HAL
open science

# Analyse des connaissances et des capacités de repérage des professionnels de la petite enfance en cas de suspicion de troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication chez l'enfant de 0 à 3 ans. Mesure de l'efficacité d'une action de prévention primaire

Emmanuelle Bineau

**To cite this version:**

Emmanuelle Bineau. Analyse des connaissances et des capacités de repérage des professionnels de la petite enfance en cas de suspicion de troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication chez l'enfant de 0 à 3 ans. Mesure de l'efficacité d'une action de prévention primaire. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02173651

**HAL Id: dumas-02173651**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02173651**

Submitted on 4 Jul 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Nice Sophia Antipolis

Faculté de Médecine

DON UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR Département dOrthophonie de Nice

MÉMOIRE DE RECHERCHE présenté pour l'obtention du

**CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE**

**ET DU GRADE DE MASTER 2 D'ORTHOPHONIE**

Présenté et soutenu le 13 Juin 2019 par Emmanuelle Bineau

**Né(e) le 26 Juillet 1993 à Menton**

# ANALYSE DES CONNAISSANCES ET DES CAPACITES DE REPERAGE DES PROFESSIONNELS DE LA PETITE ENFANCE EN CAS DE SUSPICION DE TROUBLES DE L'ORALITE, DU LANGAGE ORAL ET DE LA COMMUNICATION CHEZ L'ENFANT DE 0 A 3 ANS. MESURE DE L'EFFICACITE D'UNE ACTION DE PREVENTION PRIMAIRE

Directeur de Mémoire : Marielle Musso

Co-directeur(s) de Mémoire : Aurélie Lecoin

Nice

**2019**

© Université Nice Sophia Antipolis – Faculté de Médecine - Ecole d'Orthophonie

# Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier **Marielle Musso**, directrice du mémoire et directrice de crèche. Merci pour ces discussions qui ont permis l'élaboration de notre projet, pour l'investissement que tu y as mis et le temps que tu y as consacré. Pour la passion si inspirante que tu mets dans la réalisation de tes projets professionnels et pour être tout simplement la grande sœur que tu es.

Merci à **Aurélie Lecoin**, maitre de stage et co-directrice de ce mémoire. Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ces trois dernières années, d'avoir accepté de suivre ce projet malgré ton emploi du temps. Merci pour tes précieux conseils, tes relectures, ta bienveillance et ton implication.

Merci à la **Mairie de Menton** et plus particulièrement à **Marjorie**, coordinatrice des services de la petite enfance de Menton pour m'avoir permis d'intervenir au sein du service du Petit Prince. Merci à **Florence** de m'accompagner depuis toujours, de près ou de loin, dans chacune des étapes de ma vie.

Merci à **tous les professionnels** ayant répondu à mes questionnaires, et à toutes les personnes les ayant partagés et diffusés.

Un grand merci à **Elisa, Féderica, Laorina, Margaux, Patricia, Séverine , Stéphanie R. et Stéphanie M** ainsi que toute l'équipe de la crèche du Petit Prince et Nathalie Masse pour avoir participé à cette étude avec autant d'implication et d'intérêt.

Merci à **Isabelle** et **Véronique** et à toute **l'équipe ESCAGI** pour m'avoir permis de réaliser mes objectifs. Merci de m'avoir soutenu durant ces 8 dernières années, de m'avoir permis de m'épanouir dans mes études, et d'être toujours présents.

Merci à **Cécile**, **Charlotte**, **Jérémie** et tous les maîtres de stage rencontrés pendant ces 5 années. Merci de m'avoir partagé votre expérience et de m'avoir fait confiance.

Merci à mes **parents,** à **Gabrielle** aux « **Bimussfordry** », d'avoir permis que mes projets se réalisent, d'y avoir cru et de me transmettre d'aussi belles valeurs.

Merci à **Jérôme** pour ton soutien inconditionnel, tes conseils avisés et ta présence.

Merci à ma **belle-famille** pour ces moments de partage, pour votre soutien et vos encouragements sans failles.

Merci à mes **copines de promo**, merci d'être vous, d'avoir su rendre ces cinq années exceptionnelles. Merci pour ces moments de gourmandise, de bonheur, de partage et d'amitié qui ont fait oublier toutes les galères.

# Sommaire

Remerciements
..... 0
..... 0
..... 0
Introduction ..... 3
Partie théorique ..... 5
Chapitre 1 Développement de l'enfant ..... 6
1 Développement typique ..... 6
1.1 Oralité ..... 6
1.2 Langage oral ..... 7
1.3 Communication ..... 8
2 Développement atypique ..... 9
2.1 Oralité ..... 9
2.2 Langage oral ..... 10
2.3 Communication ..... 12
Chapitre 2 Repérage précoce ..... 13
1 Repérage des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication ..... 13
1.1 Repérage, dépistage et intervention précoce ..... 13
1.2 Justification d'une intervention orthophonique précoce ..... 14
1.3 Champ d'intervention précoce en orthophonie ..... 14
2 Acteurs du repérage précoce ..... 16
2.1 Orthophonistes ..... 16
2.2 Médecins ..... 17
2.3 Professionnels de la petite enfance ..... 18
Partie pratique ..... 20
1 Matériel et méthode ..... 22
1.1 Sujets ..... 22
**Critère d'inclusion** : ..... 22
- Professionnels de la petite enfance travaillant en structure d'accueil du jeune enfant 22
- Diplômés d'un DEAP, CAP petite enfance, EJE et Infirmière puéricultrice ..... 22
- Orthophonistes diplômés ..... 22

**Critère d'exclusion :** ..... 22
- Assistants maternelle exerçant à domicile ..... 22

- Professionnels sans diplôme ou ne convenant pas aux critères d'inclusion..... 22

**Sujets de l'étude** : ..... 22

1.2 Matériel..... 22

1.3 Méthode ..... 23

2 Stratégie d'analyse des données ..... 23

Résultats ..... 24

1 Étude 1 ..... 24

1.1 Questionnaires aux PPE ..... 24

1 Matériel et méthode ..... 33

1.1 Sujets ..... 33

1.2 Matériel..... 33

1.3 Méthode ..... 33

2 Stratégie d'analyse des données ..... 33

Résultats ..... 34

..... 36

Limites de l'étude et discussion ..... 37

1 Limites de l'étude ..... 37

2 Discussion ..... 38

Conclusions et Perspectives ..... 43

Bibliographie..... 45

Annexes..... 52

# INTRODUCTION

L'orthophonie se trouve au carrefour de nombreuses disciplines, son large champ de compétences implique une collaboration entre les différents professionnels mettant en œuvre le parcours de soin d'un patient.

En janvier 2019, un nouvel avenant a été inscrit à la convention nationale des orthophonistes. Il apporte une valorisation aux actes prodigués aux enfants de moins de 3 ans et encourage l'intervention précoce afin d'enrayer notamment l'aggravation et la chronicisation de troubles de l'oralité, langagiers et communicationnels. Peu d'études ont été menées sur la collaboration entre les orthophonistes, les médecins et les professionnels de la petite enfance (PPE). Pour autant, le médecin traitant et les professionnels intervenant en structure d'accueil du jeune enfant sont en première ligne du repérage précoce et ont pour mission d'orienter les familles vers les spécialistes pouvant répondre à leurs inquiétudes.

Notre étude s'inscrit au cœur de ce partenariat, plus particulièrement autour de l'implication des PPE dans le repérage des troubles de l'enfant de zéro à trois ans.

Comment la collaboration entre orthophonistes et PPE peut-elle aboutir à un repérage des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication chez l'enfant de 0 à 3 ans ?

Nous avons effectué une enquête prospective auprès de 155 PPE et 132 orthophonistes qui ont répondu à un questionnaire en ligne. Au regard de leurs réponses, nous avons organisé une action de prévention primaire auprès de 8 PPE et analysé son impact sur leurs compétences.

Dès lors, notre objectif primaire sera de dresser un état des lieux du niveau de connaissance et des capacités de repérage des PPE. Nos objectifs secondaires nous permettront de vérifier s'ils ressentent le besoin d'être informés dans ces domaines, la pertinence d'une intervention orthophonique en structure d'accueil du jeune enfant puis la qualité de la collaboration interprofessionnelle. Une deuxième étude découlera de ces observations. L'objectif primaire de celle-ci sera de vérifier si une intervention de prévention permet d'améliorer les compétences des PPE. Nous mesurerons la pertinence et la reproductibilité de cette intervention pour répondre à notre objectif secondaire.

La première partie de notre travail de recherche sera consacrée à une analyse du développement normal et atypique de l'oralité, du langage oral et de la communication chez le jeune enfant. Cette analyse servira de base à la justification du repérage précoce et à l'importance de la collaboration pluridisciplinaire abordés dans la deuxième partie.

La suite de notre travail sera axée sur la méthode et la description des résultats de notre étude, sa dernière partie consistera en la discussion de ceux-ci. Nous conclurons en apportant des perspectives sur l'importance du repérage précoce et l'intérêt de la collaboration interprofessionnelle.

# PARTIE THEORIQUE

# CHAPITRE 1
# DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

## 1 Développement typique

### 1.1 Oralité

Le terme oralité désigne « l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche » (Abadie, 2004) : ventilation, alimentation, communication (Canouet, 2011). On distingue deux types d'oralités : l'oralité verbale et l'oralité alimentaire qui se construisent conjointement dès la vie intra-utérine (Thibault, 2017). L'acte d'oralité représente une enveloppe affective et intense au niveau des interactions entre l'enfant et son entourage. (Bellis, Buchs-Renner, & Vernet, 2009) Les premiers actes d'oralité sont à l'origine des premières explorations sensorielles inhérentes à la découverte du monde. (Pfister et al., 2008). La maturation des commandes neurologiques centrales permet le développement de l'exploration orale grâce au réflexe de Hooker. C'est la première séquence comportementale observable par échographie chez l'embryon dès la 12e semaine d'aménorrhée (SA) (Couly, Levaillant, Benoit, Kverneland, & Gitz, 2015). In utero, le fœtus entraîne le couple succion-déglutition en suçant et déglutissant le liquide amniotique (Thibault, 2017) A la naissance, grâce à cet entraînement les fonctions de succion et de déglutition sont effectives. Durant les premiers mois de sa vie, l'oralité de l'enfant est dite primaire, et repose sur le mécanisme de succion. Le passage à la cuillère se met en place dès le 4e mois de l'enfant (Fewtrell et al., 2017). Il coexiste avec la succion pour assurer une transition entre l'oralité primaire et secondaire (Thibault, 2017). Ici, l'alimentation n'est plus un réflexe mais un stade volontaire du développement de l'oralité. Elisa Levavasseur parle d'oralité « tertiaire » ou « oralité cognitive ». L'enfant s'inscrit comme acteur verbal pour construire son oralité. Il exprime ses goûts et crée sa propre représentation sensorielle, sociale et psychologique de l'alimentation. (Levavasseur, 2017) L'introduction d'une alimentation solide met en jeux les muscles de la mastication. Elle est le précurseur de l'apparition des émissions sonores, grâce à la transformation neurologique et physiologique des mécanismes cérébraux et phonatoires de l'enfant. (Couly, 2017) Vers 18 mois, les mouvements linguaux se diversifient et permettent la mise en place de l'articulation et de la prononciation. Le développement de l'oralité est une faculté qui s'acquiert progressivement depuis la vie intra utérine. L'oralité verbale se construit de façon variable et progressive jusqu'à l'âge de 5 ans. Les maturations physiques qui permettent la mastication et la diversification alimentaire sous-tendent l'apparition des premières productions de l'enfant et sont un prérequis à l'articulation des sons de la parole.

## 1.2 Langage oral

Dès le 6e mois de sa vie prénatale, le fœtus est immergé dans sa langue maternelle. Son audition, fonctionnelle à partir de la 25e semaine de gestation, lui permet de percevoir les bruits externes à la vie intra utérine, notamment la voix maternelle qu'il reconnaîtra et préfèrera. (DeCasper, Lecanuet, Busnel, Granier-Deferre, & Maugeais, 1994)(Kail, 2015) (DeCasper & Spence, 1986). Patricia Kuhl démontre qu'à la naissance, le nouveau-né dispose de capacités universelles de perception et de production des sons de toutes les langues. (Kuhl, 2004). La région du cortex temporal gauche est spécialisée dans le traitement de la parole dès les 1ers mois de la vie du nourrisson. (Shultz, Vouloumanos, Bennett, & Pelphrey, 2014) Aussi, le nouveau-né est capable de distinguer sa langue maternelle d'une autre langue dès le 4eme jour après sa naissance. (Mehler et al., 1988). L'apprentissage de la langue du nouveau-né s'opère grâce à des mécanismes de mémoire implicite : l'apprentissage computationnel de la langue. Grâce à ces mécanismes cérébraux précocement fonctionnels, le nouveau-né s'imprègne de schémas qu'il extrait de la langue de son environnement proche. Le « bébé statisticien » (Saffran, Aslin, & Newport, 1996) élabore des modèles constitués des différents sons présents dans sa propre langue. A partir de 6-8 mois la spécificité de la langue maternelle s'affine. Il devient expert de sa langue par le biais de réorganisations cérébrales en faveur de celle-ci. (Kail, 2015) Cet apprentissage computationnel ne suffit pas au développement du langage oral. L'intervention de l'environnement est primordiale dans l'émergence du langage. (Kuhl, 2012) L'entourage de l'enfant adopte naturellement un modèle langagier spécifique lorsqu'il s'adresse à lui. Ce « motherese » permet la perception de la segmentation du discours de l'entourage du nouveau-né. (Liu, Tsao, & Kuhl, 2007) (Christophe, Brusini, Millotte, & Dehaene-Lambertz, 2012) L'intonation et la prosodie sont amplifiées, le rythme ralenti, les formes mélodiques adoucies et les expressions faciales exagérées (Boysson-Bardies, 1996) (Kuhl, 2012). La discrimination des sons, puis des mots de la parole est déterminante dans la construction de la syntaxe et du lexique. Les capacités de discriminations à 7,5 mois sont prédictives du niveau langagier observé à 30 mois. (Kuhl, Conboy, Padden, Nelson, & Pruitt, 2005) L'analyse des constituants du langage, les interactions avec l'environnement et le contrôle des organes phonatoires permettent la production des premières conduites vocales. Le développement de la phonation comprend des étapes successives communes à tous les enfants : exploration vocale, babillage canonique, babillage mixte puis premiers mots et gestes communicationnels. (Thibault, 2017) On assiste à une explosion lexicale aux alentours des 20 mois de l'enfant qui découle d'un intérêt pour le monde qui l'entoure et de capacités de compréhension, de mémorisation, de stratégie et de raisonnement.(Mazeau & Pouhet, 2018). L'utilisation de la morphologie verbale suit l'enrichissement lexical dans le développement du

langage. Elle est déterminante dans la construction de celui-ci. (Parisse & Morgenstern, 2012) L'enfant écoute, s'imprègne et imite le modèle produit par ses pairs. C'est grâce à son rapport à l'autre et aux actes d'interaction précoce qu'il accède au langage.

### 1.3 Communication

La communication regroupe les différents comportements verbaux et non verbaux qui régissent les interactions. (American Psychiatric Association, 2013) Le nouveau-né dispose de réponses génétiques concernant la réception des signaux de communication. Ceux-ci commencent à se développer grâce aux expériences sensorielles vécues in utero. (Boysson-Bardies, 1996) (Mazet & Stoléru, 2003) (Martel & Leroy-Collombel, 2010). Le regard est une notion essentielle dans la communication non verbale : c'est à travers lui que l'enfant construit le lien affectif, établit le contact avec l'autre et interprète les émotions. (Boysson-Bardies, 1996) Le pointage démontre l'intérêt de l'enfant pour ce qui l'entoure. Associé au regard, il permet d'établir l'attention conjointe, indispensable à la construction de la relation et à la découverte du monde au-delà des situations routinières du cercle familial (Martel & Leroy-Collombel, 2010) (Morgenstern, Leroy, & Mathiot, 2008). Béatrice Thérond cite comme « comportements précurseurs relatifs à l'utilisation et à la forme du langage » : le contact visuel, l'intérêt au jeu et à la personne, la capacité d'attention conjointe, le respect du tour de rôle, la capacité de référence conjointe ; le sourire, les rires, les vocalisations, l'imitation motrice et verbale, la production vocale et les gestes conventionnels et déictiques. » (Thérond, 2010) (Malgouyres, De Crémiers, Gamot, & Grzybowska, 2012) Selon Laurent Danon-Boileau c'est vers 8 mois que la communication de l'enfant s'affirme : les premiers gestes et mimiques intentionnels apparaissent. Vers la fin de sa première année, l'enfant entre en communication de type « référentielle » avec son environnement. Cette compétence apparaîtra conjointement aux premiers mots. Elle est donc fortement corrélée à l'acquisition du langage oral. (Plaza, 2004) La combinaison des gestes et des mots sous-tend l'évolution du lexique de l'enfant.(Malgouyres et al., 2012) (Monfort & Monfort-Juarez, 2011). (Rowe & Goldin-Meadow, 2009) Les émotions font partie du développement communicationnel de l'enfant. Elles lui permettent de communiquer son état interne et de comprendre les informations non verbales. (Suarez, 2011) Les émotions de l' entourage influencent son propre état émotionnel : un visage inexpressif et figé suscite détresse et anxiété chez l'enfant. (Boysson-Bardies, 1996) Le développement de la communication implique les compétences sensorielles, motrices et relationnelles de l'enfant mais l'apport environnemental (famille et pairs) constitue un enjeu déterminant. Les relations sociales précoces ont un impact positif sur le développement global de l'enfant. (Bernard, 2011) Le développement

précoce de l'oralité, du langage oral et de la communication sont liés et démontrent que durant les premières années de sa vie, l'enfant acquière de nombreuses facultés le préparant aux apprentissages futurs. Cependant, chez certains enfants dits « tout venants » ces acquisitions précoces ne suivent pas le développement décrit ci-dessus.

## 2 Développement atypique

### 2.1 Oralité

Les troubles de l'oralité sont regroupés sous le terme de « dysoralité ». Ils renvoient « à l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale et affectent l'ensemble du développement de la sphère « psychomotrice, langagière et affective de l'enfant ». (Thibault, 2017). Les étiologies peuvent être multiples. Il peut s'agir d'une origine organique neurologique ou psychogène. Catherine Thibault évoque que la prématurité et l'hospitalisation du jeune enfant sont des facteurs de risque. (Abadie, 2004) (Thibault, 2012). Catherine Senez parle de syndrome de dysoralité sensorielle (SDS). Cette étiologie fait référence à une anomalie de l'intégration neurosensorielle notamment du goût et de l'odorat. Les difficultés d'alimentation représentent plus de 25% des motifs de consultation chez les enfants de moins de 3 ans tout-venant. La plainte peut évoquer « un simple dégoût pour un certain type d'aliment jusqu'à une aversion alimentaire sévère ». (Bandelier & Castelain-Lévêque, 2014) (Senez & Martinet, 2015) Selon une étude descriptive, les motifs de consultation sont : des difficultés à téter (64%), des troubles de diversification alimentaire (63%), des fausses routes (30%), un bavage (26%). D'autres études ont recensé des troubles alimentaires dans le cadre de malformations, de retard de développement psychomoteur, d'anomalies fonctionnelles ou psychogènes. (Blanchet et al., 2013) (P. Ljunggren *, V. Abadie, S. Pierrot, L. Soulez-larivière, V. Couloigner, P. Contencin, 2013) Maria Ramsay considère que « pour établir un diagnostic de trouble alimentaire, toute difficulté rapportée doit apparaître tôt après la naissance ou au moment de l'introduction d'un type nouveau d'aliment. Le trouble alimentaire est persistant dans le développement de l'enfant. (Ramsay, 2001) Il se manifeste par des comportements spécifiques : une agitation ou au contraire une apathie autour du repas, ou une courbe de croissance inférieure à la norme, une sélectivité alimentaire au niveau quantitatif, et un manque d'intérêt pour la nourriture. (Chatoor, 2002) L'exploration sensorielle orale est primordiale dans le développement du nourrisson. Elle permet la mise en place de la découverte des paramètres sensoriels des objets qui l'entourent. Elle est à repérer dans le cadre de troubles alimentaires (Pfister et al., 2008) L'aspect émotionnel résidant autour de l'alimentation est à prendre en considération. Le plaisir participe à la découverte alimentaire. L'intégration d'un schéma négatif autour du repas peut être la source de troubles

comportementaux (Levavasseur, 2017). L'absence d'appétence aux repas est à repérer dans l'apparition de « schémas d'alimentation inadaptés ».(Steinberg, 2007) Les troubles alimentaires de l'enfant impactent la sphère familiale et constituent un facteur d'angoisse. (Grevesse, 2016) Maria Ramsay évoque les « stratégies compensatoires » mises en place par l'entourage cherchant à augmenter la prise alimentaire de l'enfant. Ces stratégies sont inhérentes aux problèmes comportementaux alimentaires et peuvent influencer la relation mère-enfant. (Ramsay, 2001) (Thibault, 2012) Les troubles de l'oralité ne peuvent se résumer aux troubles alimentaires. Oralités verbale et alimentaire se développent conjointement et peuvent expliquer un trouble de la parole et/ou du langage. Selon Françoise Coquet, l'analyse de l'oralité est indissociable dans l'investigation d'un trouble de la parole ou du langage. (Françoise Coquet, 2017) De nombreuses études démontrent l'implication des troubles de l'oralité alimentaire dans le trouble de la parole.(Cabaret, Chappon, Lesecq-Lambre, & Maiffret, 2015) La dysoralité peut être repérée très tôt dans le développement de l'enfant. Sa prise en soin précoce est indiquée afin qu'elle n'impacte ni la santé ni le développement de l'enfant. Ce trouble peut engendrer une anomalie dans le développement articulatoire de l'enfant notamment au sein de l'oralité secondaire et par conséquent un trouble du langage oral.

## 2.2 Langage oral

Le trouble du langage oral est défini par le Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux (DSM-5) comme des « difficultés persistantes d'acquisition et d'utilisation du langage dans ses différentes modalités ». Sont exclus de ce diagnostic les déficits auditifs (ou autres affections sensorielles), le déficit moteur cérébral, les causes neurologiques, ou médicales. De plus, « les difficultés ne sont pas mieux expliquées par un handicap intellectuel ou un retard de développement. » (American Psychiatric Association, 2013) Il peut être spécifique c'est-à-dire qu'il ne concernera qu'une altération primaire du langage ou non spécifique : le trouble du langage sera la conséquence d'un autre trouble ou pathologie. (Mattsson, Mårild, & Pehrsson, 2007) L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les « troubles spécifiques du développement de la parole et du langage comme des troubles dans lesquels les modalités normales d'acquisition du langage sont altérées dès les premiers stades du développement. » (Organisation mondiale de la santé, 1993) En dépit d'une réelle entente sur la terminologie des troubles du langage, on distingue, en France, quatre types d'altération du langage :

- Le trouble de l'articulation (ou trouble de la phonation selon le DSM-5)
- Le trouble des sons de la parole
- Le retard de parole

- Le retard de langage (Bois Parriaud, Cavalli, & Chaix, 2018)

On distingue le développement retardé du trouble. Le retard de langage et/ou de parole correspond à un développement plus lent par rapport à un modèle d'acquisition normé. Le retard est non persistant et se normalise avant l'âge de 6 ans. Un retard de développement persistant constitue un trouble. Le trouble du langage oral relève d'une désorganisation des compétences et des étapes successives du développement normal. (Petruka, 2014)

- La dysphasie est un trouble sévère et durable du langage oral qui touche différentes composantes du langage.

Avant 3 ans la variabilité développementale sous tendue par le processus d'acquisition du langage est telle, qu'il est difficile de poser un diagnostic de trouble spécifique du langage oral. (Touzin, 2014) Au-delà de l'absence quantitative de langage, des signes d'un dysfonctionnement dans le développement du langage peuvent être repérés précocement en comparaison au développement typique de l'enfant : selon Catherine Thibault, tous les enfants produisent un babillage canonique avant 11 mois. (Thibault, 2017) Le babillage, la prosodie, l'explosion lexicale pendant la deuxième année, et les prémices de la construction morphosyntaxique font office de repères dans le développement du langage et représentent des indices fiables dans le repérage des TSLO. (Couteret, 2009) (Martel & Leroy-Collombel, 2010) (Thibault, 2017). Certaines composantes du langage peuvent être atteintes de façon isolée mais des répercussions sur les étapes suivantes sont prédictibles. Une altération phonologique altère le développement lexical et syntaxique puisque les capacités phonologiques permettent la segmentation et la compréhension des mots. L'analyse et le diagnostic du trouble du langage résident dans une observation complète de celui-ci et des différents facteurs influençant son développement. L'incidence familiale est de 23% à 41% selon les études. L'environnement familial et culturel a un impact sur le niveau lexical de l'enfant (Plaza, 2004) L'enquête Elfe (Étude longitudinale française depuis l'enfance) a révélé que le niveau d'étude de la mère ainsi que le niveau de vie du ménage influencent de façon significative le niveau lexical de l'enfant. (Grobon, 2018) Le programme « Parler Bambin » indique qu'une stimulation précoce du langage chez des enfants évoluant dans un contexte langagier faible est bénéfique au développement des fonctions cognitives et langagières. (Zorman et al., 2011). Le trouble du langage oral influence les apprentissages futurs de l'enfant et peut impacter ses capacités communicationnelles. Le repérage des troubles de la communication est essentiel dans le développement global de l'enfant.

## 2.3 Communication

Le DSM-5 utilise la terminologie « trouble de la communication sociale pragmatique » pour parler des « difficultés persistantes dans l'utilisation de la communication verbale et non verbale ». Ces difficultés ont des répercussions dans les relations sociales, la compréhension de l'implicite, l'adaptabilité à l'interlocuteur. Elles se manifestent durant la période précoce de développement. Le DSM-5 différencie cette altération des troubles du spectre autistique (TSA). La plus grande distinction figure dans la présence, chez l'enfant TSA, de « schémas de comportements, d'intérêts ou d'activités qui sont répétitifs/restreints ». (American Psychiatric Association, 2013). L'absence de comportements précurseurs à la communication sont des indicateurs fiables à l'apparition de troubles de la communication ou d'un TSA et peuvent être repérés entre 12 et 36 mois La présence d'un regard fuyant, d'une absence de sourire, de réponse à l'appel de son prénom, d'une altération dans les capacités d'imitation et de jeux symboliques, de pointage, signent une communication précoce verbale et non verbale déficientes. (Chabane, 2012). L'environnement social de l'enfant conditionne son développement psycho-affectif. Le manque d'expérience sociale peut être responsable d'un trouble développemental chez l'enfant. (Bernard, 2011) C. Maillart évoque également les difficultés langagières comme étant une cause probable des troubles communicationnels de l'enfant, la communication étant entravée par le manque de ressource langagière. (Maillart, 2003) Les anomalies langagières (langage et protolangage) constituent d'ailleurs un signe de repérage des troubles de la communication chez l'enfant de 12 à 24 mois. (Thibault, 2012) La présence de ces signes chez les jeunes enfants démontre qu'un repérage et une prise en charge précoce peuvent être bénéfiques afin d'éviter les conséquences sur le développement des acquisitions futures de l'enfant. C'est pourquoi il est important d'être en mesure de les repérer et d'intervenir précocement en cas de suspicion de trouble développemental de l'oralité, du langage et de la communication.

# CHAPITRE 2
# REPERAGE PRECOCE

## 1 Repérage des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication

### 1.1 Repérage, dépistage et intervention précoce

L'American Academy of Pediatrics (AAP) place le repérage et l'intervention précoce au cœur de ses recommandations. (Université de Montréal, 2010) En France, la notion de repérage (également appelée surveillance) est apparue dans les années 1990.(N. Denni-Krichel, 2004) Elle s'inscrit dans une démarche individuelle des praticiens et a pour objectif d'identifier des signes d'appel, d'orienter vers des professionnels spécialisés pour une investigation plus précise et d'enrayer le processus d'installation de troubles développementaux. (Université de Montréal, 2010) Par leur rapport direct avec les enfants depuis le début de leur développement, la famille de l'enfant, le médecin ou les professionnels de la petite enfance (PPE) sont les premiers acteurs de ce repérage. (Denni-Krichel, 2004) Les observations rapportées font l'objet d'un examen approfondi par le médecin. D'après un rapport de l'INSERM, « les examens du carnet de santé, s'ils sont réalisés avec rigueur, devraient permettre d'effectuer le repérage de la plupart des déficiences ou handicaps. » (INSERM, 2004)

Le dépistage est un « processus dynamique », qui repose sur l'observation de certains signes cliniques. Il est lié à l'évaluation de professionnels de santé et permet de différencier le trouble d'un retard simple. (INSERM, 2004) Il est effectué par l'utilisation d'outils standardisés et peut être entrepris à différents moments du développement de l'enfant. Le dépistage systématique de l'enfant de 0 à 3 ans est envisagé mais sa mise en place est coûteuse, prend du temps et requiert une observation et une analyse professionnelles du développement de l'enfant. Ces limites amènent les spécialistes à utiliser des techniques de dépistage ciblées, c'est-à-dire pour des enfants à risque ou déjà signalés par un processus de repérage. (Université de Montréal, 2010) En 2005, la HAS publie un dossier de recommandations concernant le dépistage individuel des enfants de 28 jours à 6 ans. Le dépistage des troubles du langage et de la communication en fait partie. (HAS, 2005)

L'intervention permet dans un premier temps « d'évaluer la trajectoire développementale de l'enfant » Cette évaluation se fait par le professionnel spécialisé indiqué par le médecin. Elle permet une amélioration du trouble et un accompagnement parental. Si l'enfant progresse mais reste « en

deçà des compétences attendues après six mois à un an selon le contexte, un trouble du neuro développement doit être suspecté sans attendre. » (INSERM, 2016)

## 1.2 Justification d'une intervention orthophonique précoce

C'est dans la première année de la vie de l'enfant que la production synaptique régissant les apprentissages, est la plus dense. (Fallet, Tosi, & Crunelle, 2009) Elle diminue et se stabilise à partir de la 5e année de vie. Cette notion de « surproduction synaptique » énoncée par Vallée rejoint la notion de « période sensible » qui correspond à l'âge idéal d'acquisition d'une fonction. (Vallée, 2000) En ce qui concerne le langage, on parle de période sensible entre six mois et 3 ans. Le développement cérébral pendant cette période est fortement corrélé avec l'interaction et l'environnement. Pendant la période sensible, il sera possible de participer au développement de la fonction (éducation précoce) ; hors de cette période la prise en charge consiste en l'amélioration de la fonction déficitaire (rééducation). (Fallet et al., 2009) En France, en 2017, la Haute Autorité de la Santé a proposé un guide soulignant l'importance du repérage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages. Un repérage dès la petite enfance est préconisé en présence de signes d'alerte et « devant toute difficulté dans le développement du langage oral dès 18 mois en l'absence de mot signifiant ou de suspicion de trouble de la communication verbale et non verbale » (HAS, 2018) Selon une étude américaine, les enfants bénéficiant d'un dépistage systématique dans leur enfance présentent une amélioration de leurs capacités cognitives, scolaires et sociales. Les enfants non dépistés sont d'une part plus rarement diagnostiqués et présentent une évolution moins favorable.(Roberts & Kaiser, 2015) (Vitrikas, Savard, & Bucaj, 2017) Les fonctions d'oralité, de langage oral et de communication constituent les champs d'intervention principaux en matière de repérage en orthophonie. En quoi s'avèrent-t-ils nécessaires pour chacun de ces domaines ?

## 1.3 Champ d'intervention précoce en orthophonie

### 1.3.1 Oralité

Du fait de leur caractère lié à la survie de l'enfant, les troubles de l'oralité engendrent une pression affective dans le développement précoce du nouveau-né. La présence de troubles alimentaires dans l'enfance ou l'adolescence est un indicateur fiable de troubles de l'alimentation chez l'adulte. L'analyse précoce de la sphère orale de l'enfant entre dans le cadre de l'intervention précoce. Cette analyse pluridisciplinaire repose sur une investigation médicale, familiale et parfois psychologique. Il est possible de repérer certains signes dès la diversification alimentaire car c'est à ce moment-là que l'enfant découvre les aliments qui constitueront son alimentation future. La période critique pour

le développement d'habitudes alimentaires se situe aux alentours de deux ans. (Nicklaus, 2016) Cette période correspond au moment où l'enfant entre dans « l'oralité tertiaire », inscrite dans le développement cognitif de l'enfant. (Levavasseur, 2017) L'efficience de la zone oro-faciale de l'enfant implique des capacités perceptivo-motrices et l'altération de ces capacités est fréquemment retrouvée chez les enfants en retard de développement à l'âge de deux ans.(Thibault, 2012) L'étude de Vannier démontre que les jeunes enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire peuvent développer un trouble de l'oralité verbale. (Vannier, 2008) Selon Delfosse, 25% des enfants prématurés étudiés présentant un réflexe de succion insuffisant, ont développé une altération dans le développement langagier. Les nouveau-nés ayant bénéficié de stimulation du réflexe de succion ont présenté un développement alimentaire et langagier mieux organisé, que ceux n'ayant reçu aucune stimulation particulière. (Delfosse, Soulignac, Depoortere, & Crunelle, 2006)

Aucune recommandation officielle n'est présente pour la prise en charge précoce des troubles de l'oralité. De nombreux mémoires orthophoniques ont eu pour objet la réalisation de plaquettes d'information destinées aux médecins. Cependant, la formation de ces derniers en matière de troubles de l'oralité du jeune enfant reste faible. La prise en charge précoce et pluridisciplinaire des troubles alimentaires est indiquée afin d'enrayer les conséquences du trouble sur le développement futur de l'enfant. (Steinberg, 2007)

### 1.3.2 Langage oral

Selon la HAS « toute préoccupation exprimée concernant le langage de l'enfant doit être prise en compte qu'elle provienne des parents, des enseignants ou des professionnels de santé ». Une évaluation médicale doit être réalisée afin de préciser le trouble et sa spécificité. Le bilan médical et pluridisciplinaire comporte une exclusion des critères décrits dans le DSM-5 et prend en compte les spécificités de l'environnement familial de l'enfant. Selon les conclusions du médecin, un bilan orthophonique pourra être recommandé. A ce jour, il n'existe pas de test officiellement référencé néanmoins, trois tests peuvent être cités pour les enfants de 0 à 3 ans : L'Inventaire Français du Développement Communicatif (IFDC), le Dépistage et prévention à l'âge de 3 ans (DPL-3) recommandé par la HAS et le dialogoris (HAS, 2017)(Antheunis, Ercolani-Bertrand, & Roy, 2003) (Kern & Gayraud, 2010) (F Coquet & Gilles, 2004) L'indication est présente chez les enfants inintelligibles par des personnes non-familières, en cas d'altération de la structure grammaticale (3 mots associés à un verbe à 3 ans) et en cas de troubles de la compréhension. (ANAES, 2001) Le développement du langage est un indicateur du développement global et cognitif de l'enfant. Il est lié

à la réussite scolaire. (Nelson, 2006) Avant l'âge de trois ans, la prédiction concernant les troubles du langage semble faible. (Bishop, Snowling, Thompson, Greenhalgh, & and the CATALISE-2 consortium, 2017) Toutefois, Rodolph & Léonard stipulent que si l'absence de langage chez un enfant de 15 mois ayant par ailleurs un développement global dans la norme ne justifie pas d'une évaluation plus poussée, un enfant de 24 mois ne produisant pas de combinaison de deux mots bénéficierait d'une surveillance, notamment si l'apparition des premiers mots a été tardive (Rudolph & Leonard, 2016) Un enfant présentant des troubles du langage oral persistants à 5 ans risque de développer des troubles des apprentissages à son entrée à l'école primaire (Bishop et al., 2017) Les troubles du langage oral altèrent l'entrée dans la communication et les rapports sociaux de l'enfant. (Maillart, 2003)

### 1.3.3 Communication

La HAS a dressé un guide de recommandations concernant le repérage précoce des TSA. L'intervention précoce en matière de communication permet une évolution favorable des comportements sociaux et de l'efficience intellectuelle. (Thibault, 2012) (HAS, 2018) Le rapport de la HAS datant de 2005 sur le dépistage individuel de l'enfant de 28 jours à 6 ans, recommande l'utilisation de divers outils dans le repérage de ce type de troubles : Le « Checklist for Autism in Toddlers » (CHAT) ou « Modified Checklist for Autism in Toddlers » (M-CHAT). L'évaluation précoce des comportements autistiques peut être réalisée grâce à l'échelle ECA-N. » (HAS, 2005) L'Early Start Denver Model (ESDM) est une méthode d'approche développementale permettant la prise en charge de très jeunes enfants autistes. (Joly, 2017) Este et ses collaborateurs ont publié une étude sur les effets à long terme de l'ESDM. Après deux ans de prise en charge, une amélioration des symptômes autistiques est significative en comparaison d'enfants bénéficiant d'une prise en charge habituelle.(Estes et al., 2015) La mise en place de l'intervention précoce dans le cadre du repérage des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication chez les enfants de 0 à 3 ans nécessite l'implication de différents acteurs agissant directement auprès des enfants. Nous avons choisi de cibler trois acteurs principaux dans cette démarche : l'orthophoniste, le médecin et les PPE

## 2 Acteurs du repérage précoce

### 2.1 Orthophonistes

D'après le code de la santé publique, « la pratique de l'orthophonie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du

langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales. » L'orthophoniste est un professionnel de santé qui exerce sa profession sur prescription médicale. (Code de la santé publique - Article L4341-1, 2016) Ses missions sont régies par la convention nationale des orthophonistes. Un nouvel avenant y figure depuis janvier 2019. Celui-ci valorise les actes prodigués aux enfants de 0 à 3 ans et a pour objectif d'enrayer la chronicisation des troubles neuro développementaux. (*Avenant n° 16 a la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie signée le 31 octobre 1996*, 1996) Selon Krichel, les missions de l'orthophoniste s'articulent autour de trois axes : la prévention, le repérage et le dépistage. Comme précédemment décrit, ces trois missions font partie intégrante du parcours de soin décrite par la HAS pour les enfants susceptibles de présenter des troubles faisant partie du champ d'intervention de l'orthophoniste. (HAS, 2017)

Il existe trois niveaux de prévention définis par l'OMS. La prévention primaire consiste à informer les familles et les professionnels chargés de la prise en soin du patient. La prévention secondaire est consacrée au dépistage des troubles orthophoniques. La prévention tertiaire concerne la mise en place du projet thérapeutique.(Kremer & Lederlé, 2012) L'orthophoniste ne peut opérer seul dans ce processus. Un réseau de professionnels se forme autour de la famille de l'enfant dans le cadre d'un suivi individuel adapté à ses difficultés (N. Denni-Krichel, 2004) « La prévention passe par l'information et la formation des parents ou des professionnels de la petite enfance, afin qu'ils puissent favoriser l'apprentissage langagier de tous les enfants et plus particulièrement celui des enfants qui ne communiquent pas aussi facilement que les autres. » Des livrets d'informations ont été mis à la disposition de tous afin de généraliser les missions de l'environnement de l'enfant et d'instaurer un parcours de soin autour de ses difficultés. (Nicole Denni-Krichel, 2001)

### 2.2 Médecins

Les missions du pédiatre reposent sur la prise en charge globale des pathologies, leur prévention, le dépistage et le repérage précoce de potentielles anomalies tout en prenant en compte la qualité de l'environnement socio-familial de l'enfant. Les enjeux de la prise en charge pédiatrique incluent également le suivi des troubles du développement, l'enfant vulnérable, et le besoin d'éducation pour la santé. (Chevallier, 2010) La HAS s'accorde avec le rapport de l'INSERM et place le médecin traitant au cœur du repérage précoce chez l'enfant. Il pourra identifier des signes d'alerte par rapport aux âges clés du développement de l'enfant afin de l'orienter vers les professionnels de santé spécialisés. (HAS, 2017) (INSERM, 2004) Le jeune enfant est soumis à des visites médicales régulières assurant son développement global. L'examen des 24 mois est un examen préventif

obligatoire. (Petruka, 2014) Il est constitué d'un volet « développement psychomoteur » évaluant les capacités langagières et communicationnelles de l'enfant ainsi que son alimentation.

- Collaboration médecins et orthophonistes

La collaboration est le premier niveau de coopération entre les médecins généralistes et les différents acteurs de réseaux. Elle sous-tend la mise en place d'un travail en équipe intervenant dans les prises de décisions concernant les patients. Les orthophonistes, auxiliaires médicaux, ne peuvent exercer leur profession sans prescription médicale. La restitution du compte rendu de bilan orthophonique au médecin prescripteur est obligatoire. L'orthophoniste établit seul son diagnostic, pour autant, la concertation avec le médecin référent de l'enfant et/ou le médecin spécialiste infirme ou confirme son diagnostic. La demande de renouvellement de prise en charge, d'examens complémentaires est également entreprise en collaboration avec le médecin. Cette collaboration est souvent compromise par le manque de formation des médecins généralistes. (Bresac, Chigros, & Crunelle, 2012) Le manque de connaissance des médecins sur le métier d'orthophoniste impacte la mise en place de la collaboration médecins-orthophonistes. Selon une étude, 91% des médecins s'interrogent sur la pertinence d'un bilan orthophonique alors qu'ils ne parviennent pas toujours à en comprendre les subtilités.(Kaplan & Lobryeau-Desnus, 2009) (Boisnault, Nesmes, & Fernandez, 2018) La collaboration entre orthophonistes et médecins peut passer par des actions de formation interprofessionnelle. Elle permet aux professionnels de santé de développer leurs connaissances et ainsi rendre leur expertise plus fine. Cette formation s'opère grâce à la mise en place de réunions d'information sur des sujets précis et réunit au moins deux professions différentes.(Bresac et al., 2012)

## 2.3 Professionnels de la petite enfance

Les qualités de l'EAJE sont régies par l'article 17 du décret n°2010-613. Il stipule qu'un médecin pédiatre ou à défaut qualifié en pédiatrie doit intervenir régulièrement. Il veille à l'application des mesures préventives d'hygiène générale et à l'intégration des enfants nécessitant une attention particulière. Il participe à la mise en place du projet d'accueil individualisé et assure « les actions d'éducation et de promotion de la santé auprès du personnel ». (Décret n° 2010-613 du 7 juin 2010 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans - Article 17, 2010) Le personnel chargé de l'encadrement est constitué pour 40% minimum de puéricultrices, d'EJE, d'AP, d'infirmiers ou de psychomotriciens. Ces professionnels n'ont pas tous le même niveau de formation et n'occupent pas le même poste au sein de l'équipe. Au premier niveau de la hierarchie se trouvent

les intervenants auprès des enfants (IAE) Ils sont titulaires d'un DEAP (10 mois de formation), d'un agrément d'assistante maternelle ou d'un CAP petite enfance. Ils ont pour mission de veiller au bon développement de l'enfant, participent à la réalisation du projet éducatif et permettent le lien entre la structure et l'environnement familial. Les EJE sont titulaires d'un diplôme obtenu après trois ans de formation. Ils participent à la création d'un environnement favorisant le développement de l'enfant en collaboration avec les IAE. Ils travaillent en lien avec la direction de l'établissement et veillent au respect du projet éducatif. Les directeurs peuvent être titulaires du diplôme d'EJE ou d'infirmier. Ils assurent la responsabilité générale de la crèche en animant et coordonnant l'ensemble de l'équipe. (Morel & Lebrun, 2018) L'INSERM souligne l'importance de la formation spécifique de ces professionnels au développement de l'enfant, afin qu'ils soient efficients dans le repérage du trouble. (INSERM, 2016) Avec le plan d'action petite enfance proposé par Laurence Rossignol en 2016, la formation des PPE et les conditions d'accueil du jeune enfant visent à être améliorées. Ce plan d'action place les potentialités du jeune enfant au premier plan et considère l'importance de l'environnement affectif, éducatif et social de l'enfant durant ses trois premières années. (Bas, 2006) Qu'il s'agisse de repérage de signes autistiques ou de trouble développemental, la HAS et l'INSERM s'accordent pour souligner l'importance d'une intervention pluridisciplinaire dans le cadre du repérage précoce.

- Collaboration orthophonistes et professionnels de la petite enfance

En France, peu d'études et de recommandations encadrent une collaboration concrète entre les PPE et les orthophonistes. (Bernard, 2011) Selon une étude, les PPE revendiquent pourtant le besoin de formation dans le repérage de signes d'appel chez les enfants de moins de trois ans.(Gaillard, Guiet, & Lorendeau, 2014) La collaboration entre orthophonistes et PPE s'opère dans le cadre de la formation interprofessionnelle et de la prévention primaire. Celle-ci représente des enjeux déterminants dans le domaine de la petite enfance puisqu'elle permet l'anticipation face au développement atypique de l'enfant. (Suesser, 2013) Certains organismes de formation proposent des stages de formation destinés aux PPE. Une mallette du matériel Dialogoris est élaborée pour ces professionnels. Elle a pour objectif de les informer, de prévenir les difficultés communicationnelles et langagières du jeune enfant, de repérer et intervenir précocement.(Antheunis et al., 2003) (Tricot, 2003)

# PARTIE PRATIQUE

**Problématique et objectifs**

Notre étude s'inscrit dans la volonté de renforcer les liens entre professionnels de la petite enfance, orthophonistes et médecins afin de favoriser le repérage des troubles de l'oralité, du langage oral, et de la communication chez les enfants de 0 à 3 ans.

Quelles sont les connaissances et les capacités de repérage des professionnels de la petite enfance concernant les troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication chez l'enfant de 0 à 3 ans ? Quelle est la nature de leur collaboration avec les orthophonistes et les médecins, acteurs du repérage des troubles des enfants de 0 à 3 ans ? Une intervention de prévention primaire entre orthophonistes et professionnels de la petite enfance permettrait-elle d'améliorer les connaissances et les capacités des PPE dans le cadre du repérage des troubles des enfants de 0 à 3 ans ?
Ces questionnements sont le fruit de témoignages recueillis lors de stages d'observation en structure d'accueil de la petite enfance (propos de professionnels de la petite enfance). Ils font l'objet de deux études.

Étude 1 : Niveau de connaissance et de repérage des PPE dans les domaines de l'oralité, du langage oral et de la communication chez l'enfant de 0 à 3 ans et collaboration interprofessionnelle.

**Objectif primaire** : Analyser le niveau de connaissance des professionnels de la petite enfance dans les domaines de l'oralité, du langage oral et la communication de l'enfant de 0 à 3 ans et leurs capacités à repérer des enfants susceptibles de présenter un trouble de l'oralité, du langage oral et de la communication.

**Objectifs secondaires** : Vérifier si le poste occupé au sein de l'EAJE par les PPE a une influence sur leurs connaissances de l'oralité, du langage oral et de la communication et leurs capacités à repérer des enfants susceptibles de présenter un trouble de l'oralité, du langage oral ou de la communication.

**Objectifs secondaires** : Vérifier s'il existe un domaine où les connaissances et les capacités de repérage des PPE seraient plus importantes.

**Objectifs secondaires :** Analyser la collaboration entre médecins, orthophonistes et professionnels de la petite enfance.

**Objectifs secondaires :** Vérifier le besoin de formation des PPE dans les trois domaines.

Étude 2 : Action de prévention orthophonique primaire auprès de professionnels de la petite enfance

dans le cadre du repérage des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication chez les enfants de 0 à 3 ans.

**Objectif primaire :** Vérifier si une action de prévention primaire auprès de professionnels de la petite enfance améliore leur niveau de connaissance dans les domaines de l'oralité, du langage oral et de la communication ainsi que leurs capacités à repérer les troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication chez les enfants de 0 à 3 ans.

**Objectif secondaire :** Analyser la pertinence de cette action de prévention primaire auprès des PPE ayant participé à l'étude

ETUDE 1

# 1 Matériel et méthode

## 1.1 Sujets

**Critère d'inclusion** :

- Professionnels de la petite enfance travaillant en structure d'accueil du jeune enfant
- Diplômés d'un DEAP, CAP petite enfance, EJE et Infirmière puéricultrice
- Orthophonistes diplômés

**Critère d'exclusion :**

- Assistants maternelle exerçant à domicile
- Professionnels sans diplôme ou ne convenant pas aux critères d'inclusion

**Sujets de l'étude** :

- 155 Professionnels de la petite enfance exerçant au sein d'une structure d'accueil du jeune enfant. Dont 47 directeurs de structure (EJE + infirmières puéricultrices), 55 éducateurs de jeunes enfants (EJE) et 53 intervenants auprès des enfants (IAE) (CAP, AP)
- 132 Orthophonistes titulaires du Certificat de Capacité d'Orthophoniste.

**Les variables étudiées :**

- Professionnels de la petite enfance : Poste occupé au sein de l'EAJE (Direction, EJE, IAE)

## 1.2 Matériel

**Critère de mesure :**

Nous avons réalisé une enquête prospective destinée aux professionnels de la petite enfance et aux orthophonistes.

- Questionnaire destiné aux professionnels de la petite enfance (Cf. annexes)
- Questionnaire destiné aux orthophonistes (Cf. annexes)

Afin d'élaborer nos questionnaires, nous avons réalisé une revue de la littérature des études existantes sur le sujet. Ensuite nous avons procédé à la réalisation des questionnaires destinés aux professionnels de la petite enfance puis aux orthophonistes.

### 1.3 Méthode

Élaboration des questionnaires : Elle a eu lieu en octobre 2018. Le choix du support s'est orienté via Google Forms (création de questionnaires en ligne). Les questionnaires ont été élaborés en association avec une orthophoniste (co-directrice du mémoire) et une directrice de crèche (directrice du mémoire)

**Diffusion des questionnaires :** Les questionnaires destinés aux professionnels de la petite enfance ont été diffusés à partir de Novembre 2018 et ont été clôturés en décembre 2018, l'objectif étant de construire les interventions de prévention primaire en fonction des données recueillies dans ces questionnaires. Les questionnaires destinés aux orthophonistes ont été diffusés de novembre 2018 à décembre 2018 et ont été clôturés en mars 2019. Les questionnaires ont été diffusés par e-mail et relayés sur les réseaux sociaux.

## 2 Stratégie d'analyse des données

A la suite de la clôture des questionnaires, nous avons procédé à l'affinage des objectifs. Nous avons élaboré deux tableaux données pour chacun des questionnaires (Cf. annexes).

Nous avons porté notre analyse sur :

- La connaissance de l'oralité, du langage oral et de la communication des professionnels de la petite enfance ainsi que leur capacité à repérer des enfants susceptibles de présenter des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication chez l'enfant de 0 à 3 ans
- Les domaines les mieux connus des PPE
- Le besoin de formation des PPE
- La qualité de la collaboration interprofessionnelle entre orthophonistes, médecins et professionnels de la petite enfance
- L'intervention orthophonique en crèche

# RESULTATS

## 1 Étude 1

### 1.1 Questionnaires aux PPE

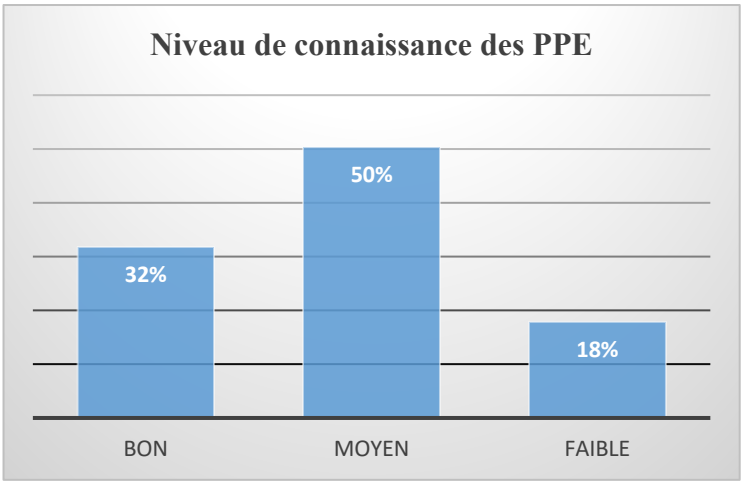
- **Connaissance de l'oralité (O), du langage oral (LO) et de la communication (C)**

Voici les résultats du niveau de connaissance des PPE (n=155), correspondant à l'échantillon de notre étude dans les domaines de l'oralité, du langage oral et de la communication

En regroupant les domaines ciblés, nous remarquons que 50% des PPE estiment leur niveau de connaissance de l'oralité, du langage oral et de la communication « moyen ». A 32% leur niveau de connaissance est « bon » et 18% estime que celui-ci est faible.

| | |
|---|---|
| Bon | 148 (32%) |
| Moyen | 234 (50%) |
| p | **p>0,0001** |
| Moyen | 234 (50%) |
| Faible | 83 (18%) |
| p | **p>0,0001** |
| Bon | 148 (32%) |
| Faible | 83 (18%) |
| p | **p>0,0001** |

**Tableau 1 :** Tableau de significativité, niveau de connaissance des PPE



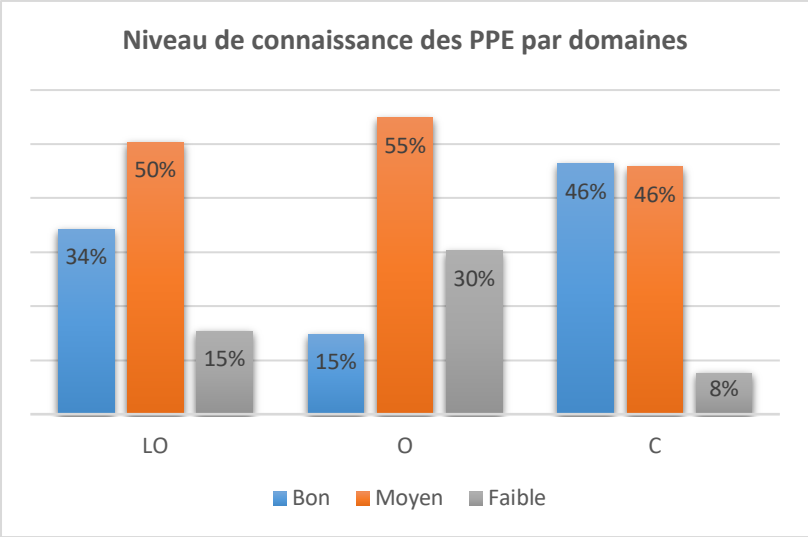

**Graphique 1 :** Niveau de connaissance des PPE

Nos analyses statistiques nous permettent d'affirmer qu'il existe une différence significative entre les PPE ayant estimé leur niveau de connaissance « bon » « moyen » et « faible ». Nous pouvons affirmer que le niveau de connaissance général dans les domaines de l'oralité, du langage oral et de la communication des PPE est « moyen ».

Voici les résultats obtenus si nous analysons les résultats par domaines ciblés :

| | Bon | Moyen | Faible |
|---|---|---|---|
| LO | 53 (34%) | 78 (50%) | 24 (15%) |
| O | 23 (15%) | 85 (55%) | 47 (30%) |
| p | **p<0,0001** | 0,394 | **0,0001** |
| LO | 53 (34%) | 78 (50%) | 24 (15%) |
| C | 72 (46%) | 71(46%) | 12 (8%) |
| p | **0,00053** | 0,33 | **p<0,0001** |
| C | 72 (46%) | 71(46%) | 12 (8%) |
| O | 23 (15%) | 85 (55%) | 47 (30%) |
| p | **p<0,0001** | **0,0896** | **p<0,0001** |

**Tableau 2 :** Tableau de significativité, niveau de connaissance des PPE par domaines




**Graphique 2 :** Niveau de connaissance des PPE par

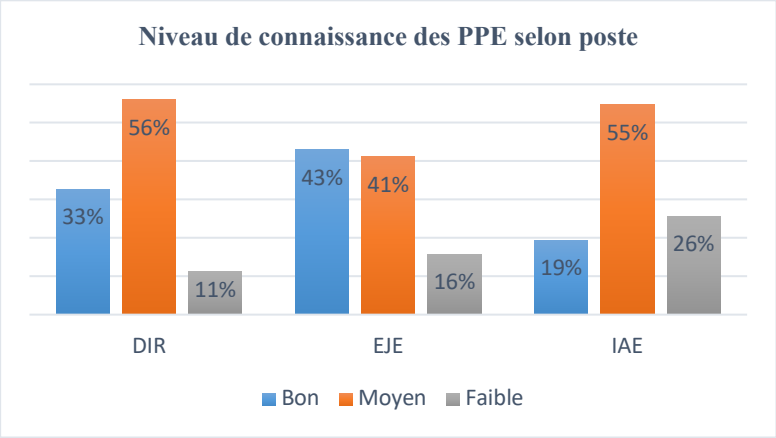
Si nous comparons le niveau de connaissance des PPE dans le domaine du langage oral et de l'oralité, les PPE sont majoritairement plus nombreux à estimer leur niveau de connaissance « bon » dans le domaine du langage oral (**p<0,0001**). Ils sont plus nombreux à juger leur niveau de connaissance « faible » en oralité.( **p=0,0001)** Entre le domaine du langage oral et de la communication, on remarque que les PPE sont significativement plus nombreux à évaluer leur niveau « bon » en communication (**p=0,00053**). Ils sont majoritairement plus nombreux à estimer leur niveau de connaissance « faible » en langage oral (**p<0,0001**).

Nos analyses statistiques nous permettent de mettre en évidence que le niveau de connaissance des PPE dans le domaine de la communication est significativement supérieur à celui de l'oralité. Le domaine où les PPE jugent leur niveau de connaissance le plus faible est l'oralité.

Voici les résultats obtenus en regroupant les PPE selon le poste occupé au sein de la structure :

| | Bon | Moyen | Faible |
|---|---|---|---|
| DIR | 46 | 79 | 16 |
| EJE | 71 | 68 | 26 |
| p | **0,06** | **p<0,01** | 0,26 |
| DIR | 46 | 79 | 16 |
| IAE | 31 | 87 | 41 |
| p | **0,01** | 0,8 | **p<0,01** |
| EJE | 71 | 68 | 26 |
| IAE | 31 | 87 | 41 |
| p | **p<0,0001** | **0,01** | **0,02** |

**Tableau 3 :** Tableau de significativité, niveau de connaissance des PPE selon poste




**Graphique 3:** Niveau de connaissance des PPE selon poste

La première corrélation observée va dans le sens d'une meilleure connaissance pour les EJE. Ils sont significativement plus nombreux à évaluer leur niveau de connaissance « bon » que les directeurs (p proche de la significativité, **p=0,06**) et que les IAE (**p<0,0001**). Les EJE sont également significativement plus nombreux à affirmer avoir une connaissance moyenne dans ces domaines que les IAE (**p=0,01**) et les directeurs (**p<0,01**).

A l'inverse, deux de ces variables vont dans le sens d'une connaissance significativement plus faible pour les IAE que pour les EJE (**p=0,02**) et les directeurs (**p<0,01**).

Les directeurs sont significativement plus nombreux à estimer le niveau de connaissance « bon » par rapport aux IAE (**p=0,01**).

Nos analyses statistiques nous permettent d'affirmer que le poste obtenu par les PPE au sein de la structure influe sur le niveau de connaissance puisque les EJE ont un niveau de connaissance statistiquement supérieur aux IAE.

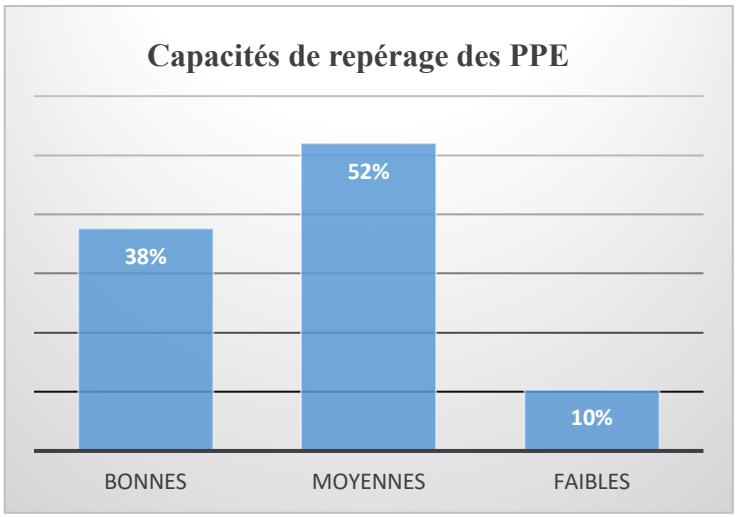
- **Repérage des troubles de l'oralité (O), du langage oral (LO) et de la communication (C).**

Voici les résultats des capacités de repérage des PPE (n=155) correspondant à l'échantillon de notre étude dans les domaines de l'oralité, du langage oral et de la communication.

En regroupant les domaines ciblés, nous remarquons que les capacités de repérage sont jugées « moyennes » par 52% des PPE. Les PPE estiment que leur niveau de repérage est « bon » à 38% et « faible » à 10%.

| | |
|---|---|
| Bonnes | 175 (38%) |
| Moyennes | 242 (52%) |
| p | **p=0,00098** |
| Moyennes | 242 (52%) |
| Faibles | 48 (10%) |
| p | **p<0,0001** |
| Bonnes | 175 (38%) |
| Faibles | 48 (10%) |
| p | **p<0,0001** |

**Tableau 3 :** Tableau de significativité, capacités de repérage des PPE




**Graphique 4:** Capacités de repérage des PPE

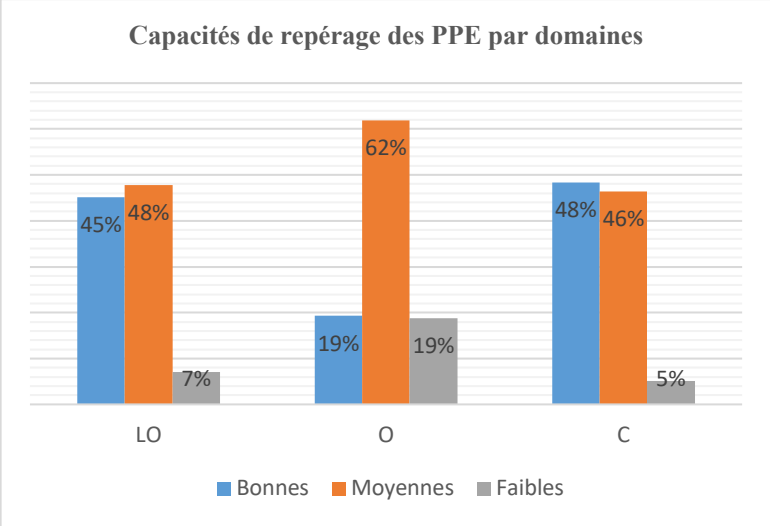
Nos analyses statistiques nous permettent d'affirmer qu'il existe une différence significative entre les PPE ayant estimé leur niveau de repérage « bon » « moyen » et « faible ».

Nous pouvons affirmer que le niveau de repérage général dans les domaines de l'oralité, du langage oral et de la communication des PPE est « moyen ».

Voici les résultats obtenus si nous analysons les résultats par domaines ciblés :

| | Bonnes | Moyennes | Faibles |
|---|---|---|---|
| LO | 70 (45%) | 74 (48%) | 11 (7%) |
| O | 30 (19%) | 96 (62%) | 29 (19%) |
| p | **p<0,0001** | **0,0049** | **0,00019** |
| LO | 70 (45%) | 74 (48%) | 11 (7%) |
| C | 75 (48%) | 72(46%) | 8 (5%) |
| p | 0,34 | 0,77 | **p<0,0001** |
| C | 75 (48%) | 72(46%) | 8 (5%) |
| O | 30 (19%) | 96 (62%) | 29 (19%) |
| p | **p<0,0001** | **0,0021** | **p<0,0001** |

**Tableau 5:** Tableau de significativité, capacités de repérage des PPE par domaines




**Graphique 5:** Capacités de repérage des PPE par domaines

Si nous comparons les capacités de repérage des PPE dans le domaine du langage oral et de l'oralité, les PPE sont majoritairement plus nombreux à estimer leurs capacités de repérages « bonnes » dans le domaine du langage oral (**p<0,0001**). Ils sont plus nombreux à évaluer leurs capacités de repérage « faibles » en oralité ( **p=0,00019**).

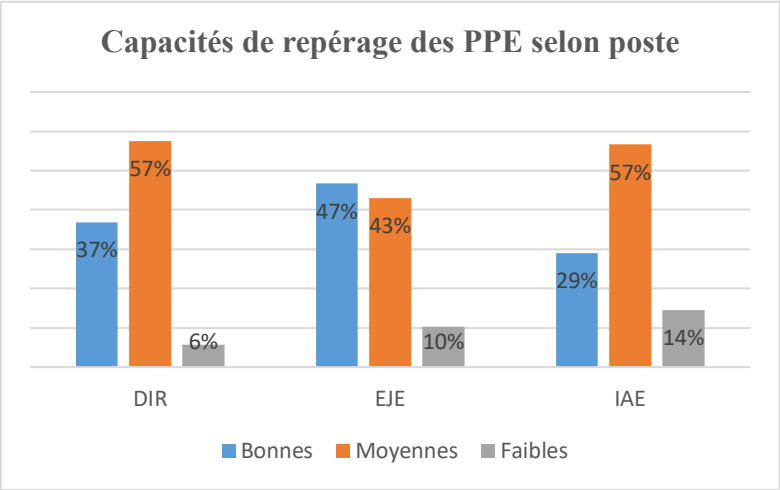
Entre le domaine du langage oral et de la communication, on remarque que les PPE sont significativement plus nombreux à juger leurs capacités de repérage « faibles » en langage oral (**p<0,0001**). Entre le domaine de la communication et de l'oralité, nous remarquons que les PPE demeurent significativement plus nombreux à juger leurs capacités de repérage « bonnes » en communication (**p<0,0001**). Ils sont majoritairement plus nombreux à évaluer leurs capacités « moyennes » (**0,0021**) et « faibles » (**p<0,0001**). Nous ne remarquons pas de différence significatives entre les PPE ayant estimé leurs capacités de repérages « bonnes » dans les domaines du langage oral et de la communication (p=0,34).

Il est statistiquement possible d'affirmer que les capacités de repérage des PPE pour les troubles de l'oralité sont significativement plus faibles par rapport aux capacités de repérage des troubles du langage oral et de la communication. Le domaine de la communication est celui où les PPE sont le moins nombreux à estimer leurs capacités de repérage faibles.

Voici les résultats obtenus en regroupant les PPE selon le poste occupé au sein de la structure.

| | Bon | Moyen | Faible |
|---|---|---|---|
| DIR | 52 | 81 | 8 |
| EJE | 77 | 71 | 17 |
| p | **0,083** | **0,013** | 0,13 |
| DIR | 52 | 81 | 8 |
| IAE | 46 | 90 | 23 |
| p | 0,145 | 0,883 | **0,011** |
| EJE | 77 | 71 | 17 |
| IAE | 46 | 90 | 23 |
| p | **0,0009** | **0,014** | 0,258 |

**Tableau 6 :** Tableau de significativité, capacités de repérage des PPE selon poste




**Graphique 6:** Capacités de repérage des PPE selon poste

Nous avons mis en lien les taux de réponse « bonnes », « moyennes » et « faibles » pour les trois domaines selon le poste occupé par les PPE. Sur les 9 corrélations testées, 5 sont statistiquement significatives.

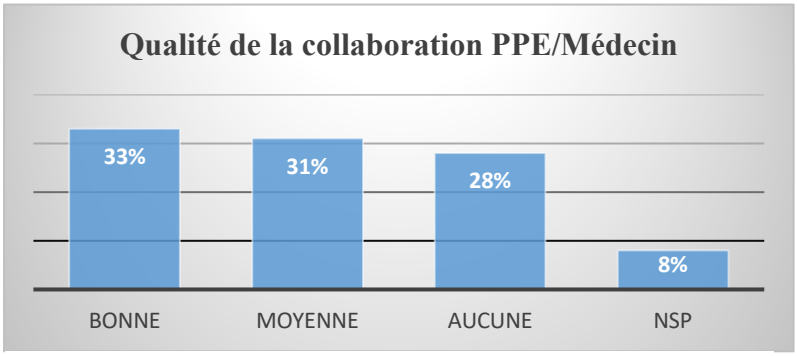
Les premières corrélations observées vont dans le sens de meilleures capacités de repérage pour les EJE par rapport aux IAE et aux directeurs. Ils demeurent significativement plus nombreux à juger leurs capacités de repérage « bonnes » par rapport aux IAE (**p=0,0009**) et aux directeurs (**p=0,083)** Les IAE sont significativement plus nombreux à évaluer leurs capacités de repérage « moyennes » par rapport aux EJE (**p=0,014**). Les directeurs sont significativement plus nombreux à évaluer leurs capacités de repérage « moyennes » par rapport aux EJE (**p=0,013**).

D'autres corrélations vont dans le sens de moins bonnes capacités de repérage pour les IAE. Les IAE sont significativement plus nombreux à estimer leurs capacités de repérage « faibles » que les directeurs (**p=0,011**).

Nos analyses statistiques nous permettent de constater que nous ne pouvons affirmer que les capacités de repérage des PPE sont influencées par le poste occupé au sein de la structure.

- **Collaboration interprofessionnelle**

Nous avons mesuré la qualité de la collaboration entre les PPE et les médecins référents.




**Graphique 7:** Qualité de la collaboration PPE/Médecin

La qualité de la collaboration est bonne à 33% mais 28% des PPE ont déclaré n'avoir aucune collaboration avec les médecins référents de la structure.

Questionnaire aux orthophonistes

- **Collaboration interprofessionnelle**

- **Collaboration orthophonistes / PPE**

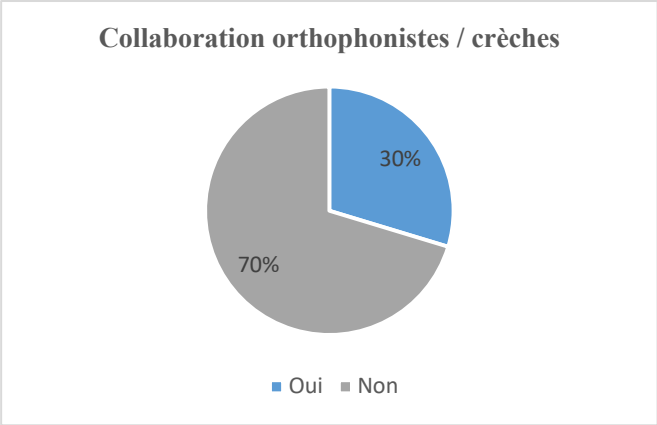



**Figure 1:** Collaboration orthophonistes / crèches

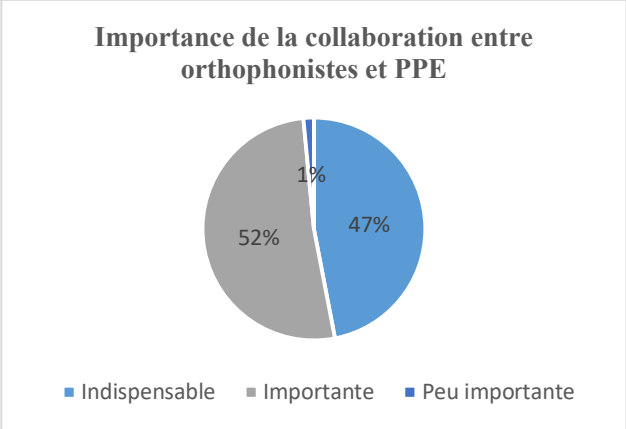



**Figure 2 :** Importance de la collaboration PPE/Orthophonistes

30% des orthophonistes ayant répondu à notre étude (n=132) déclarent entretenir un lien avec la crèche des enfants de leur patientèle. 52% des professionnels interrogés jugent cette collaboration importante.

- **Collaboration orthophonistes / médecins**

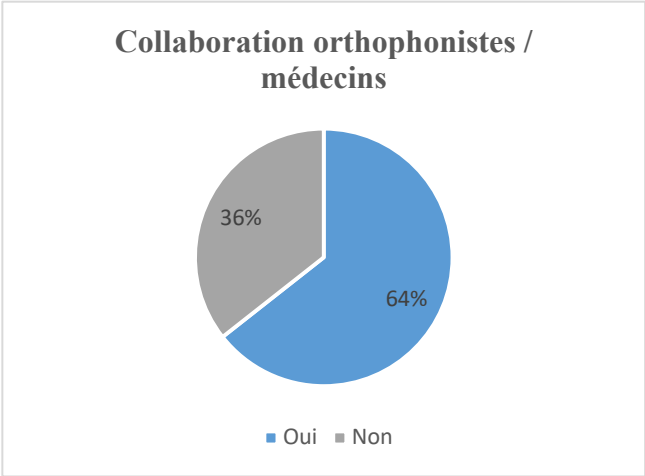



**Figure 3:** Collaboration orthophonistes / médecins

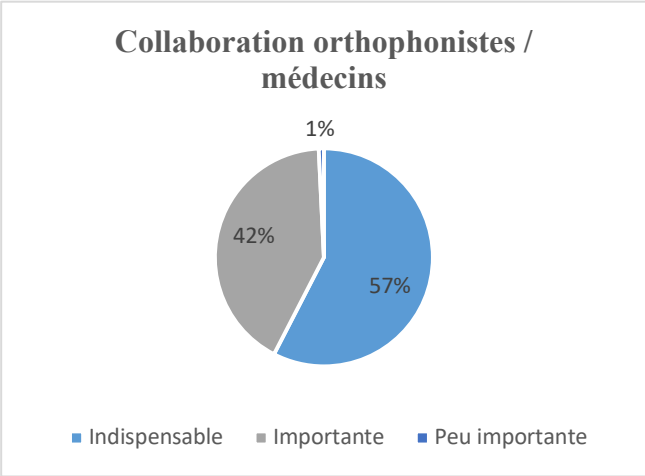



**Figure 4:** Collaboration orthophonistes / médecins

64% des orthophonistes interrogés déclarent entretenir un lien avec les médecins prescripteurs. 57 % des professionnels estiment que cette collaboration est indispensable dans le cadre du repérage des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication chez l'enfant de 0 à 3 ans.

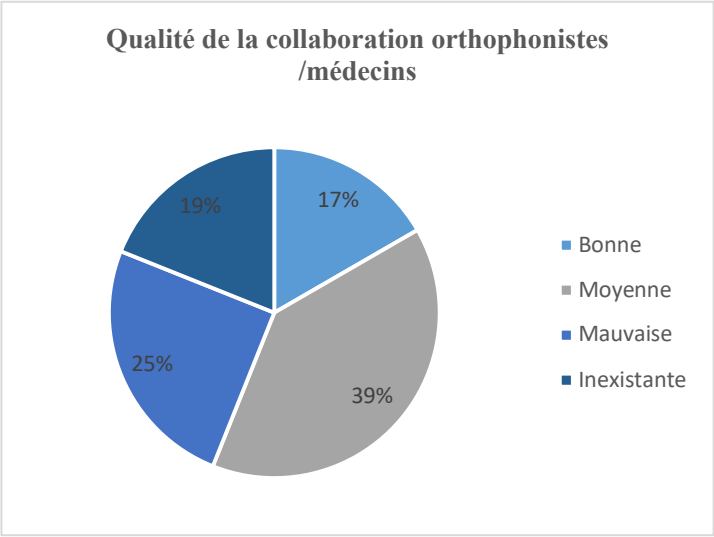


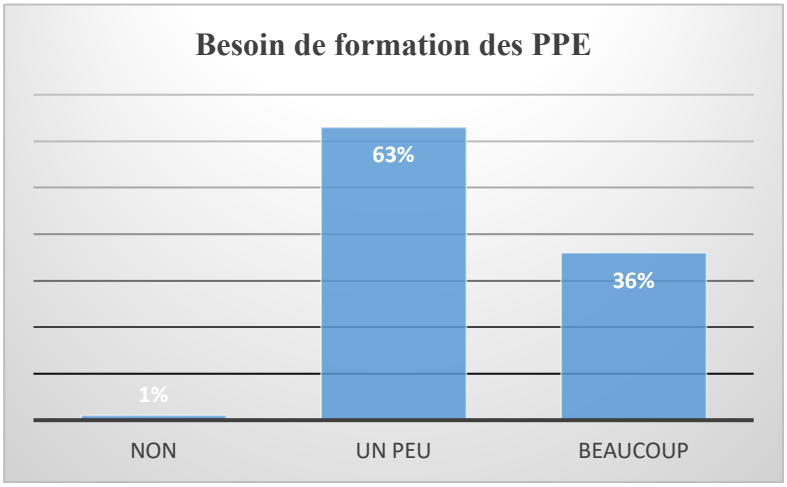

**Figure 5:** Qualité de la collaboration orthophonistes / médecins

En ce qui concerne la qualité de cette collaboration, elle est estimée par les orthophonistes de notre étude à 39% « moyenne ». Elle est inexistante pour 19% des professionnels.

- **Besoin de formation des PPE en oralité, langage oral et communication**

| | |
|---|---|
| Non | 2 (1%) |
| Un peu | (97) 63%) |
| p | **p<0,0001** |
| Un peu | 97 (63%) |
| Beaucoup | 56 (36%) |
| p | **0,0007** |
| Non | 2 (1%) |
| Beaucoup | 56 (36%) |
| p | **p<0,0001** |

**Tableau 7 :** Tableau de significativité, Besoin de formation des PPE




**Graphique 8:** Besoin de formation des PPE

A la suite de ces évaluations, nous avons mesuré le besoin de formation des PPE dans ces différents domaines. 1% des PPE ne ressent pas le besoin d'être formé. 63% ont répondu « un peu » et 36% « beaucoup ».

Nos analyses statistiques nous permettent d'affirmer que les PPE ressentent majoritairement « un peu » le besoin d'être formé dans les domaines de l'oralité, du langage oral et de la communication.

- **Intervention orthophonique en crèche**

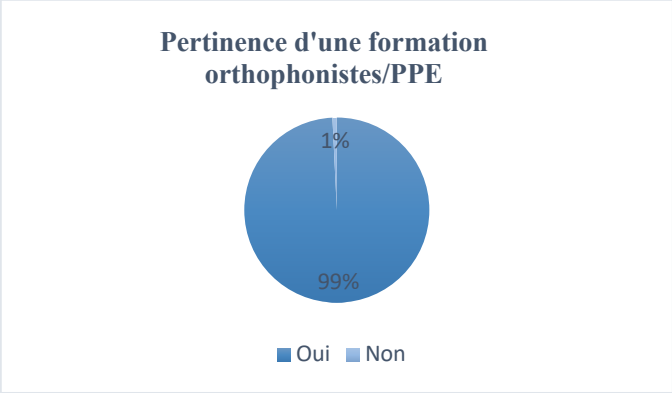



**Figure 6:** Pertinence d'une formation orthophonistes/PPE

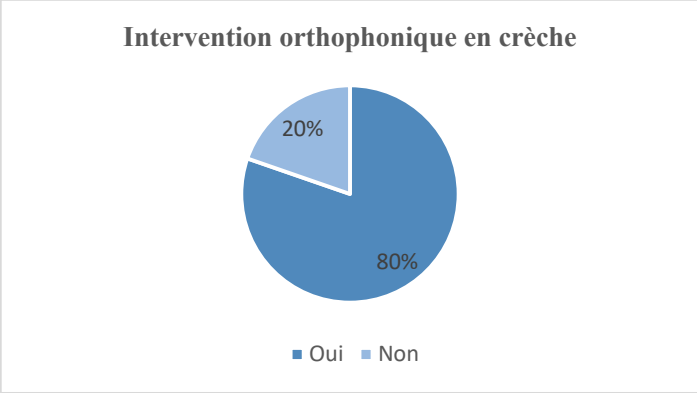



**Figure 7:** Intervention orthophonique en crèche

99% des orthophonistes interrogés (n=132) déclarent que des réunions de formation entre orthophonistes et PPE sont pertinentes dans le cadre du repérage des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication chez l'enfant de 0 à 3 ans. 80% des orthophonistes interrogés estiment qu'une intervention régulière en crèche est pertinente dans le cadre du repérage précoce.

ETUDE 2

# 1 Matériel et méthode

## 1.1 Sujets

- 8 professionnels de la petite enfance (AP, CAP, EJE)

Les participants à cette étude ont été choisi sur le principe du bénévolat. Nous avons pris soin de vérifier l'équité en terme de diplôme et années d'expérience afin que tous les professionnels soient représentés. Ainsi, nous avions dans notre échantillon, 3 AP, 3 CAP et 3 EJE chacune ayant entre 0 et 10 ans et plus d'expérience.

Matériel

- Un questionnaire proposé avant l'intervention de prévention primaire
- Un questionnaire proposé après l'intervention de prévention primaire
- Cinq supports de présentation diffusés lors de l'intervention entre professionnels de la petite enfance et orthophonistes

## 1.2 Méthode

Ces présentations ont été élaborées sous la direction d'une orthophoniste (co-directrice du mémoire) et d'une directrice adjointe de crèche (directrice du mémoire). Elles ont été fondées sur les informations recueillies dans la littérature scientifique détaillées dans la partie théorique de l'étude.

Pour chacune d'entre-elles, un support de présentation a été réalisé (Cf. annexes). Les sessions se sont réparties en 5 rencontres durant une heure. Elles ont abordé le développement normal et atypique de l'oralité, du langage oral et de la communication chez le jeune enfant (2h) et les outils de repérages des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication chez les enfants de 0 à 3 ans (3h).

# 2 Stratégie d'analyse des données

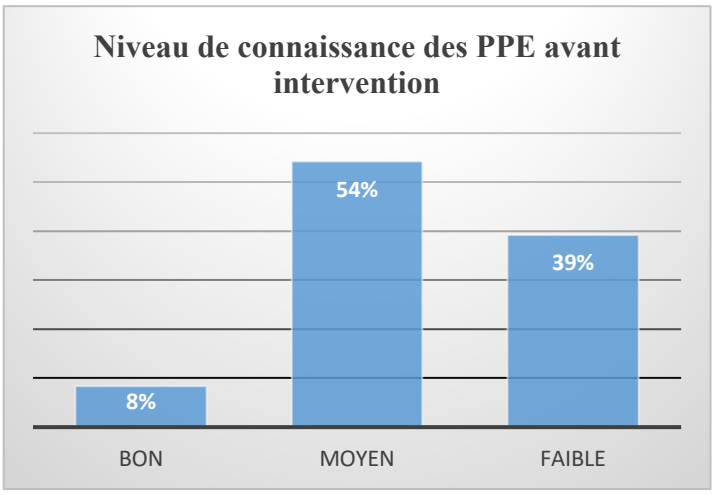
Nous avons procédé à la comparaison des questionnaires des 8 professionnels de la petite enfance ayant participé à l'action de prévention primaire. Cinq questions ont été ajoutées au questionnaire post action de prévention. Elles nous ont permis de nous renseigner sur la pertinence de notre action et les possibilités de continuité de celle-ci. Le détail de l'analyse des données de l'étude 2 figure dans

un tableau disponible en annexes. Afin de nous assurer de la cohérence de nos résultats, chaque professionnel a bénéficié des mêmes conditions d'information et de participation à l'étude. Nous avons dû exclure 3 professionnels de la petite enfance de l'étude pour cause d'absence à une partie de l'action de prévention.

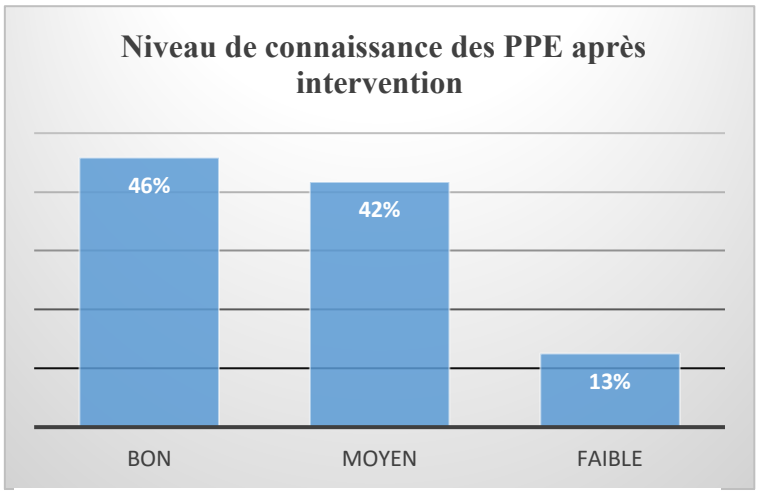
# RESULTATS

- **Comparaison du niveau de connaissance des PPE dans les domaines de l'oralité, du langage oral et de la communication avant et après l' intervention de prévention**

Voici les résultats du niveau de connaissance des PPE correspondant à notre deuxième étude (n=8) avant et après l'intervention.




**Graphique 1:** Niveau de connaissance des PPE avant intervention




**Graphique 2:** Niveau de connaissance des PPE après intervention

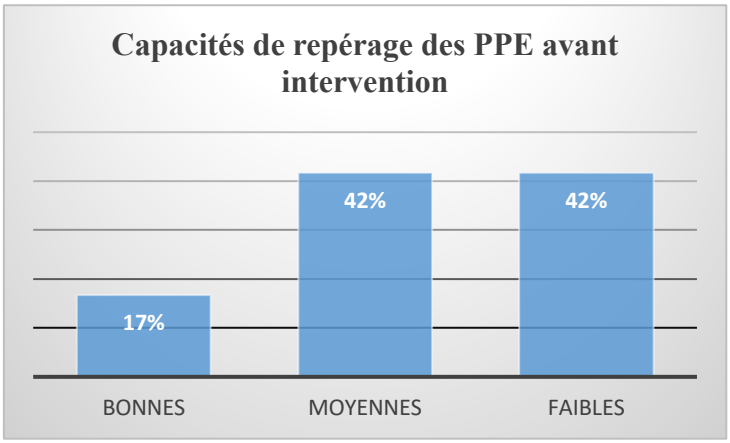
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Avant Bon | 2 (8%) | Avant Moyen | 13 (54%) | Avant Faible | 2 (39%) |
| Après Bon | 11 (46%) | Après Moyen | 10 (42%) | Après Faible | 11 (13%) |
| p | **0,0004** | P | 0,26 | p | **0,01** |

**Tableau 1 :** Tableau de significativité, niveau de connaissance avant et après intervention

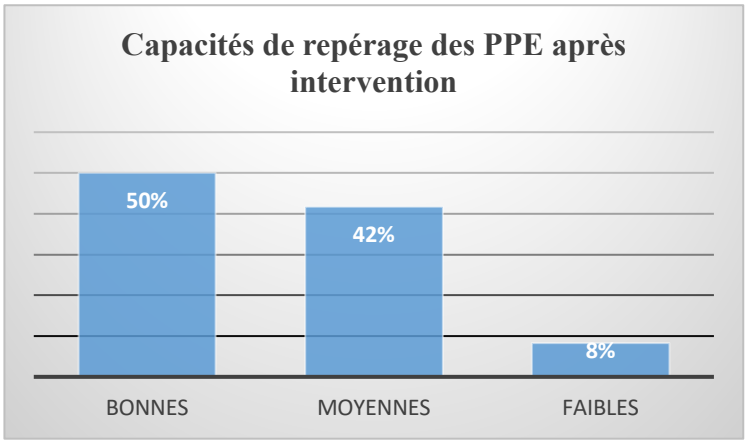
Avant l'intervention, 8% des PPE estimaient que leur niveau de connaissance en oralité, langage oral et communication était « bon ». Après l'intervention, 46% des PPE estiment que leur niveau de connaissance dans ces domaines est « bon ».

Nos analyses statistiques nous permettent de mettre en évidence une différence significative entre le pourcentage de PPE ayant jugé leur niveau de connaissance « bon » **(p=0,0004)** et « faible » **(p=0,01)** avant et après l'intervention en faveur d'une meilleure connaissance de l'oralité, du langage oral et de la communication.

- **Comparaison des capacités de repérage dans les domaines de l'oralité, du langage oral et de la communication avant et après l'intervention de prévention.**
- Voici les résultats des capacités de repérage des PPE (n=8) correspondant à notre deuxième étude (n=8) avant et après l'intervention.




**Graphique 3:** Capacités de repérage avant intervention




**Graphique 4:** Capacités de repérage après intervention

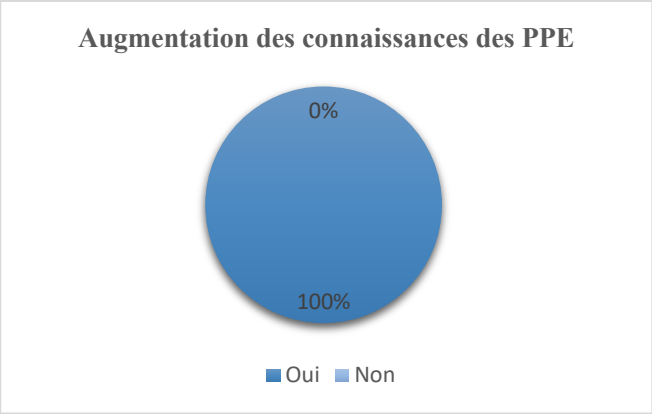
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Avant Bonnes | 4 | Avant Moyennes | 10 | Avant Faibles | 10 |
| Après Bonnes | 12 | Après Moyennes | 10 | Après Faibles | 2 |
| p | **0,017** | p | 1 | p | **0,008** |

**Tableau 2 :** Tableau de significativité, capacités de repérage avant et après intervention

Avant l'intervention, 17% des PPE estimaient que leurs capacités de repérage des troubles de l' oralité, du langage oral et de la communication était « bonnes ». Après l'intervention, 50% des PPE estiment que leurs capacités de repérage dans ces domaines sont « bonnes ». Nos analyses statistiques nous permettent de mettre en évidence une différence significative entre le pourcentage de PPE ayant jugé leur niveau de connaissance « bon » **(p=0,0004)** et « faible » **(p=0,01)** avant et après l'intervention en faveur de meilleures capacités à repérer des troubles de l'oralité, du langage oral ou de la communication.

- **Pertinence de la prévention primaire et de la collaboration entre orthophonistes et PPE**

**« Après avoir suivi les rencontres professionnels de la petite enfance / orthophonie, vos connaissances dans le domaine du langage oral, de l'oralité et de la communication ont-elles augmentées ? »**
**« Vous sentez-vous plus aptes à repérer des enfants susceptibles de présenter des troubles de l'oralité, du langage oral ou de la communication ? »**



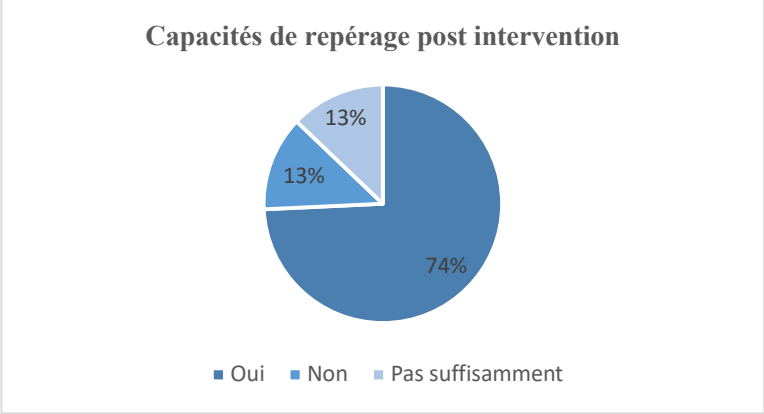




**Figure 1:** Augmentation des connaissances des PPE

**Figure 2:** Augmentation des capacités de repérage

100% des professionnels de la petite enfance ayant participé à l'intervention de prévention primaire estiment avoir un meilleur niveau de connaissance qu'auparavant dans ces trois domaines.
74% des PPE ayant participé à l'intervention de prévention primaire déclarent se sentir plus aptes à repérer des enfants susceptibles de présenter des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication.

**« Seriez-vous prêts à renouveler votre participation sur d'autres thématiques concernant le langage oral, l'oralité ou la communication ? »**

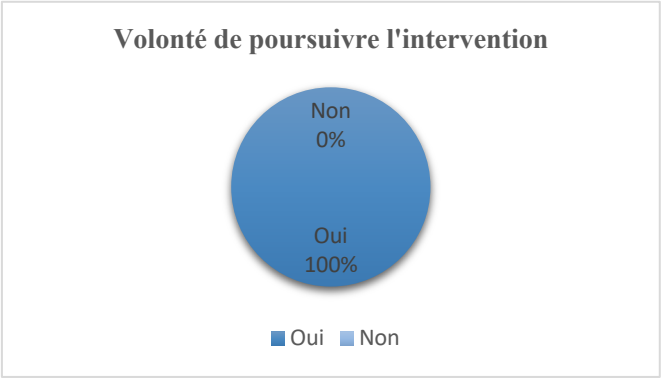



**Figure 3:** Volonté de poursuivre l'intervention

100% des PPE ayant participé à l'intervention de prévention primaire déclarent être prêts à renouveler leur participation à des réunions d'information dans ces domaines.

# LIMITES DE L'ETUDE ET DISCUSSION

## 1 Limites de l'étude

Nous avons recueillis un panel de réponses exploitables de 155 PPE et 132 orthophonistes. Cet échantillon est loin d'être représentatif sur le plan national puisqu'on récence 143 850 salariés dans les établissements d'accueil de jeunes enfants (EAJE) et 25 607 orthophonistes en France. Toutefois les réponses recueillies ont permis l'élaboration d'analyses statistiques et ont répondu aux objectifs que nous nous étions fixés en début de recherche.

Nous avons choisi de diffuser nos questionnaires en ligne. Cette méthode peut entraîner des critiques concernant la validité des réponses apportées ainsi qu'un biais de motivation puisque même s'ils étaient destinés à des professionnels ciblés, l'accès était libre. Cependant, ce mode de diffusion nous a permis de recueillir les réponses de professionnels venant d'horizons différents et a facilité l'analyse et la fiabilité de nos données puisque tout était informatisé.

Le choix des questions fermées a été réfléchi par souci de simplicité et d'objectivité dans l'analyse des données. En revanche, une analyse qualitative de questions ouvertes auraient pu enrichir le recueil et l'analyse des résultats.

Notre deuxième étude a été effectuée auprès de 8 professionnels dans une structure d'accueil du jeune enfant. Nous avons dû exclure 3 participants à l'étude car les réalités de terrain n'ont pas permis à tous les PPE de participer à toutes les sessions. Nous avons choisi d'aborder les thèmes du langage oral, de l'oralité et de la communication, ce choix nous a permis d'étendre sur les champs d'intervention de l'orthophoniste chez l'enfant de 0 à 3 ans. La concentration autour d'un thème nous aurait permis d'être plus exhaustif sur celui-ci.

L'étendue de notre action sur plusieurs structures aurait pu permettre la sensibilisation de plusieurs équipes à notre projet. Les professionnels ayant participé à notre étude venaient cependant de plusieurs services et ont pu partager les documents diffusés et les informations transmises à leurs équipes respectives. Le petit effectif de nos rencontres a permis l'échange autour de situations réelles et a pu faire émerger de réelles réflexions sur les champs d'intervention de l'orthophoniste, les étapes clés du développement de l'enfant ainsi que le repérage d'enfants susceptibles de présenter des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication.

L'intervention s'est déroulée sur cinq sessions d'une heure de Novembre 2018 à Mars 2019. Plus de rencontres et sur un temps mieux réparti auraient pu permettre la consolidation des informations transmises et un abord plus concret du repérage des troubles de l'enfant de 0 à 3 ans.

## 2 Discussion

Le repérage précoce des troubles du jeune enfant fait l'objet de recommandations provenant de la Haute Autorité de la Santé. Il découle d'une surveillance émanant de l'entourage de l'enfant dans sa globalité. Par conséquent, professionnels de la petite enfance, orthophonistes et médecins doivent collaborer afin de guider les familles et permettre la mise en place d'un parcours de soin le plus précoce possible dans le but d'enrayer les conséquences des troubles développementaux. L'objet de notre étude était de déterminer comment la collaboration entre orthophonistes, médecins et PPE pourrait-elle aboutir à un repérage des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication chez l'enfant de 0 à 3 ans .

L'objectif primaire était d'analyser le niveau de connaissance des PPE dans les domaines ciblés ainsi que leurs capacités à repérer des enfants susceptibles de présenter un trouble. Les résultats mettent en évidence que les PPE ont un niveau de connaissance estimé bon à 32%, moyen à 50% et faible à 18%. Les capacités de repérage des troubles sont estimées à 38% bonnes, 52% moyennes et 10% faibles. De façon générale, leurs compétences sont jugées moyennes. Force est de constater que le niveau de connaissance est lié aux capacités de repérage des professionnels de notre étude, les scores de ces deux résultats étant très proches. Une enquête menée auprès d'enseignants mène à la même conclusion. Les enseignants de cette étude s'estimaient, malgré un manque ressenti dans leur formation initiale, assez performants concernant les champs d'intervention de l'orthophonie et de ce fait capables de repérer des troubles du langage oral chez leurs élèves grâce à leur experience. (Lemière, 2009) Peu d'études ont analysé les compétences des professionnels de la petite enfance dans le domaine du repérage précoce. Toutefois, une étude menée sur 26 professionnels de PMI (médecins et infirmières puéricultrices) met en évidence que 24% de ces professionnels manqueraient de repères de développement et de signes d'appel chez l'enfant. 73% des professionnels de cette étude ne se sentiraient pas en mesure de répondre aux questionnements des parents quant au développement du langage et de la communication. (Boutry et al., 2018). Si selon notre étude, les connaissances et les capacités des PPE dans le cadre du repérage des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication sont estimées « moyennes », une étude élaborée sur 503 médecins généralistes en 2018 démontre que 9 médecins sur 10 déclarent ne pas être suffisamment formés sur les champs d'intervention des orthophonistes. Ces résultats sont en accord avec le ressenti des PPE concernant leur manque de formation puisque seulement 1% des PPE de notre étude a déclaré ne pas ressentir le besoin d'être formé dans les domaines de l'oralité, du langage oral et de la communication. Ce constat répond à notre objectif secondaire de vérifier le

besoin de formation des PPE dans les domaines de l'oralité, du langage oral et de la communication. Toutefois, le niveau de formation des PPE est-il corrélé aux connaissances ou aux capacités de repérage ? Nous avons analysé le niveau de connaissance et les capacités de repérage selon le poste occupé par les PPE au sein de l'EAJE. Nos résultats ont mis en évidence que les EJE, ayant un niveau de formation plus haut que les IAE avaient en effet un niveau de connaissance supérieur dans les domaines de l'oralité, du langage oral et de la communication. Si les IAE (CAP + AP) suivent des formations de courte durée majoritairement professionnalisantes, les éducateurs disposent, au sein de leur formation, de modules réservés au développement de l'enfant sur trois années de formation. Dans notre étude, les directeurs présentent soit un diplôme d'éducateurs de jeunes enfants, soit d'infirmière puéricultrice. Les infirmières puéricultrices disposent elles aussi, dans leur spécialisation, d'informations concernant le développement de l'enfant mais cette spécialisation ne dure qu'un an. (Morel & Lebrun, 2018) Cette différence de formation initiale peut expliquer que les EJE disposent de meilleures connaissances. Nous aurions pu nous attendre à ce que les EJE aient également de meilleures capacités de repérage que les IAE et les directeurs. Pour autant, même si nous avons relevé que les éducateurs ont été significativement plus nombreux à juger leurs capacités de repérage « bonnes » que les IAE ou les directeurs nous ne pouvons affirmer statistiquement que leurs capacités de repérage sont meilleures. A en croire les données de la littérature, plus le niveau formation d'un PPE est haut, moins il est susceptible d'occuper une fonction l'amenant à être en contact direct avec les enfants les éducateurs ou les infirmiers étant la plupart du temps cadres ou responsables. Par conséquent, ce sont les professionnels ayant le niveau de formation le plus bas (IAE ) qui occupent le poste le plus propice au repérage des troubles puisque leur intervention se fait au plus près des enfants. (Ulmann, Betton, & Jobert, 2011) Une étude a été menée concernant le repérage des difficultés de langage et de comportement par des enseignants de petite section de maternelle. Il a été démontré que les capacités de repérage des enseignants devaient être « interprétées avec prudence », souvent influencées par des opinions préconçues. (Chevrie-Muller, Watier, Arabia, Arabia, & Dellatolas, 2005)

En 1994, une étude menée sur les capacités de repérage des enseignants de petite section de maternelle avait conclu que l'expérience professionnelle influençait fortement les capacités de repérage. (Berat & Conraux, 1994) Ces conclusions démontrent que le niveau de formation ou le poste occupé par un professionnel ne peut, à lui seul, déterminer les capacités de repérage d'un professionnel influencées par de variables inhérentes à chaque professionnel (expérience, sensibilité personnelle, intérêt pour sa profession, motivation…).

Notre étude s'est également penchée sur la collaboration entre médecins, orthophonistes et professionnels de la petite enfance. Les compétences des PPE seules ne peuvent suffire à un repérage efficace. Les médecins se doivent de prendre en compte les observations concernant les enfants présentant un développement atypique afin de les orienter vers un spécialiste. La collaboration interprofessionnelle est donc primordiale dans le cadre du repérage précoce et le parcours de soin d'un enfant. Peu d'études encadrent la relation entre les orthophonistes et les modes de garde. Dans notre étude, 99% des orthophonistes estiment que des réunions d'informations entre orthophonistes et PPE seraient pertinentes dans le cadre du repérage précoce. En revanche, 20% des orthophonistes de notre étude déclarent qu'une intervention régulière en crèche ne serait pas pertinente. Cette différence peut être expliquée par les réalités du terrain pouvant restreindre la collaboration interprofessionnelle notamment dans l'exercice libéral. Ce constat est abordé dans une étude analysant la collaboration entre les enseignants et les orthophonistes. Si la majorité des professionnels interrogés dans cette étude semblent favorables à une collaboration plus régulière et efficace, ils déplorent un manque de temps à consacrer à cette collaboration. (Mougel, 2009) De plus, aucune de ces interventions n'est encadrée dans la nomenclature générale des actes professionnels et ne bénéficie donc d'aucune rémunération ni encadrement pour le professionnel. (NGAP, 2019)

Nos résultats démontrent que 30% des orthophonistes ayant participé à notre étude entretiennent une collaboration avec la crèche de leurs patients. 47% des professionnels estiment cette collaboration indispensable dans le cadre du repérage précoce. Si les orthophonistes et les PPE coopèrent pour parvenir à un repérage plus efficace, les médecins, prescripteurs des actes en orthophonie, sont également impliqués dans cette collaboration. Les orthophonistes ayant répondu à notre enquête jugent cette collaboration indispensable à 57%. Nous pouvons nous interroger sur la place du médecin prescripteur dans cette collaboration d'autant plus que la qualité de celle-ci reste discutable. Seulement 17% des orthophonistes estiment que la qualité de leur collaboration avec les médecins est bonne. Une enquête menée auprès de médecins généralistes démontre qu'ils ne sont pas unanimes quant à la possibilité de la prise en soin des enfants de 0 à 3 ans. 4% des médecins généralistes et 5,3% des internes de cette étude estiment que la rééducation orthophonique ne peut débuter avant les 6 ans de l'enfant. Alors que la pratique de l'orthophonie est encadrée par la prescription médicale et que les professionnels se doivent de faire parvenir leurs compte rendu de bilan aux médecins prescripteurs, cette même étude démontre que 49% des médecins généralistes déclarent avoir rarement contact avec les orthophonistes suivants leurs patients. 12% des médecins estiment n'avoir jamais eu de contact avec les orthophonistes de leurs patients. (Boisnault et al., 2018) Notre étude

révèle que 33% des PPE estiment avoir une collaboration de bonne qualité avec les médecins, mais 28% déclarent n'avoir aucun lien avec le médecin référent de la structure. Une étude menée dans 159 structures d'accueil du jeune enfant analyse le rôle du médecin référent en crèche. Selon cette enquête, un médecin sur deux proposerait des interventions orientées vers les professionnels de crèche. Les responsables de structures estiment que 82% des médecins veilleraient au bon développement des enfants au sein de la structure. Notons que 41% des examens cliniques sont effectués par l'intermédiaire des observations rapportées par les intervenants auprès des enfants. Cette étude a également démontré que les deux tiers des directeurs de structure jugeaient le suivi préventif des enfants de bonne qualité. Il est effectué à 60% par le médecin de crèche et dans 36% des cas par les professionnels de la petite enfance ce qui justifie le rôle des intervenants auprès des enfants dans le repérage des troubles chez les enfants présentant un développement atypique. (Fanello, Dagorne, Perrier, & Parot, 2007) Le besoin de coopération entre les professionnels gravitant auprès de l'enfant prend sens en le confrontant à la réalité clinique. Les médecins référents ont peu de temps à consacrer à leur activité en crèche mais il en est de même pour leur activité en libéral. Des études menées sur des médecins quant à l'utilisation de tests de dépistage de troubles du langage oral au sein de leurs consultations arrivent à la même conclusion. Elles démontrent qu'ils manquent de formation sur leur utilisation et que le temps alloué pour chaque patient ne permet pas toujours la faisabilité de remplir un rôle diagnostic. (Frémont, 2014) (Sauvadet, 2018)Nous pouvons donc nous interroger sur la démarche diagnostique du médecin prescripteur des actes en orthophonie qui n'est la plupart du temps pas à l'origine de l'orientation orthophonique. En effet, selon une étude, 91,1% des orientations orthophoniques sont faites par les enseignants (Boisnault et al., 2018) L'intervention de professionnels de santé en crèche prend une part importante dans le cadre du repérage précoce. Les psychologues et les psychomotriciens ont d'ailleurs une convention avec les structures d'accueil leur permettant de mener une action directe auprès des enfants. (Morel & Lebrun, 2018) Une étude menée sur 39 structures d'accueil du jeune enfant dresse la même conclusion, une intervention régulière de spécialistes pourrait faciliter l'orientation et la mise en place d'un parcours de soin pour un enfant. Cette intervention permettrait également aux professionnels de mieux conseiller l'environnement de l'enfant sur les conduites à tenir face aux difficultés de l'enfant. (Gaillard et al., 2014) La nomenclature encadrant les actes en orthophonie, le respect du secret professionnel et l'intervention orthophonique sous prescription médicale ne permet pas, à ce jour, l'intervention auprès d'enfants dans les structures d'accueil. Cependant, notre étude a révélé que les orthophonistes interrogés estimaient que des réunions de formations auprès des PPE étaient pertinentes et 36% des PPE interrogés ressentent un besoin important d'être formés. Face au

niveau « moyen » de connaissance et de repérage des PPE et à leur besoin de formation, nous avons mis en place une intervention de prévention primaire auprès de 8 professionnels de la petite enfance dans une structure. Cette intervention fait l'objet d'une seconde étude dont l'objectif primaire était de vérifier si celle-ci permettait d'améliorer le niveau de connaissance et les capacités de repérage des PPE.

Notre étude a révélé une différence significative entre le niveau de connaissance des PPE et leurs capacités de repérage avant et après l'intervention. Alors que 8% des PPE estimaient leur niveau de connaissance « bon » avant l'intervention, 48% de ces mêmes professionnels estiment avoir de bonnes connaissances dans les domaines de l'oralité, du langage oral et de la communication après l'intervention. Ce constat est également notable en ce qui concerne les capacités de repérage des troubles chez l'enfant de 0 à 3 ans. 40 éducateurs de jeunes enfants ont pu bénéficier d'un programme de formation autour de l'environnement émotionnel de l'enfant. A la fin de ce programme, les participants à la formation bénéficiaient de meilleures réactions face aux émotions des enfants et leurs offraient la possibilité de mieux les exprimer. (Rosenthal & Gatt, 2010) La totalité des PPE ayant participé à l'intervention déclare avoir amélioré ses connaissances en matière d'oralité, de langage oral et de communication ce qui nous conforte dans la réalisation de notre objectif primaire. Ce résultat peut être corrélé à une étude menée sur 11 médecins généralistes et 6 spécialistes. Après visionnage d'un support vidéo décrivant la prise en charge orthophonique, ils étaient 82% à penser que cet outil permettait de répondre à un manque d'information sur la profession de l'orthophoniste, ses missions et champs d'intervention. (Bresac et al., 2012)

Nous remarquons que le nombre de PPE à estimer leurs compétences moyennes à la fin de l'intervention reste élevé. Ce constat peut être expliqué par la courte durée de notre intervention et le caractère innovant de celle-ci qui n'a pas permis de consolider les savoirs et laissé le temps aux professionnels de concrétiser les conseils prodigués en théorie. Aussi, Si 100% estiment que leurs connaissances ont augmenté après les intervention, 74% d'entre-eux se sentent plus aptes à repérer les troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication. Ce constat démontre l'importance d'une intervention sur le long terme afin de renforcer les compétences des PPE et d'aboutir à un repérage précoce du développement atypique de l'enfant de 0 à 3 ans. Nous pouvons élargir notre constats à d'autres actions de prévention effectuées par les orthophonistes. Une étude a été effectué sur des aide-soignants concernant la formation pour utiliser un test de dépistage des troubles de la mastication chez des patients âgés dans le but de proposer ou non une orientation vers un bilan orthophonique en lien avec le médecin de la structure. Après plusieurs utilisations guidées et

réunions d'informations, la totalité des aides-soignants ayant participé à l'étude s'est sentie à l'aise dans l'exécution et l'analyse du test. (Castex, 2016)

La totalité des professionnels ayant participé à notre étude souhaite poursuivre ces formations et se montrerait volontaire pour y participer de nouveau. Ces résultats nous permettent de répondre à notre objectif secondaire et de nous conforter dans la pertinence de cette action de prévention primaire auprès de PPE.

# CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Le questionnement soulevé par notre étude rappelle l'importance de la collaboration interprofessionnelle et l'implication des PPE dans le repérage des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication chez l'enfant de 0 à 3 ans. Nos résultats ont mis en évidence des compétences jugées moyennes par les PPE en matière de connaissance et de repérage des troubles. La collaboration entre PPE, orthophonistes et médecins est majoritairement décrite comme importante par les professionnels interrogés dans notre étude. Pour autant, nos résultats montrent que celle-ci gagnerait à être améliorée. Les observations faites au cours de notre deuxième étude montrent qu'une action de prévention primaire auprès de PPE a permis d'améliorer leurs compétences en matière de connaissance et de repérage des troubles. La collaboration plus régulière et un partage des spécialités peut aboutir à un renforcement des compétences des professionnels gravitant autour de l'enfant et ainsi permettre un repérage des troubles plus précoce et donc plus efficace. Il ne s'agit pas de démarche diagnostique pour les PPE, la collaboration pluridisciplinaire a ici pour objet de permettre aux professionnels d'être davantage sensibilisés et confiants face à leurs observations. Ils pourront à l'avenir justifier auprès des médecins l'orientation d'un enfant vers un orthophoniste s'ils remarquent un développement atypique de l'oralité, du développement du langage ou de la communication. Ils se sentiront plus en mesure de répondre aux interrogations des familles et à même de mettre en place de premières dispositions pour stimuler l'évolution de l'enfant. De nombreuses initiatives s'intéressent aujourd'hui au repérage et à l'intervention précoce notamment au sein des structures d'accueil du jeune enfant. Le programme « Parler Bambin » en est un exemple. Il a pour mission de renforcer les compétences des PPE sur le développement du langage oral et les façons de le stimuler de manière à enrayer l'apparition de troubles du langage oral chez les enfants de 0 à 3 ans issus de milieux défavorisés (Zorman et al., 2011) Cette initiative pourrait s'étendre à toutes les structures d'accueil du jeune enfant. C'est le cas au Canada où « l'orthophonie communautaire » a pour mission de renforcer la collaboration entre les praticiens de santé et les professionnels gravitant autour des enfants. Il s'agit d'une pratique qui place les PPE au cœur de la démarche de repérage et permet d'aligner tous les professionnels autour de l'enfant (Courteau, 2017). Les études menées à l'avenir pourront être destinées aux médecins afin qu'ils deviennent davantage acteurs dans ce repérage. Grâce à une meilleure information, les professionnels pourront mesurer l'importance de la démarche diagnostique et du repérage précoce afin d'enrayer la chronicisation de troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication en mettant en place un parcours de soin adapté. Cette prise de conscience pourra aboutir à un repérage précoce plus systématique et efficace chez les enfants de 0 à 3 ans.

# BIBLIOGRAPHIE


Abadie, V. (2004). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de Pédiatrie*, *11*(6), 603-605.

American Psychiatric Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

ANAES. (2001). HAS : L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans – Orthophonie & Prévention 17.

Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S. (2003). *Dialogoris 0-4 ans: guide : prévenir dépister les développements déficitaires de la communication et du langage, intervenir très précocement de 0 à 4 ans grâce au dialogue*. Nancy, France: Société Com-Medic.

*Avenant n° 16 a la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie signée le 31 octobre 1996*. (1996).

Bandelier, E., & Castelain-Lévêque, V. (2014). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant: état des lieux et proposition de pistes de prise en charge à destination des orthophonistes libéraux*. Lille, France.

Bas, P. (2006). *Présentation du Plan Petite Enfance, Dossier de presse*.

Bellis, F., Buchs-Renner, I., & Vernet, M. (2009). De l'oralité heureuse à l'oralité difficile. Prévention et prise en charge dans un pôle de pédiatrie. *Spirale*, *n° 51*(3), 55-61.

Berat, F., & Conraux, L. (1994). *Repérage des troubles du langage oral par les instituteurs de maternelle*. Ecole d'orthophonie, France.

Bernard, E. (2011). *Promotion des comportements favorisant les interactions et la communication entre enfants de 12 à 30 mois: action auprès de professionnelles de crèche*. Université Henri-Poincaré, Ecole d'orthophonie, France.

Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & and the CATALISE-2 consortium. (2017). Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(10), 1068-1080.

Blanchet, C., Bigorre, M., Verdeil, M., Daude, H., Badr, M., Prodhomme, O., & Mondain, M. (2013). Analyse de l'intérêt d'une consultation multidisciplinaire sur les troubles de succion-déglutition chez l'enfant. */data/revues/18797261/v130i4sS/S1879726113001459/*.

Bois Parriaud, F., Cavalli, E., & Chaix, Y. (2018). *Les dyslexies* (S. Casalis, Éd.). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.

Boisnault, M., Nesmes, M., & Fernandez, A. (2018). *Connaissances des médecins généralistes sur la prescription de l'orthophonie*. Nice, France.

Boutry, F., Louis, S., Hellio, E., Louis, S., Hellio, E., Grassin, M., & Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie. (2018). *Elaboration d'un partenariat avec la PMI de la Vienne et les orthophonistes: création d'un questionnaire de recueil des attentes des professionnels de PMI afin d'améliorer leur évaluation du langage et de la communication, puis propositions d'outils pour y*

*répondre*. France.

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

Bresac, M., Chigros, M., & Crunelle, D. (2012). *Prescrire l'orthophonie: pour qui ? pour quoi ? : création d'un DVD en vue de présenter aux médecins la profession d'orthophoniste, ses missions, ses champs d'intervention : pour une interdisciplinarité de qualité*. Lille, France.

Cabaret, S., Chappon, C., Lesecq-Lambre, E., & Maiffret, C. (2015). *Troubles de l'oralité alimentaire et symptomatologie du retard de parole: quel lien ?* Lille ; 1969-2017, France.

Canouet, M. (2011). *Troubles de l'oralité: élaboration d'une plaquette d'information à destination des professionnels de la petite enfance*. 1970-2013, France.

Castex, L. (2016). *Repérage des troubles de la mastication :* 173.

Chabane, N. (2012). Le diagnostic précoce dans les troubles du spectre autistique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *170*(7), 462-466.

Chatoor, I. (2002). Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *11*(2), 163-183.

Chevallier, B. (2010). *Document de référence en pédiatrie à l'usage des commissions de qualification*. Conseil National de l'Ordre des médecins.

Chevrie-Muller, C., Watier, L., Arabia, J., Arabia, C., & Dellatolas, G. (2005). Repérage par les enseignants des difficultés de langage et de comportement chez 2 059 enfants de 3 ans et demi. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *53*(6), 645-657.

Christophe, A., Brusini, P., Millotte, S., & Dehaene-Lambertz, G. (2012). *L'acquisition précoce de la syntaxe.* 51.

Code de la santé publique - Article L4341-1. , L4341-1 Code de la santé publique § (2016).

Coquet, F, & Gilles, P. Y. (2004). *Du dépistage au diagnostic: présentation du DPL3 et validité au regard de la BEPL.* (88), 20-84.

Coquet, Françoise. (2017). Retard et trouble du langage oral... si on parlait en termes d'oralité(s)? *2017*, (271).

Couly, G. (2017). l'oralité foetale, fondement du langage. *Rééducation orthophonique*, (271), 13-27.

Couly, G., Levaillant, J.-M., Benoit, B., Kverneland, B., & Gitz, L. (2015). *Oralité du foetus: neurogenèse, sensorialité, dysoralité, anoralité, échographie, syndromes de Robin*.

Courteau. (2017). *Le concept d'orthophonie communautaire*.

Couteret, P. (2009). Qu'est-ce qui peut permettre de suspecter un trouble (spécifique ?) du langage oral avant un diagnostic ? *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, *46*(2), 149.

DeCasper, A. J., Lecanuet, J.-P., Busnel, M.-C., Granier-Deferre, C., & Maugeais, R. (1994). Fetal reactions to recurrent maternal speech. *Infant Behavior and Development*, *17*(2), 159-164.

DeCasper, A. J., & Spence, M. J. (1986). Prenatal maternal speech influences newborns' perception of speech sounds. *Infant Behavior & Development*, *9*(2), 133-150.

Décret n° 2010-613 du 7 juin 2010 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans - Article 17. , 2010-613 § (2010).

Delfosse, M.-J., Soulignac, B., Depoortere, M.-H., & Crunelle, D. (2006). Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. *Devenir*, *Vol. 18*(1), 23-35.

Denni-Krichel, N. (2004). La place de l'orthophoniste dans la prise en charge multidisciplinaire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *52*(7), 471-477.

Denni-Krichel, Nicole. (2001). La prévention des troubles du langage : un objectif prioritaire des orthophonistes à l'école. *Enfances Psy*, *no16*(4), 150-153.

Estes, A., Munson, J., Rogers, S. J., Greenson, J., Winter, J., & Dawson, G. (2015). Long-Term Outcomes of Early Intervention in 6-Year-Old Children With Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *54*(7), 580-587.

Fallet, J., Tosi, S., & Crunelle, D. (2009). *www.pecpo-t21.fr: l'éducation précoce en orthophonie de l'enfant porteur de trisomie 21 : réalisation d'un site Internet à destination des orthophonistes*. Lille, France.

Fanello, S., Dagorne, C., Perrier, C., & Parot, E. (2007). L'activité des médecins des structures d'accueil régulier d'enfants de moins de 6 ans : attentes des responsables de structures. *Sante Publique*, *Vol. 19*(2), 163-170.

Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Fidler Mis, N., … Molgaard, C. (2017). Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, *64*(1), 119-132.

Frémont, A. (2014). *Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de moins de 3 ans: les Inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC) sont-ils utilisables par les médecins généralistes en pratique quotidienne? Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Haute-Normandie*. 148.

Gaillard, L., Guiet, C., & Lorendeau, A. (2014). *De l'observation vers la prévention: apports d'un partenariat entre orthophonistes et professionnels de la petite enfance : enquête auprès des professionnels pour définir des signes d'appel*. Lille, France.

Grevesse, P. (2016). *Évaluation de la sensorialité orale et des conduites alimentaires du jeune enfant : construction et validation d'un protocole*.

Grobon, S. (2018). *INÉGALITÉS SOCIOÉCONOMIQUES DANS LE DÉVELOPPEMENT LANGAGIER ET MOTEUR DES ENFANTS À 2 ANS / SOCIO-ECONOMIC INEQUALITIES IN CHILDREN'S LANGUAGE AND MOTOR DEVELOPMENT AT 2 YEARS OF AGE*. 8.

HAS. (2005). *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires*.

HAS. (2017). *Guide parcours de santé*. 61.

HAS. (2018). Haute Autorité de Santé - Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent.

INSERM. (2004). *Déficiences et handicaps d'origine périnatale: dépistage et prise en charge.* Paris: INSERM.

INSERM. (2016). Définitions, repérage et diagnostic de la déficience intellectuelle. In *Déficiences intellectuelle*.

Joly, S. (2017). *Impact d'une intervention précoce « Early Start Denver Model » auprès des jeunes enfants autistes*. 106.

Kail, M. (2015). *L'acquisition du langage*.

Kaplan, J., & Lobryeau-Desnus, C. (2009). *Relations médecins généralistes et orthophonistes libéraux: prise en charge du patient au sein du système de soins*. France.

Kern, S., & Gayraud, F. (2010). *Inventaire Français du Développement Communicatif: 8/30 mois*. 5.

Kremer, J.-M., & Lederlé, E. (2012). La prévention des troubles du langage. *Que sais-je?*, *7e éd.*, 81-89.

Kuhl, P. K. (2004). Early language acquisition: cracking the speech code. *Nature Reviews Neuroscience*, *5*(11), 831-843. https://doi.org/10.1038/nrn1533

Kuhl, P. K. (2012). *The first stages of first and second-language acquisition*.

Kuhl, P. K., Conboy, B. T., Padden, D., Nelson, T., & Pruitt, J. (2005). *Early Speech Perception and Later Language Development: Implications for the "Critical Period"*. 28.

Lemière, C. (2009). *Repérage des troubles du langage oral par les enseignants de maternelle: réévaluation de leurs connaissances en ce domaine*. 87.

Levavasseur, E. (2017). *Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit « tout venant » ou « vulnérable »*. (271), 151-169.

Liu, H.-M., Tsao, F.-M., & Kuhl, P. K. (2007). Acoustic analysis of lexical tone in Mandarin infant-directed speech. *Developmental Psychology*, *43*(4), 912-917.

Maillart, C. (2003). Les troubles pragmatiques chez les enfants présentant des difficultés langagières. Présentation d'une grille d'évaluation : la Children's Communication Checklist (Bishop, 1998). *Cahiers de la SBLU*, *13*. Consulté à l'adresse https://orbi.uliege.be/handle/2268/7314

Malgouyres, B., De Crémiers, S., Gamot, L., & Grzybowska, M.-H. (2012). *P.I.R.A.T (Pointage, Imitation, Regard, Attention Conjointe, Tour de rôle): aborder la communication non verbale chez l'enfant avec TED : création d'un support informatique destiné aux orthophonistes pour la rééducation des compétences socles de la communication*. Lille, France.

Martel, K., & Leroy-Collombel, M. (2010). Du gazouillis au premier mot : rôle des compétences préverbales dans l'accès au langage. *Rééducation orthophonique*, (244), 77-94.

Mattsson, C. M., Mårild, S., & Pehrsson, N. (2007). Evaluation of a language-screening programme for 2.5-year-olds at Child Health Centres in Sweden. *Acta Paediatrica*, *90*(3), 339-344.

Mazeau, M., & Pouhet, A. (2018). *Dans le cerveau de mon enfant: tout le développement de l'enfant de 0 à 6 ans*. Paris, France: Éditions Horay.

Mazet, P., & Stoléru, S. (2003). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant: développement et interactions précoces*. Paris, France: Masson, impr. 2003.

Mehler, J., Jusczyk, P., Lambertz, G., Halsted, N., Bertoncini, J., & Amiel-Tison, C. (1988). A precursor of language acquisition in young infants. *Cognition*, *29*(2), 143-178.

Monfort, M., & Monfort-Juarez, I. (2011). Gestualité et troubles du langage. *Rééducation orthophonique*, *49*(246), 127-140.

Morel, C., & Lebrun, P.-B. (Éd.). (2018). *Le grand dictionnaire de la petite enfance*. Malakoff, France: Dunod.

Morgenstern, A., Leroy, M., & Mathiot, E. (2008). Le pointage chez l'enfant: du gestuel au linguistique. *Congrès Mondial de Linguistique Française 2008*. Présenté à Congrès Mondial de Linguistique Française 2008, Paris, France.

Mougel, M. (2009). *Partenariat entre enseignants du primaire et orthophonistes libéraux: quelle collaboration autour des troubles du langage?* 148.

Nelson, H. D. (2006). Screening for Speech and Language Delay in Preschool Children: Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. *PEDIATRICS*, *117*(2), e298-e319. https://doi.org/10.1542/peds.2005-1467

NGAP. (2019). *Nomenclature Générale des Actes en Orthophonie*.

Nicklaus, S. (2016). The role of food experiences during early childhood in food pleasure learning. *Appetite*, *104*, 3-9.

Organisation mondiale de la santé. (1993). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes: CIM-10* (Vol. 1–3). Genève, Suisse: OMS.

P. Ljunggren *, V. Abadie, S. Pierrot, L. Soulez-larivière, V. Couloigner, P. Contencin, E. (2013). Troubles de déglutition de l'enfant. Données cliniques et endoscopiques après trois ans de consultation spécialisée.

Parisse, C., & Morgenstern, A. (2012). The unfolding of the verbal temporal system in French children's speech between 18 and 36 months. *Journal of French Language Studies*, *22*(01), 95-114.

Petruka, J. (2014). *L'évaluation du langage oral chez les enfants de deux ans par le médecin généraliste: pratiques actuelles et avis sur l'utilisation de l'Inventaire Français du Développement Communicatif version courte de 24 mois* (Thèse d'exercice). Université du droit et de la santé, Lille ; 1969-2017, France.

Pfister, R., Launoy, V., Vassant, C., Martinet, M., Picard, C., Bianchi, J. E., … Bullinger, A. (2008). Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré. *Enfance*, *Vol. 60*(4), 317-335.

Plaza, M. (2004). Les troubles du langage de l'enfant. Hypothèses étiologiques spécifiques, perspective intégrative. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *52*(7), 460-466.

Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants: Une nouvelle perspective. *Devenir*, *13*(2), 11.

Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2015). *Early Intervention for Toddlers With Language Delays: A Randomized Controlled Trial | Articles | Pediatrics*. *135*(4), 686-693.

Rosenthal, M. K., & Gatt, L. (2010). 'Learning to Live Together': training early childhood educators to promote socio-emotional competence of toddlers and pre-school children. *European Early Childhood Education Research Journal*, *18*(3), 373-390.

Rowe, M. L., & Goldin-Meadow, S. (2009). Differences in early gesture explain SES disparities in child vocabulary size at school entry. *Science (New York, N.Y.)*, *323*(5916), 951-953.

Rudolph, J. M., & Leonard, L. B. (2016). Early Language Milestones and Specific Language Impairment. *Journal of Early Intervention*, *38*(1), 41-58.

Saffran, J. R., Aslin, R. N., & Newport, E. L. (1996). Statistical Learning by 8-Month-Old Infants. *Science*, *274*(5294), 1926-1928. https://doi.org/10.1126/science.274.5294.1926

Sauvadet, C. (2018). *Troubles du langage oral chez l'enfant: repérage, dépistage, prise en charge et place du médecin généraliste*. 116.

Senez, C., & Martinet, M. (2015). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition*. Paris, France: De boeck-Solal.

Shultz, S., Vouloumanos, A., Bennett, R. H., & Pelphrey, K. (2014). Neural specialization for speech in the first months of life. *Developmental Science*, *17*(5), 766-774.

Steinberg, C. (2007). *Feeding disorders of infants, toddlers, and preschoolers*. 4.

Suarez, M. (2011). Développement émotionnel du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, *49*(246), 31–44.

Suesser, P. (2013). Pratiques et enjeux de la prévention en petite enfance. *Archives de Pédiatrie*, *20*(5), H23-H24. https://doi.org/10.1016/S0929-693X(13)71302-2

Thérond, B. (2010). *Les comportements précurseurs de la communication : précurseurs pragmatiques, précurseurs formels, précurseurs sémantiques*. (244).

Thibault, C. (2012). *Les enjeux de l'oralité*.

Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité: La sphère oro-faciale de l'enfant*. Elsevier Health Sciences.

Touzin, M. (2014). Troubles du langage oral chez l'enfant de 3 ans. *Archives de Pédiatrie*, *21*(5), 307-308.

Tricot, M. (2003). *un outil de prévention précoce des troubles du langage oral*. (48), 2.

Ulmann, A.-L., Betton, E., & Jobert, G. (2011). *L'activité des professionnelles de la petite enfance*. 89.

Université de Montréal. (2010). Surveillance et dépistage | Portail Enfance et Familles.

Vallée, L. (2000). *Bases neurologiques des apprentissages*. *38*(202), 5-9.

Vannier, S. (2008). Quand l'enfant ne mâche pas ses mots. */data/revues/12624586/00140079/22/*.

Vitrikas, K. R., Savard, D., & Bucaj, M. (2017). Developmental Delay: When and How to Screen. *American Family Physician*, *96*(1), 36-43.

Zorman, M., Duyme, M., Kern, S., Le Normand, M.-T., Lequette, C., & Pouget, G. (2011). *"Parler bambin" un programme de prévention du développement précoce du langage*. (112-113), 238-245.

# ANNEXES

## 1. Questionnaire aux PPE

Comment jugeriez-vous vos connaissances sur le concept du développement du langage chez l'enfant ? *

- Aucune connaissance
- Faibles
- Moyennes
- Bonnes

Comment jugeriez-vous vos connaissances sur le concept de l'oralité chez l'enfant ? *

- Aucune connaissance
- Faibles
- Moyennes
- Bonnes

Comment jugeriez-vous vos connaissances sur le concept de la communication chez l'enfant ? *

- Aucune connaissance
- Faibles
- Moyennes
- Bonnes

Quelles seraient vos capacités à repérer un enfant en difficulté dans le domaine du langage oral? *

- Aucune
- Faibles
- Moyennes
- Bonnes

Quelles seraient vos capacités à repérer un enfant en difficulté dans le domaine de l'oralité ? *

- Aucune
- Faibles
- Moyennes
- Bonnes

Quelles seraient vos capacités à repérer un enfant en difficulté dans le domaine de la communication ? *

- Aucune
- Faibles
- Moyennes
- Bonnes

D'une façon générale, comment jugeriez-vous la qualité du partenariat avec le médecin référent de la structure ? *

- Aucun partenariat
- Moyenne
- Bonne
- Ne sais pas

Votre structure professionnelle vous propose t-elle des formations ciblant ces domaines ? *

- Oui
- Non

En ressentez vous le besoin ? *

- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup

RETOUR SUIVANT

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

**Pour mieux vous connaître**

Quel est votre sexe ? *

Sélectionner

Quel est votre année de naissance ? *

Votre réponse

Diplôme(s) obtenu(s) (dans le domaine de la petite enfance) *

Votre réponse

Année d'obtention du dernier diplôme *

Votre réponse

Quel est votre poste au sein de votre structure professionnelle ?

Votre réponse

Nombre d'année(s) d'expérience auprès de la petite enfance *

- de 0 à 5 ans
- De 5 à 10 ans
- 10 ans et plus

## 2. Questionnaire aux orthophonistes

Dans le domaine de l'intervention précoce, la collaboration auprès des médecins / pédiatres est pour vous : *

- Peu importante
- Importante
- Indispensable

Entretenez-vous une relation de collaboration avec les médecins prescripteurs ? *

- Oui
- Non

De façon générale, comment jugeriez vous cette collaboration ? *

- Inexistante
- Mauvaise qualité
- Qualité moyenne
- Bonne qualité

Avez-vous / aviez vous des liens avec la crèche de l'enfant que vous prenez / preniez en charge ? *

- Oui
- Non

### Collaboration avec une structure d'accueil du jeune enfant

Une intervention régulière en structure d'accueil de la petite enfance est-elle justifiée ? *

- Oui
- Non

RETOUR SUIVANT

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

### Collaboration avec une structure d'accueil du jeune enfant (0 - 3 ans )

Dans le domaine de l'intervention précoce, la collaboration auprès des professionnels de la petite enfance (PPE) est pour vous : *

- Inutile
- Peu importante
- Importante
- Indispensable

Une intervention de formation auprès des PPE serait-elle pertinente selon vous ? *

- Oui
- Non

RETOUR SUIVANT

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

3. Questionnaires de l'étude 2

Les premières questions étaient identiques à l'annexe 1 en pré et post intervention. En post intervention nous avons ajouté trois questions

**Intérêt de l'intervention orthophonique**

Après avoir suivi les rencontres professionnels de la petite enfance / orthophonie, vos connaissances dans le domaine du langage oral, de l'oralité et de la communication ont-elles augmentées ? *

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Pas suffisamment

Vous sentez-vous plus aptes à repérer des enfants susceptibles de présenter des troubles del'oralité, du langage oral ou de la communication ? *

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Pas suffisamment

Seriez-vous prêts à renouveler votre participation sur d'autres thématiques concernant lelangage oral, l'oralité ou la communication ? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

4. Tableaux d'analyse de données

Questionnaire de l'étude 1 : PPE

| Question posée | Réponse proposée | Analyse des réponses |
|---|---|---|
| Dernier diplôme obtenu | Réponse libre | Rassemblement des diplômes selon les critères d'inclusion et réponses données « CAP, AP, EJE, Infirmière puéricultrice » |
| Poste au sein de la structure professionnelle | Réponse libre | Création de trois groupes « IAE » « EJE » et « Directeurs » en fonction du poste et du niveau de diplôme |
| Comment jugeriez-vous vos connaissances sur le concept du développement du langage chez l'enfant ? | Aucune connaissance<br>Bonnes<br>Moyennes<br>Faibles | Rassemblement des réponses « aucune connaissance » et « faibles » pour calcul de pourcentage de réponse.<br>Le pourcentage et la moyenne du niveau de connaissance a été calculé sur Excel.<br>Analyse des réponses selon différentes variables :<br>- Totalité des professionnels,<br>- Selon les domaines puis<br>- Selon le « poste occupé au sein de la structure ».<br>Les tests de significativité ont été effectué grâce au test de student sur le site biostat. Utiliation du test de student pour variables quantitatives de groupes indépendants (pour la variable « poste occupé ») et appariés (pour la variable « domaine ») |
| Comment jugeriez-vous vos connaissances sur le concept de la communication chez l'enfant ? | Aucune connaissance<br>Bonnes<br>Moyennes<br>Faibles | |
| Comment jugeriez-vous vos connaissances sur le concept de l'oralité chez l'enfant ? | Aucune connaissance<br>Bonnes<br>Moyennes<br>Faibles | |
| Quelles seraient vos capacités à repérer un enfant en difficulté dans le domaine du langage oral? | Aucune<br>Bonnes<br>Moyennes<br>Faibles | Rassemblement des réponses « aucune » et « faibles » pour calcul de pourcentage de réponse.<br>Le pourcentage et la moyenne des capacités de repérage a été calculé sur Excel.<br>Analyse des réponses selon différentes variables :<br>- Totalité des professionnels,<br>- Selon les domaines puis<br>- Selon le « poste occupé au sein de la structure ».<br>Les tests de significativité ont été effectué grâce au test de student sur le site biostat. Utilisation du test de student pour variables quantitatives de groupes indépendants (pour la variable « poste occupé ») et appariés (pour la variable « domaine ») |
| Quelles seraient vos capacités à repérer un enfant en difficulté dans le domaine de l'oralité ? | Aucune<br>Bonnes<br>Moyennes<br>Faibles | |
| Quelles seraient vos capacités à repérer un enfant en difficulté dans le domaine de la communication ? | Aucune<br>Bonnes<br>Moyennes<br>Faibles | |
| Ressentez-vous un besoin de formation dans ces domaines ? | Un peu<br>Beaucoup<br>Non | Calcul du pourcentage par réponses proposées sur excel Le test de significativité a été effectué grâce au test de student sur le site biostat |
| Comment jugeriez-vous la qualité du partenariat avec le médecin référent de votre structure ? | Aucun partenariat<br>Moyenne<br>Bonne<br>Ne sais pas | Calcul du pourcentage par réponses proposées sur excel |

Questionnaire de l'étude 1 : Orthophonistes

| Question posée | Réponses proposées | Analyse des données |
|---|---|---|
| Dans le domaine de l'intervention précoce, la collaboration auprès des (PPE) est pour vous | Inutile<br>Peu importante<br>Importante<br>Indispensable | Calcul du pourcentage de réponses sur Excel |
| Une intervention de formation auprès des PPE serait-elle pertinente selon vous ? | Oui<br>Non | Calcul du pourcentage de réponses sur Excel |
| Une intervention régulière en structure d'accueil de la petite enfance est-elle justifiée ? | Oui<br>Non | Calcul du pourcentage de réponses sur Excel |
| Dans le domaine de l'intervention précoce, la collaboration auprès des médecins / pédiatres est pour vous : | Peu importante<br>Importante<br>Indispensable | Calcul du pourcentage de réponses sur Excel |
| Entretenez-vous une relation de collaboration avec les médecins prescripteurs ? | Oui<br>Non | Calcul du pourcentage de réponses sur Excel |
| De façon générale, comment jugeriez-vous cette collaboration ? | Inexistante<br>Mauvaise qualité<br>Qualité moyenne<br>Bonne qualité | Calcul du pourcentage de réponses sur Excel |
| Avez-vous / aviez-vous des liens avec la crèche de l'enfant que vous prenez / preniez en charge ? | Oui<br>Non | Calcul du pourcentage de réponses sur Excel |

Questionnaires de l'étude 2 (Pré et Post intervention) :

| Question posée | Réponses proposées | Analyse des données |
|---|---|---|
| Comment jugeriez-vous vos connaissance sur le concept du développement du langage oral chez l'enfant ? | Aucune connaissance<br>Bonnes<br>Moyennes<br>Faibles | Rassemblement des réponses « aucune connaissance » et « faibles » pour calcul de pourcentage de réponse.<br>Le pourcentage et la moyenne du niveau de connaissance des deux questionnaires a été calculé sur Excel.<br><br>Comparaison et significativité effectuées grâce au test de stutent sur le site biostat pour variables appariés |
| Comment jugeriez-vous vos connaissances sur le concept de la communication chez l'enfant ? | Aucune connaissance<br>Bonnes<br>Moyennes<br>Faibles | |
| Comment jugeriez-vous vos connaissances sur le concept de l'oralité chez l'enfant ? | Aucune connaissance<br>Bonnes<br>Moyennes<br>Faibles | |
| Quelles seraient vos capacités à repérer un enfant en difficulté dans le domaine du langage oral? | Aucune<br>Bonnes<br>Moyennes<br>Faibles | |
| Quelles seraient vos capacités à repérer un enfant en difficulté dans le domaine de l'oralité ? | Aucune<br>Bonnes<br>Moyennes<br>Faibles | |
| Quelles seraient vos capacités à repérer un enfant en difficulté dans le domaine de la communication ? | Aucune<br>Bonnes<br>Moyennes<br>Faibles | |
| Après avoir suivi les rencontres professionnels de la petite enfance / orthophonie, vos connaissances dans le domaine du langage oral, de l'oralité et de la communication ont-elles augmentées ? | Oui<br>Non<br>Pas suffisamment | Calcul du pourcentage de réponses sur Excel |
| Vous sentez-vous plus aptes à repérer des enfants susceptibles de présenter des troubles de l'oralité, du langage oral ou de la communication ? | Oui<br>Non<br>Pas suffisamment | Calcul du pourcentage de réponses sur Excel |
| Seriez-vous prêts à renouveler votre participation sur d'autres thématiques concernant le langage oral, l'oralité ou la communication ? | Oui<br>Non | Calcul du pourcentage de réponses sur Excel |

5. Support de présentation lors de l'action de prévention primaire auprès des PPE

# INTERVENTION PRECOCE : LA COMMUNICATION DES TOUT PETITS

Collaboration orthophonistes / Professionnels de la petite enfance
23.11.2018

## Retour sur la dernière rencontre

- Des réflexions particulières ?
- Explication du développement précoce des compétences langagières, communicationnelles et de l'oralité = In utero et dès la naissance d'où l'intérêt d'une surveillance dès la naissance pour les enfants qui présenteraient des fragilités dans ces domaines (cf tableaux signes d'alerte document conseil 1)
- L'orthophoniste est habilité à prendre en charge précocement les enfants (dès la naissance) même si une pathologie n'a pas été avérée. Mais une prescription médicale est obligatoire d'où l'importance de justifier une consultation orthophonique précoce aux médecins pédiatres
- Cela passe par la sensibilisation de l'environnement proche de l'enfant !

## La communication, c'est quoi ?

Tout moyen verbal ou non-verbal
Pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu.

Chez l'enfant, non verbal > verbal

2 ans : utilisation du verbal pour communiquer avec l'autre
MAIS communication dès sa naissance = communication non verbale

Pleurs Regard Posture Vocalisations Sourires

- Précurseurs communication <-> langage
- Échange de regard ( 1e modalité de communication)
- Attention particulière portée sur les objets qu'on lui présente, sur les événe extérieurs et sur ses pairs
- Tour de rôle
- Régulation du comportement

L'enfant communique parce qu'il a compris que l'adulte était là pour lui répondre !

C'est l'adulte qui donne aux manifestations de l'enfant une valeur de communication lors de ses premières interactions

Et si l'adulte s'arrête de communiquer;..

## Le trouble neuro-développemental

- - Trouble de la communication sociale pragmatique
- Différence avec les troubles du spectre autistique (TSA)

## « L'attention des adultes rend les bébés attentifs aux autres »

- Rythme lent
- Mamalais
- Exagération des expressions
- Silence !

Chez le bébé :

Regard
Sourire
Découverte de sa voix

Réaction hormonale = la problématique des écrans

## Conseils

- - Attitudes facilitatrices
- Feed back positif
- Gestes
- Favoriser la communication entre les enfants
  - Les 3 A : Accorder, Adapter Ajouter
- Rythme de l'activité, positionnement de l'adulte, environnement physique, nombre d'enfants

## Des outils pour évaluer la communication

- Diagoloris
- DLP 3

## Le trouble de la communication

Distinction entre l'enfant peu stimulé et l'enfant ayant un réel trouble

= Distinction entre le retard et la pathologie

Attention… Dans le développement, si pas d'intervention, la frontière est proche…

6. Extrait de la convention nationale des orthophonistes

**Article.10. La valorisation de la prise en charge des enfants**

Afin d'améliorer la prise en charge des enfants de moins
conventionnels se sont accordés pour créer une majoration dont le
par acte à partir du 1er juillet 2019.

L'objectif de cette majoration est de favoriser les interventions p
l'orthophoniste chez ces enfants afin de prévenir les risques d'agg
de chronicisation notamment des troubles sévères des interaction
l'oralité, des dysphagies, des syndromes génétiques et des troubles r

Cette majoration peut être facturable pour tous les actes de rééduc
anniversaire des 3 ans.

Bineau Emmanuelle

Analyse des connaissances et des capacités de repérage des professionnels de la petite enfance en cas de suspicion de troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication chez l'enfant de 0 a 3 ans. Mesure de l'efficacité d'une action de prévention primaire.

Résumé

Le repérage des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication chez le jeune enfant fait l'objet de nombreuses recommandations. Les professionnels de la petite enfance sont impliqués dans ce processus, leurs observations permettent aux médecins de diriger les enfants susceptibles de présenter un trouble vers un spécialiste. Comment la collaboration entre orthophonistes et PPE peut-elle aboutir à un repérage des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication chez l'enfant de 0 à 3 ans ? Une enquête prospective par questionnaires destinés aux professionnels de la petite enfance et aux orthophonistes nous a permis de dresser état des lieux des compétences des PPE, de leur besoin de formation et de la collaboration entre PPE, orthophonistes et médecins dans le cadre du repérage précoce.

Les résultats de cette enquête ont initié la mise en place d'une action de prévention primaire auprès de PPE. Nos résultats ont révélés une amélioration significative des capacités des PPE en terme de repérage précoce après l'action de prévention primaire. En informant les PPE sur les spécificités du repérage des troubles de l'oralité du langage oral et de la communication, les orthophonistes ont pu consolider les compétences des PPE qui pourront aboutir à un repérage des troubles de l'oralité, du langage oral et de la communication plus efficace chez l'enfant de 0 à 3 ans.

Mots-clés

Orthophonie - Intervention précoce – Prévention - Enquête – Jeune enfant (0 – 3 ans)

Bineau Emmanuelle

Knowledge and identification skills of early childhood professionals in cases of suspected disorality language and communication's disorders in children aged 0 to 3 years. Measuring the effectiveness of primary prevention action with PEPs

Abstract

The identification of dysorality, language and communication disorders in young children is the subject of many recommendations. Early childhood professionals are involved in this process, their observations allow doctors to refer children who may have a disorder to a specialist. How can collaboration between speech therapists and PEPs lead to the identification of dysoraliy, language and communication disorders in children aged 0-3 years? A prospective questionnaire survey for early childhood professionals and speech and language therapists enabled us to assess the current state of PEPs' skills, their need for training and the collaboration between PEPs, speech and language therapists and doctors in early identification.

The results of this survey initiated the implementation of a primary prevention action among PEPs. Our results revealed a significant improvement in the capacities of PEPs in terms of early detection after primary prevention action. By informing PEPs about the specificities of the identification of oral language and communication disorders, speech and language therapists have been able to consolidate the skills of PEPs that may lead to more effective identification of oral language, oral language and communication disorders in children aged 0 to 3 years.

Keywords

Speech and language therapy – early intervention – prevention – survey – childhood -