adoption de comportements favorables. Or cette simple méthode de communication par la description de faits s'avère trop neutre pour être efficace.

L'information permet d'augmenter les connaissances et de susciter un intérêt participatif. Elle est en soi une première étape vers une démarche de participation puisqu'elle provoque une prise de conscience. Comme nous l'avons vu, la formation des adultes passe par l'explicitation du bénéfice de l'engagement dans le projet. Elle est dans ce cas pertinente.

Toutefois, elle n'est pas suffisante en elle-même puisqu'elle ne permet pas l'apprentissage à travers l'expérience. La combinaison de cette méthode avec des méthodes éducatives améliore la qualité de l'action.

- L'éducation. Ce champ est envisagé comme stratégie complémentaire du marketing social et de l'information. Cette approche met en œuvre de nombreux concepts dont la participation, l'autonomie, la prise de décision éclairée, l'empowerment, le partenariat, etc.

L'ensemble de ces méthodes favorise l'implication de la population dans la gestion de sa santé. Bury précise toutefois que, malgré la volonté des sujets, les changements de comportements tiennent parfois plus à une modification de la qualité de vie et de l'environnement, davantage sous la responsabilité de l'état, qu'à des facteurs individuels.

Outre la combinaison de ces méthodes dans des projets d'éducation pour la santé, les interventions font appel à des techniques d'animation.

IV.2 - Techniques d'animation

Les techniques d'animation sont choisies selon les divers paramètres de la situation abordée. Un outil n'est pas une fin mais un moyen d'atteindre un objectif. Lorsqu'elles sont adressées à un groupe, elles en suivent l'évolution.

En effet, selon Lipiansky, un groupe est « *une institution porteuse de valeurs, de normes, de règles, qui structurent la perception, les sentiments, les comportements de ses membres* » (CRES Languedoc-Roussillon, 2009). Or, lorsque les individus se retrouvent autour du projet, l'identité du groupe n'est pas encore formée. Il revient alors à l'intervenant d'ajuster ses outils aux différentes phases de construction d'un groupe que nous allons maintenant détailler (Lorto & Moquet, 2009).

Il existe en effet une première phase d'insécurité des personnes. Elle persiste tant que le groupe n'a pas construit une image identitaire. Les outils utilisés pendant cette période visent la présentation de chacun des membres.

Dans un deuxième temps, les relations se nouent et l'identité groupale se construit. Les techniques utilisées ont pour objectif de faciliter la construction du partenariat, l'instauration d'une relation de confiance, l'esprit de groupe. Elles encouragent les échanges entre les sujets. Il est intéressant d'observer la place de chaque membre au sein du groupe (le passif, le timide, le dominateur, le dynamique, etc.) pour ajuster les réponses selon l'individu (rassurer, encourager, confier des responsabilités, etc.).

Ensuite, chaque membre exprime sa pensée et la confronte à celle des autres. Nous choisissons alors des activités qui facilitent l'expression sous toutes ses formes, dans le respect d'autrui.

Enfin, le groupe cherche collectivement une réponse à la problématique donnée. Il s'agit « *d'une phase d'efficacité productive où chacun éprouvera un sentiment d'appartenance* » (Lorto & Moquet, 2009).

Le choix des techniques utilisées suit l'évolution de ces phases. Les deux premières s'intéressent aux relations entre les individus, les outils visent alors à favoriser l'esprit de groupe. Les dernières traitent réellement du fondement de la problématique. Nous étayons l'analyse et encourageons la créativité de production par des jeux de rôle par exemple. Par

ailleurs, les techniques d'animation sont à adapter à l'objectif à atteindre. En effet, l'animation sera différente si nous souhaitons enrichir les connaissances des sujets ou développer des savoirs pratiques par des situations d'apprentissage expérientiel. En outre, l'utilisation de ces outils doit être envisagée selon les moyens à disposition, le lieu de l'action, la taille du groupe, le temps alloué, etc. Enfin, l'ensemble de ces méthodes et techniques d'animation, combinées dans des projets d'éducation pour la santé, sollicitent les compétences des éducateurs.

IV.3 - Compétences des éducateurs

Comme nous l'avons vu, un projet est bâti sur des approches psychologiques, sociologiques, éducatives, etc. Des méthodes et outils ont également été mis à disposition des professionnels intervenant en éducation pour la santé pour favoriser la réalisation des actions. Outre ces dispositifs, un élément supplémentaire et essentiel à la réussite des projets concerne les compétences des éducateurs relatives à un savoir-être, à des qualités relationnelles, etc.

Nous pouvons évoquer six caractéristiques d'un savoir-être nécessaire pour mener une action (Richard, n.d.) :

- Fixer un cadre d'intervention et s'y tenir. La planification et l'intervention suivent un cadre connu et partagé par l'ensemble des acteurs.

- Ecouter. La parole de chaque individu est prise en compte. La mobilisation des parents ou des professionnels de la petite enfance peut être valorisée, de même que leur investissement.

- Interroger la demande. Il s'agit d'identifier les représentations sociales quant à la thématique abordée afin de faire émerger les besoins et les demandes.

- Reformuler. Par la reformulation, nous clarifions le propos et nous nous assurons qu'il est entendu par tous. Cette compétence participe à la réflexion critique, au questionnement et à la remise en cause des individus qui sont nécessaires à l'évolution des compétences. En fin d'intervention, les idées clefs partagées peuvent être reformulées et synthétisées.

- Adapter son langage. Le langage utilisé lors de l'action varie selon le public. L'intervenant doit être en mesure d'analyser les connaissances du sujet sur le thème et d'adapter son langage en expliquant les termes parfois techniques.

- Reconnaître les compétences et les ressources de chacun. L'éducateur valorise la complémentarité des compétences de chaque partenaire en respectant autrui dans son expression, sans jugement aucun. L'intervenant amène alors les personnes à réfléchir aux significations de leurs comportements sans apporter de réponses catégoriques.

La qualité du partenariat et de la mobilisation des acteurs est facilitée par cet ensemble de compétences. Pour finir, la dernière étape de la planification d'un projet est son évaluation.

V - Evaluation du projet

Selon De Ketele (Bury, 1988, p. 193) évaluer signifie « *examiner le degré d'adéquation entre un ensemble d'informations et un ensemble de critères adéquats à l'objectif fixé, en vue de prendre une décision* ». Nous comparons alors les faits obtenus par rapport aux faits attendus puis analysons l'évolution de la situation, dans le but de décider de modifications à apporter ou non. L'évaluation s'appuie sur une démarche réflexive.

Selon l'Inpes, l'évaluation peut s'appréhender selon une approche sommative ou formative. La première s'opère généralement en phase terminale d'un projet ou d'une action. Elle en mesure les effets dans leur globalité en considérant chaque paramètre du projet. L'évaluation formative, quant à elle, se déroule tout au long de la planification du projet dans une perspective d'amélioration continue. Le recueil des informations permet de modifier les interventions.

Différents paramètres de l'intervention peuvent être évalués. Nous avons vu lors de la phase de diagnostic que l'explication des besoins de la population permet de déterminer et de hiérarchiser des objectifs. Chaque objectif fait l'objet d'une évaluation afin de vérifier leur adéquation à la problématique. Voici donc une première finalité de l'évaluation intervenant dans la phase initiale du projet.

En phase terminale, l'évaluation est généralement déclinée en trois niveaux (Richard, n.d.) :

- Analyse du processus. La structure même de l'intervention et le déroulement de l'action sont évalués. Nous apprécions l'organisation du projet, c'est-à-dire la gestion des ressources humaines, matérielles, financières, la pertinence des activités par rapport au public et aux besoins, l'intérêt exprimé par le public pour l'action ainsi que sa participation, sa satisfaction, etc.

- Analyse du résultat. Nous jugeons ici de l'atteinte des objectifs. Nous évaluons alors les résultats de l'action quant aux comportements et aux acquisitions de la population concernée.

- Analyse de l'impact. Pour finir, nous évaluons l'impact de l'action sur la population mais aussi sur l'environnement ainsi que les bénéfices apportés pour chaque partenaire. L'évaluation peut se faire à long terme pour apprécier la durabilité des changements.

Par ailleurs, l'évaluation peut être effectuée par divers intervenants (Prat, 2003).

En effet, elle peut être opérée par une personne extérieure à l'action. Dans ce cas, l'évaluation est indépendante des intérêts personnels et professionnels des acteurs du programme.

D'autre part, l'évaluation par l'éducateur permet d'apporter un regard expert quant à la thématique abordée.

Enfin, si nous poursuivons la perspective participative des projets d'éducation pour la santé, l'évaluation peut être gérée par la population elle-même. Dans ce cas, elle est envisagée comme une opportunité de poursuivre la réflexion critique et de renforcer la représentation positive des ressources de chacun. Elle permet de reconnaître et de valoriser l'évolution des compétences et leur impact. La prise de conscience d'éventuelles faiblesses et difficultés résiduelles devient une source de motivation et d'engagement pour poursuivre le cheminement ébauché. Ainsi, l'évaluation se situe au plus près des préoccupations des personnes et ponctue leurs réflexions.

Bien que l'évaluation nécessite d'y consacrer du temps, elle est indispensable. Elle est garante de la qualité et de la durabilité du projet.

PROBLEMATIQUE

L'orthophonie est une discipline récente dont les premiers certificats ont été délivrés en 1964. Depuis, cette profession paramédicale fait preuve d'une évolution et d'une adaptation constante face à la diversité des pathologies nécessitant une intervention et face à leur augmentation.

En 2011, l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) s'engage, avec le soutien du gouvernement, dans une étude sur les champs d'intervention des orthophonistes (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, 2011). Cette étude fait état des spécificités de l'orthophonie et tente d'en percevoir les évolutions futures.

Les données recueillies sur l'année 2010 indiquent qu'au niveau national, les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les retards de parole ou de langage, soit 29,5 % de l'activité (p. 12). Le développement harmonieux du langage oral chez le jeune enfant est donc une préoccupation inéluctable pour tout orthophoniste.

De nombreuses études indiquent que les compétences communicationnelles de l'enfant commencent dès les toutes premières années de sa vie. Ainsi une intervention précoce s'inscrit en faveur d'une évolution favorable du langage.

Les autorités ont pris la mesure de ces troubles et organisent depuis une quinzaine d'années des missions de dépistage. Ces dépistages sont principalement proposés dans le cadre de l'école, à partir de trois ans, par les services de la Protection Maternelle Infantile et de la médecine scolaire. Ces actions ont principalement pour finalité de repérer précocement les enfants en difficulté afin d'améliorer la qualité de leur accompagnement et de leur permettre d'accéder à un niveau de santé satisfaisant.

Cependant, ces actions ne sont pas les seules possibilités de prévention. En effet, la prévention vise à donner à chacun les atouts pour promouvoir sa santé et ainsi accéder à un niveau de santé satisfaisant. Nous cherchons dès lors à offrir à tous les enfants les moyens d'accéder au langage afin d'acquérir toutes les chances de réussite.

Ces interventions, pour renforcer les compétences des enfants, doivent s'inscrire dès le commencement du développement de la communication. Nombreuses sont les études qui indiquent que le langage commence dès la naissance et se développe massivement avant trois ans. Les actions de promotion du langage seront alors d'autant plus pertinentes si elles sont destinées aux enfants de moins de trois ans.

En outre, comme nous l'avons exposé, le développement du langage s'opère grâce aux réponses apportées par l'entourage aux tentatives de communication de l'enfant. En adoptant des comportements porteurs, les parents contribuent à une évolution langagière favorable. Ainsi, l'implication des parents dans des actions préventives en faveur du développement de la communication chez l'enfant de moins de trois ans est un facteur essentiel.

Aujourd'hui, dans notre société actuelle, la vie professionnelle des deux parents nécessite de faire appel à un mode de garde pour l'enfant. A ce sujet, les études soulignent alors le choix privilégié des dispositifs d'accueil individuel, service en plein essor. Les assistants maternels font alors partie intégrante de l'environnement social de l'enfant. Dès lors, si l'implication des parents est primordiale dans les actions en faveur du développement du langage des enfants, il n'en est pas moins pour ces professionnels.

Par ailleurs, le rapport de l'ONDPS étudie les modalités d'intervention des orthophonistes dans la prévention. Il stipule que, malgré son inscription dans le décret de compétence, la prévention n'est pas une activité répandue dans l'exercice des professionnels.

Certains orthophonistes s'engagent toutefois au sein d'associations de prévention en orthophonie pour organiser des actions. Le rapport milite en faveur de la continuation de ces projets qui consistent « *essentiellement en l'information et en l'éducation sanitaire de la population (les parents en particulier), par distribution de plaquettes par exemple, ainsi que des professionnels de santé, des professionnels de la petite enfance ou des enseignants* ».

Les opérations d'information sont une première étape préventive essentielle. Elles permettent d'améliorer la connaissance de la population sur un sujet et favorisent leur sensibilisation.

Toutefois, elles ne sont pas suffisantes en elles-mêmes pour développer des compétences et renforcer les comportements favorables en matière de santé. La participation active des sujets à la gestion de leur santé est nécessaire. Cette approche s'inscrit dans une

démarche d'éducation pour la santé, désormais fondamentale dans nombre d'interventions préventives. L'ensemble des politiques de santé publique vont en faveur de cette nouvelle orientation puisque son efficacité est désormais reconnue.

L'éducation pour la santé contribue à susciter chez la population un pouvoir d'action sur sa propre santé. En orthophonie, un projet d'éducation pour la santé pourrait être proposé afin de promouvoir le développement du langage chez le jeune enfant. Une telle action peut être destinée aux assistants maternels, professionnels référents pour l'enfant. Sa finalité serait de développer leurs compétences afin de soutenir le développement langagier de l'enfant. Un partenariat entre les associations de prévention en orthophonie et les relais d'assistants maternels, lieux de regroupement des assistants maternels, faciliterait la mise en place de ces projets d'éducation pour la santé.

La problématique de notre travail de recherche sera alors la suivante :

Dans quelle mesure l'orthophoniste peut, dans le cadre d'un partenariat avec un relais d'assistants maternels, initier une démarche d'éducation pour la santé en faveur du développement harmonieux de la communication chez l'enfant de moins de trois ans ?

CADRE EXPERIMENTAL

Le travail de recherche mené au cours de l'année passée s'inscrit dans une démarche de santé publique. La méthode de planification des projets en éducation pour la santé a donc été retenue afin d'en structurer la planification.

Dans un premier temps, nous présenterons succinctement l'association de prévention en orthophonie « Les Orthos Vienne(nt) » qui est à l'initiative de ce projet auprès des assistants maternels. Ensuite, nous détaillerons les étapes jalonnant la réalisation des interventions en exposant puis en analysant les éléments d'évaluation que nous avons pu recueillir. Pour terminer, nous discuterons des ressources et limites d'un tel projet afin d'ajuster les modalités d'intervention et ainsi d'envisager la poursuite des démarches entreprises.

PARTIE 1 : LES ORTHOS VIENNE(NT)

L'association de prévention en orthophonie « Les Orthos Vienne(nt) », régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, a été créée en septembre 2010. Les motivations des orthophonistes à l'initiative de ce projet étaient de faire connaître la profession, de favoriser la reconnaissance des compétences et spécificités des professionnels ainsi que d'initier des actions préventives efficaces, organisées et cohérentes.

Trois objectifs sont définis dans les statuts de l'association. « Les Orthos Vienne(nt) » a pour but :

- « *d'élaborer des actions de prévention en orthophonie sur l'ensemble des pathologies inscrites à la nomenclature des orthophonistes,*
- *de permettre à ses membres des initiatives locales, départementales, régionales définies par des objectifs tenant compte des règles éthiques et des données scientifiques reconnues par la Fédération Nationale des Orthophonistes (F.N.O),*
- *de favoriser les conditions de fonctionnement de Comités dans les départements de la Vienne,*
- *d'harmoniser les décisions communes aux orthophonistes, sans se substituer ni remplacer la F.N.O ».*

Poursuivant leurs premières ambitions, les membres de l'association ont souhaité s'investir dans ce projet de prévention en partenariat avec les assistants maternels.

PARTIE 2 : LA PLANIFICATION DU PROJET

I - Diagnostic

Dans cette première étape, nous recherchons l'ensemble des paramètres pouvant intervenir dans notre problématique. La définition de la population, des besoins et des ressources est garante de la qualité du projet.

I.1 - Population

La population autour de laquelle le projet va porter est un des premiers éléments à définir. Dans le cadre de ce travail de recherche, nous souhaitons porter notre attention sur le développement du langage et de la communication chez les enfants de zéro à trois ans ainsi que sur l'étayage apporté par l'entourage de l'enfant. Les parents sont donc les premiers partenaires auprès desquels nous aurions pu proposer une action. Or, les situations familiales en France entraînent de plus en plus la nécessité d'un mode de garde pour les enfants. L'accueil individuel par des assistants maternels se trouve notamment en constante augmentation. Les enfants sont donc en contact continu avec ces professionnels de la petite enfance au cours de leur journée. Nous avons donc choisi de cibler notre intervention auprès des Relais d'Assistants Maternels (RAM).

Deux relais du département de la Vienne ont contacté « Les Orthos Vienne(nt) » afin de proposer aux assistants maternels une intervention avec des orthophonistes. Nous avons donc choisi de répondre à ces deux relais pour envisager un partenariat. Dans un souci de confidentialité, nous les appellerons les relais A. et B. Nous allons maintenant expliquer succinctement l'organisation de ces deux structures.

I.1.A - Relais d'assistants maternels A.

Ce relais est un service proposé par une association à gestion parentale. Chaque parent est donc membre de l'association et en détient la responsabilité. Son implication dans la construction du projet et des valeurs associatives est essentielle. La dynamique de coéducation entre les parents et les professionnels favorise le bon accueil de chaque enfant, en respectant son développement et son histoire.

Cette structure de petite taille propose trois services pour les enfants de zéro à six ans et leurs parents : le service de Relais d'Assistants Maternels, le service de crèche, qui accueille vingt enfants de dix semaines à quatre ans selon un mode régulier, occasionnel ou d'urgence, et un service Lieu d'Accueil Enfants Parents (LAEP), qui est un lieu d'accueil et d'échanges proposé aux parents avec leurs enfants.

Afin de préciser la population et d'organiser les interventions, nous avons convenu d'une réunion avec les responsables du Ram qui s'est déroulée le 20 octobre 2014. L'animatrice du Ram et la responsable du multi-accueil étaient présentes. Initialement, nous souhaitions intervenir auprès des assistants maternels. Au vu des services proposés par l'association, nous avons élargi notre intervention aux parents et aux éducateurs de jeunes enfants (EJE), en proposant différentes actions que nous détaillerons ultérieurement.

I.1.B - Relais d'assistants maternels B.

Le Ram B. est quant à lui géré par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Poitiers. Ce relais est une structure indépendante des crèches. Aussi, notre intervention a été proposée aux parents et aux assistants maternels, aucun éducateur de jeunes enfants n'était présent. Pour cette intervention, nous n'avons pas organisé de réunion préalable, les contacts ont eu lieu par courriel.

Les modalités d'intervention et le public concerné ont donc varié d'un relais à un autre. Nous pourrions ainsi, au cours de notre propos, évaluer les ressources et les limites de chacune des planifications.

I.2 - Demande

Après avoir défini la population, il convient de préciser les demandes et les besoins de chaque partenaire.

Pour ce premier pas vers un partenariat, nous avons recueilli les attentes des responsables du Ram A. puis avons défini des messages à transmettre à la population pour renforcer ses compétences, selon une estimation de leurs besoins. Ces réflexions nous ont permis d'organiser les interventions au sein des deux Ram. Pour la suite du partenariat, nous avons utilisé un questionnaire afin de recueillir davantage d'attentes concernant nos interventions.

Aussi, après avoir évoqué les demandes exprimées par le relais A., nous évoquerons les messages que nous avons souhaité transmettre lors de nos interventions.

I.2.A - Attentes exprimées par le Ram A.

Lors de la réunion avec les responsables, nous avons donc entendu les objectifs de l'association pour ces rencontres ainsi que les thèmes susceptibles d'être abordés.

Dans un premier temps, les responsables du relais nous ont fait part de leur souhait de transmettre un message d'accessibilité des soins orthophoniques. Il semble en effet que le parcours long et coûteux d'une rééducation fasse partie des représentations sur l'orthophonie et implique une réticence à la consultation. Or, l'orientation précoce permet justement d'adapter et de nuancer l'accompagnement, en proposant par exemple une guidance parentale sur deux à trois séances uniquement ou un suivi tous les trois à six mois.

Par ailleurs, les responsables nous ont suggéré quelques thèmes susceptibles d'être abordés lors des soirées. Ces questionnements émanent des animatrices elles-mêmes et de discussions avec les assistants maternels. Différentes catégories se sont dessinées :

- Revenir sur une définition de l'orthophonie : « pourquoi aller voir un orthophoniste ? »,
- Le développement du langage : est-il vrai que « certains enfants parlent tôt tandis que d'autres assimilent, construisent leur langage et parlent plus tardivement », que « tout est langage » comme l'explique Françoise Dolto ?, « quand et à quel âge faut-il s'inquiéter ? », « qu'est-ce que les troubles du langage ? ».
- Qu'est-ce que communiquer ? le regard, les mimiques, le corps, les cris, l'intonation, la voix, etc.
- Comment communiquer avec l'enfant ? faut-il lui faire répéter la forme correcte des mots ? valoriser ce que l'enfant dit ? reformuler ? Comment bien parler aux bébés ? avec des mots simples ?

- Comment individualiser chaque enfant ? Prendre en considération l'enfant quand on parle de lui avec l'adulte, l'utilisation des pronoms, l'appeler par son prénom plutôt que par un surnom etc. ? Comment individualiser chaque enfant en situation d'accueil collectif ?

- Thèmes spécifiques : l'oralité, la morsure, la succion, le lien entre la bouche et le langage, la respiration, etc.

- Quels outils utiliser pour développer le langage ? les livres, les histoires, les imagiers, les chansons, les histoires racontées sur CD, les écrans, etc.

- Quelle attitude adopter ? se mettre à la hauteur de l'enfant, parler de manière positive, comment verbaliser les interdits, etc.

A travers ces questionnements, nous pouvons d'ores et déjà percevoir qu'une des préoccupations des assistants maternels se trouve dans l'adoption de comportements adaptés face à l'enfant. Les animatrices du relais ont également insisté sur leur volonté de développer la professionnalisation des assistants maternels. C'est ainsi que nous avons évoqué la possibilité de faire des ateliers destinés à valoriser les compétences de ces professionnels et à faire émerger les comportements porteurs qui favorisent le langage.

I.2.B - Besoins estimés par les orthophonistes

Suite à la réunion, les orthophonistes se sont retrouvées afin de définir les messages importants à transmettre pour renforcer les compétences de la population. Trois thèmes autour de l'orthophonie et du développement de la communication chez l'enfant de moins de trois ans nous ont paru faire sens.

➤ Retour sur l'orthophonie.

L'information sur le rôle des orthophonistes est une action essentielle à poursuivre. Comme nous l'avons vu, cette information encourage l'orientation précoce et adaptée vers les professionnels compétents.

L'information peut porter sur les champs d'intervention des orthophonistes afin de travailler sur les préconceptions concernant les indications orthophoniques.

Par ailleurs, nous souhaitons évoquer le cadre d'une prise en charge orthophonique. Nous voulions insister sur le rôle du bilan. Il permet de comprendre les difficultés de l'enfant, parfois de les nuancer, de percevoir les ressources de cet enfant et de sa famille pour l'accompagner vers un développement harmonieux. Le bilan se construit sur un véritable partage et un dialogue entre la famille et l'orthophoniste. Il permet d'apporter certaines

réponses, de rassurer l'enfant et ses parents, etc. Suite à ce bilan, une discussion entre la famille et l'orthophoniste permet de définir les modalités d'une éventuelle rééducation.

Au cours des interventions, nous souhaitons donc faire émerger les représentations sur l'orthophonie. La discussion autour de ce thème serait l'occasion de promouvoir l'accessibilité des orthophonistes pour toute demande. Nous espérons également encourager les assistants maternels à discuter plus aisément de la communication avec les parents.

➤ **Compétences de l'enfant.**

Valoriser les compétences de communication de l'enfant, notamment sur la période prélinguistique, permet de mettre en évidence la précocité du développement du langage et le rôle de l'entourage. Il semble que le début du langage fasse généralement écho à l'apparition des premiers mots. Or, nous omettons là la communication non-verbale qui est fondatrice du développement langagier et qui commence dès les premières semaines de vie. Il est donc important de valoriser les premières tentatives de communication de l'enfant afin d'en faciliter le repérage par les parents et d'encourager l'adaptation de leurs réponses.

➤ **Comportements porteurs.**

Le dernier axe de notre intervention s'inscrit en complémentarité de la valorisation des compétences du jeune enfant.

Il s'agit de promouvoir les comportements porteurs chez le parent ou le professionnel. Les échanges dès la naissance entre l'enfant et son entourage sont un facteur de bon développement langagier futur. Par ailleurs, lorsque l'enfant est en difficulté dans la communication, le renforcement de ces comportements permet de l'étayer dans son développement. Nous souhaitons alors faire découvrir aux parents et aux assistants maternels leurs compétences puis les renforcer.

Nous venons d'évoquer les demandes des Ram ainsi que trois dimensions de l'orthophonie et de la communication que nous désirions aborder au cours des interventions. Avant de préciser, au regard des besoins, les objectifs nécessaires à la réalisation optimale du projet, définissons les sources de financements.

I.3 - Financement

Habituellement, les projets menés par les orthophonistes se font soit sur la base du bénévolat soit par une rémunération définie avec les partenaires. Dans notre situation, les Ram bénéficient d'un budget destiné à ce type d'intervention. Aussi, une indemnité a été convenue entre chaque relais et l'association « Les Ortho Vienne(nt) », pour chacune des actions.

II - Objectifs du projet

Après avoir défini la population ainsi que les besoins et demandes, nous devons établir les objectifs du projet.

II.1 - Objectif général

L'objectif général est en lien avec la problématique de ce travail de recherche. Nous souhaitons initier un partenariat entre les relais d'assistants maternels et les orthophonistes pour promouvoir le développement de la communication chez l'enfant de moins de trois ans.

II.2 - Objectifs intermédiaires

A partir de ce premier objectif, nous devons déterminer des objectifs intermédiaires à partir desquels le projet sera évalué. Rappelons que ces objectifs concernent les compétences à développer afin d'atteindre l'objectif principal. Comme nous l'avons évoqué précédemment, nous voulions, après discussion avec les responsables du relais A., aborder trois thématiques. Elles seront le fondement des objectifs intermédiaires :

- Accroître les connaissances générales sur l'orthophonie,
- Valoriser les compétences de l'enfant,
- Promouvoir les comportements porteurs de l'entourage.

II.3 - Objectifs opérationnels

Sur ces trois visées, nous définissons des objectifs opérationnels.

Nous avons choisi, en premier lieu, d'organiser une soirée d'échanges dans chaque relais afin de répondre de manière générale aux questionnements de la population présente. Ce premier contact serait l'occasion de recueillir les représentations concernant l'orthophonie et le développement du langage afin de bâtir un référentiel commun entre les acteurs du projet et les orthophonistes. La soirée serait ouverte aux parents d'enfants de moins de trois ans et aux

professionnels de la petite enfance. Pour initier les débats, nous avons choisi de projeter un film qui explore la communication entre les parents et le bébé.

Un second objectif opérationnel a été défini avec les responsables de l'association A. Il fut de proposer un atelier en petit groupe destiné en premier lieu aux assistants maternels du Ram A., avec les enfants qu'ils accueillent, sans les parents.

Par ailleurs, lors de la réunion de préparation avec les responsables de la crèche et du Ram A., nous avons décidé d'intégrer les éducateurs de jeunes enfants à notre projet. Aussi, un deuxième atelier serait proposé à la crèche, avec les EJE et les enfants accueillis ce jour d'atelier.

Le cadre des ateliers avec les assistants maternels ou les EJE serait alors le même. Notre volonté était de contribuer à leur professionnalisation en répondant à des interpellations davantage spécifiques. En outre, nous souhaitions encourager les situations de communication dans lesquelles nous pourrions valoriser les compétences des enfants et valoriser celles des professionnels.

Ces interventions, destinées en premier lieu aux assistants maternels, ont finalement concerné un public varié puisque, selon l'action, les assistants maternels, les éducateurs de jeunes enfants, les parents ou les enfants étaient présents.

Concernant le partenariat avec le Ram B., nous souhaitions discuter des perspectives du projet avec les responsables du Ram après la soirée d'échanges. Des ateliers pourraient également être proposés aux assistants maternels.

Il est à noter que chacune de nos interventions a été filmée afin d'en faciliter l'analyse.

Au début du projet, l'ensemble de ces objectifs ont été évoqués. Nous avons par la suite programmé les interventions.

III - Programmation

Pour le Ram A., la soirée d'échanges a été prévue le mardi 16 décembre 2014 de 20 heures à 22 heures. L'intervention s'est déroulée dans les locaux de la crèche, lieux dans lesquels se déroulent régulièrement de telles soirées.

Les ateliers ont été programmés un mois après ce premier événement. Nous souhaitons laisser un temps de réflexion entre chaque action tout en bénéficiant de la dynamique initiée.

L'atelier avec les assistants maternels s'est donc déroulé le mardi 20 janvier 2015 de 9 heures 30 à 11 heures 30. Quatre à cinq assistants maternels, accompagnés des enfants qu'ils accueillent, pouvaient s'y inscrire. Il a eu lieu sur le lieu et le temps habituels des ateliers du Ram. L'atelier avec les EJE s'est déroulé le mercredi 21 janvier 2015, de 9 heures à 11 heures 30 également.

Pour le Ram B., la soirée d'échanges a été programmée le mardi 10 mars 2015, de 20 heures à 22 heures, dans la salle prévue habituellement à cet effet. Les possibilités d'ateliers seraient précisées ultérieurement.

IV - Réalisation

L'étape de la réalisation constitue l'élément central du projet. Nous allons en exposer le déroulement. Nous évoquerons dans une première partie les mesures mises en place pour communiquer autour des interventions prévues. Ensuite, nous aborderons les échanges partagés au cours des deux soirées puis lors des deux ateliers.

IV.1 - Communication du projet

Afin d'inviter le public à la soirée du Ram A., nous avons décidé de créer une affiche (Annexe II) que les responsables exposeraient dans les locaux. C'est ainsi que fonctionne l'association pour informer les parents et professionnels sur un événement. Nous avons alors suivi cette méthode.

Pour commencer, nous avons déterminé les informations pratiques à placer sur cette affiche : la date et l'heure, le public concerné, le lieu, les intervenants ainsi que la forme de l'intervention, à savoir une soirée d'échanges.

Nous avons insisté sur la notion d'échanges et non sur l'idée d'une transmission d'un savoir. Cette approche s'inscrit dans la démarche d'éducation pour la santé qui promeut le partage d'expériences et non le discours d'un expert vers un public ignorant. Cette soirée s'est construite sur le fondement d'un partenariat et de la reconnaissance des compétences de chaque acteur présent au cours de l'intervention.

Ensuite, il nous a fallu réfléchir à un titre d'affiche exprimant le thème de la soirée. Notre choix s'est porté sur le titre « Promenons-nous dans le langage... ». Il permet de cerner la problématique générale de la soirée tout en offrant des possibilités d'ouverture aux nombreux questionnements que peut apporter le public. Il invite à une balade sur l'ensemble des sentiers qui mènent au langage.

Enfin, à travers cette affiche, notre objectif était de susciter l'envie de venir à la soirée mais également d'interpeller et d'engager une réflexion. Nous avons alors proposé quelques exemples de questions ou de préconceptions pouvant faire l'objet d'une discussion avec les orthophonistes. Par cette méthode, nous voulions faire écho à des situations vécues quotidiennement par les parents et les professionnels. Quatre commentaires, en lien avec les objectifs intermédiaires et les demandes du Ram, ont été retenus :

- « Un orthophoniste, pour quoi faire ? mon enfant est encore petit... ». La question du rôle de l'orthophoniste, de l'âge idéal pour orienter un enfant vers ce professionnel est abordée.

- « « Mon drôle baragouine », dois-je le laisser faire ? ». Nous introduisons ici la question des comportements à adopter avec un enfant qui découvre le langage.

- « Mordre, sucer, manger, quel rapport avec les mots ? » Cette question introduit l'aspect non-verbal de la communication ainsi qu'une ouverture quant aux champs d'intervention des orthophonistes, dans le domaine de l'oralité par exemple.

- « Je sais bien que les écrans c'est pas que du positif, mais il est si calme devant... » Enfin, nous souhaitons interroger le rapport des enfants, parents ou professionnels aux écrans et introduire implicitement l'intérêt du jeu pour le développement.

Ces commentaires de l'affiche sont accompagnés d'un dessin qui peut également faire écho à des comportements observés dans des situations de communication.

En effet, nous voyons une femme et un enfant. La femme est accroupie, pour se placer à la hauteur de l'enfant. L'enfant, assis, porte à sa bouche sa chaussure. Devant lui, sont disposés son autre chaussure ainsi qu'un cube et une toupie évoquant l'importance du jeu et de la manipulation pour l'enfant.

Enfin, nous notons la présence d'un perroquet sur les genoux de la femme. Cette présence, qui interloque le lecteur, fait référence aux comportements porteurs à adopter pour promouvoir le développement du langage. En effet, l'intérêt de faire répéter un mot prononcé de façon imprécise à l'enfant est un sujet couramment abordé lors de discussions avec des parents.

Nous souhaitions alors insister sur le fait que c'est à la famille de répéter la forme correcte du mot et non à l'enfant. L'entourage doit apporter le modèle aussi souvent que l'enfant en aura besoin. Ce dernier produira alors un jour le mot sous sa forme correcte. Le faire répéter aura pour risque d'induire chez lui la peur d'une mauvaise prononciation tandis qu'il tente de préciser son langage en fonction de l'évolution de ses capacités. C'est donc à la famille de fournir le modèle du mot autant que possible, en accentuant l'intonation, en insistant sur sa prononciation, etc. Il nous semblait intéressant d'interpeller le lecteur avec ce dessin.

Pour finir, nous souhaitions de nouveau valoriser les compétences des parents et des professionnels en reconnaissant leurs capacités réflexives et leurs aptitudes à agir pour la santé des enfants. Aussi, nous avons inscrit sur l'affiche la phrase « Venez vous reconnaître dans ce que vous faites de bien... ». Elle encourage l'évolution de l'estime de soi en limitant toute forme de culpabilité. A travers l'affiche, nous voulions amorcer un partenariat de qualité propice à la poursuite de l'intervention.

L'affiche a été apposée courant novembre dans les locaux du Ram A. Les animatrices ont distribué des prospectus, créés à partir de l'affiche, aux parents et aux professionnels. Elles ont également parlé de la soirée autour d'elles afin de mobiliser la population.

En revanche, l'affiche n'a pas été proposée au Ram B.. Seuls les responsables ont divulgué l'invitation à une soirée sur le thème du langage.

Les soirées d'échanges furent la prochaine étape de la réalisation.

IV.2 - Soirées d'échanges

Les soirées d'échanges ont deux vocations. La première est de fournir des informations concernant la thématique abordée afin de disposer d'un référentiel commun pour la poursuite du projet. La seconde, en cohérence avec les principes de la formation des adultes, est de souligner les bénéfices d'un engagement dans le projet et ainsi susciter une participation active. Après avoir évoqué quelques conseils reçus avant les soirées, nous en expliquerons le déroulement.

IV.2.A - Conseils préalables par la formatrice de Dialogoris

Nous avons soumis notre affiche au regard d'une des fondatrices de l'organisme de formation « Dialogoris », destiné aux orthophonistes et professionnels de la petite enfance. Forte de son expérience dans des interventions de prévention, elle nous a prodigué des conseils concernant la gestion de certains thèmes susceptibles d'être abordés au cours de la soirée.

Tout d'abord, elle nous a conseillé d'effectuer une introduction théorique sur le thème des écrans en énonçant les résultats de certaines études. Nous apportons ainsi une explication du caractère attractif des écrans pour les enfants et abordons l'impact sur leur développement. La nécessité d'une vigilance quant à l'utilisation des écrans était ainsi soulignée. Nous pouvions alors interroger la salle sur les solutions que certains utilisent pour limiter la durée d'exposition, pour accompagner l'enfant dans le visionnage de programmes télévisés, etc.

Par ailleurs, elle nous proposait d'introduire les autres thèmes par le film « les clefs du langage », que nous allons évoquer ultérieurement, ou d'interroger directement les personnes sur les façons d'aider l'enfant à développer son langage. Régulièrement nous pouvions récapituler les réponses et relancer les interrogations.

Enfin, nous pourrions conclure sur l'importance d'être attentif à l'enfant pour reconnaître les instants où il initie un épisode d'attention conjointe, ses tentatives de communication même non-verbale, etc. A partir de cette reconnaissance, nous pouvions inviter l'entourage à commenter, à mettre des mots sur ce que l'enfant exprime de façon non-verbale. Cette reformulation peut se faire en accentuant l'intonation, en répétant plusieurs fois les mots, en valorisant la conversation avec l'enfant, en lui laissant le temps de répondre, en tenant compte de ces propos, même inintelligibles, etc. Ces temps d'échanges peuvent être facilités avec des supports tels que le livre et le jeu mais également à travers toutes les activités de la vie quotidienne (le change, les repas, etc.).

Enfin, elle nous conseillait d'être attentifs aux différences socioculturelles qui existent dans notre groupe. Certains termes techniques peuvent ne pas être compris par l'ensemble de la salle. Nous devons prendre soin de les expliquer et de reformuler autant que possible.

Une soirée d'échanges a donc été organisée au sein de chaque Ram, en présence de deux orthophonistes. Pour chacune des interventions, nous avons choisi de suivre un déroulement similaire en quatre étapes. Nous allons maintenant détailler chaque étape en précisant les éléments de divergence propres à chaque relais.

IV.2.B - Présentation de la soirée

Cette première partie est capitale puisqu'elle permet de définir rigoureusement le cadre de l'intervention auquel chacun des participants s'engage.

Dans notre situation, les orthophonistes ont donc précisé, après s'être elles-mêmes présentées, la thématique de la soirée « Promenons-nous dans le langage » et sa durée de deux heures. Elles ont annoncé le visionnage d'un film d'une quinzaine de minutes afin d'initier les questionnements, déjà suscités par l'affiche proposée au Ram A. Elles ont également précisé que le but de cette soirée était un échange, au travers des expériences de chacun, sans transmission univoque du savoir des orthophonistes vers le public.

Cette présentation a pour vocation d'initier un travail partenarial. Nous souhaitons réfréner les possibles sentiments de méconnaissance et d'incompétence que peuvent développer les parents ou les professionnels de la petite enfance face au développement langagier des enfants. Chaque personne se construit d'expériences qui lui sont propres. Ces soirées sont alors l'occasion de les échanger, de les confronter et de les enrichir.

IV.2.C - Film

Après cette présentation du cadre de la soirée, nous avons invité les personnes présentes à visionner un film.

Ce film de quinze minutes, intitulé « les clefs du langage », a été créé dans le cadre de l'organisme de formation Dialogoris par P. Antheunis, F. Ercolani-Bertrand, S.Roy et P.Thomine. Il expose le développement de la communication, en insistant notamment sur la période située avant les premiers mots. On y retrouve des situations de communication pour lesquelles des repères langagiers sont donnés et dans lesquelles on reconnaît les compétences précoces de l'enfant ainsi que les comportements porteurs de l'entourage.

Les orthophonistes ont précisé la vision idéalisée de ce film. La majorité des contextes reproduits s'organisent en présence d'un enfant et de deux parents, homme et femme. Or, les réalités actuelles sont telles que l'enfant n'est plus obligatoirement entouré de ce modèle familial. Aussi, il était important de préciser que les figures maternelles ou paternelles peuvent être portées par d'autres personnes de l'entourage qui seront tout autant capables d'accompagner l'enfant dans son développement harmonieux.

Nous avons choisi de visionner ce film afin d'introduire les échanges et de fournir au public un support de réflexion facilitant l'expression de leurs expériences personnelles.

IV.2.D - Echanges

Lors des deux soirées, après le visionnage du film, nous avons laissé la parole à la salle.

Nous avons invité les personnes présentes à évoquer des situations du film se faisant l'écho de leurs propres expériences, des situations dans lesquelles elles se sont reconnues ou, au contraire, par lesquelles elles ont été interpellées. Cette démarche permet de favoriser l'expression des représentations sur l'orthophonie, sur la communication afin de faire évoluer les compétences et comportements de la population. Tout au long de la soirée, les orthophonistes se sont alors attachées à suivre cette approche.

Les deux soirées ont été filmées, ce qui nous a permis par la suite d'analyser les échanges. Cinq thèmes semblables ont été abordés au cours de chacune des soirées. Nous allons dès lors les évoquer.

➤ **Développement du langage**

Un premier thème sur lequel nous sommes régulièrement revenus au cours des soirées concerne le développement du langage.

- **Compétences précoces de communication développées par les enfants.**

Lors des soirées dans les deux Ram, le public a exprimé sa redécouverte, grâce au film, de l'évolution de la communication avant les premiers mots et de la richesse de la communication non-verbale, fondatrice du futur développement langagier. Cette discussion fut l'occasion d'évoquer les compétences précoces de l'enfant source de jeux entre le bébé et ses parents.

- **Morsures et cris**

Au Ram A., certains parents ont cherché à percevoir le sens à mettre sur des comportements de morsure ou sur des cris manifestés après l'apparition des premiers mots. Ils ont évoqué l'hypothèse d'une tentative de communication de leurs enfants, parfois en incapacité d'exprimer suffisamment leurs émotions par des mots. Ils se sont également interrogés sur la façon d'accompagner ces enfants dans l'expression de leurs sentiments. Par ces premiers échanges, nous observons d'ores et déjà l'enrichissement de la réflexion portant sur la communication.

➤ **Repères et signes d'alerte**

Au cours de deux interventions, d'autres questions ont porté sur le développement du langage verbal avec une demande de repères et de signes d'alerte selon les âges.

Nous avons dans un premier temps proposé un site de référence appelé « info-langage », qui répertorie ces repères et ces moments où il faut s'inquiéter.

Puis, les orthophonistes ont invité le public à essayer de retrouver ces repères, au vu de leurs expériences. Nous avons par la suite enrichi leurs observations en évoquant quelques signes comme des repères à l'âge de deux ans, une régression ou stagnation à tout âge, etc.

A cette occasion, nous nous sommes accordés sur la définition d'un « mot » pour un enfant, à savoir une forme stable, même déformée, pour parler toujours d'un même objet. Nous avons alors évoqué l'influence du développement de l'appareil phonatoire sur les productions de l'enfant.

Pour finir, nous avons souligné les différences développementales entre chaque enfant. Au Ram B. la question de l'influence du développement psychique, moteur, etc, ou bien d'événements familiaux (tels qu'une nouvelle grossesse) sur le langage a été particulièrement soulevée. Ces éléments permettent parfois de nuancer les difficultés observées. Cette nuance peut être apportée par l'orthophoniste lors d'une consultation. Aussi, nous avons régulièrement expliqué que toute inquiétude peut faire l'objet d'une rencontre avec un orthophoniste.

➤ **Comportements porteurs**

Le deuxième thème abordé dans ces deux soirées, mais plus particulièrement avec le Ram B., concerne les comportements et attitudes que l'entourage peut adopter dans des situations de communication.

- **Différence de langage entre le père et la mère**

Au Ram A., certaines personnes ont observé, à partir du film, les différences de langage entre la mère et le père ou l'entourage. L'une oriente davantage ses paroles sur les ressentis de l'enfant, l'autre offre une ouverture vers le monde. Ces rôles sont complémentaires et essentiels dans le développement du langage.

- **Comportements porteurs**

Au Ram A., ce thème a été introduit naturellement à partir d'observations sur la manière de parler avec un enfant. En revanche, au Ram B., il nous a été particulièrement demandé de prodiguer des conseils pour agir face à un enfant en difficulté. Il est intéressant de souligner cette approche différente qui peut être le signe d'un besoin différent selon les deux Ram.

Lors des deux soirées, nous avons donc échangé autour des comportements que l'entourage adopte (le parler-nourrice, l'intonation chantante, etc.) et adapte à mesure de l'évolution langagière de l'enfant.

Ce fut l'occasion de souligner que ce langage de l'adulte adressé à l'enfant peut perdre de son naturel face à une difficulté langagière persistante. Aussi, la consultation est une opportunité pour déposer ces inquiétudes auprès d'un professionnel compétent.

- Répétition

Au cours des deux soirées, mais plus longuement avec le Ram B., nous avons également échangé sur l'intérêt ou le risque de faire répéter l'enfant lors de productions déformées. Certaines personnes « laissent faire », d'autres « traduisent », « reformulent » ou « font répéter ».

Nous avons alors évoqué de nouveau l'image du perroquet sur l'épaule du parent, illustrée dans la présentation de l'affiche. Ce perroquet indique que c'est à l'entourage de répéter le bon modèle et non à l'enfant.

Nous avons alors encouragé l'entourage à enrichir les propos de l'enfant, à formuler des hypothèses quant aux idées qu'il souhaitait exprimer, sans avoir pu être intelligible, afin de montrer notre intérêt pour son discours, à lui laisser le temps de s'exprimer, de s'essayer, etc.

- Bégaiement

Au cours des deux soirées le bégaiement a été évoqué dans une approche différente. En effet, alors qu'avec le Ram A., nous avons échangé sur l'orientation d'un enfant qui bégaié vers un orthophoniste et l'origine multifactorielle de ce trouble, nous avons, avec le Ram B., insisté sur les comportements à adopter avec cet enfant.

Nous avons premièrement rappelé que le bégaiement constitue une urgence orthophonique. Il n'existe aucun intérêt à attendre avant de consulter un orthophoniste. En effet, au cours de cette attente, l'enfant se construit sur une notion d'effort, de moqueries, qui sont susceptibles d'entraver la construction de son langage et de son identité. De plus, même si pour trois enfants sur quatre le bégaiement s'estompera, nous ne pouvons prendre le risque de la chronicisation d'un bégaiement.

Par la suite, nous nous sommes attardés sur les attitudes à adopter avec un enfant qui bégaié, en essayant de les faire émerger par le public lui-même. Nous avons abordé les comportements nocifs, puis les comportements porteurs. L'image du toboggan a été introduite. Elle invite l'entourage à fournir à l'enfant des hypothèses quant aux mots cherchés. Une fois

encore, il s'agit de montrer l'intérêt que nous portons au discours de l'enfant et non à la forme de son discours. Nous cherchons à restituer le naturel de la communication fondée sur des ajustements réciproques.

➤ **Orthophonie**

Un troisième thème abordé au cours des deux soirées concerne l'orthophonie.

- **Age minimal**

Les questions sur ce thème concernent le déroulement d'une prise en charge orthophonique et l'âge d'orientation pour une première consultation. L'attente de la scolarisation avant une première consultation fut une des représentations recueillies. Nous avons de nouveau insisté sur l'importance d'une consultation à tout âge et pour toute inquiétude.

- **Prise en charge orthophonique**

Nous avons ensuite échangé autour de la démarche du bilan.

La difficulté d'une première prise de rendez-vous a été soulignée. Les assistants maternels ont exprimé les difficultés parfois rencontrées à évoquer le langage avec les parents, ce qui retarde la consultation.

Nous avons poursuivi la discussion sur l'approche d'accompagnement des orthophonistes lors d'une prise en charge. Nous souhaitons véhiculer l'accessibilité des orthophonistes pour des demandes précoces.

Nous avons alors insisté sur la valeur attribuée aux observations de l'entourage. Le bilan est un échange personnalisé afin de mettre du sens sur ces observations. Puis, nous avons évoqué le support du jeu comme outil facilitant l'interaction avec l'enfant. Enfin, nous avons insisté sur l'élaboration du projet de l'enfant en partenariat avec les parents.

- **Pathologies spécifiques**

Suite à cet échange autour du bilan et de la rééducation, nous avons évoqué, avec le Ram A., quelques domaines et pathologies spécifiques.

Nous avons abordé le domaine oto-rhino-laryngologique avec des questions concernant la surdité, le bavage, le rapport entre la bouche et le langage, l'alimentation etc. A cette occasion, nous avons rappelé des signes d'alerte notamment en lien avec la surdité et l'importance des bilans auditifs, ophtalmologiques, etc.

➤ **Supports de langage**

Ces trois premiers thèmes recensés font partie des objectifs intermédiaires que nous avons fixés au début du projet. Un dernier thème a été abordé et fait davantage référence à une demande concrète d'aide pour renforcer le langage. En effet, nous avons régulièrement échangé autour de l'influence de certains supports sur l'évolution du langage.

Au Ram A., nous avons évoqué l'influence de la tétine ou de l'utilisation du pouce sur le positionnement de la langue et sur l'articulation.

Au Ram B., nous avons échangé sur l'intérêt de l'utilisation de gestes tirés de la langue des signes française avec les enfants. Une mère relatait en effet qu'elle a précocement utilisé des signes avec son enfant, parallèlement à la verbalisation. Elle exprimait maintenant son inquiétude en observant son enfant communiquer presque uniquement avec ces gestes sans prononcer de mots. Nous avons souligné le support naturel des gestes dans la communication et avons évoqué l'influence de l'école dans la socialisation et l'utilisation des codes sociétaux, dont la langue française. Pour autant, cette maman a offert à son enfant une ouverture au monde par cette possibilité de s'exprimer selon différents moyens.

- **Télévision**

Puis, au cours des deux soirées, nous avons échangé autour de la télévision.

Nous avons cherché à percevoir le rapport des personnes à la télévision, précisément l'utilisation qu'elles en font avec l'enfant et la durée durant laquelle l'enfant la regarde.

Les avis divergent sur ce point. Certaines personnes ne semblent pas percevoir l'impact négatif de la télévision sur le développement. Nous avons repris ces éléments en appuyant notre propos d'études indiquant une différence dans les taux d'échanges verbaux entre une situation de communication avec télévision allumée ou sans télévision.

D'autres personnes ont insisté sur la nécessité d'accompagner l'enfant dans la découverte des écrans. Nous avons réfléchi ensemble au moyen d'accompagner l'enfant. La télévision n'est pas en elle-même porteuse de langage, elle favorise la passivité de l'enfant. Toutefois, elle fait partie de notre société et est une ouverture au monde. La télévision doit être proposée aux enfants de façon adaptée et accompagnée (choix des programmes, temps de visionnage, échanges porteurs de sens autour des paroles entendues, etc.) Nous avons donc longuement insisté sur la notion d'accompagnement en l'enrichissant d'expériences apportées par le public.

- **Jeu**

Le débat s'est ensuite orienté vers la valeur du jeu dans le développement de l'enfant. Une des premières demandes au Ram A. était de savoir si certains jeux favorisent et développent particulièrement le langage. Concernant le Ram B., le public s'étonnait de la multitude de jeux présents dans un cabinet d'orthophoniste.

Nous avons alors expliqué que le jeu est un support de développement, d'apprentissage, de découverte et de plaisir pour l'enfant. L'acte de jouer, et non le support de jeu, lui permet de construire son univers, sa pensée, son imaginaire, etc.

En outre, de même que pour le sujet de la télévision, le public a soulevé la nécessité de l'accompagnement. C'est l'interaction possible à travers le jeu qui favorise l'évolution du langage. De nombreuses expériences ont alors été évoquées. Elles relatent l'intérêt des enfants pour la manipulation, le détournement des jeux et le plaisir d'être avec le parent plutôt que son intérêt pour la nouveauté et l'esthétisme du jeu. L'entourage peut alors accompagner ce jeu par des commentaires, des encouragements, etc. Nous avons également insisté sur la nécessité d'avoir préalablement accompagné l'enfant dans ses jeux pour qu'il puisse jouer seul et ainsi construire sa pensée. Le jeu ne doit en revanche pas être source d'attentes mais uniquement de plaisir. Nous avons par ailleurs souligné le plaisir de certains enfants à redécouvrir des jeux connus à un âge antérieur, sans que cela soit signe de régression.

➤ **Remarques relatives aux compétences professionnelles**

Deux remarques ont été faites concernant le contexte d'un accueil individualisé ou collectif.

En effet, au Ram A., une personne travaillant en accueil collectif a souligné la difficulté de personnaliser l'accompagnement langagier d'un enfant en difficulté. Malgré l'attention que les professionnels peuvent y porter, les autres enfants ont également besoin de leur attention. Nous avons évoqué la nécessité de privilégier le prénom au surnom, d'être attentif à l'emploi adapté des pronoms personnels, etc. La complexité de la prévention des troubles du langage en accueil collectif a été remarquée.

Enfin, lors de la soirée avec le Ram B., la difficulté des assistants maternels à évoquer le langage avec les parents a été soulignée. La soirée a toutefois permis de mieux appréhender les enjeux d'un accompagnement orthophonique et ainsi de faciliter les échanges avec les parents.

Nous avons alors, au cours des deux soirées, évoqué cinq thèmes semblables. Nous pouvons noter que l'ensemble des objectifs intermédiaires préparés ont été abordés. Par ailleurs, d'autres demandes concernant les outils favorisant le langage ainsi que des interrogations spécifiques à l'accueil collectif et individuel ont pu être posées.

Les deux heures arrivant à leur terme, les orthophonistes ont alors clos l'intervention.

IV.2.E - Clôture de la soirée

Pour clore la soirée, nous avons reformulé les différents sujets évoqués et avons invité le public à répondre à un questionnaire afin de recueillir des éléments nous permettant d'ajuster notre projet.

Avant que chaque participant ne parte, nous avons également distribué une plaquette intitulée « objectif langage » ainsi qu'une toise proposant des repères dans le développement langagier.

➤ Plaquette « Objectif Langage : Naître, c'est entrer dans le langage »

Cette plaquette (Annexe IV) a été réalisée en collaboration avec les associations de prévention en orthophonie du Poitou-Charentes et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Une première partie « dès sa naissance » propose quelques comportements porteurs qui accompagnent l'enfant dans son développement langagier, à travers le plaisir de l'échange. La partie « tout est langage » évoque les compétences communicationnelles de l'enfant que l'adulte peut précocement repérer. La partie « les jeux » invite l'adulte à accorder du temps à l'enfant pour jouer et lui permettre d'intégrer les premières règles de la communication. La partie « les livres et la lecture » présente des outils favorisant l'entrée de l'enfant dans l'écrit. Une cinquième partie sensibilise l'entourage à une utilisation de la télévision adaptée à l'enfant. Puis, la plaquette évoque quelques signes d'appel auxquels nous pouvons être attentifs. Enfin, la dernière page invite à demander conseil à son médecin en cas d'inquiétude. Elle précise que « *plus l'intervention est précoce, plus elle est efficace* ». Elle indique par ailleurs que des informations supplémentaires peuvent être trouvées sur le site « info-langage.org ».

Cette plaquette de sensibilisation au développement du langage propose une synthèse des échanges menés lors de la soirée et s'intègre parfaitement dans notre démarche d'éducation pour la santé.

➤ **Toise-Langage**

Pour la compléter, nous avons distribué une toise (Annexe V) élaborée en collaboration avec plusieurs associations de prévention en orthophonie dont « Les Orthos Vienne(nt) ».

Elle permet aux parents de repérer les principales étapes du développement du langage de leur enfant et d'en indiquer l'âge d'acquisition.

Au dos de cette toise, sont proposés des points de repère allant de la naissance à l'âge de quatre ans.

Le site « info-langage.org » est également inscrit pour toute personne souhaitant davantage d'informations concernant le langage.

IV.3 - Questionnaire

Au début de la soirée, nous avons distribué à chaque participant un questionnaire (Annexe III) permettant une première évaluation du projet. Nous allons maintenant exposer chaque question en analysant les résultats recueillis.

IV.3.A - Choix des questions

La première question permet de préciser les professions présentes lors des soirées et de classer les réponses selon la mixité de la population.

La deuxième question est destinée à recueillir les demandes ou besoins exprimés par la population.

Par la troisième question, nous initions une première évaluation des compétences à travers l'un des paramètres qui est l'augmentation des savoirs formels, c'est-à-dire des connaissances.

La quatrième question est construite au regard de nos trois objectifs intermédiaires. Elle permet d'évaluer la reconnaissance par la population de ses propres compétences, des compétences de l'enfant et des situations dans lesquelles l'orthophoniste peut avoir un rôle d'accompagnement. Nous évaluons succinctement la prise de conscience concernant ces aspects. Elle est nécessaire à l'engagement de l'adulte dans le processus de changement des comportements.

La cinquième question a pour vocation d'évaluer l'éveil d'une dynamique d'évolution concernant les compétences de l'adulte et d'estimer les demandes pour une nouvelle soirée.

La sixième question a été uniquement présentée au Ram B. Elle fait suite à une première évaluation de la soirée au Ram A. Comme nous l'avons régulièrement évoqué, les démarches d'éducation pour la santé prennent appui sur les représentations de la population. Nous avons

alors souhaité davantage étudier ces représentations sur l'orthophonie et le développement langagier en ajoutant cette question pour les prochaines soirées.

La septième question permet au public d'apporter librement d'éventuelles remarques supplémentaires.

IV.3.B - Résultats du questionnaire

➤ Question 1 : Population

	Total	Questionnaires recueillis	Responsables	Ass. Mat.	EJE	Parents
Ram A.	30	25 (83%)	2 (8%)	8 (32%)	6 (24%)	9 (36%)
Ram B.	18	13 (72%)	1 (7%)	5 (38%)	-	7 (53%)

Tableau 1 : Répartition de la population lors des soirées d'échanges

Pour le Ram A. l'âge moyen des enfants des parents venus est de 26 mois et l'âge moyen des enfants gardés par les assistants maternels est de 19 mois.

Pour le Ram B. l'âge moyen des enfants des parents venus est de 23 mois et l'âge moyen des enfants gardés par les assistants maternels est de 19 mois.

Pour la suite de notre analyse, nous avons choisi de retirer les questionnaires des responsables. Partenaires à l'initiative de ce projet, ils ne font pas partie de notre population.

Les réponses aux questions 2 et 3 seront classées par catégorie : les comportements porteurs, le thème de l'orthophonie et des demandes spécifiques (l'oralité, le bilinguisme, le bégaiement, etc.), le développement du langage et les signes d'alerte, les supports langagiers (télévision et jeu).

➤ Question 2 : Attentes concernant la soirée d'échanges

- Assistants maternels :

	Taux de réponse (nombre d'attentes exprimées)	Satis- faction	Comport. porteurs	Orthophonie/demandes spécifiques	Développement du langage/ signes d'alerte	Supports langagiers
Ram A.	100% (13 attentes)	63%	39%	31%	15%	15%
Ram B.	40% (2 attentes)	66%	0%	100%	0%	0%
Total	70%	65%	20%	65%	7%	7%

Tableau 2 : Attentes des assistants maternels concernant la soirée d'échanges

La majorité des demandes des assistants maternels du Ram A. concerne les compétences à acquérir en tant que professionnels de la petite enfance et les champs d'intervention des orthophonistes. Certains professionnels auraient souhaité une définition plus précise de l'orthophonie et davantage de conseils concrets et d'exemples concernant l'évolution ou les difficultés langagières des enfants.

L'ensemble des attentes exprimées par les assistants maternels du Ram B. concernent l'orthophonie. Une personne aurait aimé approfondir les sujets, sans apporter davantage de précision.

En conclusion, nous voyons que les attentes exprimées par les assistants maternels des deux Ram concernent davantage leur professionnalisation. En effet, les demandes interrogent les possibles liens avec les orthophonistes ou les compétences professionnelles que les assistants maternels peuvent développer concernant le langage.

- **Parents**

	Taux de réponse (nombre d'attentes exprimées)	Satis- faction	Comport. porteurs	Orthophonie/demandes spécifiques	Développement du langage/ signes d'alerte	Supports langagiers
Ram A.	80% (10 attentes)	78%	27%	27%	46%	0%
Ram B.	71% (11 attentes)	66%	20%	20%	60%	0%
Total	76%	72%	24%	24%	52%	0%

Tableau 3 : Attentes des parents concernant la soirée d'échanges

La majorité des demandes des parents concerne le développement du langage et les signes d'alerte. 22% des parents du Ram A. auraient souhaité davantage de réponses concrètes à leurs questions, un parent du Ram B. aurait aimé approfondir le thème de l'oralité.

En conclusion, on remarque que les attentes des parents tendent davantage vers le thème du développement du langage et des signes d'alerte.

- **EJE**

Les éducateurs de jeunes enfants étaient uniquement présents au Ram A. Tous ont été satisfaits de la soirée. En revanche, seul un professionnel a exprimé une attente. Elle concerne le développement du langage notamment non-verbal.

Pour conclure, nous pouvons tout d'abord observer que les assistants maternels et les parents expriment davantage de demandes concernant l'intervention que les éducateurs de jeunes enfants. Par ailleurs, les attentes des assistants maternels révèlent que leurs démarches se situent davantage dans une problématique de professionnalisation et de création de partenariat avec les orthophonistes. En revanche, les parents semblent davantage s'intéresser aux compétences de leur enfant.

➤ Question 3 : Informations retenues suite à la soirée

- Assistants maternels

Les informations retenues au Ram A. concernent : l'orthophonie et l'intérêt d'une consultation à tout âge, l'importance des comportements porteurs, le jeu, la télévision, le développement du langage non-verbal et verbal. Les informations retenues au Ram B. concernent : les champs d'intervention en orthophonie, dont l'oralité ainsi que l'âge d'une consultation et les comportements porteurs.

Ces informations peuvent être classées en quatre catégories présentées dans le tableau suivant.

	Taux de réponse (nombre d'info. retenues)	Comport. porteurs	Orthophonie/ demandes spécifiques	Développement du langage/ signes d'alerte	Supports langagiers
Ram A.	75% (10 réponses)	30%	40%	10%	20%
Ram B.	60% (3 réponses)	33%	67%	0%	0%
Total	68%	32%	54%	5%	10%

Tableau 4 : Informations retenues par les assistants maternels après la soirée d'échanges

Les assistants maternels présents lors des deux soirées retiennent majoritairement des informations sur les thèmes de l'orthophonie et des comportements porteurs. Ces éléments retenus peuvent être mis en lien avec leurs attentes exprimées en question 2 dans une probable démarche de professionnalisation.

- Parents

Les informations retenues par les parents du Ram A. concernent : le rôle de l'orthophoniste et l'intérêt d'une consultation à tout âge, l'importance des comportements porteurs, le jeu, le développement du langage non-verbal et les signes d'alerte. Les informations retenues au Ram B. concernent : les champs d'intervention des orthophonistes notamment dans

l'oralité, leur rôle et l'intérêt d'une consultation à tout âge et l'importance des comportements porteurs.

Ces informations peuvent être classées en quatre catégories présentées dans le tableau suivant.

	Taux de réponse (nombre d'info. retenues)	Comport. porteurs	Orthophonie/ demandes spécifiques	Développement du langage/ signes d'alerte	Supports langagiers
Ram A.	100% (17 réponses)	53%	12%	23%	12%
Ram B.	85% (7 réponses)	29%	71%	0%	0%
Total	93%	41%	41%	12%	6%

Tableau 5 : Informations retenues par les parents après la soirée d'échanges

Les parents présents lors des deux soirées semblent retenir davantage des informations concernant l'orthophonie ou les comportements porteurs. Les réponses à la question 2 indiquaient que les parents étaient davantage en attente de réponses concernant les compétences de leur enfant. On peut émettre l'hypothèse que ces parents ont découvert à la fois le rôle de l'orthophoniste comme partenaire pour le développement langagier mais également leur propre rôle dans l'accompagnement de leur enfant.

- EJE

Les informations retenues concernent : l'intérêt d'une consultation orthophonique à tout âge, l'importance des comportements porteurs, le développement du langage non-verbal, les signes d'alerte et étapes clefs du développement langagier, ainsi que quelques informations concernant la morsure, le bégaiement et la définition d'un « mot ». Ces informations peuvent être classées en quatre catégories présentées dans le tableau suivant.

	Taux de réponse (nombre d'info. retenues)	Comport. porteurs	Orthophonie/ demandes spécifiques	Développement du langage/ signes d'alerte	Supports langagiers
Ram A.	83% (9 réponses)	11%	44%	44%	20%

Tableau 6 : Informations retenues par les EJE après la soirée d'échanges

On observe que les informations retenues par les EJE concernent davantage l'orthophonie avec des questions spécifiques à certains champs d'intervention des orthophonistes ainsi que les étapes du développement du langage.

En regroupant l'ensemble des réponses des personnes présentes aux deux soirées, nous observons alors que les informations majoritairement retenues par les assistants maternels concernent l'orthophonie puis les comportements porteurs. Ces mêmes constats sont observés pour les parents. Les EJE en revanche retiennent davantage les thématiques de l'orthophonie et des repères concernant le développement du langage. Cette population semble également la plus sensible à la thématique des supports soutenant le langage tels que le jeu.

Sur l'ensemble de la population, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'intervention a été l'occasion d'enrichir particulièrement les connaissances du public sur le métier d'orthophoniste et sur les compétences des parents et des professionnels.

➤ **Question 4 : Evolution quant à nos objectifs intermédiaires**

Les résultats suivant indiquent les réponses de la population à la question de leur découverte des compétences de l'adulte, notamment des comportements porteurs, des compétences de l'enfant et de l'orthophonie.

Cette notion de « découverte » est à relativiser. Pour certaines personnes, la soirée fut l'occasion d'une réelle découverte des thématiques abordées. Pour d'autres, elle fut l'occasion d'un approfondissement des sujets évoqués, non pas d'une découverte. Les réponses recueillies peuvent différer selon le sens attribué à la question. Notre analyse ne nous permet pas d'en distinguer les nuances.

- **Assistants maternels**

		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Absolument
Ram A.	Comp. Adulte	0%	25%	25%	50%
	Comp. Enfant	0%	0%	50%	50%
	Orthophonie	12,5%	0%	25%	62,5%
Ram B.	Comp. Adulte	25%	25%	0%	50%
	Comp. Enfant	0%	50%	0%	50%
	Orthophonie	0%	0%	20%	80%
Total	Comp. Adulte	12,5%	25%	12,5%	50%
	Comp. Enfant	0%	25%	25%	50%
	Orthophonie	6%	0%	23%	71%

Tableau 7 : Découverte concernant nos objectifs intermédiaires par les assistants maternels

Les assistants maternels du Ram A. ont principalement découvert le domaine l'orthophonie puis les compétences des enfants. Les résultats concernant les compétences des adultes sont moins significatifs. Au Ram B., c'est également le domaine de l'orthophonie qui a été principalement découvert. Les résultats quant aux compétences des enfants et de l'adulte sont moins significatifs.

Dans l'ensemble, l'orthophonie a majoritairement été découverte, avant la thématique des compétences des enfants. Cette tendance diffère des constats observés à la question 3 où les assistants maternels ont davantage retenu des éléments concernant les comportements porteurs comparativement aux compétences de l'enfant.

- **Parents**

		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Absolument
Ram A.	Comp. Adulte	0%	28%	28%	44%
	Comp. Enfant	0%	11%	22%	67%
	Orthophonie	0%	11%	33%	56%
Ram B.	Comp. Adulte	0%	20%	20%	60%
	Comp. Enfant	0%	20%	20%	60%
	Orthophonie	0%	0%	39%	71%
Total	Comp. Adulte	0%	24%	24%	52%
	Comp. Enfant	0%	15%	21%	64%
	Orthophonie	5%	5%	36%	64%

Tableau 8 : Découverte concernant nos objectifs intermédiaires par les parents

Les parents du Ram A. ont principalement découvert les compétences des enfants puis l'orthophonie. Les parents du Ram B. ont quant à eux découvert le domaine de l'orthophonie puis, de façon semblable les compétences de l'adulte et de l'enfant.

Si nous rassemblons les résultats des parents présents aux deux soirées, l'orthophonie et les compétences des enfants sont les principaux thèmes approfondis lors des interventions.

- **EJE**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Absolument
Comp. Adulte	17%	33%	50%	0%
Comp. Enfant	0%	40%	40%	20%
Orthophonie	0%	0%	50%	50%

Tableau 9 : Découverte concernant nos objectifs intermédiaires par les EJE

Les résultats indiquent que les EJE ont également principalement découvert le domaine de l'orthophonie puis les compétences des enfants. En revanche, il semble que les EJE aient moins découvert leurs propres compétences.

➤ **Question 5 : Perspectives suite à la soirée**

- **Assistants maternels**

		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Absolument
Ram A.	En parler à l'entourage	0%	14%	14%	72%
	Modifier le comportement avec l'enfant	0%	71%	14%	14%
Ram B.	En parler à l'entourage	20%	0%	0%	80%
	Modifier le comportement avec l'enfant	25%	25%	0%	50%
Total	En parler à l'entourage	10%	7%	7%	76%
	Modifier le comportement avec l'enfant	13%	48%	7%	32%

Tableau 10 : Perspectives d'évolution des assistants maternels suite à la soirée d'échanges

Aucun assistant maternel n'a répondu ne rien vouloir changer. Les assistants maternels se disent prêts à faire partager leurs connaissances nouvellement acquises. Cependant, ils semblent moins prêts à modifier leurs comportements.

Nous ne pouvons savoir si ces réponses sont dues au fait qu'ils estiment leur compétences suffisantes ou au fait que la soirée n'a pas permis, dans l'immédiat, de susciter une prise de conscience suffisante pour engager un changement. Seule la poursuite du partenariat nous permettra de clarifier ces constats.

Par ailleurs, pour les deux Ram, nous recueillons six demandes pour une nouvelle soirée : deux sur le même thème, une sur l'alimentation, une sur la dyslexie et trois demandes sans thème précisé.

- **Parents**

		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Absolument
Ram A.	En parler à l'entourage	0%	13%	37%	50%
	Modifier le comportement avec l'enfant	13%	25%	25%	37%
Ram B.	En parler à l'entourage	0%	43%	0%	57%
	Modifier le comportement avec l'enfant	0%	67%	0%	33%
Total	En parler à l'entourage	0%	28%	18%	54%
	Modifier le comportement avec l'enfant	7%	46%	12%	35%

Tableau 11 : Perspectives d'évolution des parents suite à la soirée d'échanges

Les parents des deux Ram semblent prêts à échanger avec leur entourage. Si les parents du Ram A. sont également prêts à modifier leurs comportements, les parents du Ram B. y sont moins enclins. En revanche, sur l'ensemble des questionnaires, seul un parent a répondu ne rien changer puisque la situation ne le nécessite pas.

Quatre demandes d'une nouvelle soirée ont été émises : trois demandes sans thème précisé et une demande sur les apprentissages après trois ans.

- **EJE**

		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Absolument
Ram A.	En parler à l'entourage	0%	17%	66%	17%
	Modifier le comportement avec l'enfant	0%	25%	75%	0%

Tableau 12 : Perspectives d'évolution des EJE suite à la soirée d'échanges

Aucun EJE n'a répondu ne rien vouloir changer. Ils se disent moyennement prêts à partager avec leur entourage ou à modifier leurs comportements. Leur formation s'effectuant sur une durée de trois années, nous pouvons supposer que leurs compétences pour encourager le développement du langage sont davantage assises mais qu'ils souhaitent les renforcer.

Deux demandes d'une nouvelle soirée ont été faites : une sur les apprentissages après trois ans, une sur le français signé.

➤ **Question 6 : Représentations de l'orthophonie**

Cette question a été posée uniquement à la soirée du Ram B.

Tous les assistants maternels affirment que la soirée a fait évoluer leurs représentations sur l'orthophonie, notamment sur son rôle et sur l'âge pour une première consultation. Parmi les parents, un seul a répondu que la soirée n'a pas fait évoluer ses représentations sur l'orthophonie puisqu'il connaissait déjà le métier.

➤ **Question 7 : Remarques**

Les remarques recueillies soulignent la richesse des échanges, la qualité du partage des expériences et la qualité de l'écoute des intervenants. Un parent semble n'avoir pas trouvé la soirée assez longue.

IV.4 - Ateliers au Relais d'assistants maternels A.

A la suite de la soirée au Ram A., nous avons prévu des ateliers avec les professionnels et les enfants qu'ils accueillent. Ces ateliers seraient l'occasion de valoriser leurs compétences et celles des enfants autour de situations de communication réelles.

Deux ateliers ont donc eu lieu, un premier avec les assistants maternels, un second avec les éducateurs de jeunes enfants.

Afin de conserver le naturel de la situation pour les enfants et d'observer les professionnels au cœur de leur métier, nous avons choisi d'intervenir au plus près des habitudes du Ram, c'est-à-dire en nous intégrant aux ateliers habituellement organisés par le Ram. Nous avons alors suivi leur déroulement.

Les orthophonistes présentes aux deux ateliers ont choisi d'adopter une attitude d'écoute active. Elles n'ont pas dirigé les échanges mais se sont montrées disponibles pour toute sollicitation. Elles ont alors pu jouer avec les enfants, en accentuant leurs propres comportements porteurs et en soulignant les compétences des enfants avec qui elles étaient en interaction. Parallèlement, elles ont pu échanger avec les professionnels autour de diverses questions.

IV.4.A - Atelier avec les assistants maternels

L'atelier avec les assistants maternels s'est déroulé sur la matinée du mardi 20 janvier 2015, à l'heure traditionnelle des ateliers. Une orthophoniste était présente, une responsable du Ram, une étudiante éducatrice de jeunes enfants, quatre assistants maternels et onze enfants.

L'atelier commence par un temps d'accueil des enfants et de leurs assistants maternels suivi par un temps de jeu. Différents espaces sont offerts aux enfants pour jouer individuellement ou collectivement. En effet, dans la salle, on retrouve des éléments de dînette, un garage, un lieu de change et de toilette, un miroir, un espace avec des livres, des jouets éducatifs, des objets à manipuler et mettant en éveil les cinq sens, des animaux de la forêt en peluche, etc. Sur le mur, sont également accrochées les comptines que les enfants ont l'habitude de chanter ou des photos d'événements auxquels ils ont participé. Ce temps de jeu est un moment de partage avec chaque assistant maternel.

Ensuite, les enfants se sont retrouvés autour d'une table pour fêter l'anniversaire d'un des leurs. Nous avons chanté, soufflé les bougies et distribué le gâteau. Après s'être lavé les mains, les enfants ont continué de jouer.

Puis, un troisième temps a été proposé. Les animatrices du relais ont apporté de la semoule qu'elles ont étalée sur un drap. Les enfants ont pu jouer avec, découvrir les sensations sur les pieds, sur les mains, remplir et vider des tracteurs, essayer de construire des châteaux, etc.

C'est à l'occasion de ce moment de partage que les assistants maternels et une maman arrivée au cours de l'atelier ont interpellé l'orthophoniste pour discuter dans un premier temps du bilinguisme. Elles ont évoqué diverses expériences de contexte de bilinguisme et s'interrogeaient quant à l'impact de deux langues sur le développement du langage. Nous avons essayé de faire émerger l'idée que la langue contribue à la construction de l'identité de l'enfant et de sa famille et que lorsqu'elle fait sens pour la famille, elle est un atout pour l'enfant. Nous avons en revanche souligné l'intérêt pour l'adulte de parler sa propre langue maternelle. Les comptines et les émotions sur lesquelles l'enfant va s'appuyer pour se développer ressurgiront davantage dans cette langue naturelle pour le parent. Enfin, d'autres assistants maternels ont abordé les champs d'intervention des orthophonistes ainsi que les signes d'appels.

Après cela, nous nous sommes tous retrouvés sur les tapis pour chanter des comptines. L'animatrice du relais a ensuite pris un livre et en a raconté l'histoire. Ce livre, intitulé « La chasse à l'ours » et écrit par Michaël Rosen, est ponctué de gestes et d'onomatopées que chaque enfant et assistant maternel peut reproduire. Il permet de sensibiliser l'enfant à divers sons de la langue et de partager des moments de plaisir.

Enfin, l'atelier est arrivé à sa fin. Chaque enfant est allé mettre son manteau accompagné de son assistant maternel puis s'en est allé.

C'est à la fin de l'atelier que nous avons évoqué avec les animatrices l'intérêt d'une nouvelle rencontre entre les orthophonistes et les assistants maternels uniquement.

En effet, la présence des enfants a difficilement permis le renforcement des compétences des professionnels. Nous ne souhaitons pas interrompre les situations de communication entre les enfants et les assistants maternels. Nous préférons organiser une nouvelle rencontre afin de valoriser les comportements porteurs et les compétences de l'enfant observés ce jour, grâce au visionnage d'éléments du film enregistré lors de l'atelier.

IV.4.B - Atelier avec les éducateurs de jeunes enfants

L'atelier au sein de la crèche s'est déroulé quant à lui le mercredi 21 janvier 2015, également à l'heure habituelle des temps d'accueil. Une vingtaine d'enfants étaient présents ainsi que trois éducateurs de jeunes enfants et une orthophoniste.

Lorsque les enfants sont arrivés, ils ont débuté la journée par une collation. Après que chacun l'eut terminé, l'atelier put commencer.

Un temps de comptines a tout d'abord été proposé. Les enfants se sont amusés à chanter et à faire les gestes des comptines. Ensuite, l'éducatrice de jeunes enfants a montré des images d'animaux que les enfants ont essayé de reconnaître.

Après ce temps d'accueil signifiant le début de la matinée, les éducatrices ont proposé de jouer avec des briques en mousse. Les enfants ont alors pu, ensemble, faire des constructions. Certains s'amusaient à créer des parcours, d'autres à construire une table de restaurant ou encore des scooters pour les pompiers. Chaque construction a fait l'objet de jeux symboliques et d'échanges. Cette activité motrice a permis également aux enfants de dépenser leur énergie.

Nous pouvons noter que la crèche bénéficie d'une salle appelée « la salle de cris ». Cette salle est proposée aux enfants qui ont besoin d'exprimer leur excitation avant de poursuivre les activités et d'être disponibles ensuite pour partager avec les autres enfants.

Les enfants se sont ensuite regroupés autour du tapis où ont eu lieu les comptines afin de clore l'atelier du matin. Une éducatrice a de nouveau proposé des images, cette fois de parties du corps, que les enfants dénommaient. Trois ou quatre autres enfants ont regardé des livres avec l'orthophoniste.

Enfin, un livre audio racontant l'histoire de « Roule Galette », écrit par Natha Caputo, a été proposé. Cette histoire est appréciée des enfants puisqu'elle reprend régulièrement un refrain que chacun peut chanter. L'atelier s'est donc terminé avec cette histoire.

V - Evaluation

Pour faciliter l'évaluation de notre intervention, nous nous appuyerons sur « l'outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé » appelé Preffi 2.0 (Molleman, Peters, Hommels, & Ploeg, 2003). Créé en 2003 par l'institut pour la promotion de la santé et pour la prévention des maladies des Pays Bas, il a été traduit en français à la demande de l'Inpes.

Cet outil propose l'évaluation des interventions par une analyse en huit catégories. Aussi, nous allons maintenant évaluer notre projet d'éducation pour la santé en faveur du développement de la communication en nous appuyant sur ces catégories.

V.1 - Ressources et faisabilité du projet

➤ Soutien et engagement des partenaires

Les partenaires principaux de ce projet sont les responsables du Ram et de la crèche A. et du Ram B. Leur implication dans le projet fut un facteur essentiel de la réussite de nos actions.

Pour l'intervention au Ram A., la réunion préalablement fixée entre les responsables nous a permis de préciser la demande, de définir les modalités d'intervention et d'envisager les possibilités de communication autour du projet. Cette rencontre avec les responsables du Ram. A. a contribué à la qualité du partenariat entre les orthophonistes et les assistants maternels.

Pour le Ram B., les contacts visant à organiser la soirée d'échanges ont eu lieu par courriel. La poursuite de l'action au travers d'ateliers nécessitera une rencontre avec les responsables.

➤ Moyens

Lors des soirées d'échanges, le cadre temporel a été annoncé et respecté. Il a été en outre pertinent d'expliquer en introduction le déroulement de la soirée. Par cette information, les participants ont pu se sentir pris en considération. En outre, la projection d'un film lors de la soirée fut un bon support d'accroche pour initier les échanges.

Les moyens financiers ont préalablement fait l'objet d'un accord entre les responsables. La question de la rémunération d'actions préventives menées par les orthophonistes est une nouvelle fois soulevée.

Comme nous l'avons expliqué, la prévention fait partie intégrante du champ d'intervention des orthophonistes. Cette compétence est d'ailleurs inscrite depuis 1992 dans le décret de compétences des orthophonistes. Or, il est à noter qu'aucune tarification d'une intervention préventive n'est reconnue dans la dernière nomenclature des actes professionnels du 06 novembre 2012. Les actions de prévention en orthophonie sont donc confrontées à une réalité financière incertaine.

➤ **Plan de communication**

Comme nous l'avons souligné, l'affiche invitant à la soirée d'échanges a uniquement été proposée dans le relais A. La différence observée dans le nombre de participants entre ces deux relais nous laisse émettre l'hypothèse que la diffusion d'une affiche mobilise davantage la population.

Par ailleurs, la création de cette affiche fut motivée par notre souhait de définir le cadre de l'intervention et d'initier une dynamique de réflexion par l'intermédiaire de nos questions interpellatives.

Afin de recueillir un avis quant à la qualité attractive de cette affiche, nous l'avions envoyée à une intervenante de la formation Dialogoris avec qui les orthophonistes ont travaillé. Nous avons alors reçu en retour un courriel exposant son analyse de l'affiche.

Selon elle, l'affiche cible une population précise, à savoir des parents et des assistants qui sont déjà sensibilisés à notre thématique. Nous rencontrerions alors des personnes qui sont prêtes à demander de l'aide pour accompagner l'enfant dans son développement et à modifier certains de leurs comportements qu'ils pensent inadaptés mais qui doutent de leurs compétences et n'ont pas les outils en mains.

Par ailleurs, les quatre questions que nous avons choisies pour susciter un questionnement ont le risque d'orienter explicitement le débat et d'empêcher certains de s'autoriser à poser d'autres questions. Aussi, elle nous conseillait de préciser, en introduction de soirée, que ces remarques ne sont que des exemples. Nous invitons ainsi le public à ouvrir la réflexion sur d'autres sujets.

Les informations apposées sur une affiche impactent alors sensiblement l'intervention. L'affiche créée souligne l'approche partenariale que nous souhaitons engager à travers une action. Cependant, elle oriente notre intervention, tant au niveau de la population ciblée qu'au niveau des perspectives réflexives du débat. Certains ajustements sont alors nécessaires afin

d'en limiter l'impact. Les orthophonistes ont su tenir compte des conseils prodigués. Elles ont par exemple précisé, au moment de la soirée, la possibilité d'ouvrir le débat à d'autres questionnements que ceux introduits sur l'affiche.

V.2 - Analyse de la thématique abordée

➤ Pertinence du choix de la thématique

Les nombreuses demandes d'intervention de la part des Ram de la région de Poitiers sont un indicateur de l'étendue de la problématique. Par ailleurs, la présence à la fois des parents et des professionnels de la petite enfance, vers qui est destinée notre action, met en évidence que la population concernée par notre problématique a été correctement définie.

Le partage d'expériences entre les responsables des Ram et du multi-accueil et les orthophonistes, riche de par la construction d'une relation partenariale, a permis de souligner la pertinence de notre intervention.

➤ Perception de la problématique par les acteurs

Le questionnaire a permis de recueillir les attentes des différents acteurs. Il est un indicateur de leur perception de la thématique abordée.

Pour les deux relais, les parents et les assistants maternels ont exprimés des attentes. Si l'on considère ces attentes exprimées, elles sont véritablement en lien avec la thématique proposée. Les EJE n'ont en revanche pas formulé de demande. Si elles notent que la soirée a tout de même répondu à leurs attentes, un travail approfondi sur l'émergence de leurs demandes serait nécessaire avant d'envisager la poursuite des actions.

V.3 - Déterminants de santé

Les déterminants environnementaux (locaux, outils, déroulement des ateliers, etc.) du Ram et de la crèche A. sont facilitateurs pour l'éveil de l'enfant. Il s'avère que l'environnement de cette structure est une ressource pour développer les compétences des enfants. Nous n'avons en revanche pas encore pu évaluer les déterminants du Ram B. L'observation de ces déterminants et de leurs capacités d'évolution permettra de renforcer les compétences des professionnels.

Par ailleurs, il serait intéressant d'échanger avec les responsables des structures afin de préciser les contextes socio-économiques de la population concernée. Nous pourrions ainsi adapter les méthodes et encourager davantage la participation des sujets.

V.4 - Mobilisation de la population

➤ Soirée

Nous pouvons souligner la forte implication des personnes dans les échanges au cours des deux soirées. Cette implication résulte de la sensibilisation du groupe à la thématique ainsi qu'aux compétences communicationnelles des orthophonistes. Elle est signe de la construction d'un partenariat solide et prédit de la participation des sujets dans la poursuite du projet.

➤ Atelier avec les assistants maternels

L'atelier avec les assistants maternels a été une opportunité d'observation afin de poursuivre l'analyse de la situation et de répondre aux demandes de façon adaptée. Nous avons pu remarquer la richesse des comportements des assistants maternels pour soutenir le langage des enfants et leur implication dans les ateliers.

Toutefois, la présence des enfants ne nous a pas permis de valoriser les compétences des professionnels. Aussi, il serait opportun de prévoir une nouvelle rencontre avec les assistants maternels présents à l'atelier, sans les enfants, afin de mettre en exergue leurs compétences. La possibilité d'une soirée a d'ailleurs été évoquée lors des ateliers. Cette demande est indicatrice de la mobilisation des sujets et de la volonté de construire un partenariat durable.

Au cours de l'atelier, des échanges entre les orthophonistes et les assistants maternels ont eu lieu. Cependant, nous avons noté que les thèmes abordés se sont recoupés avec les thèmes abordés lors de la soirée. De fait, les assistants maternels présents aux ateliers n'étaient pas présents à la soirée. Afin de favoriser une continuité dans l'action, il pourrait être intéressant de demander aux assistants maternels qui s'inscrivent à l'atelier, d'être présents à la soirée.

➤ Atelier avec les EJE

Nous avons également proposé un atelier aux éducateurs de jeunes enfants. La richesse des situations de communication avec les enfants a pu être observée. Toutefois, nous n'avons pas eu l'occasion de les valoriser explicitement. Une autre rencontre sans les enfants permettrait de mettre en valeur les compétences des EJE.

Par ailleurs, nous avons remarqué qu'au cours de l'atelier, peu d'échanges en lien avec la thématique ont été initiés. Cet élément peut être mis en relation avec les résultats du questionnaire concernant le manque d'expression des attentes par les EJE.

Comme nous l'avons précédemment évoqué, l'expression des besoins passe par un recueil et une confrontation des représentations sur la thématique. La soirée d'échanges permet d'initier ce travail. En préambule des ateliers, il peut être continué avec les professionnels. Ce temps permettrait de faire émerger une demande et de préciser alors les objectifs des ateliers. Ainsi, nous pourrions encourager la participation active des professionnels au projet.

V.5 - Objectifs

L'analyse préalable de la situation et les échanges avec les responsables des structures ont permis une définition précise de nos objectifs.

Toutefois, ils mériteraient d'être formulés explicitement auprès des professionnels présents lors des ateliers. Nous avons régulièrement évoqué l'importance, dans une formation adulte, de la formulation de ces objectifs avec les acteurs afin de solliciter une participation active. L'adulte s'engage dans un projet lorsqu'il en perçoit les bénéfices. Nous pourrions proposer un temps de rencontre avant les ateliers afin de travailler la notion de demande et de préciser les objectifs de l'action pour mobiliser l'ensemble des acteurs dans un projet commun.

V.6 - Conception de l'intervention

➤ Logique de la stratégie d'intervention

Les méthodes utilisées dans ce projet sont adaptées à la population et notamment à une logique de formation des adultes.

La première phase d'information, répondant au besoin de l'adulte de connaître les bénéfices de son implication dans un projet avant de s'engager, a été suivie à travers la soirée d'échanges. Les ateliers ont par la suite permis aux professionnels d'être accompagnés par les orthophonistes dans l'intégration de leurs nouveaux savoirs dans des situations concrètes. De plus, tout au long du projet, l'intervention s'est construite sur le partage d'expériences des professionnels ou des parents. Cette démarche facilite le transfert des savoirs aux situations réelles et quotidiennes.

Pour compléter l'action, il pourrait être intéressant de proposer un échange visant à expliciter et valoriser les compétences des professionnels. Cette nouvelle rencontre a été envisagée mais n'a pas encore pu se concrétiser.

➤ **Programmation**

La programmation des ateliers a été faite en cohérence avec la programmation de la soirée. L'intervalle d'un mois entre les deux interventions permet d'inscrire le projet dans une continuité et de laisser le temps au professionnel d'intégrer les nouveaux savoirs.

V.7 - Réalisation

➤ **Techniques d'animation**

Mener une soirée d'échanges nécessite des compétences communicationnelles ainsi qu'une connaissance des techniques d'animation que les orthophonistes ont su mettre en œuvre pour chacune des interventions.

En effet, dès l'étape de la présentation, les orthophonistes ont tout d'abord énoncé le thème de la soirée, son déroulement, ses objectifs ainsi que les règles de fonctionnement. Cette étape est nécessaire afin de clarifier les objectifs de l'action et d'engager la participation des individus.

Par la suite, elles ont encouragé les participants à intervenir librement. Aucun commentaire n'était fait lors des prises de parole par le public. Suite aux interventions, elles ont interpellé les autres personnes du groupe afin de relancer les discussions. Il s'agissait de recueillir d'éventuelles expériences similaires ainsi que des exemples de réponses trouvées par le public. Puis, elles intervenaient pour reformuler les idées évoquées et apporter leur expertise.

Tout au long de l'intervention, elles ont adopté une attitude réceptive. Elles ont su développer une écoute active en respectant les silences nécessaires pour engager un travail de réflexion ainsi que la parole de chacun, tout en accompagnant le public par un renforcement positif et des encouragements. Cette démarche est valorisante pour l'adulte et l'invite à partager ses expériences, à exprimer ses ressentis et ses représentations en toute confiance.

Nous pouvons par ailleurs souligner les compétences des intervenantes dans la gestion qu'elles ont faite de la mixité du public. En effet, le public était composé à la fois de professionnels et de parents. Or, cette mixité du groupe laisse place à des représentations et demandes divergentes qui influencent le débat. Nous avons remarqué par exemple que les parents exprimaient davantage des réflexions, voire des craintes personnelles, qui demandaient une réponse particulière. Il était alors important d'être à l'écoute des parents et de les rassurer en favorisant le partage de leurs ressentis. Cependant, il était également nécessaire de tenir

compte de l'ensemble des individus du groupe. Les orthophonistes ont alors su gérer les prises de paroles au sein du groupe et limiter les cas particuliers, grâce à la relance de la discussion à l'ensemble du public et à la mise en évidence régulière des liens entre chacune des idées.

Enfin, après chaque thème abordé ainsi qu'en fin de soirée, les orthophonistes ont recherché à synthétiser les informations afin de renforcer les connaissances acquises.

Les compétences d'animation sont une ressource considérable dans un projet d'éducation pour la santé. Elles ont d'ailleurs été reconnues par un des parents assistant à la soirée du Ram B. Cette personne remercie en effet les orthophonistes pour la qualité de l'écoute et l'attention portée à mener les échanges dans une perspective de partage.

➤ **Thèmes abordés lors des soirées**

Dans un projet d'éducation pour la santé, il est intéressant d'effectuer une première soirée d'échanges. L'éducation pour la santé passe en effet par des actions de communication sous forme de campagnes de communication, de mise à disposition d'informations scientifiquement valides ou d'actions éducatives afin d'amener les individus à s'approprier les informations reçues et à acquérir de nouvelles compétences.

Ces deux soirées ont avant tout permis de répondre aux questions de la population avec laquelle nous allons poursuivre le travail. En créant ainsi une sorte de référentiel commun, nous nous détachons des premières représentations et pourrons ainsi approfondir certains domaines. Encore une fois, nous soulignons ici la nécessité de s'appuyer sur les représentations des individus pour les faire évoluer. Ce travail sur les représentations permet de définir véritablement les besoins et de proposer des ateliers adaptés à ces besoins dans lesquels la population participera activement.

Par ailleurs, la soirée a permis d'évoquer les champs d'intervention des orthophonistes ainsi que la démarche d'une prise en charge. Comme nous l'avons déjà évoqué, ces interventions d'information permettent une orientation davantage précoce et adapté vers le professionnel compétent. Le rapport de l'observatoire national de la démographie des professions de santé concernant l'étude des champs d'interventions des orthophonistes avait souligné la participation de telles interventions à la reconnaissance du métier et invitait à poursuivre ces actions. Les deux soirées organisées en sont donc un exemple.

De plus, nous avons observé une similitude dans les thèmes abordés au cours des deux soirées. Pourtant, les participants à la soirée du Ram B. n'ont pas été influencés par les questions

de l'affiche. On peut alors supposer qu'une forte demande concerne en effet ces domaines dont trois correspondent à nos objectifs intermédiaires. Cette observation souligne l'intérêt de mener des projets autour de ces sujets et va en faveur de leur approfondissement au travers d'ateliers.

En outre, les questions du jeu et de la télévision ont été abordées et semblaient faire l'objet d'une demande particulière. Cette soirée peut en effet être l'occasion d'interroger le public quant au rapport de l'enfant à la télévision et d'approfondir ce thème qui est une préoccupation grandissante des orthophonistes et d'autres experts. Nous pouvons évoquer, par exemple, la façon d'accompagner les enfants dans la découverte des écrans en travaillant préalablement sur les représentations des adultes quant à leurs bienfaits et méfaits. De plus, nous avons régulièrement évoqué le jeu. Il semble que le groupe convie de l'importance du jeu pour le développement de l'enfant mais s'interroge sur la façon de jouer avec l'enfant. Il pourrait alors être intéressant de poursuivre un travail autour du jeu. Ces deux thèmes pourraient être, par exemple, approfondis lors d'ateliers.

Enfin, des questions spécifiques à l'accueil, notamment en groupe, et à la façon d'échanger avec les parents autour du langage de leur enfant ont été abordées. En élaborant un projet avec des assistants maternels ou des éducateurs jeunes enfants, ce thème pourrait faire l'objet d'une attention particulière. Il serait par exemple intéressant, au cours d'un atelier, d'inviter les assistants maternels à réfléchir en groupe sur leurs compétences en matière de communication avec les parents et d'enrichir leurs remarques de notre expérience.

➤ **Ateliers**

L'ancrage des ateliers au sein même des structures ainsi que l'observation de ces situations dans leur déroulement habituel sont un atout dans le projet. De cette façon, les enfants évoluent dans un environnement connu et ne sont pas perturbés.

V.8 - Evaluation

➤ **Evaluation du processus**

Les étapes de la planification du projet, ont été évaluées selon trois regards.

Comme nous l'avons évoqué, nous avons sollicité l'avis d'une formatrice habituée à ce type d'intervention afin d'évaluer la pertinence de notre affiche. Nous avons également demandé aux participants de contribuer à l'évaluation de la soirée et de son impact sur leurs savoirs, par le biais d'un questionnaire. Enfin, nous nous sommes régulièrement retrouvés afin

de procéder à une auto-évaluation et d'effectuer les ajustements nécessaires, comme l'ajout au questionnaire d'une question sur les représentations.

Ces trois modes d'évaluation s'inscrivent dans le souci d'une démarche de qualité pour notre projet.

➤ **Evaluation des impacts**

Au regard des réponses au questionnaire et des thèmes abordés aux soirées d'échanges, les objectifs ont été atteints.

Les informations retenues après la soirée peuvent être classées selon nos trois objectifs spécifiques. Par ailleurs, nous constatons une réelle implication des participants. Cette soirée suscite une prise de conscience et une relative volonté de changement. Les ateliers permettent d'être accompagnés dans cette dynamique à travers des situations concrètes.

La proposition d'un retour d'expérience après les ateliers permettrait une pratique réflexive afin d'asseoir les compétences des professionnels.

Nous allons maintenant discuter des ressources et limites de notre projet dont nous dégagerons des perspectives pour les interventions futures.

VI - Eléments de discussion

VI.1 - Inscription de notre intervention dans une démarche d'éducation pour la santé

La mise en place de cette intervention préventive au cours de l'année passée répond à notre volonté de promouvoir le développement harmonieux de la communication chez l'enfant de moins de trois ans. Ce projet mené dans le cadre d'un partenariat entre l'association de prévention en orthophonie « Les Orthos Vienne(nt) » et les relais d'assistants maternels s'inscrit véritablement dans une démarche d'éducation pour la santé.

L'éducation pour la santé a pour finalité « *l'acquisition, par chaque citoyen, de compétences et de moyens pour promouvoir sa santé* » (Ministère de l'emploi et de la solidarité & Secrétariat d'état à la santé et aux handicapés, 2001). Tout au long de ce projet, nous avons

cherché à valoriser les compétences des familles et des professionnels de la petite enfance afin de contribuer à l'autonomie de l'enfant par le renforcement de ses propres compétences.

Par notre approche, nous avons essayé de susciter la participation active de la population afin d'accroître ses savoirs, comme le préconise l'Inpes (Bourdillon, 2009a).

La soirée d'échanges proposée s'inscrit dans la démarche d'éducation pour la santé. Elle nous a avant tout permis de recueillir les demandes et de faire émerger les représentations afin d'initier une pratique réflexive. Ce travail préalable facilite l'élaboration d'objectifs, garants de la qualité de notre projet. De plus, cette première phase s'inscrit en cohérence avec les principes de l'andragogie. Un de ces principes évoqués dans notre cadre conceptuel souligne le besoin de l'adulte de percevoir les bénéfices d'un processus de formation avant de s'y engager. Cette soirée d'échanges a alors contribué à son implication dans notre projet.

Les ateliers proposés par la suite répondent à la nécessité « *d'installer des situations pédagogiques* » pour l'appropriation de nouvelles compétences (Ministère de l'emploi et de la solidarité & Secrétariat d'état à la santé et aux handicapés, 2001). Ils sont fondés sur l'expérimentation de situations se faisant l'écho des expériences quotidiennes des professionnels de la petite enfance. Ils ont alors pour vocation de susciter leur participation active ainsi qu'une réflexion quant à leur pratique professionnelle. Cette implication s'inscrit en faveur du renforcement de leurs compétences.

Enfin, l'approche relationnelle encouragée par l'éducation pour la santé transparaît dans chacune de nos interventions. La création d'un partenariat entre les acteurs en est un premier exemple. Par ailleurs, la relation de proximité fut facilitée par la position éthique adoptée par les orthophonistes, par leur attitude d'écoute active, par leurs encouragements visant à renforcer l'estime de soi de la population et par le recours à des méthodes telles que l'empowerment, etc. Cet accompagnement des orthophonistes dans la compréhension des situations a remarquablement contribué au partage d'expériences.

Si ces éléments témoignent de la démarche d'éducation pour la santé que nous avons entreprise, le cadre théorique développé dans ce travail de recherche nous permet de percevoir les limites de notre projet.

VI.2 - Limites de notre projet

Comme nous l'avons évoqué, nous avons été confrontés à des profils variés au cours de nos interventions. Lors des soirées d'échanges, parents et professionnels étaient invités. La diversité des attentes relatives aux échanges nécessita de réelles compétences pour l'animation de la soirée et la gestion des prises de parole.

De plus, nous avons proposé des ateliers aux assistants maternels puis aux éducateurs de jeunes enfants, selon un même cadre référentiel. Or, les différences certaines dans la formation initiale de ces professionnels laissent percevoir des besoins divergents. Un travail sur l'émergence des représentations et des attentes de chacun serait intéressant afin d'élaborer pour chaque atelier des objectifs précis et différenciés.

Ces éléments témoignent de la pertinence d'une formation préalable sur la gestion des techniques de communication et d'une réflexion quant aux ancrages théoriques des projets d'éducation pour la santé.

En outre, l'analyse finale de notre projet révèle une volonté de changement encore relative. Ce constat souligne la nécessité d'inscrire notre projet dans une démarche partenariale durable. Cette année fut l'occasion d'initier le partenariat entre l'association de prévention en orthophonie et les relais d'assistants maternels. La poursuite de nos actions permettra d'éveiller davantage une prise de conscience quant au rôle étayant des adultes dans le développement du langage de l'enfant et d'asseoir le processus de formation. Nous pourrions également interpeller d'autres professionnels n'ayant pu participer cette année à notre intervention.

Ces limites mises en exergue nous permettront d'ajuster les projets futurs afin d'en améliorer la qualité. L'association « Les Orthos Vienne(nt) » poursuivra en effet son investissement dans la promotion de la santé. Toutefois, comme nous allons le voir, la diffusion de ce projet permettrait d'apporter une envergure à l'éducation pour la santé.

VI.3 - Rayonnement du projet

Si l'efficacité d'une telle approche n'est plus à prouver, les éducateurs en santé ont tout intérêt à contribuer à son rayonnement. L'action conjointe de l'ensemble des orthophonistes dans des interventions préventives permettrait de faciliter l'élaboration de projets et d'en généraliser les effets perçus.

Aussi, nous réfléchissons actuellement aux possibilités de diffusion de notre projet. Afin de pérenniser des actions de prévention en orthophonie dans la région, nous envisageons

l'organisation d'une rencontre au cours de laquelle serait diffusé l'enregistrement des interventions des orthophonistes lors des soirées d'échanges. Ainsi, nous espérons encourager une dynamique entre les professionnels orthophonistes et faciliter la création de projets d'éducation pour la santé.

Par ailleurs, une autre question fut soulevée au cours de notre intervention, celle de l'accessibilité des soins orthophoniques.

VI.4 - Accessibilité des soins orthophoniques

Lors des réunions de préparation du projet, l'association « Les Orthos Vienne(nt) » et les responsables du Ram ont fait part de leur volonté d'affirmer l'accessibilité des orthophonistes. Toutefois, au cours des soirées, le public a souligné le long parcours des enfants avant l'obtention d'un premier rendez-vous avec un orthophoniste.

Un élément paradoxal est alors mis en exergue. Notre action préventive s'inscrit en faveur d'une intervention précoce. Le renforcement des compétences de l'entourage de l'enfant permet d'une part de soutenir son développement langagier et d'autre part de faciliter la consultation dès les premières inquiétudes.

Cependant, les orthophonistes sont confrontés à une liste d'attente conséquente dans leur cabinet, due aux nombreuses demandes d'intervention. Le bilan orthophonique survient généralement plusieurs mois après le premier contact téléphonique. Notre démarche suppose alors de reconsidérer la gestion de cette attente.

Quelques années auparavant, dans la région Poitou-Charentes, un partenariat a été initié entre l'association de prévention « Les Orthos Vienne(nt) » et les médecins de la PMI. Certains professionnels orthophonistes de la région se sont engagés à faciliter la prise de rendez-vous pour les jeunes enfants orientés par les médecins de la PMI. Les professionnels se sont dits prêts à accueillir ces jeunes enfants sans tenir compte des délais d'attente. Cette prise en considération du caractère prioritaire de ces accompagnements est une initiative à poursuivre pour les orthophonistes.

La réciprocité de l'engagement de chaque acteur dans le partenariat contribuera à l'évolution favorable du problème de santé publique que sont les troubles du langage oral.

Ce projet mené au cours de l'année a contribué à l'enrichissement de notre approche de la prévention. De surcroît, il fut une ressource pour l'analyse de notre pratique professionnelle.

VI.5 - Réflexion quant à notre pratique professionnelle quotidienne

Un parallèle se dessine entre les interventions d'éducation pour la santé et les rééducations quotidiennes des orthophonistes.

Tout d'abord, notre projet encourage la promotion des compétences des enfants et de leur autonomie. Lors des prises en charge orthophonique, cette même finalité est visée. Cette année, notre démarche a pris sens par notre volonté de renforcer les compétences de l'entourage. Cette même approche est envisagée lors du soutien proposé aux parents à l'occasion d'une guidance parentale.

De plus, nous avons souligné l'intérêt de la participation active de la population pour promouvoir sa santé. De façon parallèle, les orthophonistes tiennent un rôle dans l'accompagnement des patients vers la construction personnelle et éclairée de leur projet thérapeutique. Un travail préalable sur les représentations, les besoins et les attentes est essentiel en éducation pour la santé de même qu'en rééducation. Il permet d'encourager l'implication des patients dans leur rééducation.

Par ailleurs, nous avons évoqué la valeur attribuée à la notion de partenariat dans notre projet. La relation de proximité qu'elle suppose contribue à provoquer la prise de conscience nécessaire au processus de changement. L'engagement de chaque partenaire permet, en outre, de concrétiser cette volonté de changement et de favoriser la durabilité des effets observés. De même, lors d'une prise en charge orthophonique, la qualité de la relation thérapeutique est fondamentale. Elle permet d'accompagner le patient dans la gestion personnalisée et durable de ses difficultés et de valoriser ses potentialités.

Enfin, la pratique réflexive suscitée en éducation pour la santé constitue également une valeur dans les prises en charge rééducatives. Elle permet d'ajuster le projet thérapeutique aux besoins précisément définis des patients.

Ce projet d'éducation pour la santé constitue donc une ressource pour l'accompagnement, par les orthophonistes, des patients et de leur famille dans le projet thérapeutique, dans la promotion de leur santé et de leur qualité de vie.

CONCLUSION

Tout au long de l'année, nous avons cheminé dans le domaine de la prévention.

L'exploration des concepts de santé et de santé publique puis de l'évolution de la prévention, imprègne nos interventions du contexte et de la culture dans lesquels s'est enracinée la prévention. Cette histoire constitue alors une ressource pour la construction de nos projets futurs. En nous y référant, nous poursuivons la finalité de la prévention qui se veut globale, centrée sur l'homme et participative.

Nous avons ensuite approfondi la notion d'éducation pour la santé en parcourant les approches socio-anthropologiques, éducatives, psychosociales et relationnelles. Nous avons alors initié cette démarche dans un projet local entre l'association de prévention en orthophonie « Les Orthos Vienne(nt) » et des relais d'assistants maternels.

Ce travail de recherche a permis d'insuffler une nouvelle dynamique aux actions de prévention en orthophonie de l'association « Les Orthos Vienne(nt) ». La prévention se définit avant tout dans une mise en action. Toutefois, l'intérêt porté à ses fondements nous étaye dans l'élaboration de projets. La confrontation entre les ancrages théoriques apportés par nos recherches et la réalité de la pratique préventive nous a permis d'élargir notre regard sur les enjeux des actions de prévention en orthophonie.

Nous avons maintenant à cœur de poursuivre la construction de projets de prévention. Nous espérons que les apports reçus par ce travail de recherche transparaîtront dans chacune de nos interventions auprès de quelque population que ce soit. Plus encore, ils seront source de réflexion pour notre pratique clinique quotidienne.

BIBLIOGRAPHIE

- Alberola, E. (2009, décembre). La professionnalisation des assistants maternels - Incidences de la Loi portant réforme du statut des assistants maternels. Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions du Vie.
- André. (2005). Recherche en soins infirmiers, (82).
- Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, B., Françoise, & Roy, S. (2005). *Dialogoris: bilans orthophoniques précoces et prévention pour l'enfant de 0 à 4 ans et sa famille*. Com-Médec.
- Bourdillon, F. (2009a). *Agences régionales de santé, Promotion prévention et programmes de santé*. Saint-Denis: INPES.
- Bourdillon, F. (2009b). *Traité de prévention*. Paris: Médecine-sciences Flammarion.
- Bourdillon, F., Brücker, G., & Tabuteau, D. (2007). *Traité de santé publique*. Paris: Flammarion médecine-sciences.
- Bury, J. A. (1988). *Éducation pour la santé: concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles: DeBoeck-Wesmael.
- Cherbonnier, A. (2005). Agir en promotion de la santé: un peu de méthode... *Asbl Question Santé*.
- Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé. (2013). *Référentiel de compétences en éducation pour la santé*.
- CRES Languedoc-Roussillon. (2009, January). *Techniques d'animation en éducation pour la santé*.
- Doumont, Ajoulat, & Deccache. (2002). L'empowerment, un enjeu important en éducation du patient. *Educaton Du Patient et Enjeux de Santé*, 21(3).
- Eymard. (2004). Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. *Questions Vives*, 2(5), 13–34.

- Foucaud, J., Balcou-Debussche, M., & Inpes (Eds.). (2008). *Former à l'éducation du patient, quelles compétences ? : réflexions autour du séminaire de Lille 11-13 octobre 2006*. Saint-Denis: Éd. INPES.
- Gaucher, I. (2002). Les modalités d'intervention d'un service de PMI. *La Santé de L'homme*, (361), 34–35.
- Golse, B., & Bidault, H. (2008). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: compléments sur l'émergence du langage*. Paris: Elsevier/Masson.
- Gueguen, J., Fauvel, G., Luhmann, N., & Bouchon, N. (2010, juin). Education pour la santé: Guide pratique pour les projets de santé. Médecins du Monde.
- Inpes. (2009). La santé de l'homme, (400).
- Inpes. (2010, mai). Parents, enfants: les premiers ajustements.
- Inpes. (2011). La santé de l'homme, (412).
- INPES, Vincent, I., Loaëc, A., & Fournier, C. (2010). *Modèles et pratiques en éducation du patient: apports internationaux*. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Ireps Bourgogne. (2014, November). Compétences psychosociales et promotion de la santé.
- Jourdan, & Berger. (2005a). De l'utilité de clarifier les références théoriques de l'éducation pour la santé. *La Santé de L'homme*, (377), 17–20.
- Jourdan, & Berger. (2005b). Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en éducation pour la santé. *La Santé de L'homme*, (377), 33–38.
- Lecorps. (2005). La parole du sujet comme espace de l'éducation pour la santé. *La Santé de L'homme*, (377).
- Le Grand. (2005). Les apports des sociologues à l'éducation pour la santé. *La Santé de L'homme*, (377).

- Lehouelleur, J. (2010). Neurosciences cognitives: le langage. Retrieved from <http://www.neur-one.fr/langagec.pdf>
- Lorto, V., & Moquet, M.-J. (2009). *Formation en éducation pour la santé repères méthodologiques et pratiques*. Saint-Denis: INPES.
- Maigne, E., Lavielle, C., Lemonnier, F., Weinmann, E.-M., Gareau, A., & Vergniory, S. (2005, January). Thesaurus en éducation pour la santé. Inpes.
- Mauroy. (n.d.). Plasticité cérébrale et langage : des histoires pour mieux apprendre. Observatoire National de l'Enfance. Retrieved from [file:///C:/Users/Roullier/Downloads/Flash_accueil_20_Zoom_sur_Plasticite_cerebrale_et_langage%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Roullier/Downloads/Flash_accueil_20_Zoom_sur_Plasticite_cerebrale_et_langage%20(3).pdf)
- Mazeau, M., & Laporte, P. (2013). Séminaires Ketty Schwartz: Fonctions cognitives chez l'enfant. Inserm. Retrieved from <http://www.zyzyne.com/zh5/106681#p=0>
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, & Secrétariat d'état à la santé et aux handicapés. Plan national d'éducation pour la santé (2001). Retrieved from <http://www.reseau-asteria.fr/Documents/pneps2001.pdf>
- Molleman, Peters, Hommels, & Ploeg. (2003). Preffi 2.0 Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé. Institut pour la Promotion de la Santé et pour la prévention des Maladies. Retrieved from http://www.inpes.sante.fr/preffi/Preffi2_Outil.pdf
- Moquet-Anger, M.-L., & Laboratoire d'études du droit public (Rennes) (Eds.). (2001). *L'éducation en santé*. Vanves: Éd. CFES.
- Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (2011). *Etude sur les champs d'interventions des orthophonistes*. Retrieved from http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_sur_le_metier_d_orthophoniste.pdf
- Organisation Mondiale de la santé. (1999). Glossaire de la promotion de la santé.

Pelletier, G. (1997). Le Partenariat: du discours à l'action, 14(3).

Prat, M. (2003). Former à intervenir en éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé. CRES de Bretagne.

Richard, P. (n.d.). Guide et outils du conseil en méthodologie. Groupement régional de santé publique de Bourgogne.

ANNEXES

ANNEXE I : LA CHARTE D'OTTAWA

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente "Charte" en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

CONDITIONS INDISPENSABLES A LA SANTE

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un écosystème stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

PLAIDOYER POUR LA SANTE

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

MISE EN PLACE DES MOYENS

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes.

MÉDIATION

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés :

gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

ACTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTE ELABORATION DE POLITIQUES POUR LA SANTE

ELABORATION DE POLITIQUES POUR LA SANTE

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires ; mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables.

La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles. Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

CREATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation -est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé.

Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux. Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

REORIENTATION DES SERVICES DE SANTE

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par-delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évaluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité.

LA MARCHE VERS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

L'ENGAGEMENT A L'EGARD DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Les participants à la Conférence s'engagent à :

- se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs;
- lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée; à appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements;
- combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés;
- reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé; à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et à accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;

- réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé; à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même;
- reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur; et à traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé.

Les participants à la Conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et tous les autres organismes concernés s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra réalité.

Promenons-nous dans le langage...



Lors d'une soirée d'échanges...

En présence d'orthophonistes...

[le Mardi 16 Décembre 2014
à 20h00]

Venez vous reconnaître dans ce que
vous faites de bien...

Ouvert aux parents d'enfants de 0 à 3 ans et
aux professionnels Petite Enfance
Gratuit et sans inscription

Dans les locaux de l'association Montam'tam
Rue du Cèdre
86360 MONTAMISE
05 49 41 64 88



Association Poitevine de Prévention en Orthophonie

ANNEXE III : QUESTIONNAIRE DISTRIBUE LORS DES SOIREES

Promenons-nous dans le langage...

Cette soirée s'inscrit dans le cadre d'un mémoire, en vue de l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Merci de répondre à ce questionnaire et de le redonner à la fin de la soirée.

1. Etes-vous :

- ☐ Un parent (âge des enfants) ☐ homme ☐ femme
- ☐ Un assistant maternel (âge des enfants)
- ☐ Autre

2. La soirée a-t-elle répondu à vos attentes ? Quelles étaient-elles ?

.....
.....

3. Retenez-vous une ou deux idées à partager avec votre entourage ?

.....
.....

4. Cet échange vous a-t-il fait découvrir :

- ☐ Vos compétences pas du tout - un peu - moyennement - absolument
- ☐ Les compétences de l'enfant pas du tout - un peu - moyennement - absolument
- ☐ Le rôle de l'orthophoniste pas du tout - un peu - moyennement - absolument

5. Quelles suites pensez-vous donner à la soirée ?

- ☐ Ne rien changer parce que
- ☐ En parler à mon entourage pas du tout - un peu - moyennement - absolument
- ☐ Modifier mon comportement avec l'enfant
pas du tout - un peu - moyennement - absolument
- ☐ Je souhaiterais un nouvel échange autour d'un thème
pas du tout - un peu - moyennement - absolument
(un thème à nous soumettre ?)
- ☐ Autre

6. Suite à nos échanges, votre vision de l'orthophonie a-t-elle évolué ? Si oui, en quoi ?

.....
.....

7. Remarques :

.....
.....

ANNEXE IV : PLAQUETTE « OBJECTIF LANGAGE »

Objectif langage

Naître, c'est entrer dans le langage



Des orthophonistes ont réalisé ce document à votre intention pour vous sensibiliser au développement du langage.

Assurance Maladie
Les Ortho Visuelle
Dermo.F.L.P.

Dès sa naissance

Votre bébé ne parle pas encore, il va acquérir le langage par le plaisir et l'échange.

- Riez avec lui.**
Expliquez-lui les bruits qu'il entend.
Nommez les personnes qui l'entourent.
Racontez-lui ce que vous faites.
Interprétez ses messages.
Imitez ses actions, ses productions sonores.
- Câlinez-le.**
Regardez-le.
Parlez-lui calmement.
Chantez-lui des comptines et des chansons.

Le langage est un outil extraordinaire pour vivre en société, avoir des contacts, échanger et communiquer clairement, avec plaisir.

Tout est langage

- Grimaces et mimiques.**
- Souffles.**
Regards.
Sourires.
- Attitudes.**
Peurs.
- Imitations.**

Les jeux

- Accordez-lui du temps pour :**
 - jouer,
 - parler avec lui en respectant le «chacun son tour».

Laissez-lui le temps de vous répondre.

Les livres et la lecture

- Apprendre à lire, c'est avant tout :**
 - entendre et parler,
 - manipuler des livres, des magazines...
 - voir des images, des lettres, des mots écrits,
 - associer ce que je vois et ce qui est écrit.

Le langage écrit est une forme de communication qui prend ses racines dans le langage oral et les expériences s'y rattachant.
- Aussi, très tôt, proposez-lui :**
 - des livres en carton, tissu ou plastique,
 - des magazines à déchirer, à froisser pour le plaisir de toucher et d'entendre.

Très tôt, racontez-lui et lisez-lui des histoires.
Bientôt, il tournera lui-même les pages et «lira les images».
Il va intégrer les notions nécessaires à une bonne acquisition de la lecture.
Par exemple, il saura se repérer dans le temps et dans l'espace.

La télévision

- On peut :**
 - choisir le programme et regarder la télévision ensemble,
 - parler de ce qu'on a vu,
 - éteindre la télévision pour manger, discuter et jouer.

●●●●● Etre attentif et dépister

● Si votre enfant parle fort ou vous fait souvent répéter.

Il entend peut-être mal.
Une mauvaise audition peut entraîner des difficultés.



● Si votre enfant accroche sur certains mots.

Au début du langage, cela peut arriver. Il ne faut pas s'alarmer trop vite.
Si toutefois vous êtes inquiet, parlez-en à votre médecin.
Il peut éventuellement vous adresser à un orthophoniste qui vous donnera tous les conseils utiles et qui, plus tard, pourra aider votre enfant si un réel bégaiement s'installait.



● Si votre enfant entend plusieurs langues, celle parlée à la maison, celle parlée à l'extérieur.

Il est capable de les apprendre toutes les deux. Le bilinguisme peut être un avantage.
Ne vous inquiétez pas si vers 2 ans, il a tendance à mélanger les deux langues.
De plus, dans le développement de son langage, la langue de l'école prendra plus de place.



●●●●● Et si...

● Malgré toute votre attention,

vous avez l'impression que votre enfant a des problèmes de langage, n'hésitez pas à en parler à votre médecin (même si l'enfant est très jeune).
C'est lui qui vous prescrira les examens nécessaires : un bilan ORL, un bilan orthophonique, etc.



Plus l'intervention est précoce, plus elle est efficace.

Pour plus d'informations sur le développement du langage
<http://www.info-langage.org/>

Vous cherchez un professionnel de santé ou un établissement de soins ?
Avec le service annuaire **AMELI-DIRECT**, trouvez les informations pour vous aider à choisir : coordonnées, spécialités, actes pratiqués, tarifs, bases de remboursement...
AMELI-DIRECT, un service gratuit accessible sur ameli.fr.



ANNEXE V : LA TOISE - LANGAGE



La toise – langage de



- à....mois** Je tourne la tête vers la source sonore.
- à....mois** Je tape sur la table avec la main ou mes jouets.
- à....mois** Je produis des sons pour accompagner mes actions.
- à....mois** Je m'exerce à assembler des sons en syllabes et je les répète en séries (da-da, ma-ma...).
- à....mois** Je montre du doigt les objets que je désire.
- à....mois** J'imité facilement des cris d'animaux, des bruits.
- à....mois** Je peux utiliser de deux à cinq mots (papa, dodo...).
- à....mois** J'utilise régulièrement un certain nombre de mots : non, apu, pa'ti...
- à....mois** Je commence à combiner des mots.
- à....mois** J'utilise le « Je ».
- à....mois** J'utilise des phrases complètes de 3 à 5 mots.

Points de repère



À 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, glossements et regards. Tout ceci vous prouve qu'il comprend vos intentions.
- 9 mois** Début de babillage : mamama, tatata...
Bébé essaie de vous imiter. Il exerce ses muscles. 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, etc) et l'expérience sociale s'enrichiront mutuellement.

TOUT AU LONG DE NOTRE VIE, LE LANGAGE EST LE REFLET DE NOTRE MATURITE ET DE NOTRE PERSONNALITE.

www.info-langage.org

Ce document a été rédigé dans sa version originale et complète par le syndicat des orthophonistes de Meurthe et Moselle. Cette présentation a été réalisée par la caisse d'Assurance Maladie de Mulhouse en collaboration avec OPAL et le syndicat régional des Orthophonistes d'Alsace. Ce document a été modifié par la caisse Maladie de la Haute-Loire 02/08/2007 en collaboration avec AHLPIO et modifié par l'association Les Orthos Vienne(nt) le 25/10/2011. Il est distribué par l'association Les Orthos Vienne(nt) pour la prévention et l'information, contact : [lesorthosvienne\(nt\)@orange.fr](mailto:lesorthosvienne(nt)@orange.fr)

ANNEXE VI : LES ASSOCIATIONS DE PREVENTION EN ORTHOPHONIE EN FRANCE

- **ADPO Association Départementale pour la Prévention en Orthophonie**
<http://adop09.wifeo.com> 8, rue Maréchal Juin
09 100 Sait Jean du Falga
- **AFCPO Association Franc Comtoise pour la Prévention en Orthophonie**
<http://www.facebook.com/AFCPO> 7, rue d'Arcier
25 220 Roche Lez Beaupré
- **AGOPAL Association Girondine Orthophonie Prévention Action Langage**
<http://orthophonistesgironde.wordpress.com> 1, rue Dubourdieu
33 800 Bordeaux
- **AGPL Association Gersoise Prévention Langage**
Ferme de Baylac
32 450 Lartigue
- **AHLPIO Association Haute-Loire Prévention et Information en Orthophonie**
<http://www.facebook.com/AHLPIO>
- **ANPO Association Normande pour la Prévention en Orthophonie**
12, rue Henri Besnard
61 300 L'Aigle
- **APO 04-05 Association pour la Prévention en Orthophonie 04-05**
Le Bourget
05 230 Chorges
- **APO 31 Association de Prévention en Orthophonie de Haute Garonne**
<https://sites.google.com/site/assoapo31/>

➤ **APO-G Association de Prévention en Orthophonie du Gard**

<http://apo-g.over-blog.com>

Les Hameaux de Castanet
29 plan des Rolliers
30 900 Nîmes

➤ **APOH Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault**

<http://apoh.overblog.com>

285, rue Alfred Nobel
34 000 Montpellier

➤ **APOLI Association de Prévention en Orthophonie Ligériens**

8, place de l'Egalité
42 400 Saint Chamond

➤ **APOMM Association de Prévention en Orthophonie Meurthe et Moselle**

<http://apomm.wifeo.com>

2, rue du Tir
54 425 Pulnoy

➤ **APPOLO Association de Prévention des Pyrénées Orientales Langage Orthophonie**

49, Bd des Albères
66 530 Claira

➤ **APPOR Association Pour la Prévention en Orthophonie du Rhône**

3, rue des Vallées
69 670 Vaugneray

➤ **A PROPOS Association de Prévention et de Recherche en Orthophonie - Programmes Orthophoniques d'Education à la Santé**

www.a-propos-d-orthophonie

3, allée du Stade
22 680 Etables sur mer

- **ARPO-Keskidi Keskili Association Réunionnaise de Prévention de Prévention en Orthophonie**

www.facebook.com/keskidiKeskili?ref=ts

2, rue de Mon Caproce
97 432 Ravine des Cabris

- **As.Pr.O.08 Association Prévention Orthophonie des Ardennes**

<http://www.facebook.com-asproardennes.orthophonie>

4, rue Noël
08 000 Charleville-Mézière

- **Association de Prévention des Troubles du Langage Oral**

8, rue du 14 juillet
15 00 Aurillac

- **EUPHRASIE Association Guadeloupéenne de Prévention des Troubles de la Communication**

www.euphrasie971.e-monsite.com

- **EPIC Expression Prévention Information Communication**

435 b, rue Saint Fuscien
80 090 Amiens

- **Les Orthos Vienne(nt)**

21, rue du Mouton
86 000 POITIERS

- **OP 63 Orthophonie et Prévention 63**

5, Bd de la Liberté
63 200 Riom

- **OPAL Orthophonie et Prévention Alsace**

www.elsaortho.blogspot.com

42, route d'Altenheim
67 100 Strasbourg

- **ORTHO F.I.P Orthophonie Forum d'Intervention et de Prévention**
<http://orthofip.canalblog.com/> 1, rue de Mas
14 710 Saint Yrieix

- **Orthophonie et Prévention 17**
<http://www.op17.fr> 66, rue Lesson
17 300 Rochefort sur Mer

- **Parlons-en ! Association de Prévention en Orthophonie dans le Nord-Pas-de-Calais**
112, rue Gustave Dubled
59 170 Croix

- **PAROL 84**
<http://www.facebook.com/orthophonistes.vaucluse> 42, Bd Radpail
84 000 Avignon

- **Parol'des PDL Prévention et Action Régionales des Orthophonistes Logopèdes des Pays de Loire**
<http://parolpdl.wordpress.com> 83, rue du Maréchal de Lattre de Tassigny
85 400 Luçon

- **PAROL en Lot et Garonne Prévention Action et Recherche des Orthophonistes pour les Langages**
www.parolenlotetgaronne.fr Place du Commerce
47 550 Boë

- **POM' Prévention Orthophonie Marne**
20 ter, Bd de la Paix
51 100 Reims

- **Prévention Langage APO**
19 rue Aloysius Bertrand
21 000 Dijon