



Université de Montpellier



Département Universitaire d'Orthophonie

**FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DU
LANGAGE ORAL : PROPOSITION D'UNE
ACTION DE GROUPE A DESTINATION DES
FAMILLES ACCUEILLIES A LA PMI**

MÉMOIRE

Présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

par

Camille PIQUEREY

Le 8 juin 2020

Jury :

- Rapporteurs : Mme Pauline CAYREL, orthophoniste
- Mme Catherine DEVUN, orthophoniste
- Examineur : Mme Adrienne VIEU, orthophoniste
- Directeurs : Mme Katell BLANCHARD, orthophoniste
Mme Clémantine TRINQUESSE, orthophoniste



Université de Montpellier



Département Universitaire d'Orthophonie

**FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DU
LANGAGE ORAL : PROPOSITION D'UNE
ACTION DE GROUPE A DESTINATION DES
FAMILLES ACCUEILLIES A LA PMI**

MÉMOIRE

Présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

par

Camille PIQUEREY

Le 8 juin 2020

Jury :

- Rapporteurs : Mme Pauline CAYREL, orthophoniste
- Mme Catherine DEVUN, orthophoniste
- Examineur : Mme Adrienne VIEU, orthophoniste
- Directeurs : Mme Katell BLANCHARD, orthophoniste
Mme Clémentine TRINQUESSE, orthophoniste

« La cécité aux inégalités sociales condamne et autorise
à expliquer toutes les inégalités, particulièrement en
matière de réussite scolaire, comme inégalités
naturelles, inégalités de dons. »

Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron,
Les Héritiers. Les étudiants et la culture,
Paris, Minuit, 1964, p. 103.

RÉSUMÉ

Cette étude a été réalisée conjointement avec les services de Protection Maternelle et Infantile de Montpellier et l'Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault. Les inégalités sociales de santé concernant le développement du langage oral sont fortes. Or, le langage oral est un facteur déterminant d'un bon développement du langage écrit, de la réussite scolaire puis de l'insertion sociale et professionnelle. Un groupe de prévention primaire ciblant la population à risque afin de réduire ces inégalités a ainsi été proposé. Deux groupes de participantes issues d'un milieu socio-culturel défavorisé ont été constitués : le groupe intervention participant à un atelier de groupe autour du développement du langage et le groupe témoin n'y participant pas. Pour évaluer l'action, un questionnaire pré-intervention et un questionnaire post-intervention portant sur la connaissance des comportements porteurs à la communication du bébé leur ont été soumis. Trop peu de sujets ont participé à l'étude pour permettre la conclusion de résultats significatifs. Cependant, nous pouvons affirmer la pertinence d'un atelier de groupe et du partenariat entre l'orthophoniste et les autres acteurs de la prévention primaire précoce. Il apparaît en outre essentiel de penser les actions de prévention de manière globale en considérant leur efficacité à la lumière de la nécessaire répétition du message de manières multiples et en incluant toutes les dimensions de la vie du sujet, notamment culturelles et sociales.

Mots-clés : prévention primaire, PMI, développement du langage, inégalités sociales de santé, groupe

ABSTRACT

This study has been conducted in partnership with the Protection Maternelle et Infantile of Montpellier and the Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault. The social health inequalities about the oral language development are important. The oral language development impacts the written language development, the school success and the social and professional integration. Thus, a primary prevention group targeting the population at risk in order to reduce these inequalities has been proposed. Two groups of participants from a disadvantaged socio-cultural environment have been constituted: the intervention group participating in a group about the language development and the control group not participating in a group. A survey before the intervention and a survey after the intervention about the knowledge of the behaviors leading to baby's communication have been submitted to evaluate the action. Too few subjects took part in the study to conclude with significant results. However, we can affirm the pertinence of a group and the relevance of the partnership between the speech-language pathologist and the other actors of early primary prevention. It is also essential to consider the prevention actions in a global way. Indeed they are effective due to the repetition of the message in several ways and the inclusion of all the subject dimensions, that is to say the cultural and social dimensions.

Key words : primary prevention, PMI, language development, social inequalities in health, group.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à :

- Katell Blanchard et Clémantine Trinquesse qui m'ont guidée dans mon travail et m'ont aidée à trouver des solutions pour avancer.
- Annick Lecêtre, Léa Des, Maëva Soidet ainsi que toute l'équipe de sages-femmes et de puéricultrices de la PMI pour leur intérêt, leur collaboration et leur investissement.
- Toutes les dames qui ont accepté de participer à l'étude pour leur confiance, leur investissement et les partages qui ont eu lieu au cours des ateliers.
- Pauline Cayrel, Catherine Devun et Adrienne Vieu pour la relecture, la correction et l'évaluation de ce mémoire.
- Maï pour son aide précieuse.
- Tous ceux qui m'entourent au quotidien et qui ont manifesté présence, conseils et soutien tout au long de ce travail et de ces études : mon fiancé, mes parents, mes grands-parents, Aude, Cristel, mes amies de promotion (Céleste, Nadéfa, Caroline) et d'ailleurs (Laure, Lucile, Mathilde, Marie-Aimée, Marie).

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je soussignée Piquerey Camille atteste sur l'honneur que le contenu du présent mémoire est original et reflète mon travail personnel.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document, publiés sur toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer explicitement, à chaque fois que j'en fais usage, toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Date : 22/04/2020

Signature :

SOMMAIRE

1-	INTRODUCTION	1
2-	CADRE THÉORIQUE	3
2.1	COMMENT LE LANGAGE SE DÉVELOPPE-T-IL ?.....	3
2.1.1	Développement du langage et de la communication.....	3
2.1.1.1	Les précurseurs de la communication	3
2.1.1.2	Repères de développement du langage oral et de la communication.....	4
2.1.1.3	Situation de bilinguisme	5
2.1.2	Pour un développement harmonieux	6
2.1.2.1	L'importance des interactions précoces	6
2.1.2.1.1	La communication non verbale.....	6
2.1.2.1.2	La communication verbale	7
2.1.2.2	Des activités et un environnement adaptés.....	8
2.1.2.2.1	Le livre.....	8
2.1.2.2.2	Une proposition de jeux adaptés et diversifiés	9
2.1.2.2.3	Les comptines	11
2.1.2.2.3	Un environnement sans écrans.....	12
2.1	POURQUOI PROMOUVOIR LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE ORAL ? 14	
2.2.1	Impact du langage oral sur le développement futur de l'enfant.....	14
2.2.1.1	Du langage oral à l'insertion sociale.....	14
2.2.1.1.1	Du langage oral au langage écrit.....	14
2.2.1.1.2	Lien entre maîtrise du langage et réussite scolaire.....	15
2.2.1.1.3	De la réussite scolaire à l'insertion sociale.....	16
2.2.2	Les enfants face aux inégalités de développement du langage oral.....	16
2.2.2.1	Inégalités sociales de santé.....	16
2.2.2.2	Inégalités sociales de santé et facteurs de risque du retard de développement du langage oral	17
2.2.2.3	Endiguer les inégalités	17
2.2.3	La prévention	17
2.2.3.1	Les différentes formes de prévention	18
2.2.3.2	Les interventions universelles de prévention vs les interventions ciblées.....	18
2.2.3.3	La nécessité d'agir tôt : la prévention précoce	18
2.2.3.4	Prévention précoce et familles en situation de vulnérabilité.....	19
2.2.3.5	Une prévention spécifique : la lutte contre l'illettrisme.....	20
2.2.3.6	Exemples d'actions de prévention primaire précoces menées pour	

soutenir le développement du langage oral et lutter contre l'illettrisme	20
2.2.3.6.1 Stimulations langagières et formations des professionnels	20
2.2.3.6.2 Soutenir la parentalité.....	21
2.2.3.6.3 Des actions spécifiques centrées sur le livre	22
2.2.3.6.4 Objectif Langage et l'APOH.....	23
2.2.3.7 Une structure dédiée à la prévention : le service de protection maternelle et infantile.....	25
2.2.3.7.1 Historique et missions.....	25
2.2.3.7.2 « Les usagers prioritaires de PMI »	25
2.2.3.7.3 La place de l'orthophoniste.....	26
2.3 PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSE	27
3- PARTIE EXPÉRIMENTALE	29
3.1 MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	29
3.1.1 Population.....	29
3.1.2 Matériel et procédure expérimentale.....	31
3.1.2.1 Introduction.....	31
3.1.2.2 T0	32
3.1.2.3 Les questionnaires.....	33
3.1.2.4 Les groupes « Objectif Langage ».....	34
3.1.2.4.1 Genèse	34
3.1.2.4.2 Composition.....	35
3.1.2.4.3 Déroulé, organisation et supports	36
3.1.2.4.4 Contenu.....	38
3.1.2.4.4.1 Accueil	38
3.1.2.4.4.2 1 ^{er} message : « Mon bébé communique ».....	39
3.1.2.4.4.3 2 ^{ème} message : « Je peux communiquer avec lui »	40
3.1.2.4.4.4 - 3 ^{ème} message : « Plus je communique avec lui, mieux il parlera, et ainsi, mieux il accédera à la lecture et à l'écriture»	42
3.1.2.4.4.5 Conclusion	44
3.1.2.5 T1	45
3.1.3 Variables et hypothèses opérationnelles.....	46
3.1.4 Traitement des données	46
4- RESULTATS.....	48
4.1 Vérification des hypothèses	48
4.1.1 Vérification de H1 : « les scores totaux et par chapitre obtenus à T1 seront significativement plus élevés, par groupe et indépendamment du groupe, que les scores obtenus à T0 »	49

4.1.2	Vérification de H2 : « la différence des scores totaux et par chapitre obtenus entre T1 et T0 sera significativement plus élevée pour le groupe intervention que le groupe témoin ».....	53
4.1.3	Vérification de H3 : « le score du groupe intervention à la question portant sur le sentiment d'information à T1 sera plus élevé que celui du groupe témoin »	54
4.2	Pistes exploratoires.....	55
4.2.1	Impact du niveau de français sur la réception du message de prévention.....	55
4.2.2	Impact de la primiparité sur la réception du message de prévention	56
4.2.3	Impact de la situation familiale sur la réception du message de prévention.....	57
4.2.4	Comparaison de l'évolution de l'inquiétude concernant la succion	57
4.2.5	Niveau de demande d'information.	58
4.3	Analyse qualitative	59
4.3.1	Une grande diversité culturelle	59
4.3.2	Les informations sur le langage : qui, quoi, quand, où ?.....	59
4.3.3	Question ouverte concernant les modes de communication du bébé ..	60
4.3.4	Le rapport à la lecture.....	61
4.3.5	Le rapport aux écrans.....	62
4.3.6	La (mé)connaissance du rôle de l'orthophoniste	63
4.4	Analyse du questionnaire de satisfaction	63
4.4.1	Satisfaction globale.....	63
4.4.2	Réactions concernant le contenu : le thème de la communication	63
4.4.3	Réactions concernant l'organisation : un atelier de groupe.....	64
5-	DISCUSSION	65
5.1	Discussion des résultats.....	65
5.1.1	Evolution des scores entre T0 et T1 du groupe intervention et du groupe témoin (H1).....	65
5.1.1.1	Evolution des scores entre T0 et T1 du groupe témoin	65
5.1.1.2	Evolution des scores entre T0 et T1 du groupe intervention	66
5.1.2	Comparaison de l'évolution des scores entre T0 et T1 entre le groupe intervention et le groupe témoin (H2).....	67
5.1.2.1	Une quantité d'information trop importante	67
5.1.2.2	Un intérêt faible	68
5.1.2.3	Des freins culturels et sociaux	69
5.1.2.4	Prévention et programmes globaux.....	70
5.1.3	Comparaison du niveau du sentiment d'information à T1 entre le groupe intervention et le groupe témoin (H3).....	71

5.1.4	Validation de l'hypothèse générale	71
5.2	Limites et perspectives	72
5.2.1	Recrutement des participants	72
5.2.2	Matériel	73
5.2.3	Procédure	73
5.2.4	Implications et perspectives	74
6-	CONCLUSION GENERALE	76
7-	BIBLIOGRAPHIE	77
8-	ANNEXES	85

1- INTRODUCTION

Le 19 septembre 2019, le Président de la République lançait la « Commission des 1000 premiers jours de l'enfant ». Elle illustre la priorité de l'action publique « pour garantir à chaque petit de grandir dans le meilleur environnement possible ». Elle avait pour but notamment de définir un consensus scientifique sur l'accompagnement global des parents concernant l'alimentation, le langage ou encore l'exposition aux écrans de leur enfant.

« Diffuser les savoirs autour du développement du bébé c'est réduire les inégalités entre des familles qui y auraient accès et des familles plus vulnérables qui en seraient de fait exclues » annonçait la page du site de l'Elysée consacrée à l'information de ce lancement (*Faire des 1000 premiers jours de l'enfant une priorité de l'action publique*, n.d.).

Au même moment, le sociologue Lahire publiait *Enfances de classe* retraçant les inégalités sociales auxquelles font déjà face les enfants de 5 ans et particulièrement dans le domaine du langage oral et écrit en lien avec la socialisation précoce présente dès la naissance. Or « le langage fait partie des besoins psychologiques de l'enfant à côté des besoins vitaux » nous rappelait Agnès Florin en 2014 lors du colloque « Langagez-vous ! Acquisition du langage et inégalités sociales » labellisé « grande cause nationale » par l'Agence nationale de lutte contre l'illettrisme. Le langage crée un espace pour penser, s'exprimer, apprendre, comprendre et se comprendre (Thépot, 2014).

Ainsi, la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) regrettait dans un communiqué adressé au ministère des solidarités qu'aucun orthophoniste ne soit présent dans cette commission des 1000 premiers jours.

En effet, la FNO, ainsi que de nombreuses associations de prévention en orthophonie sur le territoire, agit pour le soutien à la parentalité concernant le développement du langage et de la communication de l'enfant avant ses 3 ans comme en témoigne notamment le nouveau site fno-prevention-orthophonie mis en ligne en janvier 2019 (Corallini & Dussourd-Deparis, 2019). Cela s'illustre aussi par une valorisation des actes orthophoniques des praticiens libéraux concernant la petite enfance et une meilleure rémunération des actions de prévention et de promotion de la santé définies par l'avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes entré en vigueur le 1^{er} juillet 2019. Ainsi, une majoration de 6€ par acte de rééducation est effective pour les

enfants de moins de 3 ans. La FNO annonce qu'elle continuera à œuvrer dans ce sens pour « une reconnaissance de toutes [les] missions » des orthophonistes (*Avenant 16*, n.d.).

L'étude que nous proposons œuvre donc en ce sens pour proposer et évaluer un accompagnement innovant aux familles vulnérables pour favoriser le développement du langage oral et réduire les inégalités sociales de santé en lien avec les agences départementales de la solidarité de l'Hérault.

Elle propose un cadre théorique qui répondra en premier lieu à la question suivante : comment la communication et le langage se développent-ils chez le bébé ? En ayant déterminé cela, nous chercherons à savoir comment l'adulte, à travers les interactions et l'environnement qu'il propose à l'enfant, peut l'accompagner le plus harmonieusement possible dans son développement. Nous rendrons compte ensuite de l'importance du développement du langage et de son impact sur la vie de l'enfant et sur ses apprentissages futurs. Enfin, nous nous attacherons à développer les inégalités auxquelles font face les enfants concernant notamment le développement du langage, puis les actions de prévention, et leurs enjeux, qui tentent de les endiguer.

Notre étude s'intéresse ensuite à définir l'action de prévention ciblée de groupe réalisée en lien avec les conclusions obtenues par les études et les besoins exprimés par les professionnels de PMI du territoire.

Enfin, elle détaille les résultats obtenus et l'interprétation pouvant y être apportée.

2- CADRE THÉORIQUE

2.1 COMMENT LE LANGAGE SE DÉVELOPPE-T-IL ?

2.1.1 Développement du langage et de la communication

2.1.1.1 Les précurseurs de la communication

Dès sa naissance, le petit d'homme est un être de relation. Pour se manifester à son entourage, établir un contact et le maintenir, il est doté de plusieurs compétences. Thérond, reprenant l'idée de Sugarman, cite que « toute manifestation, tout moyen choisi par le petit enfant, dans une situation d'interaction lui permettant d'actualiser intentionnellement ou non un acte de communication, ou d'agir sur son environnement » sont nommés « précurseurs de la communication ».

Ces précurseurs sont à la base du développement du langage et des capacités communicatives plus complexes (Nader-Grosbois, 2006).

La communication se situe au carrefour de trois composantes (Bloom & Lahey, 1978) :

- la forme : *comment dire ?* : cette composante comprend les composantes linguistiques du langage telles que la phonologie, le lexique et la syntaxe.
- le contenu : *quoi dire ?* : cette composante est le siège du sens du message grâce aux aspects sémantiques qu'il renferme.
- l'utilisation : *pourquoi dire ?* : cette dernière composante fait référence aux aspects pragmatiques de la communication tels que la prosodie, les mimiques faciales, l'utilisations des gestes, l'adaptation aux situations de communication et le maniement des différentes fonctions de communication.

Les précurseurs de la communication s'inscrivent déjà au sein de ces trois composantes.

Ils peuvent être classés de la manière suivante (Leclerc, 2005):

- les précurseurs formels (la forme) incluant l'imitation de gestes, l'imitation de sons, les sourires et les rires, les vocalisations, le babillage et le pointage.
- les précurseurs sémantiques (le contenu) incluant le jeu fonctionnel, le niveau de jeu et la reconnaissance des objets.
- les précurseurs pragmatiques (l'utilisation) incluant l'intérêt à la personne, le contact visuel, l'intérêt au jeu, le tour de rôle, la référence conjointe et l'alternance du regard.

2.1.1.2 Repères de développement du langage oral et de la communication

Dès de sa naissance, le nourrisson est capable de reconnaître les sons de la parole, de les extraire et de les organiser. Il a une préférence pour sa langue maternelle ainsi que pour la voix de sa mère (Boysson-Bardies, 1996).

En 2006, Chevrier-Muller et Narbona ont décrit le développement expressif et réceptif du langage de l'enfant. Notons tout de même l'importance de considérer ses âges comme des repères en tenant compte des variabilités interindividuelles.

A partir de la naissance, l'enfant s'exprime par des sons végétatifs. Il est sensible à la prosodie et aux sons de sa langue.

Vers 2 mois, les premières vocalisations – cette phase se nomme le jasis – jeux de gorge et sourires-réponses apparaissent ainsi que les premières productions sonores volontaires.

Vers 3-4 mois, on assiste à une ébauche de babillage avec une diversification du jasis. Les sons se distinguent les uns des autres et des consonnes apparaissent.

Vers 6 mois, le babillage canonique, construit de véritables syllabes constituées (une consonne et une voyelle), émerge. Le bébé joue avec sa voix et commence à réagir à son prénom et au « non ».

Vers 8 mois, le babillage se diversifie. L'enfant imite les sons de son entourage et les gestes et comprend des mots simples en contexte. Il produit ses premiers gestes conventionnels.

Vers 12 mois, les premiers mots apparaissent ainsi que le pointage. Il comprend des informations non verbales ainsi qu'une trentaine de mots en contexte et hors contexte. De 12 à 18 mois, l'enfant utilise un mot pour exprimer une idée qui sera plus tard évoquée par une phrase. Cela est nommé l'étape du mot-phrase.

A partir de 18 mois, l'enfant combine deux mots. Il se nomme par son prénom puis il utilise le pronom « moi ». Il comprend plus de 200 mots et des consignes à deux éléments sans apport gestuel. Il emploie de plus en plus d'adjectifs et de verbes conjugués et à l'infinitif.

A 3 ans, l'enfant peut utiliser le pronom « je » ainsi que d'autres pronoms. Ses productions se diversifient et s'enrichissent. Il tient compte des aspects

morphosyntaxiques du message pour accéder à sa compréhension. Le système phonologique est souvent entièrement acquis vers 4 ans.

2.1.1.3 Situation de bilinguisme

Deux types de bilinguisme peuvent être définis (Kohnert, 2010) : le bilinguisme simultané et le bilinguisme consécutif. Le premier fait référence à la situation dans laquelle l'enfant acquiert deux langues dès sa naissance. Le second implique l'apprentissage d'une langue seconde plus tardivement, généralement après trois ans (Genesee & Nicoladis, 2005). Nous abordons ici la situation de bilinguisme simultané. Même dans ce cadre-là, une langue devient dominante par rapport à une autre. La langue dominante sera celle qui est le plus parlé dans l'environnement de l'enfant. Au début l'enfant pourra avoir tendance à mélanger les langues et, parfois, à refuser momentanément d'en parler une.

Le développement du langage de l'enfant exposé à deux langues différentes de manière précoce et simultanée suit celui de l'enfant monolingue (Thordardottir, 2011). Cependant différents facteurs liés au bilinguisme peuvent entraîner des différences notables.

L'enfant bilingue acquiert le système phonologique des deux langues de manière sensiblement identique à l'enfant monolingue à condition que l'âge de début d'exposition à la langue seconde soit précoce (Genesee & Nicoladis, 2005).

Abordons le niveau lexical de la langue qui, même s'il suit les mêmes étapes de développement, comporte quelques spécificités. Les premiers mots français produits sont généralement des noms communs (Bassano, 2000), tandis que d'autres langues amènent à la production de davantage de verbes (Waxman et al., 2013). D'autre part, l'explosion lexicale qui se produit vers la fin de la deuxième année pour les enfants monolingues comme pour les enfants bilingues pourra être différente selon les langues. Plus l'exposition à une langue aura été élevée, c'est-à-dire plus le bain de langage aura été important, plus les productions de l'enfant s'enrichiront et se diversifieront pour cette langue (Grosjean, 2008). Ainsi l'explosion lexicale est plus importante concernant la langue dominante.

Le développement morphosyntaxique suit quant à lui généralement les mêmes étapes. Nous notons de bonnes compétences des enfants bilingues grâce notamment à l'aspect généralisable aux deux langues des règles syntaxiques (Oller et al., 2007).

Enfin, la maîtrise de la langue maternelle installe les compétences cognitives et linguistiques essentielles à l'apprentissage de la langue du pays de résidence. Or, la valorisation sociale de la langue maternelle a un impact sur les encouragements donnés par le personnel soignant et éducatif aux familles quant à la transmission de leur langue. En France, les langues issues de l'immigration souffrent d'une perception sociale négative. Il est donc nécessaire de rappeler l'importance de la transmission de la langue maternelle à la fois d'un point de vue linguistique et cognitif mais aussi culturel, ontologique et pour la structuration de la personnalité (Rezzoug et al., 2007).

2.1.2 Pour un développement harmonieux ...

2.1.2.1 L'importance des interactions précoces

Afin que les compétences précoces décrites précédemment puissent être utilisées et évoluer, les situations d'interaction entre l'enfant et ses parents sont essentielles. Selon Bruner, l'origine du langage se situe dans les premiers échanges avec le bébé.

Nous allons détailler ces différentes situations d'interaction précoce qui ont toujours pour cœur le plaisir de communiquer et d'échanger (Dionne, 2013).

2.1.2.1.1 La communication non verbale

Plusieurs possibilités de communication non verbale avec leur nouveau-né s'offrent aux parents.

On relève en premier lieu le dialogue tonique. Il fait référence à la communication induite par l'interaction entre les postures des partenaires. Il est « l'ensemble des échanges médiatisés par la manière dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par le parent, et la manière dont le parent y répond » (Lebovici & Stoléru, 2003).

D'autre part, la communication avec le bébé utilise comme médiateurs le sourire, des expressions du visage plus marquées et le regard qui peut être modulé en longueur et en intensité et exprimer les émotions. (Coupe O'Kane & Goldbart, 2016).

Enfin, l'imitation des mimiques du bébé, de ses gestes, de ses jeux est une manière de communiquer avec lui. L'enfant, lorsqu'il se reconnaît imité, entre dans un tour de rôle

communicatif via l'imitation. Cela lui permet d'expérimenter le tour de rôle conversationnel et d'être actif dans la communication avec l'adulte (Coupe O'Kane & Goldbart, 2016).

2.1.2.1.2 La communication verbale

A travers les mots qui lui sont adressés, l'adulte aide l'enfant à construire peu à peu son futur langage. Nous allons donc distinguer ici plusieurs mécanismes de communication verbale précoce.

Le *motherese* ou langage adressé à l'enfant désigne une modification de la prosodie, de la voix et du discours de la mère lorsqu'elle s'adresse à son bébé. Cette manière de s'adresser à l'enfant, adaptée à ses capacités perceptives et cognitives, va favoriser les échanges et le développement du langage. Il est caractérisé par : une simplification de la syntaxe, une simplification du lexique, une prosodie plus marquée et modulée (voix plus aigüe, débit plus lent, mélodie accentuée), des silences plus longs ponctuant les échanges et de nombreuses répétitions (Stern et al., 1998).

D'autre part, l'adulte va commenter ce qu'il se passe pour l'enfant lors des routines quotidiennes (change, bain, repas, promenade) afin que l'enfant puisse acquérir du lexique et des structures syntaxiques mais puisse aussi déjà se placer en tant que partenaire de communication. L'imitation, vue précédemment, est aussi verbale et à un rôle prépondérant (Cazden, 1983).

L'adulte va mettre, de plus, du sens sur les productions, notamment vocales, de l'enfant qui n'étaient, au début, que le fruit du hasard. Grâce aux mécanismes d'expansion, qui désigne le fait pour le parent de répéter les propos de l'enfant en y ajoutant des mots, et du modèle verbal, qui désigne la répétition appropriée des propos de l'enfant par le parent, l'enfant va enrichir son langage (Sylvestre & Desmarais, 2015).

Plus tard, il reformulera ses énoncés sans le faire répéter afin de les enrichir et de lui donner les structures syntaxiques exactes, s'adressera directement à lui à sa hauteur et en le regardant dans les yeux afin que son message soit le mieux compris possible et que l'enfant soit considéré comme interlocuteur (Cazden, 1983).

2.1.2.2 Des activités et un environnement adaptés

Nous pouvons relever certains comportements de l'adulte, comprenant des activités spécifiques partagées et la mise à disposition de l'enfant d'objets adaptés, qui seront porteurs au développement du langage et de la communication de l'enfant. Nous nous intéresserons ici plus spécifiquement à la première année de l'enfant.

2.1.2.2.1 Le livre

Le livre est le support de multiples bienfaits notamment pour le développement du langage et sa construction mais aussi pour les capacités cognitives précoces et émotionnelles de l'enfant.

Tout d'abord, il est un médiateur privilégié d'interactions précoces entre l'enfant et son parent. Il développe ainsi les capacités d'écoute et attentionnelles du bébé mais aussi la référence et l'attention conjointe (Samier & Jacques, 2019).

D'autre part, développons l'impact de la lecture sur le développement du langage. Lire des livres avec son enfant dès le plus jeune âge est essentiel. En effet, les enfants qui fréquentent régulièrement des livres à la maison et à qui on lit des histoires très tôt (avant 18 mois) ont un vocabulaire presque deux fois plus élaboré que les enfants qui ont peu de livres et à qui on fait la lecture après 4 ans. Plus il y a de livres à disposition de l'enfant et plus la lecture est fréquente alors plus l'enfant a de facilités à apprendre à lire (Rongved, 2015).

De plus, la manière de partager la lecture avec son enfant a son importance. En effet, la lecture dite dialogique est la plus porteuse pour le développement des capacités linguistiques. La participation verbale massive de l'enfant la caractérise. Cela est rendu possible par un comportement spécifique de l'adulte qui pose de nombreuses questions ouvertes, revient sur ce qui a été lu, commente les images, enrichit le discours de l'enfant et l'encourage à une compréhension plus complexe de l'histoire (Miljkovitch et al., 2017).

Enfin, les habiletés expressives de l'enfant sont améliorées grâce à la relecture à plusieurs reprises d'un même livre. En effet, les commentaires de l'enfant seront plus riches et détaillés mais il s'approprie aussi la structure du récit et développe ses capacités morphosyntaxiques (Dionne, 2013).

De plus, la lecture amène la construction et le développement d'habiletés sociocognitives et émotionnelles précoces intrinsèquement liées au développement du langage et de la communication. En effet, la lecture et la relecture permettent la compréhension des pensées des personnages, de leurs intentions et croyances et développent ainsi les habiletés sociales et compétences pragmatiques du jeune enfant. Elles développent l'imagination, la créativité, la curiosité et la compréhension et gestion des émotions (Samier & Jacques, 2019).

Enfin, soulignons que la proposition du livre et la lecture ne sauraient être vécues non comme une stimulation pour le développement à la fois cognitif et langagier de l'enfant mais comme un moment de plaisir. C'est parce que cette activité sera vécue comme un moment de partage que ses bénéfices seront importants (Dionne, 2013).

Garat résume cela ainsi: « Il ne s'agit pas tant de coller entre les mains des enfants de jolis livres, (...) de les habituer à tenir cet objet entre les mains, de tourner les pages, technique instrumentale et technique du corps, hautement culturelles mais qui restent improductives et stériles si elles ne sont pas vécues dans une relation à l'autre. Il s'agit bien davantage de lire avec les enfants, pour eux. »

Il semble donc prioritaire de transmettre la notion de plaisir aux familles qui ne considèrent pas les activités de littératie comme des activités de loisirs (Dionne, 2013).

2.1.2.2.2 Une proposition de jeux adaptés et diversifiés

La proposition de jeux adaptés à l'âge de l'enfant joue un rôle primordial dans son développement et notamment langagier.

De 0 à 6 mois, le bébé se sert en priorité de ses sens pour jouer et découvrir le monde. La proposition d'espaces sensoriels riches sans être sur-stimulants est donc un médiateur pertinent pour l'encourager dans ses apprentissages. Ils sont composés de décors avec des couleurs contrastées ou brillantes et de bruits variés. Ils permettent de développer la vision et l'audition. On peut y ajouter petit à petit des objets que l'enfant pourra prendre en main et mettre à la bouche, qui bougent, émettent des sons et de différentes textures telles que la fausse fourrure, le carton ondulé ou le tissu éponge. Stimuler les sens du bébé, c'est stimuler son développement intellectuel. En effet, à travers ses expérimentations, le bébé va pouvoir prendre conscience de ses sensations,

découvrir les caractéristiques physiques des objets et élaborer des catégories. Il va d'autre part reproduire des événements fortuits, tels que faire tomber un objet ou le faire rouler, afin d'identifier ses propriétés et ses possibilités. Ces découvertes lui permettront plus tard d'initier un jeu fonctionnel puis de faire semblant et symbolique.

Cet apprentissage va être rendu possible grâce à l'interaction avec l'adulte. En effet, dès la naissance, l'enfant s'intéressant plus aux visages qu'aux objets, demande la présence de celui-ci pour l'inciter à continuer ses découvertes. Cette dernière a un effet bénéfique pour la communication car elle permet un partage d'activité qui développe la référence conjointe, l'attention conjointe, les échanges de regards, de sourires et de vocalises ainsi que l'imitation verbale et avec objets. Ces moments de plaisir développent quant à eux l'attachement parent-enfant et la sécurité affective.

Dès 6 mois, le parent peut varier la proposition d'objets proposés en diversifiant les formes et les tailles afin de permettre à l'enfant d'affiner ses gestes. Des jeux avec des contenants de différentes tailles et formes invitant à vider et à remplir ou qui s'emboîtent peuvent aussi être manipulés. L'enfant teste avec ses mains et sa bouche pour construire des invariants physiques et des concepts tels que les grandeurs, les couleurs ou les formes. Cela est rendu possible par la présence de l'adulte qui met en mots les expériences de l'enfant et commente ses actions. C'est ainsi que les invariants et concepts prennent forme et se structurent.

De plus, des jeux de ballon peuvent venir renforcer le tour de rôle, prérequis important au développement de la communication (Eberle, 2014; Ferland, 2005; Guernalec-Levy, 2019a).

Enfin nous pouvons évoquer une situation spécifique, celle du coucou/caché, illustrant qu'à travers l'objet et la présence de l'adulte, se joue un développement psychomoteur, cognitif, langagier, intellectuel et affectif. Lorsque l'adulte fait varier la position de l'objet par rapport à l'enfant, il initie le jeu du coucou/caché qui permet l'intériorisation de la permanence de l'objet et donc la permanence d'un signifiant pour un signifié concernant le langage. Ce jeu permet aussi le déplacement de l'enfant dans diverses positions, ce qui perfectionne ses mouvements et développe sa musculature. Il invite en outre au raisonnement et à la résolution de problèmes. Enfin, il participe à la gestion des situations de séparation en indiquant que l'objet caché continue d'exister (Ferland, 2005; Hanss, 2019; Meunier, 2019).

Le jeu permet ainsi au bébé d'être acteur, de prendre des initiatives, d'exprimer ses émotions, d'exercer sa créativité et de développer sa personnalité ainsi qu'un sentiment de maîtrise sur son environnement (Henricks, 2014). Il renforce la mémoire, les fonctions exécutives et le développement du langage (Guernalec-Levy, 2019a). L'étude de Guernalec-Levy conclut sur le fait que la manipulation d'objets dans la petite enfance qui amène à « la connaissance des objets en maternelle est prédictive des scores aux tests d'intelligence à l'école primaire et des performances académiques à l'école secondaire ».

2.1.2.2.3 Les comptines

Les comptines favorisent le développement du langage ainsi que l'éveil à l'écriture et à la lecture. Elles peuvent être utilisées dès la naissance de l'enfant où elles sont le support de longs échanges de regard (Cazalet, 2007).

Premièrement, leur construction faite de rimes, de répétitions de mots mais aussi de gestes attire l'attention de l'enfant et la développe. Il est ainsi disponible pour une activité d'attention conjointe avec l'adulte qui vient renforcer ce prérequis à la communication. De plus, l'intonation est exagérée et les sons sont répétés grâce à l'utilisation de rimes. Ce procédé stimule l'imitation verbale et gestuelle, autre prérequis important à la communication. Elles permettent en outre un apprentissage de nouveaux mots mais aussi une meilleure imprégnation de ceux-ci grâce aux gestes et à la musicalité qui y sont associés (Bergeron-Gaudin, 2014; Danon-Boileau, 2015).

Lorsqu'on y ajoute des gestes marquant le rythme, il encourage aussi à prendre conscience des sons de la langue. Ces capacités métalinguistiques permettront plus tard un apprentissage facilité du langage écrit. Cet accès au langage écrit sera d'autre part amélioré par le développement de la mémoire auditive permise par l'utilisation des comptines (Bolduc & Lefebvre, 2012).

Enfin, elles sont un moment de plaisir partagé et sont un support pour le développement d'une sécurité affective. Elles participent à créer un lien d'attachement. Elles sont familières et rassurantes pour l'enfant et peuvent l'aider dans des moments de transition tel que le coucher (Cazalet, 2007).

2.1.2.2.3 Un environnement sans écran

Au contraire des livres, des comptines ou des jeux adaptés, les écrans peuvent être néfastes pour le développement des enfants. L'exposition aux écrans est déconseillée pour les moins de 3 ans pour plusieurs raisons. On entend par écran le téléphone, la tablette, l'ordinateur ou encore les consoles de jeu. (Sivel, 2016)

D'une part, relevons les conséquences d'une surexposition aux écrans. Elle peut entraîner des difficultés de sommeil, attentionnelles et de comportement et d'importantes difficultés à gérer la frustration (Desmurget, 2019; Société canadienne de pédiatrie, 2017).

D'autre part, ce sont les activités et les situations que n'expérimentent pas les enfants car ils sont devant un écran qui le rend préjudiciable. En effet, les tout-petits ont besoin d'expérimenter à travers le jeu et d'être familiers avec les livres afin de construire leur pensée et leur langage. Ils ont aussi besoin de multiplier les interactions avec les adultes qui les entourent pour développer leur communication, leur langage, leurs habiletés sociales et notamment le contrôle et l'expression des émotions. Être devant un écran impacte en outre toutes les expériences de l'enfant. Il est nécessaire de créer des occasions de motricité globale telles que marcher, courir, lancer, sauter ou ramper mais aussi de motricité fine telles que dessiner ou colorier. Toutes ces activités engendrent le développement des capacités cognitives telles que l'attention, la mémoire de travail, les fonctions exécutives, l'apprentissage de la lecture et des mathématiques (Desmurget, 2019; Société canadienne de pédiatrie, 2017). Les vidéos ne permettent pas de développer le langage ou toute autre compétence chez le bébé qui se développera grâce aux interactions humaines.

Ainsi, une surexposition des enfants aux écrans peut entraîner des perturbations dans chacun des domaines cités. Les enfants peuvent développer une moins bonne motricité, de faibles habiletés sociales, des capacités cognitives moins élevées, un mauvais contrôle des émotions et des comportements engendrant notamment de l'agressivité, des difficultés d'attention, des problèmes de sommeil, une mauvaise estime de soi et des problèmes de santé tels que l'obésité ou le diabète (Desmurget, 2019; Société canadienne de pédiatrie, 2017). Les enfants qui ont commencé à regarder la télévision

avant 12 mois plus de 2 heures par jour sont environ six fois plus susceptibles d'avoir des retards de langage (Chonchaiya & Pruksananonda, 2008).

De plus, laisser allumé dans une pièce un écran, tel que la télévision, sans forcément le regarder est néfaste pour l'enfant puisqu'il est un stimulus prégnant sur toute autre forme d'activité pour ce dernier. Toute son attention sera ainsi happée (Desmurget, 2019).

Enfin, il est aussi déconseillé d'utiliser un écran tel que son smartphone en présence d'un enfant. En effet, il parasite les interactions précoces qui sont moins nombreuses et de moins bonne qualité. Cette interférence des nouvelles technologies sur les interactions verbales et non verbales est appelée la technoférence. Deux études l'ont illustrée. En 2014, Radesky et al. observaient des interactions soignants-enfants lors d'un repas dans un fastfood. Les soignants qui utilisaient un smartphone durant le repas adoptaient moins d'interactions verbales et non verbales avec les enfants et étaient plus agressifs envers eux. En 2017, McDaniel et Radesky concluaient que l'utilisation intensive des écrans par les parents entraînait non seulement des interactions moins importantes mais aussi des troubles du comportement chez l'enfant.

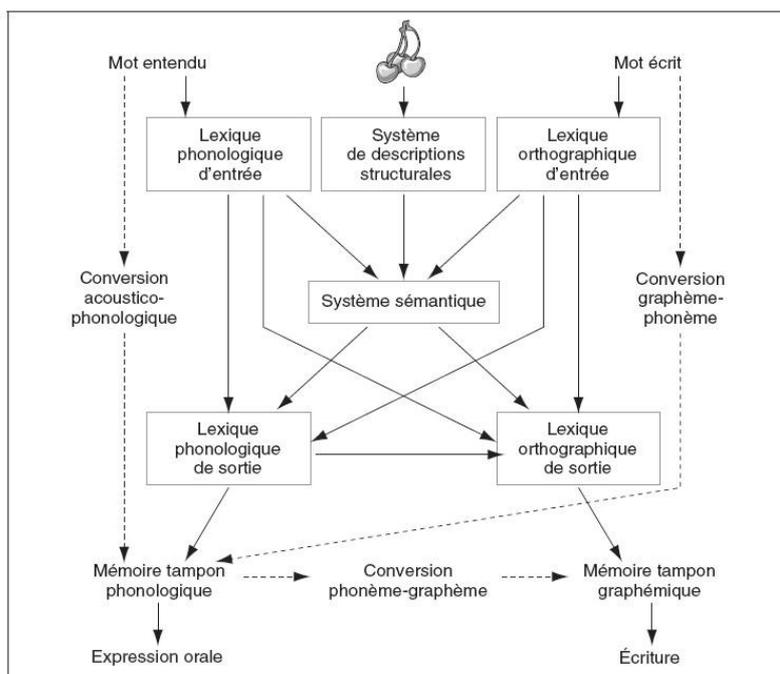
2.1 POURQUOI PROMOUVOIR LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE ORAL ?

2.2.1 Impact du langage oral sur le développement futur de l'enfant

2.2.1.1 Du langage oral à l'insertion sociale

2.2.1.1.1 Du langage oral au langage écrit

L'acquisition du langage écrit puis sa maîtrise sont pleinement liées aux compétences en langage oral des enfants (Florin, 2016). Lire c'est d'une part décoder les symboles et les assembler grâce à une conversion graphème-phonème. L'enfant se constituera ensuite un lexique orthographique lui permettant d'éviter cette étape et de lire les mots irréguliers (Dehaene, 2007). Lire c'est d'autre part accéder au sens de ce qui est lu. Le modèle de Hills et Caramazza illustre bien ce paradigme.



Modèle d'accès lexical, Hills & Caramazza, 1995

Pour développer ces capacités, l'enfant s'appuie sur différents prérequis.

Tout d'abord, pour accéder aux conversions grapho-phonémiques et phonémo-graphémiques, il s'appuie sur sa conscience phonologique qui est une manipulation volontaire des sons de la langue. Il y a ainsi un effet prédictif de la maîtrise de la phonologie sur le niveau de lecture (Florin, 2016). Pour les activités de métaphonologie

et de conversion phonémo-graphémique, il nécessite aussi une bonne attention auditivo-verbale et une bonne mémoire de travail (Dehaene, 2007).

Enfin l'accès au sens est rendu possible grâce à la mémoire déclarative dans laquelle sont encodées des connaissances sémantiques : les informations et invariants sur le monde, le vocabulaire, les structures syntaxiques...(Carbonnel et al., 2010). Grâce au modèle de Hills et Caramazza, nous pouvons affirmer que l'accès aux représentations lexicales orales et écrites dépend d'un unique système sémantique. Ainsi, la lecture et la compréhension des mots et d'un texte, même simple, mettent en jeu les connaissances déclaratives de l'enfant et sont corrélées à la maîtrise du langage oral. Il y a ainsi un effet prédictif du niveau de compréhension de langage oral en dernière année de maternelle sur le niveau de lecture (Florin, 2016) .

Ces connaissances sémantiques ainsi que l'attention auditivo-verbale, l'attention visuelle et la conscience phonologique se développent grâce aux expériences de l'enfant issues notamment des comportements porteurs définis dans la partie I. Ils comprennent des situations d'interaction précoces nombreuses et de qualité, la proposition de jeux adaptés et de livres en attention conjointe, des comptines et un environnement sans écrans (Bianco, 2016; Bolduc & Lefebvre, 2012; Guernalec-Levy, 2019a; Rongved, 2015; Sylvestre & Desmarais, 2015).

2.2.1.1.2 Lien entre maîtrise du langage et réussite scolaire

Premièrement, plus le vocabulaire de l'enfant est riche et diversifié, plus la réussite scolaire est grande. L'effet du stock lexical sur la réussite scolaire est ainsi plus important que le niveau intellectuel (Florin, 2010).

D'autre part, les enfants présentant un déficit langagier précoce ont des difficultés persistantes vers cinq-six ans dans des tâches langagières plus élaborées évaluées à l'école comme la narration ou la compréhension de métaphores (Girolametto Luigi et al., 2001).

Enfin, le système scolaire prend appui sur le langage écrit pour transmettre et évaluer. Ainsi plus le langage écrit est maîtrisé, plus la réussite scolaire est importante (Perrenoud, 2010).

De ce fait, les enfants présentant un déficit langagier précoce ont plus de risque d'être confrontés à l'échec scolaire (Billard, 2001). Et Langouet annonce « il est plus facile d'instruire ceux qui ont le moins besoin d'école, plus difficile d'instruire ceux qui en

ont davantage besoin ». D'où la nécessité de permettre à chacun de passer le pas de l'école sans déficit langagier.

2.2.1.1.3 De la réussite scolaire à l'insertion sociale

Plus l'enfant réussit à l'école, plus il a de chance de s'insérer dans la société. En effet, selon l'observatoire des inégalités, le taux de chômage des personnes non diplômées est quatre fois supérieur à celui des personnes diplômées d'un bac + 2 au moins (*Le taux de chômage selon le diplôme et l'âge*, n.d.).

D'autre part, les enfants présentant un déficit langagier précoce ont plus de risque de rencontrer des problèmes sociaux et comportementaux et d'être confrontés à l'illettrisme (Billard, 2001). Selon l'Agence Nationale de Lutte contre l'Illettrisme, ce terme est utilisé pour désigner « des personnes qui, après avoir été scolarisées en France, n'ont pas acquis une maîtrise suffisante de la lecture, de l'écriture, du calcul, des compétences de base, pour être autonomes dans les situations simples de la vie courante » (*Les définitions / De quoi parle-t-on ?*, n.d.).

2.2.2 Les enfants face aux inégalités de développement du langage oral

2.2.2.1 Inégalités sociales de santé

Selon l'INPES, les inégalités sociales de santé sont des « écarts d'état de santé socialement stratifiés. Elles touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existant entre les groupes sociaux » (Potvin et al., 2012).

Elles sont fortement marquées concernant le développement du langage qui suit un gradient socio-économique basé sur le revenu du ménage ou le diplôme de la mère (Grobon et al., 2018). Les enfants issus de catégories socio-professionnelles défavorisées ont ainsi des compétences plus faibles en vocabulaire expressif, en morphosyntaxe, en conscience phonologique et en reconnaissance de graphèmes (Daxhelet, 2016). Ce gradient concerne aussi la construction de la connaissance que les enfants ont du monde et des relations entre les objets, leur maîtrise de la théorie de l'esprit et leur conscience du nombre (Guernalec-Levy, 2019a). Les facteurs de risque de rencontrer un retard de langage oral et/ou écrit sont donc intimement liés au milieu socio-économique qui induit fortement sur la construction de ces compétences langagières et cognitives.

2.2.2.2 Inégalités sociales de santé et facteurs de risque du retard de développement du langage oral

Le retard de langage oral se traduit par un décalage chronologique dans les acquisitions de l'enfant touchant tous les versants langagiers (syntaxe, lexique, phonologie) en dehors de toute anomalie structurelle et sensorielle (De Broca, 2017).

Certains enfants ont un facteur de risque plus important de présenter un retard de langage oral à cause de particularités génétiques, sensorielles telles que des anomalies ORL (surdité, otites séreuses), de la prématurité, de la place dans la fratrie – les cadets ont plus de risque – , du sexe – les garçons ont plus de risque – et du contexte psycho-affectif (Hawa & Spanoudis, 2014).

Cependant, nous allons nous intéresser plus spécifiquement aux facteurs de risque environnementaux d'un retard de développement du langage oral. Marqués par un gradient socio-économique basé sur le revenu du ménage ou le diplôme de la mère, ils font partie des inégalités sociales de santé décrites ci-dessus. En réalisant une synthèse des récentes études internationales publiées à ce sujet, nous remarquons que :

- moins le niveau de diplôme de la mère est élevé plus le risque est présent ;
- plus la profession du père se situe dans les catégories socio-professionnelles inférieures, plus le risque est élevé ;
- plus le niveau de revenu du foyer est faible, plus le risque est présent (AlHammadi, 2017; Korpilahti et al., 2016).

Ces éléments viennent confirmer les résultats de l'étude américaine de Hart et Risley, réalisée en 2003, qui révélaient qu'à 4 ans un enfant issu d'une famille bénéficiant de l'aide sociale avait entendu trente millions de mots de moins qu'un enfant issu de la classe sociale favorisée.

2.2.2.3 Endiguer les inégalités

Afin de tenter d'endiguer ces inégalités sociales de santé et de permettre à chaque enfant de bénéficier d'un développement du langage oral harmonieux qui impactera ainsi positivement sa vie future, la prévention joue un rôle majeur. Nous la définirons afin de comprendre son organisation et son intérêt spécifiquement dans le cadre du retard de langage oral et de ses facteurs de risques environnementaux.

2.2.3 *La prévention*

2.2.3.1 Les différentes formes de prévention

La prévention prend des formes diverses. Elle se compose de trois axes. En premier lieu, la prévention primaire désigne les actions ayant pour but la formation et l'information des autres professionnels, du grand public et des parents. Elle vise à diminuer l'incidence et prend donc en compte les conduites individuelles à risque mais aussi les facteurs de risque environnementaux et sociétaux. La prévention secondaire désigne quant à elle les actions de dépistage d'éventuels retards ou troubles. Elle vise à diminuer la prévalence et prend donc en compte les actions réalisées lors de l'apparition de la pathologie pour ralentir son évolution. Enfin, la prévention tertiaire désigne les actions qui ont pour objet d'éviter le surhandicap ainsi que l'attention apportée à la santé des autres membres de la famille tels que la fratrie ou les aidants (HAS, n.d.).

Les différentes actions de prévention menées en orthophonie suivent ces trois axes. En France, elles sont impulsées et coordonnées par la FNO en réseau avec les différentes associations de prévention en orthophonie qui maillent le territoire.

Enfin, une dimension importante des actions de prévention est leur nécessité d'impliquer un réseau de professionnels pour les mener à bien.

2.2.3.2 Les interventions universelles de prévention vs les interventions ciblées

Les interventions en matière de prévention sont d'autant plus efficaces qu'elles ciblent un groupe ayant un nombre important de facteurs de risque. Ainsi, il est nécessaire d'adapter l'action de prévention aux caractéristiques du groupe-cible (Potvin et al., 2012). Ce sont les facteurs de vulnérabilité qui vont largement participer au recrutement des personnes participant à une action ciblée (Gorza et al., 2018).

2.2.3.3 La nécessité d'agir tôt : la prévention précoce

L'intervention précoce concernant le développement du langage oral permet d'enrayer le cercle vicieux qui se met en place lorsqu'un déficit langagier apparaît et ainsi de lutter contre l'illettrisme et les difficultés sociales et professionnelles évoquées précédemment.

Elle peut prendre la forme de la prévention primaire afin de prévenir l'apparition de difficultés ou du dépistage pour prendre en charge l'enfant et guider la famille le plus tôt possible (Masson, 2014).

La revue de littérature de Guernalec-Levy en 2019 met en évidence que les interventions précoces sont essentielles et doivent débuter avant les 1 an de l'enfant. En effet, la qualité du développement du langage de l'enfant est corrélée aux niveaux de revenus et de diplôme des adultes qui l'entourent et les écarts sont visibles dès 18 mois. Ainsi, un environnement stimulant et porteur durant la petite enfance entraîne le développement de « compétences cognitives précoces prédictives de la réussite scolaire ultérieure ».

De plus, au sein notamment des milieux socio-culturels défavorisés, les actions concernant la petite enfance ont un impact plus global sur la famille et permettent de réduire les inégalités sociales de santé (Potvin et al., 2012 ; Suesser, 2013). Cela fait référence à des mesures politiques plus large telles que notamment l'accès aux modes d'accueil, le développement des missions pédagogiques et de prévention en crèche et un meilleur accompagnement, accueil et soutien des parents (Collombet, 2016; de Bodman et al., 2017).

2.2.3.4 Prévention précoce et familles en situation de vulnérabilité

Plusieurs éléments sont à prendre en compte lorsqu'on aborde la prévention précoce ciblée concernant un public en situation de vulnérabilité.

Elle a pour but de promouvoir la santé en soutenant les compétences parentales et psychosociales. Ainsi, il a été montré notamment que les entretiens à domicile étaient très efficaces et qu'il était pertinent de laisser les parents « acteurs des réponses élaborées pour les problèmes ou les questions qui les concernent » (Gorza et al., 2018). Il est donc important de venir soutenir le processus d'étayage nécessaire au développement du langage et de la communication.

De plus, toute stigmatisation est à proscrire. Ainsi, nous parlons de situations de vulnérabilité et non de personnes vulnérables. De ce fait, sont privilégiés « l'aller vers » et le « faire avec » plutôt que « pour » évitant ainsi tout risque de dérive normative et la diffusion de l'information avec un niveau de littératie permettant l'inclusion de tous et de toutes » (Gorza et al., 2018; Suesser, 2013).

Enfin, nous pouvons affirmer que le groupe (Darbellay & Ramos, 2015; Sivel, 2016) et la guidance parentale (Martinez Perez et al., 2015) sont favorables au maintien de l'information présentée et à sa mise en application.

2.2.3.5 Une prévention spécifique : la lutte contre l'illettrisme

En 2005, la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) a organisé au Sénat un colloque intitulé « 4 temps, 7 mesures, des actions pour agir contre l'illettrisme ». L'objectif était de dégager un consensus pour prévenir les troubles du langage et les situations d'illettrisme. Ont été conclus 4 temps spécifiques qui sont les suivants : développer le langage oral, développer les compétences à lire, permettre l'accès aux connaissances et favoriser la formation permanente.

Cet engagement contre l'illettrisme a une portée internationale puisque la Grande Bretagne, le Japon, l'Italie, le Mexique, l'Allemagne ou encore le Canada en ont fait, au début des années 2000, un de leur cheval de bataille selon la revue de littérature effectuée par Réseau Canopé (*Prévention de l'illettrisme à l'étranger: Des constats et des actions*, n.d.).

2.2.3.6 Exemples d'actions de prévention primaire précoces menées pour soutenir le développement du langage oral et lutter contre l'illettrisme

Plusieurs initiatives ont été menées afin de prévenir les retards et troubles du langage oral. Trois approches peuvent être dégagées. Elles sont plus ou moins universelles et sont réalisées par ou en étroite collaboration avec différentes structures (crèches, organisations de quartiers, maisons de santé, PMI, maternités).

2.2.3.6.1 Stimulations langagières et formations des professionnels

Les premières, comme le dispositif « parler bambin », proposent des stimulations langagières directement aux enfants ayant des risques de présenter un retard (Ben Soussan & Rayna, 2018).

Le projet « Jouer pour parler, Parler pour jouer... Le langage en jeu », porté par l'association AsFoRel (Association de formation et de recherche sur le langage) et la Clef (Coordination Lunévilloise Enfance Famille), est destiné aux enfants de 4 à 6 ans

de milieux défavorisés de la ville de Lunéville. Il vise à les aider à mieux maîtriser le langage oral en s'appuyant sur les jeux de société (Thépot, 2014).

Les secondes visent la formation des professionnels de la petite enfance sur le développement du langage comme le fait Dialogoris, le centre de santé AGESCA à Grenoble ou l'Agence de la Santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean au Québec (Bergeron et al., 2011; Centres de santé AGESCA Grenoble, n.d.; *Dialogoris*, n.d.).

2.2.3.6.2 Soutenir la parentalité

Les troisièmes ont pour but d'informer les parents sur le développement du langage et d'augmenter les comportements parentaux porteurs à la communication de l'enfant. Bigras défend ainsi une approche centrée sur la famille fondée sur cinq principes : « reconnaître et respecter les connaissances et l'expertise de l'autre, partager l'information à travers une communication bidirectionnelle, partager le pouvoir et la prise de décision, accepter et respecter la diversité et, enfin, créer des réseaux de soutien naturel. » (Thépot, 2014)

Plusieurs modalités sont proposées et sont détaillées ci-dessous : groupes, utilisation du support digital, intervention à domicile, ...

Des groupes de prévention ont été organisés en anténatal et en post-natal. Au Québec, ils ciblent des populations telles que les couples dont la femme est enceinte, les parents d'enfants de moins d'un an ou encore les parents d'enfants de moins de trois ans présentant des facteurs de vulnérabilité (Bergeron et al., 2011). Le « réseau santé langage » en Gironde proposent des groupes de prévention universelle à destination des foyers ayant un enfant des moins de trois ans tandis que la maison de santé AGESCA cible les familles issues de zones urbaines sensibles (Brunet, 2007; Centres de santé AGESCA Grenoble, n.d.). Dans son mémoire en 2013 concernant la mise en place de groupes en anténatal et en post-natal, Poirat met en évidence que les familles sont plus disponibles pour recevoir le message de prévention durant la grossesse mais aussi une difficulté à faire émerger la parole pour les publics de PMI.

L'association 1001 mots, créée en 2017 par une orthophoniste, propose une approche originale basée sur des ateliers parents-enfants de 0 à 3 ans et un accompagnement à distance *via* l'envoi de SMS et des appels téléphoniques. Elle s'adresse à « des parents en milieu vulnérable pour leur redonner confiance dans leur capacité à agir pour favoriser le développement du langage et du jeu de leur enfant » et s'appuie sur les partenaires locaux spécialistes de la petite enfance. Les ateliers proposés visent à transmettre les comportements porteurs au développement du langage tels que l'utilisation des livres, de chansons, de jeux spécifiques et de postures adaptées (Lelièvre, 2019).

De son côté, le programme PANJO vise la promotion de la santé et l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents. Cet outil de prévention ciblé ayant pour but le renforcement des services de la PMI propose une intervention à domicile aux femmes enceintes en situation de fragilité psycho-sociale (Gorza et al., 2018).

Enfin, la FNO utilise le support numérique et digital pour soutenir la parentalité. Le site *fno-prévention-orthophonie* mis en ligne en janvier 2019 prend la suite du site *Info-langage* créé en 2010. Il aborde notamment le développement ordinaire du langage grâce à des vidéos d'interactions précoces en s'attachant à souligner les comportements porteurs à la communication (Corallini & Dussourd-Deparis, 2019). Cette action de prévention primaire universelle est « un site internet *grand public* accessible à tous et sans limitation d'accès » (Corallini & Dussourd-Deparis, 2019). Le site *allo-ortho.com* est aussi un site dédié à la prévention en orthophonie. Il est conçu sous forme de questions-réponses afin d'être au plus près des interrogations parentales et d'y répondre de manière simple et avec qualité (*Allo Ortho • Vous vous interrogez*, n.d.).

2.2.3.6.3 Des actions spécifiques centrées sur le livre

Le livre soutient le langage oral, le développement de la communication et améliore l'entrée dans le langage écrit. Ainsi, des programmes de prévention ont été élaborés pour transmettre le plaisir de la lecture partagée et ses bienfaits.

L'association A.C.C.E.S. (Actions Culturelles Contre les Exclusions et la ségrégation) a été la première en France en 1982 à organiser des animations autour du livre. En construisant des partenariats avec les acteurs de la ville et de la petite enfance, elle

intervient auprès des tout-petits dans les milieux les plus démunis afin notamment de favoriser la réussite scolaire et l'insertion sociale (*Association A.C.C.E.S*, s. d.).

L'association Lire (Livre pour l'insertion et le refus de l'exclusion) à Paris s'est créée avec, comme objectif, de « familiariser les nourrissons et les jeunes enfants au livre, à la langue du récit et sensibiliser les parents à l'importance de la lecture. » Elle est ainsi présente dans les salles d'attentes de toutes les antennes de PMI de Paris en y proposant des livres et un lecteur (Thépot, 2014).

L'association Accès (Association culturelle contre les exclusions et les ségrégations) a de son côté mis en place des temps de lecture avec les enfants de la PMI du quartier Clos-Saint-Lazare à Stains en Seine-Saint-Denis (Thépot, 2014).

2.2.3.6.4 Objectif Langage et l'APOH

En 1989, des orthophonistes de Meurthe-et-Moselle créent un fascicule sur le langage du jeune enfant pour les parents. Il n'a cessé d'évoluer depuis et a été repris par différentes associations de prévention en orthophonie dont celle de l'Hérault (*Objectif Langage*, n.d.). Il a été traduit en plusieurs langues et est très utilisé par les PMI et maternité pour aborder l'importance des interactions précoces avec le bébé. Son développement a permis la participation des orthophonistes à la refonte du carnet de santé en 2006 (Corallini & Dussourd-Deparis, 2019).

Cette année-là, en lien avec les conclusions du colloque de la FNO de 2005, durant la journée européenne de prévention des troubles du langage chez l'enfant organisé par le Comité permanent de liaison des orthophonistes/logopèdes de l'Union européenne (CPLOL), le livret Objectif Langage fut distribué avec un livre doudou en maternité par les Orthophonistes du Syndicat Régional d'Alsace et de l'Association Orthophonie et Prévention Alsace (OPAL) afin d'associer l'information sur le développement du langage à la lutte contre l'illettrisme. L'action 1 Bébé, 1 Livre était née. En 2010, elle devient nationale et se déroule sous le patronage du Ministère de la Culture le 3^{ème} jeudi de novembre (Corallini & Dussourd-Deparis, 2019).

Le livret Objectif Langage de l'Association de prévention en orthophonie de l'Hérault (APOH) est construit selon les rubriques suivantes :

- « Grandir et apprendre » aborde la curiosité naturelle et les capacités du jeune enfant qui ne demandent qu'à être soutenues par les parents

- « Le bain de langage » et « Comment faire ? » évoquent des comportements porteurs au développement de la communication du bébé
- « Plaisir et langage » insiste sur le fait que tout est langage (grimaces, mimiques, gestes, regards, rires et sourires, pleurs, etc)
- « Le geste » développe l'intérêt d'utiliser ce médiateur et le rôle de la fratrie
- « Les livres et la lecture » prend soin de décrire tous les bienfaits du livre et de cette activité partagée
- « Points de repères » donne des indications d'âges développementaux du langage
- « Le bilinguisme »
- « La télé/les écrans » met en garde sur l'utilisation de ces outils en expliquant les fondements théoriques et scientifiques
- « La succion » s'intéresse à ce besoin de l'enfant et à la manière dont l'adulte peut y répondre
- « Dépistage et prévention » conclut sur le rôle de l'orthophoniste pour apporter une réponse aux inquiétudes parentales.

L'APOH œuvre pour la prévention précoce. Elle participe à l'action nationale 1 Bébé 1 Livre réalisée dans les maternités du département. De plus, elle invite les étudiantes de quatrième année du centre de formation universitaire d'orthophonie à se relayer pour distribuer le livret Objectif Langage aux jeunes mamans de la maternité Saint-Roch et sensibiliser les parents au développement du langage. Enfin, certains de ses membres dirigent des mémoires en vue d'évaluer l'impact de ces activités de prévention afin de les développer et de les améliorer (*Objectif Langage*, n.d.).

2.2.3.7 Une structure dédiée à la prévention : le service de protection maternelle et infantile

2.2.3.7.1 Historique et missions

En 1945, les services de protection maternelle et infantile sont créés. Ils constituent un maillage territorial qui est destiné à « lutter contre la mortalité et la morbidité infantiles, à prévenir les handicaps, à diagnostiquer et à organiser les soins des troubles du développement précoce chez les jeunes enfants ». Cet accueil et cet accompagnement sont offerts à chaque femme enceinte et enfant jusqu'à ses 6 ans sans distinction et sans stigmatisation. Le but est de soutenir les compétences parentales et de valoriser celles des enfants grâce à un système de prévention « non prédictive ». (Gautier-Coiffard et al., 2017).

La députée Michèle Peyron dans son rapport dédié à la PMI et remis en juin 2019 à Adrien Taquet, le secrétaire d'Etat en charge de la protection de l'enfance déclare : « la PMI constitue un levier de prévention adapté pour réduire les inégalités sociales de santé. [...] La plus-value de la PMI réside dans une triple accessibilité géographique (plus de 5000 points de consultation), financière (gratuité) et administrative (absence de formalités, accueil inconditionnel, capacité à « aller vers » à travers les visites à domiciles) ». Ses constatations relèvent aussi que les moyens alloués par le gouvernement actuel à la PMI sont cependant en baisse malgré le consensus scientifique concernant son importance. Des mesures structurelles ont été annoncées mais le secrétaire d'Etat souhaite que la PMI soit « une composante essentielle du parcours des 1000 premiers jours de l'enfant » (Guernalec-Levy, 2019).

2.2.3.7.2 « Les usagers prioritaires de PMI »

« Les usagers prioritaires de PMI » sont les familles et enfants en situation de vulnérabilité (Gautier-Coiffard et al., 2017). Les situations de vulnérabilité sont mal définies. Elles concernent la pauvreté, la précarité, l'absence de ressources, l'immigration, l'analphabétisme, les pathologies psychiques ou mentales ou encore le suivi social ou judiciaire. De plus, la vulnérabilité peut être définie comme psychosociale. L'OMS définit les compétences psychosociales comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de vie quotidienne et à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un

comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement ». Elles apparaissent donc comme essentielles pour répondre aux besoins de l'enfant (Gorza et al., 2018).

2.2.3.7.3 La place de l'orthophoniste

L'action de la PMI prend tout son sens lorsqu'elle s'inscrit dans une dynamique de réseau (Pennec, 2012). Ainsi, l'orthophoniste, ayant pour rôle la promotion du développement du langage et la prévention d'éventuels retards ou troubles y étant associé (Bulletin officiel, 2013), a notamment pour rôle de s'inscrire dans ce réseau en proposant des actions adaptées pour soutenir et promouvoir les comportements porteurs à la communication. Son intervention peut prendre la forme à la fois de sensibilisations et de formations des professionnels de la PMI à ces problématiques mais aussi de propositions d'actions de prévention et de promotion des comportements porteurs au développement du langage auprès des familles. D'autre part, « les usagers prioritaires de la PMI » étant des enfants présentant des facteurs de risque importants de retard de langage oral, l'action de l'orthophoniste n'en est que plus nécessaire.

2.3 PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSE

Les études concluent qu'un bon niveau de langage oral dès la petite enfance est corrélé à une meilleure acquisition du langage écrit, à une meilleure réussite scolaire puis à une meilleure insertion dans la société (Billard, 2001; Florin, 2010; Langouet, 2001; Rongved, 2015).

Nous relevons donc l'importance d'une intervention précoce en matière de prévention et de dépistage des retards de développement du langage oral comme l'indique l'engagement français mais aussi québécois à lutter contre l'illettrisme dès le plus jeune âge (Billard, 2001; Corallini & Dussourd-Deparis, 2019; *Prévention de l'illettrisme à l'étranger: Des constats et des actions*, n.d.).

Les actions de prévention primaire ont notamment pour but de réduire les inégalités sociales de santé (Potvin et al., 2012; Suesser, 2013). Lorsqu'elles sont universelles, elles peuvent creuser ces inégalités. Au contraire, si elles ciblent une population à risque, elles contribuent à les réduire (Potvin et al., 2012).

Dans notre cas, nous savons que ces retards ont une origine multifactorielle (Hawa & Spanoudis, 2014). Cependant, l'environnement joue un rôle prépondérant et les enfants nés au sein de familles socio-culturellement défavorisées ont significativement plus de risque de rencontrer des difficultés langagières (AlHammadi, 2017; Hart & Risley, 2003; Korpilahti et al., 2016).

D'autre part, les dispositifs de prévention primaire précoce doivent s'inscrire dans une dynamique de réseau en lien étroit avec les professionnels de la petite enfance (Acef, 2008; Guernalec-Levy, 2019b). Les études mettent en évidence l'efficacité de la guidance parentale et des actions de groupe, la disponibilité des mamans en anténatal et évoquent la nécessité d'adapter les interventions aux sujets concernés sans stigmatisation et grâce à un travail de co-construction (Darbellay & Ramos, 2015; Gorza et al., 2018; Martinez Perez et al., 2015; Poirat, 2013; Sivel, 2016; Suesser, 2013).

Problématique :

Ainsi, nous sommes en droit de nous poser la question suivante : une action de prévention primaire ciblée portant sur le développement du langage oral a-t-elle une influence sur le comportement des mères ?

Hypothèse générale :

La participation des mères, issues d'un milieu socio-culturel défavorisé, à un groupe visant à favoriser le développement du langage oral a un effet sur la qualité et la quantité des comportements porteurs à la communication de l'enfant.

3- PARTIE EXPÉRIMENTALE

3.1 MATÉRIEL ET MÉTHODE

3.1.1 Population

Nous avons proposé un groupe de prévention sur le développement du langage à l'attention des femmes enceintes à partir de 7 mois, c'est-à-dire dont le terme était prévu entre le 15 octobre 2019 et le 1^{er} janvier 2020, suivies par le réseau des sages-femmes des services de PMI des quartiers Mas Drevon et Saint Martin de Montpellier et de Lunel.

Nous avons constitué deux échantillons de population ayant les mêmes caractéristiques, l'un participant au groupe, le groupe « intervention » (GI) et le second n'y participant pas, le groupe « témoin » (GT).

Au regard des enfants présentant un plus fort taux de risque de retard de développement du langage oral, nous avons inclus les femmes ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat. Au cours du mois d'octobre, au vu des difficultés de recrutement, nous avons élargi ce critère au niveau de revenu, également lié au risque de retard de développement du langage oral. Les femmes ayant un niveau égal au baccalauréat et bénéficiant du Revenu de Solidarité Active et des minimas sociaux se sont vues proposer une inclusion.

Nous avons exclu les femmes ayant déjà consulté un orthophoniste pour un de leurs enfants et celles bénéficiant de mesures d'appui (dispositifs de soutien à la parentalité) de la PMI afin qu'une information poussée concernant le développement du langage et de la communication avec le bébé n'ait pas été communiquée. Nous avons également exclu celles ayant une pathologie psychiatrique et celles attendant un bébé avec une pathologie (malformation cardiaque, trisomie 21, etc), critères qui peuvent influencer de manière significative les interactions précoces.

De plus, nous avons recueilli les informations qui suivent chez les sujets afin de procéder à une étude qualitative et comparative des données : situation familiale et niveau de français de la mère.

Enfin, nous avons équilibré le nombre de sujets primipares dans les deux échantillons car les expériences de dames multipares sont riches pour les échanges mais surtout car elles sont susceptibles d'en connaître davantage sur le développement de la communication.

La randomisation a été décrite dans la fiche mémo inclusion aux sages-femmes et puéricultrices (cf Annexe 1). Il comprenait les tableaux suivants :

CRITÈRES D'INCLUSION

- o Terme prévu entre mi-octobre et le 1^{er} janvier
- o Niveau scolaire < baccalauréat
- o Niveau scolaire = au baccalauréat + bénéficiaire des minimas sociaux

CRITÈRES D'EXCLUSION

- o Niveau scolaire > ou = baccalauréat
- o Femme bénéficiant de mesures d'appui
- o Femme ayant déjà consulté un orthophoniste pour l'un de ses enfants
- o Femme atteinte d'une pathologie psychiatrique
- o Femme attendant un bébé avec une pathologie (malformation cardiaque, trisomie 21, etc)

Un tableau excel leur a été mis à disposition afin de détailler la démarche d'inclusion d'un nouveau sujet pour l'attribution de son groupe. Nous n'y avons évidemment pas accès car il contient les noms des sujets inclus. Il a permis aux sages-femmes de communiquer ensemble sur l'étude et d'élaborer des groupes en fonction du lieu géographique de résidence des sujets.

Il fonctionne de la manière suivante :

- 1) La sage-femme entre le nom, le prénom et la date de naissance de la dame puis son propre nom.
- 2) Elle sélectionne ensuite « oui » ou « non » dans la colonne « primipare ».

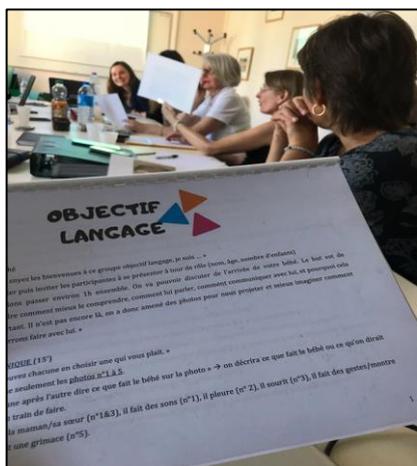
D	E	F
Sage Femme	Primipare	Anonymat
	Oui	
	✓ Oui	
	Non	
..		

3) Le numéro d'anonymat et le groupe sont générés automatiquement. En effet, la formule excel sélectionne le groupe d'inclusion : il affiche un « 1 » dans la colonne « intervention » ou « témoin ». Le « 1 » correspond au groupe d'inclusion. Dans la copie écran ci-dessous, *Exemple 1* est incluse dans le groupe intervention et son n° d'anonymat est le 1 et *Exemple 2* est incluse dans le groupe témoin et son n° d'anonymat est le 2.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Nom	Prenom	Date de Naissance	Sage Femme	Primipare	Anonymat	Intervention		Témoin	
						Primipare	Multipare	Primipare	MultiPare
exemple 1	exemple 1			Oui	1	1	0	0	0
exemple 2	exemple 2			Non	2	0	0	0	1
				Oui	3	0	0	1	0
				Oui	4	1	0	0	0
				Non	5	0	1	0	0
				Non	6	0	0	0	1
				Oui	7	0	0	1	0
				Oui	8	1	0	0	0
				Oui	9	1	0	1	0

3.1.2 Matériel et procédure expérimentale

3.1.2.1 Introduction



L'efficacité de l'action a été mesurée à l'aide de deux questionnaires. Ils évaluent d'une part, la favorabilité de l'environnement et des comportements de la maman pour le développement du langage de l'enfant et, d'autre part, ils mettent en évidence ses connaissances concernant la communication du bébé et les comportements la soutenant.

Le déroulé de notre étude a été le suivant :

- A partir du 02/09 : T0 : recrutement des sujets et

passation du premier questionnaire par les sages-femmes

- 12/09 : j'ai formé les équipes de la PMI à l'animation des groupes. Une situation de jeu de rôle a été proposée. J'étais animatrice et elles prenaient la place des participantes afin de se familiariser avec les outils, de poser leurs questions et d'exprimer leur ressenti quant au déroulé du groupe.
- 13/09, 29/10: animation des groupes par les sages-femmes et/ou puéricultrices et/ou moi-même
- Au 2 mois du bébé plus ou moins 2 semaines: T1 : passation du deuxième questionnaire par les puéricultrices ou moi-même

Le GI comptait 10 sujets dont 4 primipares et 6 multipares. Le GT comptait 10 sujets dont 3 primipares et 7 multipares. Cependant, en raison de la fragilité de la population et de difficultés institutionnelles seules 6 dames du GI et 6 dames du GT ont rempli le 1^{er} questionnaire et seules 5 dames du GI et 3 dames du GT ont répondu au 2nd questionnaire. En raison de ces pertes de vue nous comptons :

- A T0 : 6 sujets du GI et 6 sujets du GT.
- Au sein de l'atelier Objectif Langage proposé au GI : 6 sujets ayant effectivement participé au groupe et ayant rempli le questionnaire de satisfaction.
- A T1 : 5 sujets du GI et 3 sujets du GT. Nous avons cependant exclu un des sujets du GT des analyses statistiques quantitatives en raison de sa consultation hebdomadaire chez une orthophoniste entre T0 et T1.

3.1.2.2 T0

Les sages-femmes ont proposé le premier questionnaire (cf Annexe 2) aux femmes susceptibles de pouvoir participer à l'étude. Elles leur ont expliqué l'objet de l'étude grâce à une note d'information (cf Annexe 3) et leur ont fait signer un consentement éclairé de participation (cf Annexe 4). Pour des raisons éthiques, le groupe contrôle a été informé qu'il bénéficierait d'une action de prévention après le deuxième questionnaire (cf Annexe 6). Cette action ne fera pas l'objet d'une analyse de notre part. Le questionnaire a été lu par la sage-femme. Elle avait pour consigne de suivre strictement la trame du questionnaire afin d'éviter les biais personnels. La future maman répondait à l'oral et la praticienne transcrivait ses réponses. Le fait que ce soit la sage-femme qui présente le questionnaire permettait d'être plus certain de la véracité des réponses données grâce au lien de confiance qui avait pu se nouer lors du suivi. D'autre

part, le questionnaire est composé de mots et de structures syntaxiques simples afin de s'adapter aux femmes ne maîtrisant pas bien le français. Il a été présenté à l'oral afin de permettre aux futures mères ne maîtrisant pas le français écrit de répondre.

3.1.2.3 Les questionnaires

Le questionnaire cible la communication du bébé à la naissance et est composé des neuf sections suivantes:

1. « Quelques informations » : cette section permet de recueillir les informations concernant les variables « situation familiale », « niveau de français » et « primiparité ».
2. « Les langues et vous » : cette section s'intéresse à la situation de bilinguisme. Elle évalue si le projet linguistique prévu pour l'enfant est adapté.
3. « Le langage » : cette section vise à relever les connaissances déjà obtenues en amont par la participante concernant le langage et la communication du bébé et son niveau d'intérêt.
4. « Les débuts de la communication » : cette section évalue le niveau de connaissance concernant la communication notamment non-verbale du bébé et les comportements porteurs à adopter.
5. « La succion » : cette section évalue le niveau d'inquiétude de la participante et l'adaptabilité de ses comportements à ce sujet.
6. « Les livres et vous » : cette section évalue le niveau de connaissance concernant l'importance du livre et de la lecture.
7. « Les écrans et vous » : cette section évalue la connaissance des risques liés aux écrans et des comportements à adopter face à cela.
8. « Les orthophonistes » : cette section évalue la connaissance liée au métier d'orthophoniste.
9. « Pour finir » : cette section permet de relever les questionnements généraux de la participante auxquels nous espérons répondre grâce à l'action engagée.

Les choix de construction de ce questionnaire s'appuient sur plusieurs éléments. Le premier est théorique. Grâce à nos recherches nous avons pu relever les points clefs porteurs de la communication du bébé qu'il s'agisse de l'environnement, des objets

proposés ou de la fréquence et de la qualité des interactions. C'est cela que nous tentons d'évaluer des sections 2 à 8. D'autre part, nous avons ciblé les connaissances de la participante concernant les bébés de 0 à 1 an. Ce choix a été motivé pour deux raisons complémentaire : les seconds questionnaires étant réalisés aux 2 mois du bébé (plus ou moins 2 semaines), ils devaient se référer aux expériences de la jeune maman et ainsi nous avons choisi d'aborder spécifiquement cette période-ci dans les groupes. D'autre part, le questionnaire concerne les informations transmises par le livret national Objectif Langage utilisé par l'APOH. Nous avons extrait de manière cohérente les informations concernant l'âge ciblé de l'enfant et suivi la construction du livret. Cette construction sera reprise dans les groupes et les mères la retrouveront dans le livret distribué à la fin des groupes. Cela permet d'amener une continuité dans le message de prévention. Enfin, ce choix est aussi en lien avec la coordination qui est souhaitée par l'APOH entre les différentes actions de prévention sur le développement du langage sur le territoire tel que celle qui se déroule en maternité et qui a été développée précédemment. En effet, choisir d'avoir ce livret comme socle, c'est permettre d'assurer une information claire, continue et unifiée à tous les intervenants avec qui les orthophonistes de l'APOH travaillent : sages-femmes, puéricultrices, pédiatres, médecins des maternités, de PMI, en libéral, etc.

3.1.2.4 Les groupes « Objectif Langage »

3.1.2.4.1 Genèse

Le groupe est né d'une demande faite par la directrice territoriale du secteur de PMI de Saint Martin – Lattes de Montpellier à l'APOH grâce aux liens étroits entretenus entre la PMI et l'APOH.

L'équipe délivrait des messages de prévention concernant les comportements porteurs au développement du langage et de la communication du bébé aux jeunes mamans. Les puéricultrices apportaient ces informations de manière orale et informelle lors des consultations. Cependant, malgré la répétition des différents messages, elle se sont aperçues que de nombreuses jeunes mamans ne s'en saisissaient pas et que leur effet n'était que mince.

Mon intervention a donc eu pour but de construire un groupe répondant le mieux possible à cette sollicitation.

3.1.2.4.2 Composition

J'ai formé, l'après-midi du 12/09, les sages-femmes et puéricultrices ainsi que la directrice des antennes des PMI au déroulé du groupe et au développement du langage oral. Elles pourront ainsi, si elles le souhaitent, continuer à le proposer aux futures mamans de manière durable.

Les groupes devaient être animés par la sage-femme et la puéricultrice de la PMI du quartier. Le choix de cette co-animation était pluriel. Il permettait tout d'abord, par l'intermédiaire du groupe, de faire le lien entre le suivi en anténatal par la sage-femme et celui proposé en post-natal par la PMI. Il permettait donc une première rencontre de la puéricultrice dans un cadre de confiance et incitait la femme à continuer son suivi à la PMI. Ce cadre de confiance était favorisé par la présence d'une figure familière et créait une possibilité d'expression et de questionnement pour les futures mamans. Je devais être présente en observation lors d'un ou plusieurs groupes.

Cependant, quelques modifications ont dû être apportées à ce cadre expérimental. L'organisation institutionnelle n'a pas toujours permis aux sages-femmes et puéricultrices d'être présentes ensemble pour animer le groupe. De plus, ma posture d'observation s'est révélée peu adaptée à la situation. J'ai de ce fait, lorsque j'étais présente, co-animé le groupe.

Nous devions constituer 3 groupes « Objectif Langage » de 8 sujets afin d'obtenir des résultats significatifs. Cependant nous nous sommes heurtés à plusieurs difficultés qui ont entraîné la constitution de groupes avec de plus petits effectifs. D'une part, il nous a été difficile de recruter 8 dames ayant des termes de grossesse à peu près similaires et vivant dans le même quartier afin qu'elles puissent participer ensemble à un groupe. La fragilité du public de PMI ne nous permettait pas de demander aux sujets de changer de quartier pour participer à un groupe. Cela aurait été, de plus, contraire à notre objectif qui était d'aller à la rencontre des dames dans leur lieu de vie. D'autre part, cette fragilité s'est aussi fait ressentir lorsque certaines dames ne se sont pas présentées au groupe auquel elles étaient invitées malgré les nombreux rappels opérés par leur sage-femme.

Le tableau suivant détaille la composition des 4 groupes, le lieu et la date à laquelle ils ont eu lieu.

Date	Lieu	Animatrices	Participants prévus	Participants présents
13/09/20 matin	Saint Martin (Montpellier)	la sage-femme 2 puéricultrices moi-même	2 dames & 1 couple	1 dame 1 couple (traduction à la dame par son conjoint)
13/09/20 après- midi	Mas Drevon (Montpellier)	la sage-femme moi-même	2 dames & 1 couple	2 dames 1 couple (traduction à la dame par son conjoint)
29/10/20	Saint Martin (Montpellier)	la sage-femme	3 dames	1 dame
31/10/20	Lunel	la sage-femme	3 dames	0

3.1.2.4.3 Déroulé, organisation et supports

Chaque groupe durait 1h30 et se composait de 4 temps principaux :

- Accueil
- 1^{er} message : « Mon bébé communique »
- 2^{ème} message : « Je peux communiquer avec lui »
- 3^{ème} message : « Plus je communique avec lui, mieux il parlera, et ainsi ,mieux il accédera à la lecture et à l'écriture »
- Conclusion

Les animatrices possédaient le déroulé du groupe nommé « la feuille de route », afin d'être le plus à l'aise possible et d'éviter les biais personnels dans l'ordre et le formulation des questions et des informations. Elle est entièrement présentée et détaillée en suivant.

Pour construire le groupe, nous nous sommes appuyés sur le résultat de nos recherches en partant de la demande de l'équipe.

Ainsi, les actions réalisées avec des populations d'un faible niveau socio-culturel révèlent que ces dernières prennent difficilement la parole au sein d'un groupe et acquiescent aux paroles des professionnels sans nécessairement poser des questions. De plus, il est recommandé, non pas de délivrer le message de prévention de manière verticale mais de le co-construire avec les participants.

De ce fait, notre travail a eu pour cœur la mise en place d'un cadre propice à l'émergence de la parole des participantes pour permettre la co-construction du message concernant les comportements et l'environnement porteurs au développement du langage et de la communication du bébé.

Pour cela, nous avons choisi de proposer un groupe favorisant la confiance et suscitant l'échange grâce aux éléments suivants :

- Le premier choix que nous avons fait a été d'ouvrir le groupe, sauf exceptions concernant la traduction notamment, seulement aux femmes.
- Le deuxième a été de proposer un espace chaleureux, accueillant et convivial. Cela a été permis par le déroulement du groupe dans leur PMI de quartier, par la disposition de la salle (cercle de chaises et petite table en son centre) et par la proposition d'un thé et d'un moment de discussion informel lors du temps d'accueil.
- Le troisième élément concernait les personnes composant le groupe. Nous avons choisi la sage-femme et la puéricultrice de la PMI de la participante pour les raisons évoquées précédemment dans le chapitre « composition ». Nous avons également choisi des groupes composés de primipares et multipares pour permettre aux mamans d'enfants plus âgés d'amener des informations de comportements porteurs peut-être déjà entendues auparavant, et d'évoquer des situations concrètes de la vie quotidienne permettant à toutes de se projeter afin d'imaginer les comportements à adopter et les solutions à proposer aux situations problématiques. Nous pensions par exemple à la difficulté de remplacer des écrans lorsque la maman cuisine ou remplit des papiers administratifs.
- Enfin, nous avons conçu des supports photos (cf Annexe 5) composant la trame de fond de notre intervention. Ce choix a été motivé par le fait que nous souhaitions que chacune prenne part activement au groupe. Pour cela, tout au long du groupe, les participantes devaient choisir une ou deux photos qui leur plaisaient. Elles devaient ensuite la ou les décrire. Faire émerger la parole, si

petite soit-elle, était ainsi possible puisque cette dernière s'appuyait sur la description d'un support concret ne faisant pas appel, en premier lieu mais dans un second temps, à l'élaboration d'un discours en lien avec des réflexions, des questions ou des connaissances personnelles. Les animatrices, en partant des mots utilisés par les participantes, étaient ensuite amenées à reformuler et à poser des questions simples et ciblées sur ces photos afin de leur permettre de formuler elles-mêmes, le plus possible, les comportements porteurs à la communication de leur futur bébé.

3.1.2.4.4 Contenu

Nos appuis théoriques nous ont amenés à construire un groupe organisé autour d'un accueil, de trois messages principaux et d'une conclusion, que nous allons détailler ici.

Le niveau de littératie choisi est volontairement simple pour s'adapter à la population ciblée et les mots choisis concernant les comportements porteurs sont précis et répétés à plusieurs reprises lors des reformulations et des conclusions faites par les animatrices pour une meilleure réception du message de prévention.

Nous avons choisi de mettre en gras certains mots de chacune des quatre parties de la feuille de route. Cela avait pour but de permettre aux animatrices de garder elles aussi en mémoire le cœur du message c'est à dire ce vers quoi elles étaient en train de faire cheminer la réflexion des participantes et enfin d'insister dessus en les répétant et en concluant les parties avec ce dernier.

3.1.2.4.4.1 Accueil

Notre groupe débute sur un temps d'accueil visant à mettre en confiance les participantes et susciter les échanges grâce à un environnement bienveillant et chaleureux.

Le déroulé de l'accueil, tel qu'indiqué sur la feuille de route des animatrices, est le suivant :

- o *Servir un thé*
- o « *Bonjour, soyez les bienvenues à ce groupe objectif langage, je suis ...* »
Se présenter puis inviter les participantes à se présenter à tour de rôle (nom, âge, nombre d'enfants)

o « Nous allons passer environ 1h30 ensemble. On va pouvoir discuter de l'arrivée de votre bébé. Le but est de comprendre comment mieux le comprendre, comment lui parler, comment communiquer avec lui, et pourquoi cela est important. Il n'est pas encore là, on a donc amené des photos pour nous projeter et mieux imaginer comment nous pourrions faire avec lui. »

3.1.2.4.4.2 1^{er} message : « Mon bébé communique »



Cette première partie vise à permettre aux participantes de se rendre compte d'une part des moyens verbaux et non-verbaux privilégiés par le bébé pour entrer en relation, s'exprimer et communiquer : le regard, les cris puis le babillage, les pleurs, le sourire, le rire, les mimiques et les gestes. D'autre part, elle a pour but de leur faire prendre conscience que ces canaux sont utilisés par les bébés pour l'expression de leurs besoins mais aussi pour partager des moments de plaisir avec leur entourage.

Le déroulé de cette première partie est le suivant :

o « Vous pouvez chacune en choisir une photo qui vous plaît. »

On dispose seulement les photos n°1 à 5.

« On va l'une après l'autre dire ce que fait le bébé sur la photo » → on décrira ce que fait le bébé ou ce qu'on dirait qu'il est en train de faire.

Il regarde la maman/sa sœur (n°1&3), il fait des sons (n°1), il pleure (n°2), il sourit (n°3), il fait des gestes/montre (n°4), il fait une grimace (n°5).

o « Pourquoi il pleure ? » : *il exprime la faim, la douleur, le sommeil, le besoin d'être changé*

« Pourquoi il sourit ? » : il est content, il passe un bon moment avec sa maman, sa soeur

« Pourquoi il fait des petits sons ? » : il dit qu'il est là

« Pourquoi il regarde la maman ? » : il lui montre qu'il est en relation avec elle

« Pourquoi il fait des gestes ? » : c'est une manière de lui montrer qu'il est avec elle, qu'ils voient la même chose, qu'ils sont en contact

« Pourquoi il fait une grimace ? » : il s'amuse avec la maman

« Le regard, les pleurs, les sons, le sourire, les gestes, sont donc des manière pour le bébé de ... communiquer! Pour exprimer des besoins et partager des bons moments avec sa famille. »

L'équipe nous avait informés sur la potentielle difficulté que pouvait représenter la compréhension du mot « communiquer ». C'est pourquoi le déroulement de cette première partie aboutit à l'énonciation de ce mot afin que chacune en comprenne le sens et les manifestations concrètes auxquelles il fait référence.

3.1.2.4.4.3 2^{ème} message : « Je peux communiquer avec lui »



Cette deuxième partie vise à faire prendre conscience aux participantes qu'elles peuvent choisir de répondre aux sollicitations de leur bébé. A la suite de cela, elle a pour but de leur faire découvrir les moyens dont elles disposent pour communiquer avec lui : le regard, le sourire, le langage et l'imitation verbale et gestuelle. Elle informe de plus sur les facultés du bébé à la naissance concernant la reconnaissance de la voix de leur mère et de leur langue maternelle. Enfin, elle s'attarde sur le développement de la

compréhension et de l'expression langagières du bébé lié à la fréquence et à la qualité des interactions entretenues avec lui. Nous avons ici choisi d'insister sur l'importance de commenter les actes de la vie quotidienne.

Le déroulé de cette deuxième partie est le suivant :

o « Si quelqu'un s'adresse à moi, est-ce que je l'ignore ou est-ce que je lui réponds ? »

« **Je lui réponds.** Donc si mon bébé s'adresse à moi, je peux lui répondre. Oui mais **comment** ? »

« D'abord, quelles sont nos manières à nous de communiquer ? » → mots, phrases, mail, sms, gestes, regard

o « Peut-on les utiliser avec le bébé ? » On peut reprendre les photos n°1 à 5, et dire ce que la maman ou la personne fait ou semble faire avec le bébé.

Parler (n°1&3), regard (n°1&3), sourire (n°3), geste (n°4), grimace (n°5).

« **Donc on peut regarder son bébé, lui sourire et lui parler.** »

o « On dit qu'on peut lui parler mais pensez-vous qu'il comprend ? » La réponse sera probablement non.

« C'est vrai, pour le moment à la naissance il ne comprend pas encore les mots mais il **reconnaît votre voix et votre langue**. Petit à petit, plus vous lui parlez plus il comprendra les mots. Si, à chaque fois, **vous lui racontez ce que vous faites** pendant la promenade, vous lui répétez tous les jours ce qu'il se passe pendant le change, le repas, etc, il comprendra les mots et la façon dont les phrases sont construites.

On sort, on met les chaussures : il va associer le mot chaussure aux chaussures. Lorsque vous sortez dans la rue avec votre bébé vous pouvez dire ce qui l'entoure ce que vous voyez (laisser le temps de répondre aux participantes) : un chien, un vélo, une tante, et ce que vous entendez, une voiture, une moto, etc »

« Si on prend la photo n°2 où le bébé pleure, on est d'accord qu'il exprime quelque chose, qu'il communique avec nous. On a déjà dit avant que lorsqu'il nous exprimait quelque chose, on souhaitait lui répondre. Quel moyen on va pouvoir utiliser ? Gestes (bercer), tétine, mots (apaisé car reconnaît la voix de sa maman, lui dire pourquoi il pleure) »

o « Sur les photos 4 et 5 qu'est-ce qu'on remarque ? La maman et le bébé font ... ? Oui, ils font la même chose, la même grimace et le même geste. » En

fait, faire le même geste que le bébé, la même grimace, le même son cela va encourager le bébé à communiquer avec nous. Il ne faut pas hésiter à l'imiter.

3.1.2.4.4.4 - 3^{ème} message : « Plus je communique avec lui, mieux il parlera, et ainsi, mieux il accédera à la lecture et à l'écriture»



La troisième partie a pour but de faire comprendre aux participantes l'intérêt de communiquer avec son bébé et les moyens matériels qui sont à leur disposition pour favoriser le développement du langage. L'axe choisi pour permettre aux futures mamans de saisir l'importance de communiquer avec leur bébé a été celui de la réussite scolaire. Au-delà de l'appui théorique dont nous disposons pour affirmer que la maîtrise du langage du jeune enfant est corrélé à ses résultats scolaires, nous avons pu relever, grâce aux discussions avec l'équipe, que les dames étaient attachées à la réussite scolaire de leur enfant. Nous avons donc choisi d'en faire un levier pour espérer une mise en application efficace des messages reçus. De plus, nous avons pensé qu'une des raisons pour lesquelles les mères ne reprenaient pas chez elles les conseils des puéricultrices lorsqu'ils étaient donnés en individuel de manière informelle était le manque de

compréhension de l'intérêt d'agir ainsi. Nous avons donc choisi de permettre à ces dames de comprendre les tenants et les aboutissants des interactions avec le bébé. Après avoir transmis le « pourquoi », nous avons pris le parti de découvrir ensemble des supports favorables au développement du langage que sont le livre, les comptines, les jeux sensoriels et un environnement sans écran et précautionneux quant à la tétine. Enfin, la question du bilinguisme a été abordée.

Le déroulé de cette troisième partie est le suivant :

o *Mais alors pourquoi est-ce si important de l'encourager à communiquer et de communiquer avec lui ?*

o *« Plus vous communiquez avec lui et mieux il comprend et il parle. Mieux il comprend et il parle et mieux il lit et il écrit. Mieux il lit et il écrit et mieux il réussit à l'école. »*

o *« Comment donc l'aider à parler et à comprendre ? » On dispose de nouvelles photos : n°6 à 11. « Qu'est-ce que l'enfant fait sur les photos ? »*

Il a une tétine et il est réveillé (n°6), il a une tétine et il dort (n°7), il regarde un livre (n°8), il joue avec des jouets (n°9), il joue sur l'ordinateur (n°10), il chante une comptine (n°11).

o *On reprend chaque photo et on l'explique :*

« Il joue » : On peut proposer des jouets colorés et de différentes matières : le bébé développe ses sens (le toucher, la vue, le goût, les différents sons). Il comprend le monde en manipulant ce qu'il a autour de lui, en utilisant ses 5 sens : toucher, vue, ouïe, odorat, goût. Jouer avec des objets va développer sa pensée et le langage.

Contrairement aux écrans qui ne servent à rien. Le bébé n'exerce aucun de ses sens en étant devant, n'imagine pas, n'est pas en relation avec les autres et ne développe ni sa pensée (vider, remplir par exemple) ni son langage (accompagner son jeu de sons). Même les émissions proposées pour les tout petits n'ont aucun intérêt. Elles existent seulement à titre commercial et ne vont pas aider votre enfant à grandir, au contraire.

« Il a une tétine et il dort. Il a une tétine et il est réveillé » : A votre avis quand la tétine est-elle utile ? Les moments où la tétine est utile : sommeil, chagrin, peur, colère. Il est préférable de ne pas la donner pendant les temps de jeu lorsque le bébé est réveillé car il ne peut pas parler !

Il a besoin de sa bouche pour apprendre à parler et y mettre les objets pour les découvrir. Proposer d'arrêter la tétine vers 2 ans et demi.

« Il chante une comptine » : demander si les mamans connaissent des comptines avec des gestes dans leur langue. Les enfants font des petits gestes, imitent les parents. Ces petits gestes et la musique permettent au bébé de mieux comprendre le langage et de le retenir plus vite. Elles sont familières et rassurantes

« Il regarde un livre » : dès la naissance ! Ils développent le vocabulaire, l'attention, tous les sens (toucher, vue, écoute). Ils permettent de s'habituer aux livres. On peut le laisser à l'enfant sans forcément raconter l'histoire.

o *Enfin, en quelle langue parler ? Faire un tour de table et demander aux mamans dans quelle langue elles souhaitent parler à leur enfant. Puis faire un second tour en leur demandant dans quelle langue elles sont le plus à l'aise pour parler. L'idéal est de faire concorder les deux. Si l'enfant parle bien sa langue maternelle, il apprendra facilement le français. Les écrans ne sont pas un moyen pour apprendre le français !*

Refaire un dernier tour des participantes afin de demander s'il y a un changement dans leur souhait. La langue avec laquelle elles sont le plus à l'aise est la langue à parler à leur enfant.

On parle toujours la même langue. On respecte la règle d'1 parent 1 langue. Par contre lorsqu'on est en famille, on parle la langue commune de la famille.

o *Est-ce que vous avez des questions ?*

3.1.2.4.4.5 Conclusion

Nous finissons le groupe sur un temps de conclusion qui nous permet de rappeler les messages essentiels de chacune des trois parties précédentes. Suite à cela, la vidéo « Dis- moi ... pourquoi parler à un bébé ? » de 2 minutes, produite par l'association québécoise des Centres de la Petite Enfance, reprend une dernière fois ces mêmes messages. Nous distribuons ensuite les livrets Objectif Langage de l'APOH afin d'assurer une cohérence et une continuité entre les différentes actions de prévention sur le territoire et permettre aux participantes de garder une trace concrète de l'atelier. Enfin, les participantes remplissent un questionnaire de satisfaction (cf Annexe 7) permettant de savoir si l'atelier a répondu à leurs attentes, s'il va faire évoluer leurs

manières de faire avec leur futur bébé, si elles auraient aimé discuter plus longtemps d'un thème ou aborder d'autres thèmes, si la quantité d'informations et la durée étaient adaptées, si le groupe et le nombre de personnes étaient pertinent et si elles étaient à l'aise pour prendre la parole.

Le déroulé de la conclusion est le suivant :

o « *Nous allons regarder une vidéo qui résume tout ce que vous avez dit aujourd'hui.* »

*Je vous fais d'abord un petit résumé : **mon bébé communique avec le regard, les gestes, les sons, le sourire. Je peux communiquer avec lui par le regard, les gestes, les mots en disant ce qui se passe autour de lui. C'est important car plus je lui parle, plus il parle et il comprend, mieux il réussit à l'école. Pour ça je peux regarder des livres avec lui et lui chanter des comptines.***

o *Distribution du livret OL: voici un petit livret qui comprend les photos qu'on a vues ensemble et une partie de ce que vous avez partagé aujourd'hui. Il est pour vous, vous pouvez le regarder avec votre famille, le ressortir quand vous en avez envie.*

o *Questionnaire de satisfaction: voici un petit questionnaire sur ce moment ensemble pour que vous puissiez donner votre avis et nous dire si ça vous a convenu.*

o *Merci d'être venues !*

3.1.2.5 T1

Le second questionnaire a été proposé au 2 mois du bébé plus ou moins 2 semaines au groupe ayant participé à l'action de prévention et au groupe contrôle. Il devait être proposé par la puéricultrice de la PMI. Cependant, peu de femmes ont continué un suivi à la PMI et des difficultés institutionnelles ont conduit une sage-femme à réaliser les 2^{ds} questionnaires. Notre tentative de créer un lien entre la grossesse et l'arrivée du bébé à la PMI n'a pas abouti. La professionnelle a suivi, de la même manière que pour le premier questionnaire, strictement la trame afin d'éviter les biais personnels. Le questionnaire a été lu. La mère répondait à l'oral et la puéricultrice transcrivait ses réponses. Elle a noté aussi, les éventuels questionnements sur le langage de la mère et y a répondu.

3.1.3 Variables et hypothèses opérationnelles

2 variables indépendantes :

- le groupe à 2 modalités « intervention » et « témoin »
- le moment de l'évaluation à 2 modalités « T0 » et « T1 »

1 variable dépendante : scores aux questionnaires.

Hypothèses opérationnelles :

H1 : les scores totaux et par chapitre obtenus à T1 seront significativement plus élevés, par groupe et indépendamment du groupe, que les scores obtenus à T0.

H2 : la différence des scores totaux et par chapitre obtenus entre T1 et T0 sera significativement plus élevée pour le groupe intervention que le groupe témoin.

H3 : le score du groupe intervention à la question portant sur le sentiment d'information à T1 sera plus élevé que celui du groupe témoin.

3.1.4 Traitement des données

Nous avons créé une fiche de cotation par sujet. Cette fiche comportait d'une part les résultats aux deux questionnaires afin de mesurer l'évolution des réponses globalement et selon chaque chapitre. Les chapitres concernés sont au nombre de quatre. Le chapitre « Les débuts de la communication » cible les questions évaluant la qualité, la quantité et l'adaptation des interactions précoces. Viennent ensuite les chapitres « La succion », « Les livres » et « Les écrans » qui évaluent les comportements porteurs à la communication dans ces domaines.

Des scores maximum pour chaque questionnaire et des scores par chapitre ont ainsi été calculés (cf Annexe 2 et 6). Les questions dotées d'un score rouge ont permis de calculer le score total et ceux par chapitre qui ont ensuite fait l'objet d'une analyse statistique quantitative via le logiciel *Statistica*. Ces scores maximum théoriques diffèrent en fonction des critères suivants : participante primipare ou multipare, lectrice ou non lectrice. Afin de pouvoir les comparer, nous les avons donc rapportés en pourcentage. Nous avons de plus exploré, au sein du GI, l'impact du niveau de français, de la primiparité ou multiparité, et de la situation familiale sur la réception globale du message de prévention.

D'autre part, certaines questions ont été munies d'un score en orange. Il s'agissait des items interrogeant le niveau de demande d'information, le niveau du sentiment

d'information et le niveau d'inquiétude concernant la succion. Ils ont été analysés individuellement afin d'enrichir notre analyse quantitative et qualitative de l'efficacité du groupe.

Enfin, les items restants et le questionnaire de satisfaction ont fait l'objet d'une analyse qualitative.

4- RESULTATS

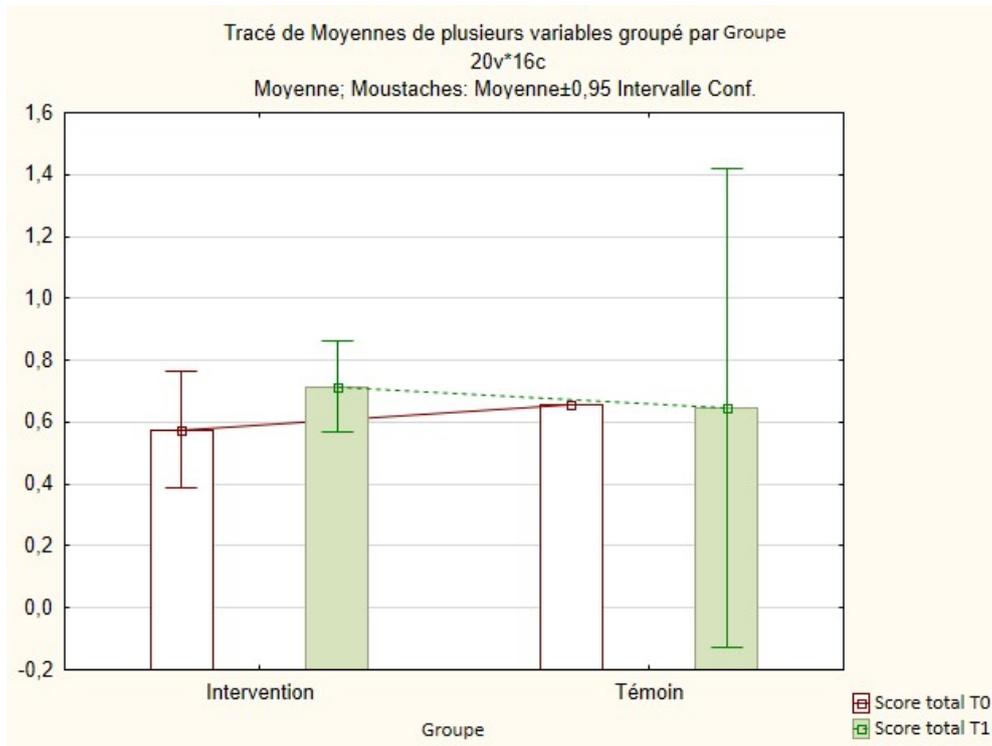
4.1 Vérification des hypothèses

Nous disposons d'un nombre de sujets trop restreint pour obtenir des résultats significatifs. Toutefois nous avons réalisé des analyses statistiques rigoureuses à titre informatif et expérimental tel qu'il aurait fallu le faire avec un échantillon plus important.

Tableau récapitulatif des résultats principaux

<i>Numéro d'anonymat</i>	<i>Groupe</i>	<i>Niveau de français</i>	<i>Primiparité</i>	<i>Situation familiale</i>	<i>Niveau de demande d'information</i>	<i>Niveau du sentiment d'information</i>	<i>Score global T0</i>	<i>Score global T1</i>
3	Interv.	A	non	Seule	1	0	41/82	52/82
4	Interv.	A	oui	Seule	3	3	54/73	58/73
7	Interv.	Pas du tout	oui	En couple	2	3	48/73	43/73
18	Interv.	B	non	Seule	1	3	29/82	56/82
10	Interv.	C	oui	Non renseigné	3	3	47/73	58/73
5	Témoin	A	non	En couple	3	2	54/82	58/82
9	Témoin	B	non	En couple	2	3	54/82	52/82

4.1.1 Vérification de H1 : « les scores totaux et par chapitre obtenus à T1 seront significativement plus élevés, par groupe et indépendamment du groupe, que les scores obtenus à T0 »



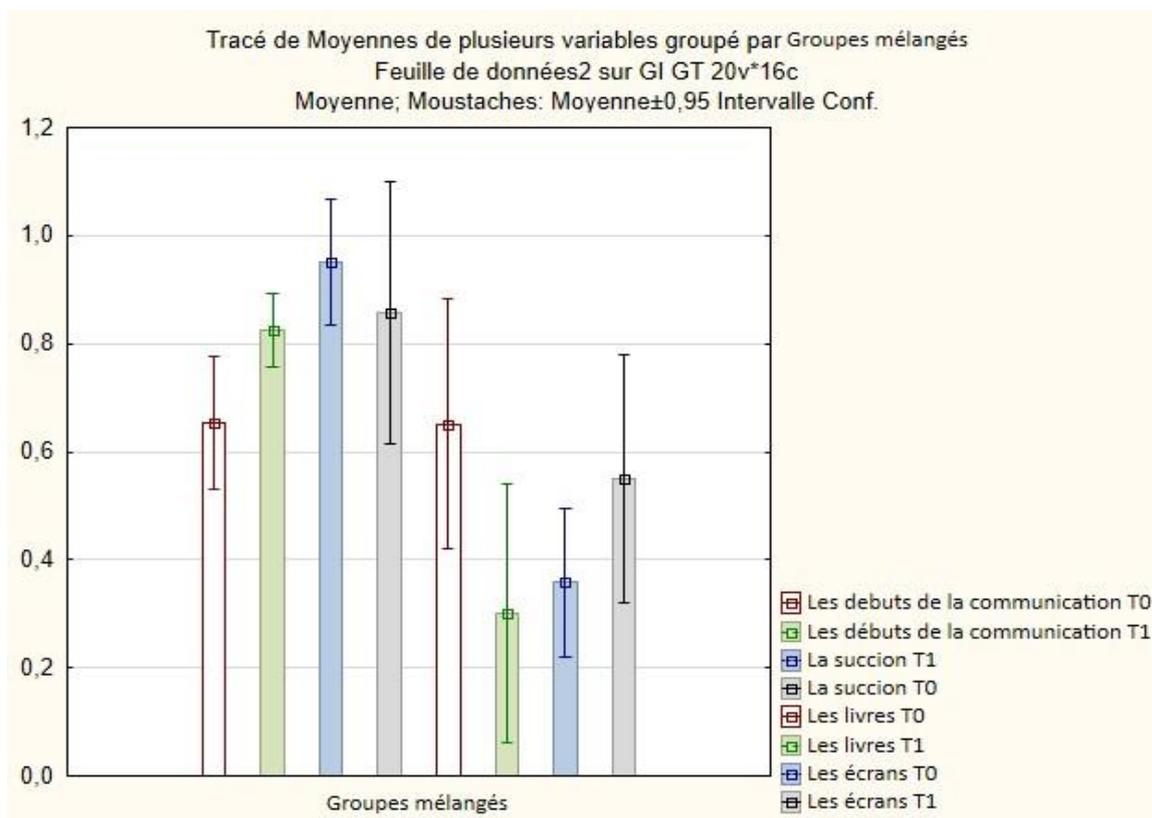
En ordonnée : la moyenne des scores en pourcentages compris entre 0 et 1 c'est-à-dire entre 0% et 100% de bonnes réponses. En raison d'un faible nombre de sujets, l'intervalle de confiance est très faible. Il indique que les chances de nous tromper dans nos conclusions sont importantes. C'est pourquoi il varie entre -0.1 et 1.45.

Nous avons réalisé le test de Wilcoxon pour comparer l'évolution des scores totaux entre T0 et T1 par groupe et indépendamment du groupe.

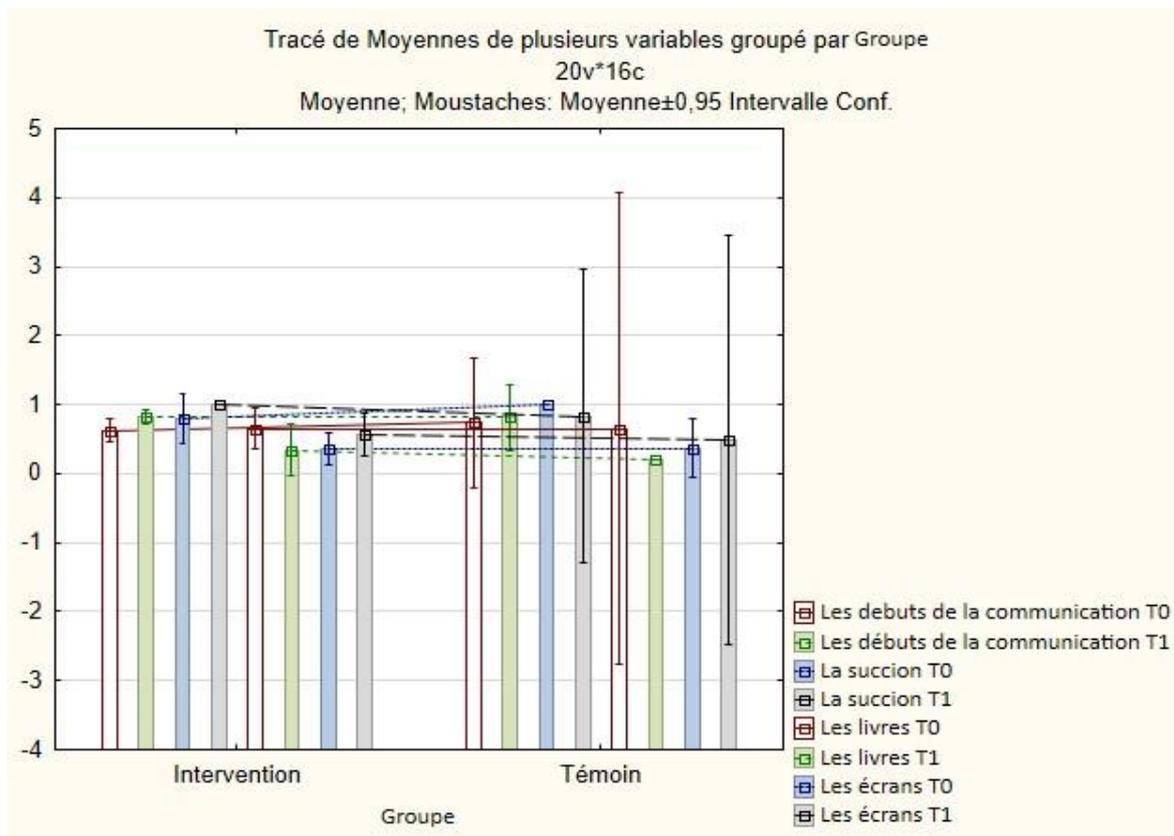
La comparaison des scores totaux aux questionnaires à T0 et T1, les deux groupes mélangés, par un calcul du W de Wilcoxon (cf. Annexe 8-1) ne montre pas de différence significative entre le premier questionnaire et le second [W=5, NS]. Ceci invalide H1 : la prévention via le groupe Objectif Langage ou seulement les informations données habituellement n'ont pas d'effet sur les comportements porteurs à la communication des mères. Ils ne s'améliorent pas significativement.

Le calcul de Wilcoxon, comparant les scores totaux aux questionnaires à T0 et T1, pour le groupe intervention, ne montre pas de différence significative, mais on peut tout de même noter une tendance (cf. Annexe 8-6) [$W=1$, $p<.08$]. Ceci aurait tendance à valider H1 : comme nous pouvons le remarquer sur le graphique, la participation au groupe de prévention a eu un effet positif sur les comportements porteurs à la communication des mères.

Le calcul de Wilcoxon, comparant les questionnaires à T0 et T1, pour le groupe témoin, ne montre pas de différence significative (cf. Annexe 8-11) [$W=1$, NS]. Ceci invalide H1 : les informations données habituellement, principalement par la PMI, n'améliore pas les comportements porteurs à la communication des mères.



En ordonnée : la moyenne des scores en pourcentages compris entre 0 et 1 c'est-à-dire entre 0% et 100% de bonnes réponses.



En ordonnée : la moyenne des scores en pourcentages compris entre 0 et 1 c'est-à-dire entre 0% et 100% de bonnes réponses.

Nous avons réalisé le test de Wilcoxon pour comparer l'évolution des scores par chapitre entre T1 et T2 indépendamment des groupes et par groupe.

Les calculs de Wilcoxon, comparant les scores aux questionnaires à T0 et T1, indépendamment du groupe, pour chaque chapitre ne sont pas significatifs pour les chapitres *La succion* et *Les écrans* [W=1.5 ; 6, NS] (cf Annexe 8-3 et 8-5). Cela invalide H1 : il n'y a pas d'amélioration des comportements concernant la succion et les écrans grâce au groupe ou aux informations délivrées habituellement par la PMI. Les calculs sont significatifs pour le chapitre *Les livres* [W=0, p<.05] (cf Annexe 8-4). Ceci invalide cependant H1 comme on peut le voir sur le graphique. On observe au contraire une dégradation significative des comportements concernant l'utilisation du livre indépendamment du groupe.

En revanche les calculs montrent un effet significatif pour le chapitre *Les débuts de la communication* [W(6)=0, p<.05] (cf Annexe 8-2). Cela valide H1 : le message de

prévention délivré via le groupe et les simples informations de la PMI ont, comme on peut le voir sur le graphique, un effet positif sur les comportements concernant les interactions précoces et l'utilisation du livre.

Les calculs de Wilcoxon, comparant les scores aux questionnaires à T0 et T1 du groupe intervention pour chaque chapitre ne sont pas significatifs pour les chapitres *La succion* et *Les écrans* [$W=0 ; 2$, NS] (cf Annexe 8-8 et 8-10). Cela invalide H1 : il n'y a pas d'amélioration des comportements concernant la succion et les écrans grâce au groupe Objectif Langage. Les calculs sont significatifs pour le chapitre *Les livres* [$W=0$, $p<.05$] (cf Annexe 8-9). Ceci invalide cependant H1 comme on peut le voir sur le graphique. On observe au contraire une dégradation significative des comportements concernant l'utilisation du livre après le groupe de prévention.

Enfin, les calculs ne montrent pas un effet significatif mais on peut noter une tendance pour le chapitre *Les débuts de la communication* [$W=0$, $p<.07$] (cf Annexe 8-7). Cela aurait tendance à valider H1 : le message de prévention délivré via le groupe aurait tendance à montrer un effet positif sur les comportements concernant les interactions précoces.

Les calculs de Wilcoxon, comparant les scores aux questionnaires à T0 et T1 du groupe témoin pour chaque chapitre ne sont pas significatifs pour les chapitres *Les débuts de la communication*, *La succion*, *Les livres* et *Les Ecrans* [$W=0 ; 0 ; 1$, NS] (cf Annexe 8-12, 8-13, 8-14, 8-15), ce qui invalide H1 : les informations habituellement données par la PMI ne permettent pas une amélioration significative des comportements porteurs à la communication dans chacun de ces domaines.

En conclusion, on observe une grande hétérogénéité des résultats entre les chapitres. A cause de cette hétérogénéité notamment, nous ne pouvons pas observer d'amélioration significative globale des comportements porteurs à la communication après l'atelier Objectif Langage. Cependant la prévention sur les comportements porteurs à la communication, et plus spécifiquement le module concernant les interactions précoces, auraient tendance à montrer un effet positif. Les sections concernant l'utilisation du livre, la succion et les écrans semblent en revanche peu efficaces.

D'autre part, les informations délivrées habituellement par la PMI ne permettraient pas quant à elles d'améliorer significativement les comportements porteurs à la communication des mères.

4.1.2 Vérification de H2 : « la différence des scores totaux et par chapitre obtenus entre T1 et T0 sera significativement plus élevée pour le groupe intervention que le groupe témoin »

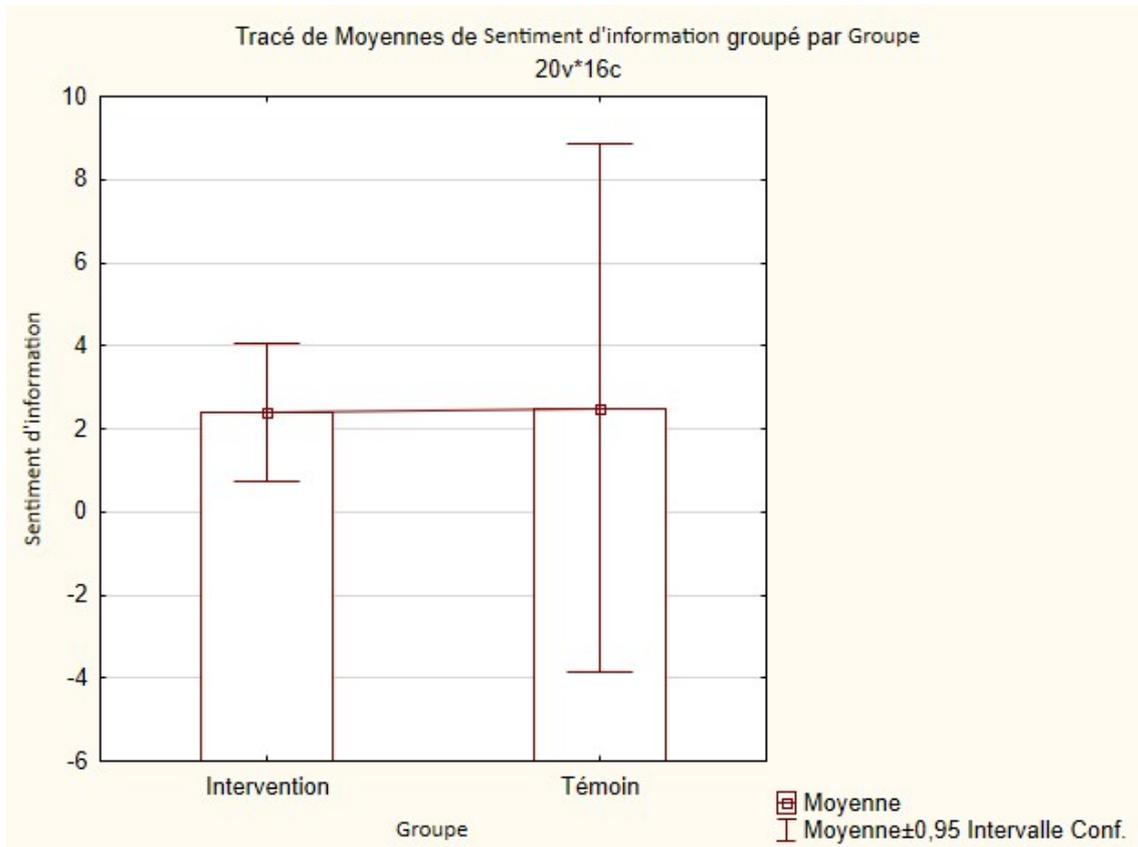
Nous avons réalisé le test U de Mann-Whitney pour comparer la différence des scores totaux, et par chapitre, entre T1 et T0 pour le groupe intervention et le groupe témoin.

Le calcul du U de Mann-Whitney, comparant la différence T1-T0 des scores totaux entre le groupe intervention et le groupe témoin n'est pas significatif [U=1, NS] (cf Annexe 8-16), ce qui invalide H2 : les comportements porteurs à la communication n'augmentent pas significativement plus chez les sujets du groupe intervention que chez les sujets du groupe témoin.

Le calcul du U de Mann-Whitney, comparant la différence T1-T0 des scores par chapitre entre le groupe intervention et le groupe témoin ne montre pas d'effet significatif concernant les chapitres *Les débuts de la communication, La succion, Les livres* et *Les écrans* [U=2 ; 1,5 ; 4 ; 4, NS] (cf Annexe 8-17, 8-18, 8-19, 8-20), ce qui invalide H2 : le groupe de prévention ne permet pas une amélioration significative par rapport aux informations délivrées habituellement des comportements dans ces domaines.

En conclusion, le groupe de prévention ne permettrait pas d'améliorer les comportements porteurs à la communication significativement plus que les canaux d'information habituels.

4.1.3 Vérification de H3 : « le score du groupe intervention à la question portant sur le sentiment d'information à T1 sera plus élevé que celui du groupe témoin »



En ordonnée : la moyenne du niveau de sentiment d'information compris entre 0 et 3. L'intervalle de confiance très faible varie entre -4 et 9.

Nous avons réalisé un test U de Mann-Whitney avec la correction de continuité pour comparer la différence du score du groupe intervention et du groupe témoin à la question portant sur le sentiment d'information à T1. La question était la suivante :

Estimez-vous avoir reçu assez d'informations sur le sujet ?

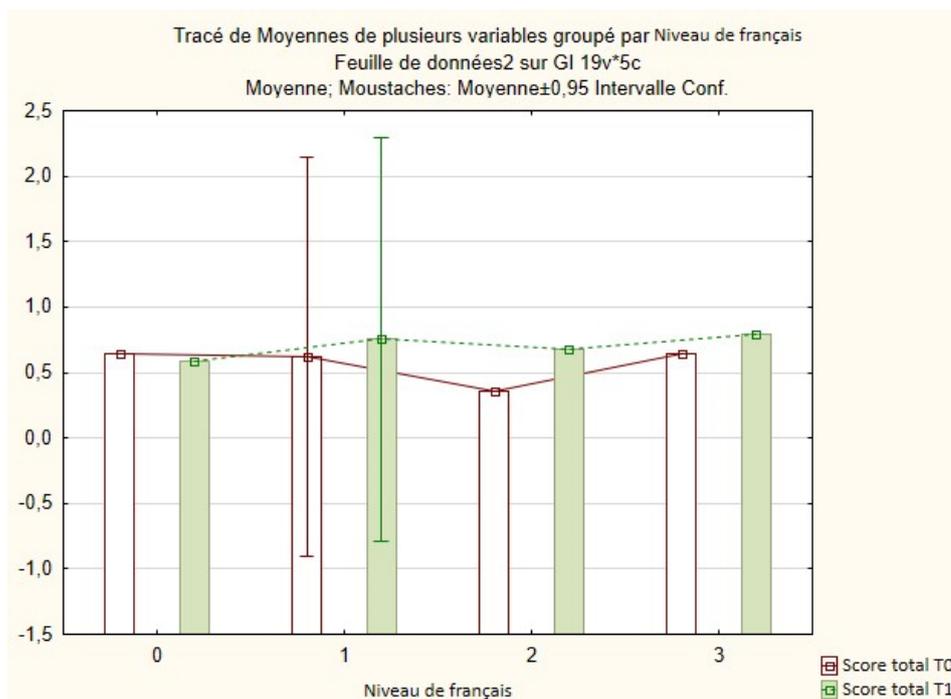
O pas du tout (0) O plutôt non (1) O plutôt oui (2) O tout à fait (3)

Le calcul du U de Mann-Whitney, comparant la différence T1-T0 du score à la question portant sur le sentiment d'information entre le groupe intervention et le groupe témoin n'est pas significatif [U=4, NS] (cf Annexe 8-21), ce qui invalide H3 : les mères du groupe intervention ne se sentent significativement pas plus et mieux informées que

celles du groupe témoin. Le groupe de prévention ne permettrait pas d'améliorer le sentiment d'information.

4.2 Pistes exploratoires

4.2.1 Impact du niveau de français sur la réception du message de prévention



En ordonnée : la moyenne des scores en pourcentages compris entre 0 et 1 c'est-à-dire entre 0% et 100% de bonnes réponses.

Le niveau de français compris entre 0 et 3 correspond au niveau évalué de manière subjective par la sage-femme lors de la passation du questionnaire à T0. L'item était présenté de la manière suivante :

O A : peut comprendre et utiliser des énoncés simples qui visent à satisfaire des besoins concrets (1)

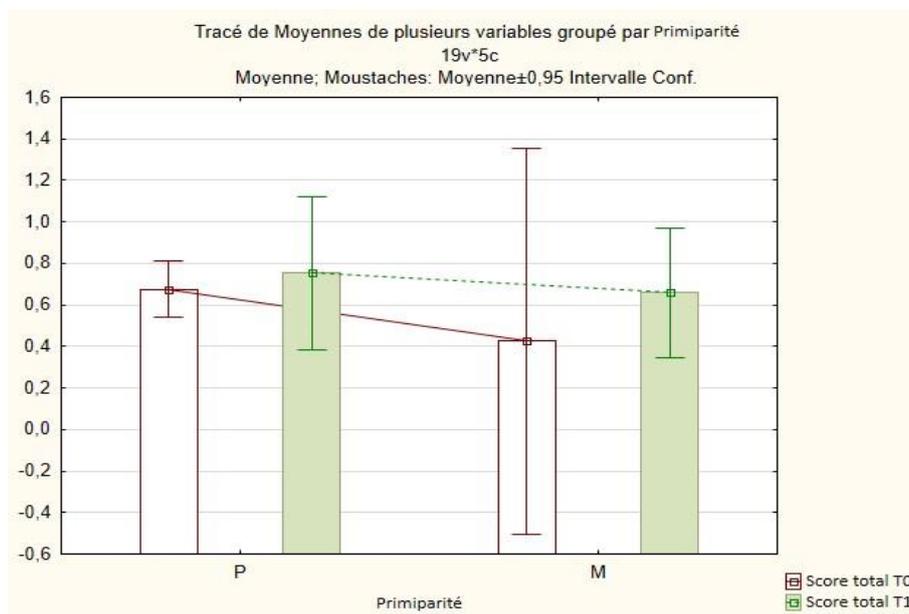
O B : peut comprendre les points essentiels d'un sujet concret ou abstrait et produire un discours cohérent sur des sujets familiers variés (2)

O C : peut comprendre et utiliser la langue sans effort (3)

Les niveaux A, B et C correspondent à ceux du Cadre Européen de Référence pour les Langues. Le cas de la dame ne maîtrisant pas du tout le français n'avait pas été envisagé. Les sages-femmes n'ont donc dans ce cas rien coché et l'ont annoté.

Les participantes ne maîtrisant pas du tout le français ont été accompagnées à l'atelier par leur conjoint qui, lui, déclarait avoir un niveau A. Cependant, cela a été très difficile à vérifier et nous n'avons pas pu contrôler les traductions effectuées, ce qui pourrait expliquer les résultats obtenus. En effet, on remarque sur le graphique que le niveau de français aurait un impact sur la réception du message de prévention. En effet, dès que la participante maîtrise un niveau de français minimum son score augmente. Au contraire, si elle ne maîtrise pas du tout la langue son score baisse entre T0 et T1.

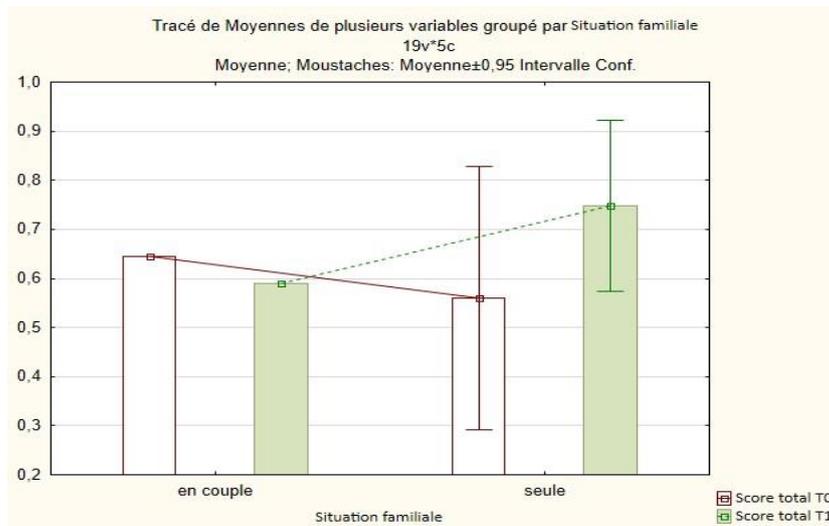
4.2.2 Impact de la primiparité sur la réception du message de prévention



En ordonnée : la moyenne des scores en pourcentages compris entre 0 et 1 c'est-à-dire entre 0% et 100% de bonnes réponses.

On constate sur ce graphique que les primipares et les multipares ont des résultats similaires au 2nd questionnaire. Les primipares ont, de plus, de meilleurs scores à T0. Le fait d'avoir déjà des enfants n'impliquerait pas nécessairement une meilleure connaissance des comportements porteurs à la communication.

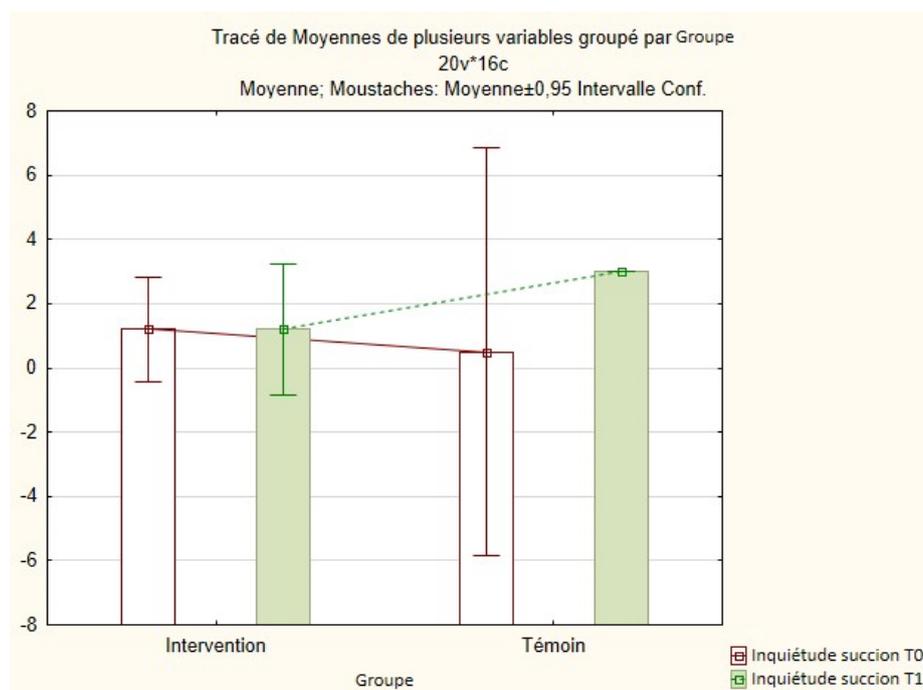
4.2.3 Impact de la situation familiale sur la réception du message de prévention



En ordonnée : la moyenne des scores en pourcentages compris entre 0 et 1 c'est-à-dire entre 0% et 100% de bonnes réponses.

Il semblerait que les femmes seules se soient globalement plus saisi du message de prévention que les femmes en couple.

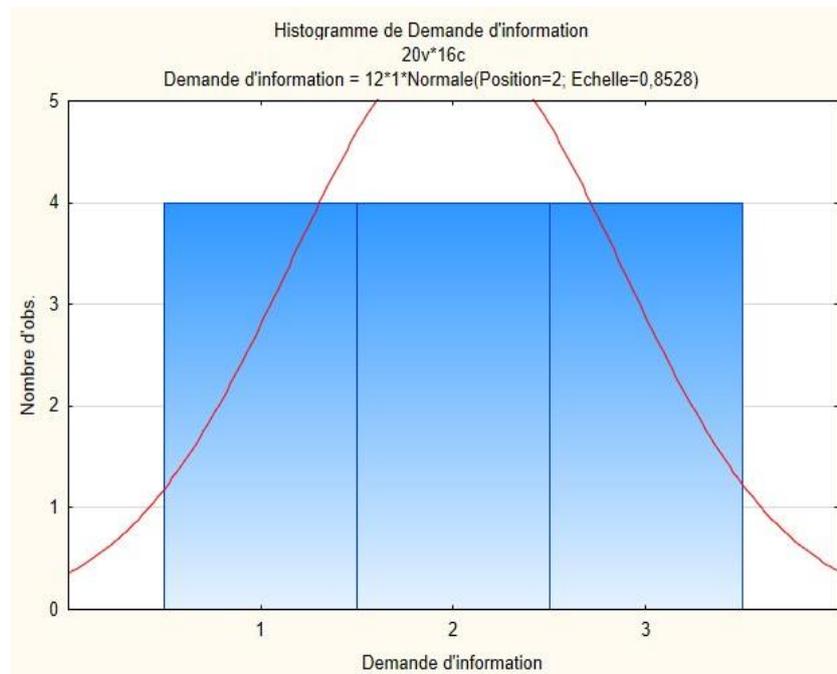
4.2.4 Comparaison de l'évolution de l'inquiétude concernant la succion



En ordonnée : la moyenne des scores du niveau d'inquiétude compris entre 0 et 3.

Les sujets du groupe intervention sont moins inquiets à T1 que les sujets du groupe témoin. Le groupe aurait ainsi permis de répondre et d'anticiper les inquiétudes de la mère concernant la succion.

4.2.5 Niveau de demande d'information.



Nous avons mis en lumière le niveau de demande d'information sur la communication du et avec le bébé à partir du score obtenu à la question suivante dans le 1^{er} questionnaire à T0 :

Seriez-vous intéressée pour avoir plus d'informations sur le sujet ?

Onon, ça ne vous intéresse pas(0) Oça ne vous intéresse pas trop mais pourquoi pas (1)

O oui vous avez quelques questions (2) O oui vous seriez très intéressée (3)

Nous avons inclus ici les 12 femmes ayant répondu au 1^{er} questionnaire.

On remarque sur cet histogramme que le niveau de demande est très hétérogène.

4.3 Analyse qualitative

Les données utilisées pour les analyses qualitatives, puisqu'elles ne font pas l'objet d'une comparaison statistique entre T0 et T1, diffèrent. Il sera donc précisé le type de données utilisé avant chaque analyse.

4.3.1 Une grande diversité culturelle

Nous nous sommes intéressés ici aux réponses données par tous les sujets (12), indépendamment de leur groupe d'inclusion, ayant répondu au 1^{er} questionnaire à T0, aux questions concernant les langues du foyer. On ne relève pas moins de douze langues. 3 enfants sur 12 seront face à une situation de bilinguisme au sein de leur foyer. Seuls 2 foyers ont comme langue unique le français. Dans 7 foyers l'enfant ne sera pas exposé à la langue française et ne la découvrira qu'à partir de ses lieux de socialisation.

Nous avons réalisé un nuage de mots mettant en lumière la diversité des langues des sujets participant à l'étude :



Cette diversité langagière marque une importante diversité culturelle au sein de la population ciblée pour cette étude.

4.3.2 Les informations sur le langage : qui, quoi, quand, où ?

Nous nous sommes intéressés ici à la totalité des répondants à T0 (12) et à T1(8).

On relève à T0 que seulement 3 personnes sur 12 ont déjà reçu des informations concernant le langage et la communication du et avec le bébé. Seule une participante avait fait des recherches sur internet en amont. Une participante avait entendu une émission de radio marocaine sur le sujet et une autre avait reçu des informations orales par son médecin généraliste. A T1, 4 répondantes sur 8 avaient reçu une information orale et un document papier de la PMI. Les 4 autres répondantes affirmaient n'avoir reçu aucune information.

On relève pour finir très peu de questionnements individuels. En effet, seuls 2 sujets sur 12 à T0 ont exprimé une question à la fin du 1^{er} questionnaire. Ces questionnements

étaient généraux sur la communication avec le bébé. Ainsi, on ne relève aucune question spécifique pouvant témoigner d'un intérêt préexistant à notre action de prévention.

4.3.3 Question ouverte concernant les modes de communication du bébé

Nous avons créé deux nuages de mots illustrant les réponses formulées par les participantes à T0 et T1.



Nuage de mots T0



Nuage de mots T1

Nous pouvons remarquer premièrement la diversité des réponses à T0 qui ont été évoquées par 7 sujets sur 12. On pourrait conclure à des informations concernant le sujet préexistantes et/ou à de bonnes intuitions et ressources personnelles puisque les propositions provenaient de plus de la moitié des sujets et étaient pertinentes.

A T1, la totalité des sujets répondants ont évoqué un ou plusieurs modes de communication du bébé. Seulement 5 modes de communication sont évoqués à T0 contre 6 à T1. Nous pouvons mettre en évidence que les réponses sont beaucoup plus diversifiées et nuancées à T1. Cet enrichissement provient autant du groupe intervention que du groupe témoin. Cependant, on relève que la seule personne ayant parlé du babillage est la personne consultant une orthophoniste du groupe témoin.

4.3.4 *Le rapport à la lecture*

Toutes les participantes se sont déclarées lectrices au moins dans leur langue maternelle. Aucun test n'a été effectué pour vérifier objectivement cette information afin de déterminer le niveau réel de lecture qui, de fait, impacte les habitudes de lecture.

On s'est intéressé à la totalité des réponses à T0 (12) et T1 (8).

A T0, 6 sujets sur 12 n'avaient rien lu dans la semaine. 2 personnes avaient lu un magazine, 2 autres un roman, 2 autres un livre pour enfant et une dernière avait consulté internet. A T1, 5 participantes avaient lu un magazine, 3 un roman et une seule n'avait pas eu d'activité de lecture. On remarque donc que les activités de lecture semblent peu présentes et peu diversifiées.

Concernant l'utilisation des livres pour enfants, les données suivantes sont celles recueillies essentiellement à T0. En effet, à la question ouverte portant sur l'utilisation des livres avec les enfants, différemment de la lecture, 9 personnes sur 12 ont répondu contre 1 personne sur 8 à T1. On pourrait donc ici aussi conclure à des informations concernant le sujet préexistantes et/ou à de bonnes intuitions et ressources personnelles puisque les propositions étaient dans l'ensemble pertinentes.

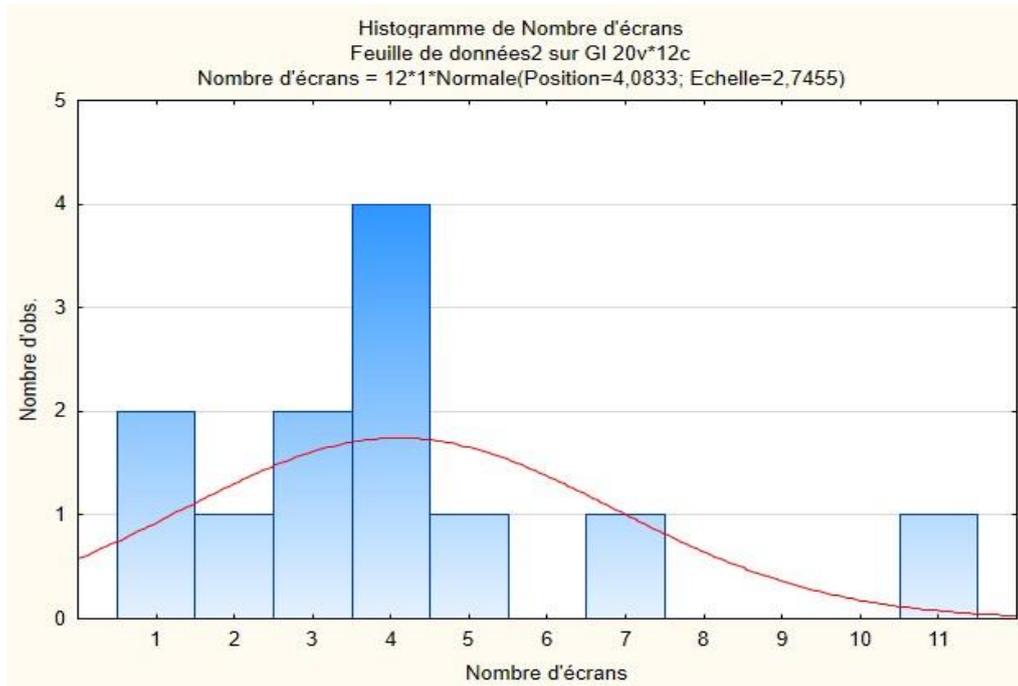
Elles comprenaient les éléments suivants se rapportant au développement des sens, de l'imagination, de l'autonomie et de l'attention conjointe :



A word cloud of terms related to child development and reading. The words are arranged in a cluster, with 'gestuelle' and 'image' being the largest and most prominent. Other words include 'imagination', 'développer', 'toucher', 'commenter', 'regarder', 'sentir', 'donner', and 'autonome'.

imagination
développer
gestuelle
image
toucher
commenter
regarder
sentir
donner
autonome

4.3.5 Le rapport aux écrans



Nous avons réalisé un histogramme illustrant le nombre d'écrans présents dans les foyers. Il nous informe sur le fait que les écrans sont bien présents quotidiennement au sein des familles.

Nous nous sommes intéressés ensuite à l'utilisation des écrans. 6 personnes sur 12 à T0 déclarent vouloir changer et réduire l'utilisation des écrans après l'arrivée de leur bébé. A T1, sur ces 6 personnes, 2 déclarent avoir réellement changé l'utilisation des écrans, 3 déclarent que ce n'est pas le cas et une a été perdue de vue. Sur les 3 personnes qui n'ont finalement pas changé leur utilisation, 2 ont participé à un groupe de prévention. Cela vient donc interroger, en complément des analyses quantitatives, sur l'efficacité de l'action de prévention concernant l'utilisation des écrans. En effet, en complément de cette donnée, nous pouvons remarquer qu'aucun sujet du groupe intervention ayant déclaré ne pas souhaiter changer l'utilisation des écrans n'a changé d'avis. En revanche au sein du groupe témoin 2 personnes ont eu cette trajectoire dont une qui n'est pas comptabilisée dans les analyses statistiques quantitatives car étant allée consulter une orthophoniste entre T0 et T1. La formation des sages-femmes sur ce thème a peut-être contribué à ce résultat pour ce sujet du groupe témoin.

4.3.6 La (mé)connaissance du rôle de l'orthophoniste

A T0, 8 personnes sur 12 n'ont pas connaissance de l'existence du métier d'orthophoniste. 2 sujets pensent que les orthophonistes interviennent à partir de 3 ans et 2 sujets pensent qu'ils interviennent à partir de 6 ans. La méconnaissance du métier est donc certaine.

A T1, sur les 5 sujets du groupe intervention, 3 n'ont encore pas connaissance du métier et 2 pensent que les orthophonistes interviennent dès la naissance. Dans le groupe témoin, il n'y a pas de changement sauf pour la dame ayant consulté une orthophoniste et qui sait qu'elle peut intervenir dès la naissance.

4.4 Analyse du questionnaire de satisfaction

Nous avons comptabilisé pour l'étude de ces données les 6 questionnaires remplis par les participantes à la fin de l'atelier de groupe.

4.4.1 Satisfaction globale

Les participantes déclarent que le groupe a répondu à leurs attentes (3 réponses « tout à fait et 3 réponses « plutôt oui ») et qu'elles le recommanderaient à leurs proches. Les commentaires libres à la fin du questionnaire comprennent en outre les observations suivantes : « très bien, très bon atelier, très interactif, intéressant », « bon moment ».

D'autre part, les participantes déclarent que cet atelier va faire évoluer leur manière de faire avec leur bébé sauf une (1 réponse « pas du tout », 4 réponses « plutôt oui », 1 réponse « tout à fait »). Deux participantes font référence à la communication avec leur bébé dès la naissance et une évoque une nouvelle utilisation du livre.

4.4.2 Réactions concernant le contenu : le thème de la communication

D'une part, pour 5 participantes sur 6 la durée du groupe, la quantité d'information, et les thèmes abordés étaient adaptés. Au sein de ces 5 sujets, l'un déclare qu'il aurait voulu aborder plus longtemps le sujet des tablettes, ce qui fait écho à notre analyse précédente sur le temps consacré à ce chapitre et la question de son efficacité ; un autre aurait aimé aborder ce qu'il se passe pour le bébé, hors domaine du langage, à la naissance. D'autre part, 1 participante sur 6 a répondu différemment. Elle est la seule n'ayant pas pu bénéficier d'un groupe étant données les absences des autres dames conviées. Elle s'est donc retrouvée seule avec la sage-femme. Elle a trouvé que le temps

était trop court, la quantité d'information trop importante et elle aurait donc aimé aborder plus longuement la communication avec l'enfant. Cela montrerait l'effet positif du groupe quant à la possibilité de délivrer et co-construire un message de prévention riche et adapté. Nous sommes toutefois bien conscients que nos réflexions s'appuient sur un nombre de sujets trop restreints.

4.4.3 Réactions concernant l'organisation : un atelier de groupe

A part la dame seule pour qui le nombre de participants était trop faible, les 5 autres participantes ont apprécié la taille du groupe qui était constitué de 6 ou 7 personnes en comptant les animatrices. Quatre participantes disent en commentaire libre avoir apprécié le groupe car il leur a permis de « partager [leurs] expériences », « d'échanger » et d'être « entourées par des professionnelles ». Cela nous permet d'atteindre un de nos objectifs qui était de favoriser l'échange pour la co-construction du message. Cet échange ne pouvait pas se faire sans une possibilité de prise de parole détendue. Les participantes affirment de ce côté qu'elles ont pu facilement prendre la parole. Cinq personnes font d'ailleurs un commentaire libre sur cette question. Les éléments qui ont favorisé selon elles la prise de parole sont les suivants : la taille du groupe, la sollicitation bienveillante de chaque participante et une « aide à la discussion ». Ces éléments viennent donc valider le bien-fondé de l'organisation d'un atelier de groupe pour la prévention.

5- DISCUSSION

5.1 Discussion des résultats

Nous garderons à l'esprit, à la lecture de cette discussion, le petit nombre de sujets sur lequel nous nous appuyons et qui peut venir biaiser certains aspects de notre réflexion.

5.1.1 Evolution des scores entre T0 et T1 du groupe intervention et du groupe témoin (H1)

5.1.1.1 Evolution des scores entre T0 et T1 du groupe témoin

Les informations données habituellement par la PMI n'ont pas entraîné d'amélioration significative des comportements porteurs à la communication. La prévention seule, transmise par oral et écrit de la puéricultrice, entraîne peu de changements. Cela vient confirmer, d'une part, le besoin d'aide qui avait été adressé par l'équipe à l'APOH pour impulser une évolution des comportements concernant le langage. Cela vient mettre en lumière, d'autre part, que les actions du service de PMI, pourtant acteur central de la prévention primaire précoce auprès de la population en situation de vulnérabilité, ne semblent pas suffisantes. Il semble alors pertinent pour les orthophonistes de venir soutenir ce réseau de prévention en s'y inscrivant de manière systématique afin d'élaborer des actions communes, de les évaluer et de les améliorer, pour lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé. Guernalec-Levy relève bien ce besoin de prévention dans sa revue de littérature en 2019 et les écarts de compétences dans le domaine du langage oral à 3 ans suivant un gradient socio-économique de santé mettent en avant que les actions proposées ne sont pas encore assez efficaces en France et trop peu présentes de manière coordonnée (Grobon et al., 2018). En revanche, le Québec a misé sur la proposition de programmes de prévention adaptés aux différentes populations et coordonnés par les politiques publiques pour une réduction des inégalités (Bergeron et al., 2011). D'ailleurs, le partenariat réalisé avec la PMI s'est révélé très enrichissant. Lors de la présentation des résultats à l'équipe, les sages-femmes et puéricultrices ont pu faire part des apports de cette collaboration qui a permis la mise en place de l'atelier et aussi une meilleure formation des professionnelles concernant la problématique du langage et plus précisément des écrans. Cependant, si nous souhaitons pouvoir mettre en place des programmes et des partenariats fructueux en matière de

prévention primaire précoce, la PMI comme les orthophonistes, ont besoin de moyens financiers et institutionnels permettant cette collaboration. Or, aujourd'hui, la prévention fait certes partie des missions de l'orthophoniste mais aucun AMO ne vient la rémunérer, la reléguant à une activité bénévole de la part de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (Bulletin officiel, 2013). D'un autre côté, les financements attribués à la PMI sont en baisse alors qu'il existe un consensus scientifique s'accordant sur son importance (Guernalec-Levy, 2019).

5.1.1.2 Evolution des scores entre T0 et T1 du groupe intervention

On observe une tendance positive d'amélioration des comportements porteurs à la communication, et plus spécifiquement des interactions précoces, grâce au groupe Objectif Langage.

Nous souhaitons une situation de groupe afin de favoriser l'émergence de la parole et de permettre, grâce à l'échange entre les différentes participantes et les professionnelles, une co-construction du message de prévention afin de favoriser « l'aller vers » et de laisser les parents « acteurs des réponses élaborées pour les problèmes ou les questions qui les concernent » (Suesser, 2013; Gorza et al., 2018). La situation de groupe s'est ainsi révélée être une expérience positive et semble avoir été un médiateur efficace de cet objectif. En effet, nous avons pu remarquer que les sujets possédaient des connaissances en amont de l'atelier de prévention qui ont pu être mises en lumière grâce aux questions ouvertes qui leur ont été posées dans le 1^{er} questionnaire. Chaque sujet a donné des éléments de réponses tout à fait appropriées. Les questions concernaient les modes de communication du bébé ou l'utilisation du livre par exemple. Nous remarquons ainsi que les participantes possédaient déjà des connaissances intuitives sur le sujet que ces questions ouvertes sont venues faire émerger (*Définition de intuition*, n.d.). L'exactitude et la diversité des réponses données dans le 1^{er} questionnaire ont constitué finalement ce premier « aller vers » et sont venues confirmer la possibilité de s'appuyer sur chacune pour la co-construction du message. Ce questionnement proposé aux participantes tout au long du groupe et l'intelligence collective semblent ainsi avoir permis l'élaboration d'un message de prévention riche. Michel rappelle ainsi que la coopération et les échanges sont encouragés pour favoriser l'apprentissage.

Cet intérêt du collectif par rapport à l'individuel pourrait être confirmé grâce à notre expérience. En effet, un sujet a participé seul à l'action de prévention avec la sage-

femme. Cela n'était pas prévu dans notre protocole puisque la situation duelle ne constitue pas un groupe. La participante a ainsi affirmé que le temps était trop court et qu'elle aurait aimé continuer à discuter plus longtemps de la communication avec le bébé. Nous pouvons ainsi supposer que le collectif, grâce au temps, aux échanges et aux supports, a permis de renforcer l'élaboration d'un message riche et complexe et qu'il est donc pertinent avec une population en situation de vulnérabilité. En effet, aucune dame ayant participé à l'atelier en groupe n'a trouvé le temps trop court et aurait aimé discuter plus longtemps. Au contraire, elles ont émis des commentaires positifs sur les échanges permis durant l'atelier. Les groupes proposés au Québec s'appuient ainsi sur du matériel plastifié et des supports accessibles tel que « De A à Z on s'aide! – De la naissance à l'école » ou « Le plaisir de lire et d'écrire ça commence bien avant l'école » pour faciliter l'animation et les échanges. Ils sont spécifiques pour « intervenir précocement sur le plan du langage auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité » (Bergeron et al., 2011).

5.1.2 Comparaison de l'évolution des scores entre T0 et T1 entre le groupe intervention et le groupe témoin (H2)

Nous pouvons penser, grâce à notre réflexion précédente au 1-1-2, que les dames issues d'un milieu socio-culturel défavorisé possèdent des connaissances intuitives sur la communication de leur bébé et les comportements qui la favorisent. Cependant, nous pouvons nous demander pourquoi il ne nous est pas possible d'observer une amélioration plus significative de leurs scores malgré cet élément et la situation de groupe qui semble efficace.

5.1.2.1 Une quantité d'information trop importante

En premier lieu, nous tenterons d'analyser le contenu proposé. Elles n'ont pas trouvé la quantité d'informations trop importante. Cependant, les scores par chapitre révèlent qu'une partie du message a mieux été compris et retenu. En effet, les scores du chapitre concernant les interactions précoces ont montré une amélioration significativement plus importante que le groupe témoin. En revanche, les chapitres sur la succion, les écrans et les livres ont semblé peu efficaces. Cette grande hétérogénéité entre les chapitres pourrait expliquer le manque de significativité globale des résultats.

Notre atelier était structuré grâce aux trois parties suivantes : « mon bébé communique », « je peux communiquer avec lui », « plus je communique avec lui, mieux il parlera, et ainsi mieux il accèdera à la lecture et à l'écriture ». Il a notamment été construit ainsi afin de suivre la trame du livret Objectif Langage et d'offrir une prévention cohérente concernant le développement du langage oral sur l'ensemble du territoire. La présentation de ce livret est effectuée en moins de trente minutes, en relation duelle, à J3 dans les maternités. Dans notre cas, les deux premières parties faisaient référence aux précurseurs à la communication et aux interactions précoces. Le temps consacré à ces éléments était donc plus important que celui délégué à l'adaptation de l'environnement et qui comprenait la succion, l'utilisation des écrans et des livres. Ainsi, il apparaît cohérent que les résultats soient significativement meilleurs concernant le chapitre « Les débuts de la communication ». Cela nous informe, d'une part, qu'il est nécessaire de prendre le temps de co-construire chaque élément du message de prévention. Ainsi, nous avons certainement abordé trop de sujets et il aurait été nécessaire de prévoir un programme de prévention plus long comprenant plusieurs rencontres afin de permettre une amélioration des comportements porteurs à la communication dans tous les domaines. D'autre part, les habitudes de vie des participantes semblent différentes de ce que les professionnels proposent et encouragent. En effet, la lecture fait peu partie du quotidien contrairement aux écrans (Fleuret & Montésinos-Gelet, 2012; Gire & Granjon, 2012). Cela viendrait confirmer la nécessité d'aborder chaque sujet plus en détail afin d'être au plus près de ce que vivent les sujets, sans stigmatisation, dans un but de réduction des inégalités. Cependant, notre objectif était bien de permettre aux participantes de s'emparer d'au moins une information clef, ce qui semble avoir fonctionné. A titre de comparaison, les programmes réalisés au Québec proposent cinq rencontres pour aborder petit à petit la prévention concernant le développement du langage oral avec les familles en situation de vulnérabilité (Bergeron et al., 2011).

5.1.2.2 Un intérêt faible

Les participantes demandent peu d'information, aucune n'en a cherché par elle-même et aucune n'a formulé de question précise sur le sujet. Ainsi, le développement du langage et les comportements qui le sous-tendent ne semblent pas faire partie de leurs préoccupations principales. L'équipe de la PMI avait fait part, en amont de l'atelier, de

cette information qui la préoccupait. Or Michel rappelle que la motivation a un effet positif sur la rétention d'informations. Ainsi pour envisager une réussite de l'atelier Objectif Langage, il était nécessaire de stimuler l'intérêt pour le sujet que nous allions aborder dans le but d'augmenter la motivation des participantes à participer aux échanges. Nous avons ainsi créé des supports et une situation au plus proche de la vie et des problématiques quotidiennes des dames en leur permettant de se projeter. Il apparaît cependant nécessaire d'aller plus loin. En effet, les domaines intéressant les jeunes mamans du public ciblé seraient l'alimentation et le sommeil selon les sages-femmes et les puéricultrices. Elles posent des questions sur ces problématiques et se mobilisent pour assister à des ateliers qui les concernent. Ainsi, à la lecture des résultats avec l'équipe, il a été proposé d'inclure la prévention sur le développement du langage au sein d'un atelier composé de thèmes plus diversifiés et incluant les intérêts des sujets pour inciter plus de dames à se déplacer et pour augmenter leur niveau d'implication durant le groupe. Le lien entre l'exposition aux écrans et la qualité du sommeil est, par exemple, très fort et permettrait cette augmentation de l'intérêt pour les comportements porteurs à la communication (Harlé & Desmurget, 2012). Un lien avec l'alimentation est aussi possible. En effet, le développement de la communication et du langage passe par des interactions précoces de qualité favorisant les moments de plaisir partagé. Le temps du repas peut donc être sujet à des interactions précoces de qualité incluant des jeux de regard, l'imitation, le sourire et des commentaires de la part de l'adulte. Des ateliers lorsque le bébé est présent et proposant des activités parent-enfant sont aussi envisageables pour atteindre cet objectif. Ainsi l'association 1001 mots organise deux fois par mois des rencontres à la ludothèque et/ou à la bibliothèque. Elles sont animées par une orthophoniste qui propose des idées autour des jeux et des livres pour développer le langage de l'enfant ("Projets de terrain," n.d.).

5.1.2.3 Des freins culturels et sociaux

Les dames issues d'un milieu socio-culturel défavorisé semblent posséder, tel que nous l'avons vu précédemment, des connaissances intuitives sur la communication de leur bébé et les comportements qui la favorisent. Cependant, d'une part, ces connaissances ne semblent pas être mises en mot, ce qui serait nécessaire pour induire des comportements plus présents au quotidien (Ubrich, 2011). D'autre part, ces derniers semblent quelquefois être peu valorisés au sein des milieux sociaux et/ou culturels des

participantes (Fleuret & Montésinos-Gelet, 2012; Gire & Granjon, 2012). En effet, une dame, enceinte de son troisième enfant, a ainsi témoigné durant un atelier, du fait qu'elle avait compris que c'était important de parler à son bébé mais que dans son quartier, les gens allaient « la prendre pour une folle ». De plus, la différence de milieu socio-culturel entre les participantes et les professionnelles semble être un facteur à prendre en compte pour la transmission du message de prévention. Un comportement très valorisé par les professionnels peut ne pas l'être dans la famille de la participante. Or, la transmission des gestes maternels s'effectuant principalement au sein de la famille, « un conflit de maternage » pourrait ainsi survenir chez le sujet, l'empêchant potentiellement de mettre en œuvre et de s'approprier les comportements transmis durant l'atelier de prévention (Stork, 2004). Il semble donc intéressant de proposer un pont entre ces deux milieux tel que le fait l'association 1001 mots. Elle intervient notamment au sein de quartiers socio-culturellement défavorisés et abritant différentes communautés culturelles. Elle propose un parrainage entre les participants aux ateliers. Les « parents ambassadeurs » permettent le développement de la confiance dans le message transmis par l'association et permettent de développer plus largement ces comportements au sein des différentes communautés culturelles et des groupes sociaux (Lelièvre, 2019).

5.1.2.4 Prévention et programmes globaux

Les résultats montrent peu de significativité entre T0 et T1. Cependant, il est nécessaire de mettre en perspective l'évaluation de notre action de prévention. En effet, l'objectif de l'étude était de prouver l'intérêt d'un groupe pour l'amélioration des comportements porteurs à la communication. Pour l'atteindre, il était nécessaire de contrôler le fait que les participantes n'aient accès qu'aux strictes informations données habituellement par la PMI et celles fournies par le groupe si elles y participaient. Cependant, le domaine de la prévention fait face à une évaluation particulière des domaines qui la concernent. En effet, les études relatent l'importance d'être exposé plusieurs fois et grâce à des modalités différentes au message de prévention. L'intégration du message est ainsi favorisée, spécifiquement avec les populations présentant des facteurs de risque, grâce à la proposition d'actions coordonnées le transmettant de manière directe et indirecte. La transmission directe fait référence à la délivrance explicite du message. Elle peut être réalisée grâce à des groupes, des visites à domiciles, des conseils délivrés oralement ou

au travers d'affiches et de documents papier par les membres de la PMI et de la crèche. La transmission indirecte fait référence quant à elle à la délivrance implicite du message rendue possible par les attitudes adoptées par les professionnels de la petite enfance en présence des parents notamment : s'adresser à l'enfant, proposer des jeux adaptés et des livres, nommer les émotions de l'enfant et ce qui l'entoure, etc. (Guernalec-Levy, 2019; Laventure et al., 2010; Marchioli, 2006). Ainsi, seul un programme construit avec ces composantes serait pertinent d'évaluer dans son ensemble. De ce fait, pour un meilleur maintien des informations, il aurait été nécessaire de penser une action s'appuyant sur cette importance de la répétition et des différents ancrages. L'association 1001 mots se saisit de cette importance de la répétition en animant des ateliers, appelant régulièrement les parents, en leur envoyant des SMS, en animant des groupes Whatsapp ou encore en organisant des sorties ("Projets de terrain," n.d.). Enfin, ces programmes de prévention peuvent venir s'inscrire au sein de politiques publiques et familiales plus larges incluant par exemple les bibliothèques, les crèches et les écoles puisque cette coordination a un impact positif important sur la réduction globale des inégalités sociales de santé (Potvin et al., 2012 ; Suesser, 2013 ; de Bodman et al., 2017).

5.1.3 Comparaison du niveau du sentiment d'information à T1 entre le groupe intervention et le groupe témoin (H3)

Le niveau du sentiment d'information du groupe intervention n'est significativement pas plus important à T1 que celui du groupe témoin. Cela apparaît cohérent étant donné que les scores du groupe intervention ne sont significativement pas meilleurs que ceux du groupe témoin. D'autre part, comme nous l'avons vu précédemment l'intérêt porté au sujet mais aussi la répétition du message et les facteurs sociaux et culturels jouent un rôle clef dans la rétention d'information et donc dans le niveau du sentiment d'information.

5.1.4 Validation de l'hypothèse générale

Notre hypothèse générale était la suivante : la participation des mères, issues d'un milieu socio-culturel défavorisé, à un groupe visant à favoriser le développement du langage oral a un effet sur la qualité et la quantité des comportements porteurs à la communication de l'enfant.

Suite aux résultats et à leur discussion exposée précédemment, nous pouvons affirmer que la participation des mères à un groupe visant à favoriser le développement du langage oral a effectivement un effet positif sur la qualité et la quantité des comportements porteurs à la communication de l'enfant. Cet effet est cependant limité en raison de plusieurs éléments. Il est judicieux, non pas de proposer une action isolée, mais un programme global de prévention prenant en compte les intérêts de la population ciblée et ses caractéristiques sociologiques.

5.2 Limites et perspectives

5.2.1 *Recrutement des participants*

Nous souhaitions recruter 20 sujets par groupe qui auraient participé à l'étude dans son intégralité afin de pouvoir réaliser une analyse quantitative significative. Cependant notre échantillon s'est retrouvé très réduit. Nous tentons d'en exposer ici les raisons.

En premier lieu, le peu de temps dont nous disposions et les critères d'inclusion restreints ont été une première cause de la réduction de l'échantillon.

D'autre part, de nombreux sujets susceptibles de pouvoir intégrer l'étude ont refusé d'y participer. Les sages-femmes et la médecin responsable du service ont pu relever une méfiance par rapport à l'idée de participer à une recherche et une inquiétude du jugement professionnel sur leurs compétences parentales. Paquet affirme ainsi : « dans les classes populaires, l'attitude peu réceptive à l'égard des messages préventifs visant la modification d'habitudes de vie s'explique, en partie, par la méfiance du monde des 'autres' ». Le monde des autres faisant référence aux membres d'autres groupes sociaux. De plus, l'intérêt restreint pour le domaine du langage, tel que développé précédemment, a joué un rôle important. En effet, à chaque étape de la procédure et au sein des deux groupes, des participantes se sont désengagées pour cette raison. Ainsi, certaines n'ont finalement pas souhaité répondre au 1^{er} questionnaire ou au 2nd questionnaire et nous avons fait face à un absentéisme majeur lors de l'organisation des ateliers.

Nous avons en outre rencontré des difficultés de coordination institutionnelle : certains questionnaires ont été perdus, des sujets n'étant plus suivis à la PMI après leur accouchement n'ont pas répondu à nos sollicitations ou n'ont pas pu être recontactés.

5.2.2 *Matériel*

Nous pouvons relever en premier lieu un biais méthodologique concernant notre matériel.

Notre questionnaire n'a, en premier lieu, pas pu faire l'objet d'une évaluation concernant la sensibilité et la spécificité des items et de leur cotation. Nous ne pouvons donc pas affirmer nous appuyer sur un outil fiable pour recueillir les résultats de notre étude.

De plus, le sujet que nous allions traiter dans l'étude était extrêmement transparent dans notre note d'information et notre consentement. Il l'était aussi dans les items de notre questionnaire qui se concentraient sur les comportements porteurs à la communication. De cela découle une non-naïveté des sujets qui a pu venir biaiser les résultats de notre étude. Les participantes savaient qu'il fallait répondre qu'il est important de parler à son enfant. Cependant, nous avons pris soin de demander lors du 2^{ème} questionnaire si le sujet avait été chercher des informations par lui-même afin de maîtriser la source d'évolution des scores observés. D'autre part, nous avons fait ce choix d'exposer clairement nos intentions afin de réduire au maximum la potentielle méfiance des sujets à participer à l'étude. Ce matériel aura tout de même permis une exposition à la thématique du langage dès la note d'information, ce qui est favorable pour une meilleure intégration du message de prévention (Guernalec-Levy, 2019).

Enfin, l'utilisation du questionnaire pour déterminer la connaissance et l'adoption des comportements porteurs à la communication est discutable. Nous avons fait ce choix-là car il était le plus réalisable en terme de temps, de matériel et d'organisation institutionnelle. La création d'un questionnaire faisant preuve d'une bonne sensibilité et d'une bonne spécificité et sa validation auraient permis une évaluation de l'étude plus fiable. Cependant, un biais subsiste avec l'utilisation de cet outil concernant la fiabilité des réponses apportées par les participantes. Ainsi nous aurions pu filmer les sujets en interaction avec leur bébé afin de déterminer la présence ou l'absence de ces comportements. L'utilisation de ces deux éléments, le film et le questionnaire, en parallèle, semble ainsi être pertinente.

5.2.3 *Procédure*

Nous avons pu relever différents biais de procédure qui ont pu venir modifier les résultats obtenus.

En premier lieu, nous avons fait le choix de travailler avec les sages-femmes et puéricultrices respectives de chaque participante afin de favoriser le lien de confiance, l'honnêteté des réponses des sujets lors des questionnaires et la prise de parole lors des groupes. La procédure a été détaillée pour éviter tous biais personnels lors de l'animation des ateliers et de la passation des questionnaires. Cependant, les particularités de chaque intervenant ont pu venir biaiser plus particulièrement lors des groupes. En effet, il y a eu un nombre différents d'animateurs qui ont interagi de manière différente lors des ateliers proposés. De plus, les dames ont pu vouloir apporter à T0, T1 et lors du questionnaire de satisfaction les réponses qu'elles croyaient attendues par le professionnel de santé. Ainsi, la désirabilité sociale a pu venir biaiser nos résultats. Là aussi, les participantes savaient qu'il fallait répondre qu'il est important de parler à son enfant.

5.2.4 Implications et perspectives

L'étude réalisée nous a permis de mettre en lumière plusieurs éléments sur lesquels s'appuyer afin de continuer à proposer et à améliorer notre action de prévention primaire précoce dans le domaine du langage à destination des populations issues d'un milieu socio-culturel défavorisé.

En premier lieu, la mise en place de groupes s'appuyant sur des supports concrets et visant la co-construction du message semble être efficace pour la prévention avec le public présentant des facteurs de risque environnementaux de retard de développement du langage oral. Il serait donc intéressant de poursuivre dans cette voie via l'organisation d'ateliers en développant les supports. Cependant, nous avons pu relever la difficulté de recruter des participants et de proposer une action adaptée à leurs problématiques et dans laquelle ils aient confiance. Ainsi, il serait pertinent de développer et de coordonner sur le territoire la mise en place d'un programme de prévention, et non d'actions isolées. Ce programme pourrait s'articuler notamment autour de groupes. Le contenu devrait être progressif, au plus près des intérêts des participants, que sont notamment le sommeil et l'alimentation, et aborder petit à petit les thématiques du langage et de la communication en tenant compte des représentations socio-culturelles de la population. Pour la réussite d'un tel programme il semble donc judicieux, d'une part, d'étudier la dimension de la différence culturelle grâce à des travaux sociologiques et/ou anthropologiques dans le domaine des comportements

porteurs à la communication. Cela nous permettrait de mieux comprendre quel rapport les sujets entretiennent avec le langage et avec sa transmission aux enfants, et dans quelle mesure il diffère de celui des professionnels de santé et de la petite enfance. Cela permettrait d'éviter les conflits de maternage et une réussite plus importante des actions proposées. Nous pourrions nous appuyer, de plus, sur l'expérience de l'association 1001 mots en développant le rôle des « parents ambassadeurs » et en utilisant le parrainage pour favoriser la confiance des différentes communautés dans le programme proposé. D'autre part, l'élaboration et la mise en place de ce programme reposeraient sur le partenariat entre les différents acteurs de la prévention primaire précoce tels que les PMI, les bibliothèques, les crèches, les orthophonistes, les associations, les assistantes maternelles, les pédiatres, etc, et donc, de la mise à leur disposition de moyens financiers et institutionnels.

De ce fait, ce projet s'inscrirait dans le cadre d'une recherche-action débuté par notre étude. Une recherche-action a la particularité d'impliquer la collaboration de professionnels de terrain inscrits dans une dynamique de recherche, des sujets inclus dans l'étude et de chercheurs. En effet, Le Boterf explique que « ce sont les groupes sociaux concernés qui vont identifier les problèmes qu'ils veulent étudier, en réaliser une analyse critique et rechercher les solutions correspondantes ». « Elle est adaptée à des situations où il est souhaitable d'appliquer une action pour obtenir un changement et, en même temps, de développer une meilleure compréhension qui permet d'instruire le changement même et d'améliorer une situation concrète. » (Catroux, 2002) Elle implique donc une prise de recul concernant la problématique, une analyse, une proposition de plan, puis une évaluation de ce plan. La difficulté, la subjectivité mais aussi la pertinence de la recherche-action proviennent de l'implication du chercheur-praticien au sein du contexte qu'il souhaite évaluer. Morin affirme ainsi que « la distanciation [vis à vis du milieu] est aussi nécessaire que la convivialité pour réaliser un changement. » Les conclusions de la recherche-action ne sont certes pas généralisables, l'évaluation de la recherche-action étant qualitative car s'inscrivant dans un environnement donné, mais la diffusion du plan et de ses résultats, que d'autres professionnels de terrain pourront expérimenter, et infirmer ou confirmer, lui donne sa légitimité.

6- CONCLUSION GENERALE

Nous souhaitons déterminer si une action de groupe à destination des familles issues d'un milieu socio-culturel défavorisé permettait d'améliorer les comportements porteurs à la communication de l'enfant. Peu de participants se sont inscrits dans notre recherche. Cependant, un groupe de prévention ciblant la population ayant des facteurs de risque environnementaux de retard de développement du langage oral semble être une voie à suivre pour faire émerger des attitudes favorables au développement du langage de l'enfant.

Au-delà de cette conclusion, la rencontre avec ces familles et les professionnelles de la PMI a été extrêmement enrichissante. Elle nous a éclairés sur les problématiques complexes qui entourent l'accompagnement éducatif. Dans notre cas, les actions de prévention se révèlent être avant tout une relation entre des professionnels de santé et les dames d'un quartier. Chacun au sein de cette relation possède son histoire, s'inscrit dans une culture et un groupe social donné, et se représente la situation et sa finalité d'une manière différente. Ainsi il est pertinent de procéder à une remise en question de nos normes et de nos représentations socio-culturelles en tant que professionnel de santé et membre d'un groupe social donné. De là, nous pourrions aller à la rencontre des espoirs, des inquiétudes et des représentations socio-culturelles des personnes accompagnées grâce à une écoute fine, bienveillante, sans jugement ni stigmatisation. Cela nous permettra de co-construire le message de prévention de manière pertinente. Qu'est-ce qu'un livre ? Selon moi ? Selon elles ? Relevons-nous des éléments de réponse différents, complémentaires, contradictoires ? Nous pourrions reproduire ces mêmes questionnements concernant les définitions de la santé, de la relation thérapeutique, de l'école, de la réussite, de la parentalité ou encore de la communication.

Nous pouvons donc affirmer que le financement des recherches sociologiques, orthophoniques, psychologiques et des actions de prévention primaire précoce dans le domaine du développement du langage est un enjeu national pour la réduction des inégalités sociales de santé et l'insertion de chaque enfant, quelle que soit son origine socio-culturelle, dans la société. Les orthophonistes, spécialistes de la communication et du langage, ont un rôle prépondérant à y jouer en accompagnant le développement des interactions précoces des familles, en formant les autres professionnels de la petite enfance et en s'inscrivant dans un travail de réseau.

7- BIBLIOGRAPHIE

- Acef, S. (2008). Réseaux de santé et territoires. *Informations sociales*, n° 147(3), 72–81.
- AlHammadi, F. S. (2017). Prediction of child language development: A review of literature in early childhood communication disorders. *Lingua*, 199, 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.lingua.2017.07.007>
- Allo Ortho • Vous vous interrogez: Allo Ortho répond.* (n.d.). Retrieved December 12, 2019, from <https://www.allo-ortho.com/>
- Association A.C.C.E.S. (s. d.). Acces. Consulté à l'adresse https://www.acces-lirabebe.fr/Avenant_16_Ce_qui_change_le_1er_juillet_2019_-_Federation_Nationale_des_Orthophonistes. (n.d.). Retrieved October 26, 2019, from <https://www.fno.fr/actualites/cadre-legislatif/avenant-16-ce-qui-change-le-1er-juillet-2019/>
- Bassano, D. (2000). La constitution du lexique: Le développement lexical précoce. In *L'acquisition du langage* (Vol. 1, pp. 137–168). Presses Universitaires de France.
- Ben Soussan, P., & Rayna, S. (2018). *Le programme « Parler bambin »: Enjeux et controverses*. ERES. <https://www.cairn.info/le-programme-parler-bambin-enjeux-et-controverses--9782749261683.htm>
- Bergeron, A., Dumont, J., & Moreau, C.-A. (2011). *Programme de promotion de la communication et de prévention des problèmes du langage chez les enfants de 0 à 5 ans*. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/Saguenay/64911.pdf>
- Bergeron-Gaudin, M.-E. (2014). *J'apprends à parler: Le développement du langage de 0 à 5 ans*. (Editions du CHU Sainte-Justine).
- Bianco, M. (2016). *Du langage oral à la compréhension de l'écrit*. PUG.
- Billard, C. (2001, January). Le dépistage des troubles du langage chez l'enfant. Une contribution à la prévention de l'illettrisme—EM|consulte. *Archives de Pédiatrie*, 8(1), 86–91.
- Bloom, L., & Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York : Wiley.
- Bolduc, J., & Lefebvre, P. (2012). Using Nursery Rhymes to Foster Phonological and Musical Processing Skills in Kindergarteners. *Creative Education*, 3, 495–502.
- Boysson-Bardies, B. de. (1996). *Comment la parole vient aux enfants*. Odile Jacob.
- Bruner, J. (1983). *Le développement de l'enfant: Savoir faire, savoir dire*. Presses Universitaires de France.

Brunet, V. (2007). *Evaluation de la session "Invitation au Langage" à partir de l'élaboration d'une grille.*

Bulletin officiel, Pub. L. No. 32 (2013).

Carbonnel, S., Charnallet, A., & Moreaud, O. (2010). Organisation des connaissances sémantiques: Des modèles classiques aux modèles non abstraits. *Revue de neuropsychologie, Volume 2(1)*, 22–30.

Catroux, M. (2002). Introduction à la recherche-action: Modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique. *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité. Cahiers de l'Apliu*, Vol. XXI N° 3, 8-20. <https://doi.org/10.4000/apliut.4276>

Cazalet, M.-H. (2007). *Pourquoi les comptines?* ERES. <https://www-cairn-info.www.ezp.biu-montpellier.fr/un-deux-trois-comptines--9782749207490-page-49.htm>

Cazden. (1983). *Adult assistance to language development: Scaffolds, models and direct instruction.* Developing literacy.

Centres de santé AGESCA Grenoble. (n.d.). *Contribution n°24—Prévention des troubles du langage par le développement de la parentalité positive en centres de santé.*

Chevrier-Muller, C., & Narbona, J. (2006). *Le langage de l'enfant: Aspects normaux et pathologiques.* Masson.

Chonchaiya, W., & Pruksananonda, C. (2008). Television viewing associates with delayed language development. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 97(7), 977–982. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00831.x>

Collombet, C. (2016). *Les inégalités d'accès aux modes d'accueil du jeune enfant—Etat des lieux en Europe et enseignements pour la France.* Caisse Nationale des Allocations Familiales. <https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1VJiOVvIKPQG-ucnWxPdcBondjnt4iG5C>

Corallini, C., & Dussourd-Deparis, M. (2019, March). Prévenir les troubles du langage, lutter contre l'illettrisme: 2 objectifs prioritaires des orthophonistes. 3 actes de prévention primaire: Une action à la maternité, une action à 3 ans, un site "grand public." *Rééducation Orthophonique, N°277*, 11–30.

Coupe O'Kane, J., & Goldbart, J. (2016). *Communication before speech.*

Danon-Boileau, L. (2015). *Lire et chanter pour parler.* ERES. <https://www-cairn-info.www.ezp.biu-montpellier.fr/lire-en-chantant-des-albums-de-comptines--9782749248547-page-29.htm>

Darbellay, C., & Ramos, A. (2015). *Intervention orthophonique auprès des familles*

concernant les risques liés aux écrans sur le développement de l'enfant: Prévention individuelle ou collective? Quelle portée ?

Daxhelet, L. (2016). *L'influence du statut socio-économique de l'enfant sur ses compétences langagières orales et sur ses prérequis au langage écrit.*

de Bodman, F., de Chaisemartin, C., Dugravier, R., & Gurgand, M. (2017). *Investissons dans la petite enfance—L'égalité des chances se joue avant la maternelle* (Terra Nova).

<https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1VJiOVvIKPQG-ucnWxPdcBondjnt4iG5C>

De Broca, A. (2017). *Le développement de l'enfant.* Elsevier Masson.

<https://www.elsevier-masson.fr/le-developpement-de-lenfant-9782294749841.html>

Définition de intuition. (n.d.). CNRTL. Retrieved April 10, 2020, from <https://www.cnrtl.fr/definition/intuition>

Dehaene, S. (2007). *Les neurones de la lecture.*

Desmurget, M. (2019). *La fabrique du crétin digital—Les dangers des écrans pour nos enfants.* Le Seuil.

Dialogoris. (n.d.). Dialogoris. Retrieved April 18, 2019, from <https://www.dialogoris.com/>

Dionne, A.-M. (2013). Le plaisir de lire avec son enfant: Un enjeu déterminant pour une pratique de littératie familiale aux multiples facettes. *Forumlecture.Ch.* https://www.forumlecture.ch/myUploadData/files/2013_3_Dionne.pdf

Eberle, S. G. (2014). Toward a Philosophy and a Definition of Play. *American Journal of Play*, 6 n°2, 20.

Faire des 1000 premiers jours de l'enfant une priorité de l'action publique. (n.d.). elysee.fr. Retrieved October 26, 2019, from <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2019/09/19/faire-des-1000-premiers-jours-de-lenfant-une-priorite-de-laction-publique>

Ferland, F. (2005). *Et si on jouait ? : Le jeu durant l'enfance et pour toute la vie.* Ed. de l'hôpital Sainte-Justine.

Fleuret, C., & Montésinos-Gelet, I. (2012). *Le rapport à l'écrit: Habitus culturel et diversité.* PUQ.

Florin, A. (2010). Le développement du lexique et l'aide aux apprentissages. *Enfances Psy*, n° 47(2), 30–41.

Florin, A. (2016). *Le développement du langage.*

Garat, A.-M. (2005). Loup y es-tu? Lecteur y es-tu? *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, no 61(3), 63–68.

- Gautier-Coiffard, Y., Mayer, C., & Suesser, P. (2017). Avec la pmi accompagner le développement de l'enfant dans son environnement. *Contraste*, *N° 46(2)*, 207–232.
- Genesee, F., & Nicoladis, E. (2005). Bilingual first language acquisition. *HDBK*, 34.
- Girolametto Luigi, Wiigs Megan, Smyth Ron, Weitzman Elaine, & Pearce Patsy Steig. (2001). Children With a History of Expressive Vocabulary Delay. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *10(4)*, 358–369. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2001/030\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2001/030))
- Gorza, M., Houzelle, N., Sempé, S., Lasbeur, L., Hamsany, M., Roscoät, E. D., & Cardoso, T. (2018). Promouvoir la santé de l'enfant en soutenant les compétences parentales: L'action de Santé publique France. *Enfances Psy*, *N° 77(1)*, 37–48.
- Gire, F., & Granjon, F. (2012). Les pratiques des écrans des jeunes français. Déterminants sociaux et pratiques culturelles associées. *RESET. Recherches en sciences sociales sur Internet*, *1*, Article 1. <https://doi.org/10.4000/reset.132>
- Grobon, S., Panico, L., & Solaz, A. (2018). *Inégalités socio-économiques dans le développement langagier et moteur des enfants à 2 ans*. <https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1VJiOVvIKPQG-ucnWxPdcBondjnt4iG5C>
- Grosjean, F. (2008). *Studying Bilinguals*. Oxford university press.
- Guernalec-Levy, G. (2019a). *4 compétences clefs à soutenir pour le développement cognitif*. <https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1VJiOVvIKPQG-ucnWxPdcBondjnt4iG5C>
- Guernalec-Levy, G. (2019b, June 14). *Un rapport pour sauver la PMI*. Gynger. <https://www.gynger.fr/un-rapport-pour-sauver-la-pmi/>
- Hanss, V. (2019). “Jouer seul, ça n'existe pas.” *Cahiers de Gestalt-thérapie*, *n° 41(1)*, 98–116.
- Harlé, B., & Desmurget, M. (2012). Effets de l'exposition chronique aux écrans sur le développement cognitif de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, *19(7)*, 772–776. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2012.04.003>
- Hart, B., & Risley, T. R. (2003). *The Early Catastrophe*. 6.
- HAS. (n.d.). *Présentation générale santé des jeunes*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
- Hawa, V. V., & Spanoudis, G. (2014). Toddlers with delayed expressive language: An overview of the characteristics, risk factors and language outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, *35(2)*, 400–407. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.10.027>

- Henricks, T. (2014). Play as Self Realization: Toward a General Theory of Play. *American Journal of Play*, 6 n°2, 24.
- Hills, & Caramazza. (1995). *Modèle d'accès lexical*.
- Kohnert, K. (2010). Bilingual Children with Primary Language Impairment: Issues, Evidence and Implications for Clinical Actions. *Journal of Communication Disorders*, 43(6), 456–473. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.02.002>
- Korpilahti, P., Kaljonen, A., & Jansson-Verkasalo, E. (2016). Identification of biological and environmental risk factors for language delay: The Let's Talk STEPS study. *Infant Behavior and Development*, 42, 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.08.008>
- La FNO souhaite qu'un-e orthophoniste intègre la commission sur les 1 000 premiers jours de l'enfant – Fédération Nationale des Orthophonistes*. (n.d.). Retrieved October 26, 2019, from <https://www.fno.fr/actualites/cadre-legislatif/la-fno-souhaite-quun%20b7e-orthophoniste-integre-la-commission-sur-les-1-000-premiers-jours-de-lenfant/>
- Lahire, B. (2019). *Enfances de classe—De l'inégalité parmi les enfants*. Le Seuil.
- Langouet, G. (2001). L'école française évolue ; mais l'insertion sociale devient de plus en plus difficile. *Revue française de pédagogie*, 137(1), 47–58. <https://doi.org/10.3406/rfp.2001.2846>
- Laventure, M., Boisvert, K., & Besnard, T. (2010). Programmes de prévention universelle et ciblée de la toxicomanie à l'adolescence: Recension des facteurs prédictifs de l'efficacité. *Drogues, Santé et Société*, 9(1), 121–164. <https://doi.org/10.7202/044871ar>
- Le taux de chômage selon le diplôme et l'âge*. (n.d.). Observatoire des inégalités. Retrieved December 12, 2019, from <https://www.inegalites.fr/Le-taux-de-chomage-selon-le-diplome-et-l-age>
- Le Boterf, G. (1983). La recherche-action: une nouvelle relation entre les experts et les acteurs sociaux ? *Pour n°90*, p.44.
- Lebovici, S., & Stoléru, S. (2003). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste: Les interactions précoces*. Bayard.
- Leclerc, M. C. (2005). *Les précurseurs pragmatiques de la communication chez les bébés*. 221, 157–170.
- Lelièvre, L. (2019, March). Orthophoniste en prévention. *Rééducation Orthophonique*, N°277, 5–10.

- Les définitions / De quoi parle-t-on ? / Illettrisme / Accueil.* (n.d.). Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme. Retrieved October 17, 2019, from <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/De-quoi-parle-t-on/Les-definitions>
- Marchioli, A. (2006). Marketing social et efficacité des campagnes de prévention de santé publique: Apports et implications des récents modèles de la communication persuasive. *Market Management*, Vol. 6(1), 17–36.
- Martinez Perez, T., Leclercq, A.-L., Thomas, N., Sonck, T., Melice, N., Goetghebuer, T., & Maillart, C. (2015). La guidance parentale: Un outil pour soutenir le développement langagier des enfants entre 18 et 30 mois". *Journal Du Pédiatre Belge*, 180–181.
- Masson, C. (2014). Repérage précoce des dysfonctionnements langagiers: Enjeux et élaboration d'une action de prévention des troubles du langage au sein d'un Centre d'action médico-social précoce (CAMSP). *Enfance*, N° 2(2), 171–187.
- McDaniel, B., & Radesky, J. (2017). Technoferece: Parent Distraction With Technology and Associations With Child Behavior Problems. *Child Development*, 89. <https://doi.org/10.1111/cdev.12822>
- Meunier, L. (2019). *Le bébé en mouvement: Savoir accompagner son développement psychomoteur*. Dunod.
- Michel, A. (2016). Comment apprend-on ? La recherche au service de la pédagogie. *Administration Education*, N° 152(4), 125–126.
- Miljkovitch, R., Morange-Majoux, F., & Sander, E. (2017). *Psychologie du développement*. Elsevier Health Sciences.
- Morin, A. (1985). Critères de "scientificité" de la recherche action. *Revue des Sciences de l'éducation*, vol. XI, n°1, p.38.
- Nader-Grosbois, N. (2006). *Le développement cognitif et communicatif du jeune enfant*. De Boeck Supérieur.
- Objectif Langage.* (n.d.). APOH - Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault. Retrieved April 18, 2019, from <https://www.prevention-orthophonie-herault.fr/nos-actions/objectif-langage/>
- Oller, D. K., Pearson, B. Z., & Cobo-lewis, A. B. (2007). Profile effects in early bilingual language and literacy. *Applied Psycholinguistics*, 28(2), 191–230. <https://doi.org/10.1017/S0142716407070117>
- Paquet, G. (1989). *Un problème de distance culturelle*. 135.
- Pennec, A. L. (2012). Prévention précoce: De quoi parle-t-on ? *L'école des parents*, N°

595(2), 18–23.

Perrenoud, P. (2010). L'excellence scolaire, une réalité construite. *Travaux de Sciences Sociales*, 11–33.

Poirat, M. (2013). “*Parents-bébé: Mission communication*”; propositions pour une sensibilisation à la communication précoce parents-bébé.

Potvin, L., Jones, C. M., & Moquet, M.-J. (2012). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Prévention de l'illettrisme à l'étranger: Des constats et des actions. (n.d.). Retrieved December 12, 2019, from <http://www.cndp.fr/bienlire/04-media/a-international-Imp.htm>

Projets de terrain. (n.d.). *1001mots*. From <https://1001mots.org/projets-de-terrain/>

Radesky, J. S., Kistin, C. J., Zuckerman, B., Nitzberg, K., Gross, J., Kaplan-Sanoff, M., Augustyn, M., & Silverstein, M. (2014). Patterns of mobile device use by caregivers and children during meals in fast food restaurants. *Pediatrics*, 133(4), e843-849. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3703>

Rezzoug, D., Plaën, S. D., Bensekhar-Bennabi, M., & Moro, M. R. (2007). Bilinguisme chez les enfants de migrants, mythes et réalités. *Le français aujourd'hui*, n° 158(3), 58–65.

Rongved. (2015). *Home reading environment is crucial for children's reading skills*.

Samier, R., & Jacques, S. (2019). Approche cognitive du livre et des nouvelles technologies en orthophonie. *Enfances Psy*, N° 82(2), 120–128.

Sivel, L. (2016). *La prévention primaire en orthophonie: Élaboration d'un dispositif original sur les risques des écrans à destination de parents de jeunes enfants et de professionnels de la petite enfance*.

Société canadienne de pédiatrie. (2017). Le temps d'écran et les jeunes enfants: Promouvoir la santé et le développement dans un monde numérique. *Paediatrics & Child Health*, 22(8), 469–477. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx121>

Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., & Freeland, A. (1998). *La naissance d'une mère*. Odile Jacob.

Stork, H. (2004). 26. *Variations culturelles du maternage: Vol. 2e éd.* Presses Universitaires de France.

Suesser, P. (2013). Pratiques et enjeux de la prévention en petite enfance. *Archives de Pédiatrie*, 20(5, Supplement 1), H23–H24. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(13\)71302-2](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(13)71302-2)

- Sylvestre, A., & Desmarais, C. (2015). Stimuler le développement langagier des jeunes enfants: État des connaissances sur l'intervention précoce en orthophonie. *ANAE - Approche Neuropsychologique Des Apprentissages Chez l'Enfant*, 27, 180–187.
- Thépot, M.-A. (2014). Langagez-vous! Acquisition du langage et inégalités sociales. Colloque national organisé par le centre communal d'action sociale de la ville de Grenoble les 19 et 20 juin 2013. *Revue des politiques sociales et familiales*, 116(1), 69–74. <https://doi.org/10.3406/caf.2014.2990>
- Thérond, B. (2010). *Les comportements précurseurs de la communication: Précurseurs pragmatiques, précurseurs formels, précurseurs sémantiques*. 244, 111–120.
- Thordardottir, E. (2011). The relationship between bilingual exposure and vocabulary development. *International Journal of Bilingualism*, 15(4), 426–445. <https://doi.org/10.1177/1367006911403202>
- Ubrich, G. (2011). *La méthode intuitive de Ferdinand Buisson: Histoire d'une méthode pédagogique oubliée*.
- Waxman, S., Fu, X., Arunachalam, S., Leddon, E., Geraghty, K., & Song, H. (2013). Are Nouns Learned Before Verbs? Infants Provide Insight into a Longstanding Debate. *Child Development Perspectives*, 7(3). <https://doi.org/10.1111/cdep.12032>

8- ANNEXES

Annexe 1 : Fiche mémo inclusion

OBJECTIF LANGAGE



FICHE MEMO INCLUSION

CRITERES D'INCLUSION

- Terme prévu entre mi-octobre et le 1^{er} janvier
- Niveau scolaire < baccalauréat

CRITERES D'EXCLUSION

- Niveau scolaire $>$ ou $=$ baccalauréat
- Femme bénéficiant de mesures d'appui
- Femme ayant déjà consulté un orthophoniste pour l'un de ses enfants
- Femme atteinte d'une pathologie psychiatrique
- Femme attendant un bébé avec une pathologie (malformation cardiaque, trisomie 21, etc)

RANDOMISATION : UTILISATION DU TABLEAU D'INCLUSION

1 - Rentrer le nom, le prénom et la date de naissance de la dame puis votre nom

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Nom	Prenom	Date de Naissance	Sage Femme	Primipare	Anonymat	Intervention		Témoin	
						Primipare	Multipare	Primipare	MultiPare
exemple 1	exemple 1			Oui	1	1	0	0	0
exemple 2	exemple 2			Non	2	0	0	0	1
				Oui	3	0	0	1	0
				Oui	4	1	0	0	0
				Non	5	0	1	0	0
				Non	6	0	0	0	1
				Oui	7	0	0	1	0
				Oui	8	1	0	0	0
				Oui	9	1	0	1	0

2 - Sélectionner « oui » ou « non » dans la colonne « primipare »

D	E	F
Sage Femme	Primipare	Anonymat
	Oui	
	✓ Oui	
	Non	

!! NE PLUS RIEN REMPLIR ENSUITE !! :

Le numéro d'anonymat indiqué et le groupe sont générés automatiquement

→ L'algorithme sélectionne le **groupe d'inclusion** : il affiche un « 1 » dans la **colonne « intervention »** ou « **témoin** »

Le « 1 » correspond au groupe d'inclusion.

Exemple 1 est incluse dans le groupe intervention et son n° d'anonymat est le 1

Exemple 2 est incluse dans le groupe témoin et son n° d'anonymat est le 2

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Nom	Prenom	Date de Naissance	Sage Femme	Primipare	Anonymat	Intervention		Témoin	
2							Primipare	Multipare	Primipare	MultiPare
3	exemple 1	exemple 1			Oui	1	1	0	0	0
4	exemple 2	exemple 2			Non	2	0	0	0	1
5					Oui	3	0	0	1	0

Annexe 2 : 1^{er} questionnaire

OBJECTIF LANGAGE



1^{er} questionnaire

Partie à remplir avant l'entretien avec la participante :

Nom de la sage-femme

Groupe intervention Groupe témoin

Date

Numéro d'anonymat

Niveau de français oral de la participante (NB : aucune question n'est à poser à la participante concernant cet item, le niveau de français est laissé à votre évaluation personnelle) :

- A : peut comprendre et utiliser des énoncés simples qui visent à satisfaire des besoins concrets
- B : peut comprendre les points essentiels d'un sujet concret ou abstrait et produire un discours cohérent sur des sujets familiers variés
- C : peut comprendre et utiliser la langue sans effort

Quelques informations ...

Date prévue de l'accouchement

Primipare : oui non

Si non, nombre d'enfants :

Année de naissance de la participante :

Allez-vous élever votre enfant : en couple en garde partagée
 seule

Profession du père (si connu) :

Les langues et vous ...

Le français est-il votre langue maternelle ? oui non

Si non, quelle est votre langue maternelle ?

Le français est-il la langue maternelle de votre conjoint ? oui non

Si non, quelle est sa langue maternelle ?

Maîtrisez-vous cette langue ?

Chez vous, vous parlez :

En quelle(s) langue(s) pensez-vous parler à votre enfant ?

S'adresse à l'enfant dans une langue maîtrisée : **1** / S'adresse à l'enfant dans une langue non maîtrisée : **0**

Le langage ...

Avez-vous déjà reçu des informations concernant la communication et le langage de votre futur bébé ?

oui non

Si oui, comment avez-vous reçu ces informations ?

médecin généraliste pédiatre PMI sage-femme

puéricultrice recherches personnelles

autre, précisez :

Quel(s) type(s) de document était-ce ?

informations orales document papier site internet autre, précisez :

Seriez-vous intéressée pour avoir plus d'informations sur le sujet ?

non, ça ne vous intéresse pas **0** ça ne vous intéresse pas trop mais pourquoi pas **1**

oui vous avez quelques questions **2** oui vous seriez très intéressée **3**

Les débuts de la communication ...

Pensez-vous que les bébés communiquent, qu'ils s'expriment ?

pas du tout **0** plutôt non **1** plutôt oui **2** tout à fait **3**

O pas du tout d'accord **0** O plutôt pas d'accord **1** O plutôt d'accord **2** O tout à fait d'accord **3**

- *Utiliser des mots simplifiés est préférable (par exemple : utiliser « ouah ouah » au lieu de « chien »)*

O pas du tout d'accord **3** O plutôt pas d'accord **2** O plutôt d'accord **1** O tout à fait d'accord **0**

- *Chanter des chansons est agréable mais n'est pas très important*

O pas du tout d'accord **3** O plutôt pas d'accord **2** O plutôt d'accord **1** O tout à fait d'accord **0**

Selon vous, lorsqu'on est avec son bébé (pendant le bain par exemple), peut-on lui raconter ce qu'on est en train de faire:

O pas du tout car il ne comprend pas encore **0** O plutôt non **1** O plutôt oui **2** O tout à fait **3**

Les bébés reconnaissent la voix de leur maman : O pas du tout **0** O plutôt non **1** O plutôt oui **2** O tout à fait **3**

La succion ...

Avez-vous une inquiétude quant à l'utilisation de la tétine ou la prise du pouce ?

O pas du tout **0** O plutôt non **1** O plutôt oui **2** O tout à fait **3**

Vous pensez proposer à votre enfant :

O votre doigt O une tétine O un doudou O un autre objet O rien (choix de l'enfant)

A quel(s) moment(s) de la journée ?

O quand il pleurera **0** O quand il voudra s'endormir **0** O quand il jouera **-1** O quand on partira en promenade **-1**

Les livres et vous ...

Etes-vous à l'aise pour lire et comprendre dans votre langue maternelle ?

O pas du tout O plutôt non O plutôt oui O tout à fait

Etes-vous à l'aise pour lire et comprendre en français ?

O pas du tout O plutôt non O plutôt oui O tout à fait

La participante ne sait pas lire
et elle est primipare

La participante ne sait pas lire
et elle est multipare

La participante sait lire et elle
est primipare

La participante sait lire et elle est
multipare

<p>Pensez-vous que l'on peut utiliser les livres avec les bébés sans les lire en s'en servant différemment ?</p> <p>O pas du tout 0 O plutôt non 1</p> <p>O plutôt oui 2 O tout à fait 3</p> <p>Si oui, comment pensez-vous que l'on peut les utiliser ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Pensez-vous qu'on peut utiliser les livres avec les enfants :</p> <p>O dès la naissance 4</p> <p>O lorsqu'ils savent tenir les livres 3</p> <p>O lorsqu'ils commencent à parler 2</p> <p>O lorsqu'ils entrent à l'école maternelle 1</p> <p>O lorsqu'ils commencent à savoir lire 0</p> <p>A quelle fréquence ?</p> <p>O 1/mois 0 O 1/semaine 1</p> <p>O 1/jour 2 O plusieurs/jour 3</p>	<p>Utilisez-vous ou avez-vous utilisé des livres différemment qu'à travers la lecture avec vos enfants ?</p> <p>O pas du tout 0 O plutôt non 1</p> <p>O plutôt oui 2 O tout à fait 3</p> <p>Si oui, comment les utilisez-vous ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Quand avez-vous commencé à les utiliser ?</p> <p>O dès la naissance 4</p> <p>O lorsque mon enfant a su tenir le livre 3</p> <p>O lorsque mon enfant a commencé à parler 2</p> <p>O lorsque mon enfant est entré à l'école maternelle 1</p> <p>O lorsqu'il a commencé à savoir lire 0</p> <p>A quelle fréquence ?</p> <p>O 1/mois 0 O 1/semaine 1</p> <p>O 1/jour 2 O plusieurs/jour 3</p>	<p>Durant ce dernier mois, avez-vous lu ou commencé à lire un/une :</p> <p>O roman O BD</p> <p>O magazine</p> <p>O livre de recette</p> <p>O livre pour enfant</p> <p>Quand pensez-vous que l'on peut commencer à lire des livres aux bébés ?</p> <p>O dès la naissance 4</p> <p>O lorsqu'ils savent tenir les livres 3</p> <p>O lorsqu'ils commencent à parler 2</p> <p>O lorsqu'ils entrent à l'école maternelle 1</p> <p>O lorsqu'ils commencent à savoir lire 0</p> <p>A quelle fréquence ?</p> <p>O 1/mois 0 O 1/semaine 1</p> <p>O 1/jour 2 O plusieurs/jour 3</p> <p>Pensez-vous que l'on peut utiliser les livres avec les bébés sans les lire en s'en servant différemment ?</p> <p>O pas du tout 0 O plutôt non 1</p> <p>O plutôt oui 2 O tout à fait 3</p> <p>Si oui, comment pensez-vous que l'on peut les utiliser ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Durant ce dernier mois, avez-vous lu ou commencé à lire un/une :</p> <p>O roman O BD</p> <p>O magazine O livre de recette O livre pour enfant</p> <p>Lisez-vous des livres avec votre/vos enfant(s)?</p> <p>O pas du tout 0 O plutôt non 1</p> <p>O plutôt oui 2 O tout à fait 3</p> <p>Si oui, vous en lisez :</p> <p>O 1/mois 0 O 1/semaine 1 O 1/jour 2 O plusieurs/jour 3</p> <p>Quand avez-vous commencé à lire des livres ?</p> <p>O dès la naissance 4</p> <p>O lorsque mon enfant a su tenir le livre 3</p> <p>O lorsque mon enfant a commencé à parler 2</p> <p>O lorsque mon enfant est entré à l'école maternelle 1</p> <p>O lorsqu'il a commencé à savoir lire 0</p> <p>Utilisez-vous ou avez-vous utilisé des livres différemment qu'à travers la lecture avec vos enfants ?</p> <p>O pas du tout 0 O plutôt non 1</p> <p>O plutôt oui 2 O tout à fait 3</p> <p>Si oui, comment les utilisez-vous ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--	--	--

Les écrans et vous ...

Combien d'écrans (téléphone, télévision, tablette) possédez-vous à la maison?

Selon vous :

- *Laisser un écran allumé dans une pièce gêne un bébé qui joue*
O pas du tout **0** O plutôt non **1** O plutôt oui **2** O tout à fait **3**
- *Les dessins animés et jeux sur console ou tablette peuvent aider un bébé à grandir*
O pas du tout **3** O plutôt non **2** O plutôt oui **1** O tout à fait **0**
- *Regarder un dessin animé en français permet aux bébés de progresser en français*
O pas du tout **3** O plutôt non **2** O plutôt oui **1** O tout à fait **0**

Pensez-vous changer votre utilisation des écrans lors de l'arrivée de votre bébé ? O oui O non

Si oui, comment ?

.....

Si la participante est multipare :

Vos enfants possèdent-ils des écrans personnels ? O oui O non

Si oui, quel(s) âge(s) a/ont-il(s) ?

Vos enfants s'occupent-ils avec des écrans au cours d'une journée sans école ?

O toujours **3** O souvent **2** O parfois **1** O jamais **0**

Discutez-vous avec vos enfants de ce qu'ils regardent à la télé ?

O pas du tout **0** O plutôt non **1** O plutôt oui **2** O tout à fait **3**

Les orthophonistes

Connaissez-vous l'existence du métier d'orthophoniste ? O oui O non

Si oui, l'orthophoniste prend en charge des patients :

O dès la naissance O à partir d'un an O à partir de 3 ans O à partir de 6 ans

Pour finir ...

Avez-vous des questions particulières concernant le langage et la communication de votre futur bébé ?

.....

SCORES MAXIMUM:

Primipare : 73

Multipare ne sachant pas lire : 79

Multipare sachant lire : 82

Annexe 3 : note d'information

NOTE D'INFORMATION

Titre de l'étude: « Favoriser le développement du langage oral : proposition d'une action à destination des familles accueillies à la PMI »

Madame,

Vous bénéficiez actuellement du suivi d'une sage-femme d'une des Agences Départementales de la Solidarité de l'Hérault et vous entamez ou entamerez d'ici peu votre troisième trimestre de grossesse.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude d'orthophonie, je procède, conjointement avec la responsable territoriale, les sages-femmes, les puéricultrices, le médecin coordinateur de PMI et deux orthophonistes, à la mise en place d'un groupe de prévention sur le développement du langage oral.

En France, il existe aujourd'hui peu de dispositifs spécifiques permettant d'informer les familles sur le développement du langage oral et de la communication de leur bébé.

Nous faisons donc l'hypothèse qu'un groupe d'information et de partage à ce propos avant la naissance de l'enfant, sera bénéfique pour permettre aux futures mamans de connaître, de comprendre et d'adopter les comportements porteurs à sa communication.

Dans l'objectif de mettre en place des groupes de prévention durables et qui répondent aux attentes des familles, nous réalisons une étude intitulée « Favoriser le développement du langage oral : proposition d'une action à destination des familles accueillies à la PMI ». Elle aura pour but d'évaluer l'efficacité de l'action proposé.

Nous vous proposons de lire attentivement cette note d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous pourriez vous poser. Vous disposez d'un délai de réflexion avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez à tout moment durant l'étude vous adresser au responsable de l'étude pour lui poser toutes vos questions complémentaires.

1) Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'efficacité d'un groupe de prévention sur le développement du langage oral et de la communication de l'enfant. Les connaissances à ce propos seront recueillies chez deux groupes de futures mamans (l'un participant au groupe de prévention et l'autre n'y participant mais bénéficiant d'une action ultérieure) à l'aide de deux questionnaires. Un questionnaire visant à évaluer la qualité du groupe sera aussi proposé.

2) Méthodologie

Deux groupes d'une vingtaine de futures mamans seront constitués, l'un participant à un groupe « Objectif Langage » en fin de grossesse et l'autre constituant le groupe témoin mais bénéficiant d'une action ultérieure avec votre bébé. Deux questionnaires vous seront proposés, l'un en septembre et un second quatre mois plus tard en février. Nous comparerons l'évolution des réponses entre les deux questionnaires et nous les confronterons à celles de l'autre groupe.

3) Bénéfices attendus

La participation à cette étude vous permettra de bénéficier :

- Soit de l'animation d'un groupe « Objectif Langage » par votre sage-femme et votre future puéricultrice de PMI pour recevoir des informations sur la communication avec votre bébé, poser vos questions et échanger avec d'autres futures mamans
- Soit de l'animation d'un atelier autour du langage, du livre et de la communication avec votre bébé. Vous pourrez recevoir des informations, poser vos questions, partager un moment de plaisir avec votre enfant et échanger avec d'autres mamans.

Par ailleurs, cette étude nous permettra de progresser dans la mise en place d'actions de prévention adaptées et efficace concernant le développement du langage et de la communication.

4) Risques prévisibles et contraintes

Cette étude ne comprend aucun risque.

La participation à cette étude vous demandera une disponibilité d'un quart d'heure avec votre sage-femme en septembre puis d'environ 1h pour la participation au groupe « Objectif Langage » ou à l'atelier et un cours temps avec votre puéricultrice en février pour remplir le dernier questionnaire.

5) Déroulement de l'étude et durée de votre participation

L'étude s'étend sur 6 mois et comprend trois temps différents selon votre groupe d'inclusion. Suite à votre inclusion, vous répondrez à un questionnaire avec votre sage-femme sur la communication avec votre futur bébé.

Si cela vous concerne, vous serez ensuite invitée à participer à un groupe « Objectif Langage » entre fin septembre et début octobre. Quatre groupes de cinq futures mamans seront constitués. A la fin de l'atelier, vous remplirez avec elle un questionnaire nous permettant de savoir ce que vous avez apprécié, moins apprécié et vos suggestions pour améliorer cette action.

Quatre mois plus tard, en février, vous répondrez à un second questionnaire sur la communication avec votre bébé lors d'une rencontre ordinaire avec votre puéricultrice.

Suite à cela, si vous n'avez pas été invitée au groupe « Objectif Langage », vous serez conviée à un atelier autour du langage, du livre et de la communication avec votre bébé.

6) Quels sont vos droits en tant que participante à cette étude ?

Vous pouvez bien sûr refuser de participer à cette étude ou retirer votre consentement à tout moment quelle qu'en soit la raison, sans avoir à le justifier et sans aucune conséquence sur le suivi et les soins éventuels qui seront donnés à votre enfant.

Tous les frais occasionnés par l'étude sont pris en charge par le promoteur.

7) Aspects confidentiels des données

Les données de santé à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette étude sont strictement confidentielles : elles ne pourront être consultées que par des personnes collaborant à ce projet et soumises au secret professionnel.

Dans le cadre de l'étude, un traitement automatisé et anonymisé des données recueillies va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de l'étude. A cette fin, les données médicales vous concernant seront transmises au Promoteur de l'étude ou aux personnes agissant pour son compte, en France ou à l'étranger. Ces données seront identifiées par un numéro de code.

Conformément aux dispositions de loi relatives à l'informatique et aux libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par les lois n° 94-548 du 1^{er} juillet 1994, n° 2002-303 du 4 mars 2002 et 2004-801 du 6 août 2004) vous disposez d'un droit d'accès (article 39) et de rectification (article 40) relatif au traitement de vos données personnelles.

Un résumé des résultats globaux de cette étude pourra vous être communiqué si vous le souhaitez, par écrit ou au cours d'un entretien, par l'étudiante.

8) **A qui devez-vous adresser en cas de questions ?**

Vos contacts dans l'étude :

.....
.....
.....

Coordonnées de l'étudiante en orthophonie

Camille Piquerey

piquerey.camille@gmail.com

0635243801

Nous vous remercions beaucoup de votre collaboration qui devrait nous permettre de progresser dans la mise en place d'actions de prévention adaptées et efficace concernant le développement du langage et de la communication.

Annexe 4 : formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

TITRE DE L'ETUDE : « Favoriser le développement du langage oral : proposition d'une action à destination des familles accueillies à la PMI »

Je soussignée

Nom de la participante

Domiciliée à

Accepte par la présente de participer en toute connaissance de cause et en toute liberté à l'étude intitulée « **Prévention du retard de développement du langage oral : proposition d'une action à destination des familles accueillies à la PMI** » coordonnée et promue par l'Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault.

J'ai lu ce jour la note d'information, et j'ai bien pris connaissance de l'étude, des bénéfices attendus et des contraintes prévisibles. De plus, les conditions de sa réalisation m'ont été clairement expliquées par la sage-femme.

J'ai bien noté que le présent consentement ne décharge pas le promoteur et l'investigateur de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Ma participation est volontaire. Je connais la possibilité qui m'est réservée à tout moment d'interrompre ma participation sans en fournir la raison et sans que cela ne me porte préjudice. Je sais qu'aucune indemnisation pour ma participation ne me sera versée dans le cadre de cette étude.

J'ai bien noté que j'ai le droit d'être informée des résultats globaux de cette étude selon les modalités qui ont été précisées dans la note d'information.

Les données de cette étude resteront strictement confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par les personnes qui collaborent à la recherche, désignées par l'investigateur. En application de la loi "Informatique et Liberté" du 6 janvier 1978, modifiée par les lois n° 94-548 du 1^{er} juillet 1994, n° 2002-303 du 4 mars 2002, et 2004-8 01 du 6 août 2004, j'accepte que les

données enregistrées à l'occasion de cette étude, puissent faire l'objet d'un traitement par le promoteur ou pour son compte. J'ai bien noté que les droits d'accès (article 39) et de rectification (article 40), que m'ouvrent les textes susvisés, pourront s'exercer à tout moment auprès de la sage-femme ou de la puéricultrice.

J'ai bien noté que cette étude a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes le ...

J'ai bénéficié d'un temps de réflexion suffisant entre ces informations et le présent consentement, j'ai lu et reçu un exemplaire de ce formulaire et j'accepte de participer au présent protocole.

Fait à

Le Signature de la participante :	Le..... Signature de la sage-femme :
--	---

Annexe 5 : support photos

N°1



N°2



N°3



N°4



N°5



N°6



Annexe 6 : 2nd questionnaire

OBJECTIF LANGAGE



2nd questionnaire

Nom de la puéricultrice

Groupe intervention Groupe témoin

Date

Numéro d'anonymat

Quelques informations ...

Date de l'accouchement

Elevez-vous votre enfant : en couple en garde partagée
 seule

Les langues et vous ...

En quelle(s) langue(s) parlez-vous à votre enfant ?

S'adresse à l'enfant dans une langue maîtrisée : **1** / S'adresse à l'enfant dans une langue non maîtrisée : **0**

Le langage ...

Hormis le groupe de prévention si vous y avez participé, avez-vous reçu des informations depuis le 1^{er} questionnaire concernant la communication et le langage de votre bébé ?

oui non

Si oui, comment avez-vous reçu ces informations ?

médecin généraliste pédiatre PMI sage-femme

- puéricultrice recherches personnelles
 autre, précisez :

Quel(s) type(s) de document était-ce ?

- informations orales document papier site internet autre, précisez :

Estimez-vous avoir reçu assez d'informations sur le sujet ?

- pas du tout **0** plutôt non **1** plutôt oui **2** tout à fait **3**

Les débuts de la communication ...

En général, pensez-vous que votre bébé communique, qu'il s'exprime ?

- pas du tout **0** plutôt non **1** plutôt oui **2** tout à fait **3**

Depuis quand pensez-vous que votre bébé communique ou qu'il va communiquer, s'exprimer ?

- depuis qu'il est dans votre ventre **2** depuis sa naissance **1** lorsqu'il commencera à parler **0**

Parlez-vous ou avez-vous déjà parlé avec votre bébé ? jamais **0** parfois **1** souvent **2** toujours **3**

Connaissez-vous les façons qu'a votre bébé de communiquer, de s'exprimer depuis sa naissance ?

- pas du tout **0** plutôt non **1** plutôt oui **2** tout à fait **3**

Si oui, pouvez-vous me donner des exemples ?

.....
.....

D'après vous, depuis sa naissance, votre bébé communique, s'exprime avec :

- **Son corps :** pas du tout **0** plutôt non **1** plutôt oui **2**
 tout à fait **3**
- **Les expressions de son visage :** pas du tout **0** plutôt non **1** plutôt oui **2**
 tout à fait **3**
- **Des cris :** pas du tout **0** plutôt non **1** plutôt oui **2**
 tout à fait **3**
- **Des pleurs :** pas du tout **0** plutôt non **1** plutôt oui **2**
 tout à fait **3**
- **Le regard :** pas du tout **0** plutôt non **1** plutôt oui **2** tout à fait **3**

Pour encourager votre bébé à communiquer, à s'exprimer :

- **Il est préférable de vous placer près de son visage**
 pas du tout d'accord **0** plutôt pas d'accord **1** plutôt d'accord **2** tout à fait d'accord **3**
- **Prendre une voix d'enfant est bénéfique**
 pas du tout d'accord **0** plutôt pas d'accord **1** plutôt d'accord **2** tout à fait d'accord **3**

- ***Imiter ses pleurs est important***
O pas du tout d'accord **3** O plutôt pas d'accord **2** O plutôt d'accord **1** O tout à fait d'accord **0**
- ***Imiter ses babillages, ses sons (ses « aaaaah » ou ses « papapapa » par exemple) est important***
O pas du tout d'accord **0** O plutôt pas d'accord **1** O plutôt d'accord **2** O tout à fait d'accord **3**
- ***Imiter ses expressions du visage et ses gestes est important***
O pas du tout d'accord **0** O plutôt pas d'accord **1** O plutôt d'accord **2** O tout à fait d'accord **3**
- ***Utiliser des mots simplifiés est préférable (par exemple : utiliser « ouah ouah » au lieu de « chien »)***
O pas du tout d'accord **3** O plutôt pas d'accord **2** O plutôt d'accord **1** O tout à fait d'accord **0**
- ***Chanter des chansons est important***
O pas du tout d'accord **0** O plutôt pas d'accord **1** O plutôt d'accord **2** O tout à fait d'accord **3**

Lorsque vous êtes avec votre bébé (pendant le bain par exemple), lui racontez-vous ce que vous êtes en train de faire ?

O pas du tout car il ne comprend pas encore **0** O plutôt non **1** O plutôt oui **2** O tout à fait **3**

Selon vous, votre bébé reconnaît votre voix : O pas du tout **0** O plutôt non **1** O plutôt oui **2** O tout à fait **3**

La succion ...

Avez-vous une inquiétude quant à l'utilisation de la tétine ou la prise du pouce ?

O pas du tout O plutôt non O plutôt oui O tout à fait

Vous proposez à votre enfant :

O votre doigt O une tétine O un doudou O un autre objet O rien (choix de l'enfant)

A quel(s) moment(s) de la journée ? (plusieurs réponses possibles)

O quand il pleure **0** O quand il veut s'endormir **0** O quand il joue **-1** O quand on part en promenade **-1**

Les livres et vous ...

La participante <u>ne sait pas lire</u> et elle est <u>primipare</u>	La participante <u>ne sait pas lire</u> et elle est <u>multipare</u>	La participante <u>sait lire</u> et elle est <u>primipare</u>	La participante <u>sait lire</u> et elle est <u>multipare</u>
--	--	---	---

<p>Utilisez-vous ou allez-vous utiliser des livres différemment qu'à travers la lecture avec votre bébé ?</p> <p>O pas du tout 0 O plutôt non 1</p> <p>O plutôt oui 2 O tout à fait 3</p> <p>Si oui, comment les utilisez-vous ou comment pensez-vous les utiliser ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Depuis quand ou à partir de quand pensez-vous proposer un livre à votre bébé :</p> <p>O depuis sa naissance 4</p> <p>O lorsqu'il saura tenir les livres 3</p> <p>O lorsqu'il commencera à parler 2</p> <p>O lorsqu'il entrera à l'école maternelle 1</p> <p>O lorsqu'il commencera à savoir lire 0</p> <p>A quelle fréquence ?</p> <p>O 1/mois 0 O 1/semaine 1</p> <p>O 1/jour 2 O plusieurs/jour 3</p>	<p>Utilisez-vous ou allez-vous utiliser des livres différemment qu'à travers la lecture avec votre bébé ?</p> <p>O pas du tout 0 O plutôt non 1</p> <p>O plutôt oui 2 O tout à fait 3</p> <p>Si oui, comment les utilisez-vous ou comment pensez-vous les utiliser ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Depuis quand ou à partir de quand pensez-vous proposer un livre à votre bébé :</p> <p>O depuis sa naissance 4</p> <p>O lorsqu'il saura tenir les livres 3</p> <p>O lorsqu'il commencera à parler 2</p> <p>O lorsqu'il entrera à l'école maternelle 1</p> <p>O lorsqu'il commencera à savoir lire 0</p> <p>A quelle fréquence ?</p> <p>O 1/mois 0 O 1/semaine 1</p> <p>O 1/jour 2 O plusieurs/jour 3</p>	<p>Durant ce dernier mois, avez-vous lu ou commencé à lire un/une :</p> <p>O roman O BD</p> <p>O magazine</p> <p>O livre de recette</p> <p>O livre pour enfant</p> <p>Depuis quand ou à partir de quand pensez-vous lire un livre à votre bébé :</p> <p>O depuis sa naissance 4</p> <p>O lorsqu'il saura tenir les livres 3</p> <p>O lorsqu'il commencera à parler 2</p> <p>O lorsqu'il entrera à l'école maternelle 1</p> <p>O lorsqu'il commencera à savoir lire 0</p> <p>Si oui, vous en lisez :</p> <p>O 1/mois 0 O 1/semaine 1 O 1/jour 2 O plusieurs/jour 3</p> <p>Utilisez-vous ou allez-vous utiliser des livres différemment qu'à travers la lecture avec votre bébé ?</p> <p>O pas du tout 0 O plutôt non 1</p> <p>O plutôt oui 2 O tout à fait 3</p> <p>Si oui, comment pensez-vous que l'on peut les utiliser ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Durant ce dernier mois, avez-vous lu ou commencé à lire un/une :</p> <p>O roman O BD</p> <p>O magazine O livre de recette</p> <p>O livre pour enfant</p> <p>Depuis quand ou à partir de quand pensez-vous lire un livre à votre bébé :</p> <p>O depuis sa naissance 4</p> <p>O lorsqu'il saura tenir les livres 3</p> <p>O lorsqu'il commencera à parler 2</p> <p>O lorsqu'il entrera à l'école maternelle 1</p> <p>O lorsqu'il commencera à savoir lire 0</p> <p>Si oui, vous en lisez :</p> <p>O 1/mois 0 O 1/semaine 1 O 1/jour 2 O plusieurs/jour 3</p> <p>Utilisez-vous ou allez-vous utiliser des livres différemment qu'à travers la lecture avec votre bébé ?</p> <p>O pas du tout 0 O plutôt non 1</p> <p>O plutôt oui 2 O tout à fait 3</p> <p>Si oui, comment les utilisez-vous ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---	--	---

Les écrans et vous ...

Combien d'écrans (téléphone, télévision, tablette) possédez-vous à la maison?

D'après vous :

- *Laisser un écran allumé dans une pièce gêne votre bébé qui joue*
- O pas du tout **0** O plutôt non **1** O plutôt oui **2** O tout à fait **3**

- *Les dessins animés et jeux sur console ou tablette peuvent aider votre bébé à grandir*
O pas du tout **3** O plutôt non **2** O plutôt oui **1** O tout à fait **0**
- *Regarder un dessin animé en français permet à votre bébé de progresser en français*
O pas du tout **3** O plutôt non **2** O plutôt oui **1** O tout à fait **0**

Avez-vous changé votre utilisation des écrans depuis l'arrivée de votre bébé ? O oui O non

Si oui, comment ?

.....

Si la participante est multipare :

Vos enfants possèdent-ils des écrans personnels ? O oui O non

Si oui, quel(s) âge(s) a/ont-il(s) ?

Vos enfants s'occupent-ils avec des écrans au cours d'une journée sans école ?

O toujours **0** O souvent **1** O parfois **2** O jamais **3**

Discutez-vous avec vos enfants de ce qu'ils regardent à la télé ?

O pas du tout **3** O plutôt non **2** O plutôt oui **1** O tout à fait **0**

Les orthophonistes

Connaissez-vous l'existence du métier d'orthophoniste ? O oui O non

Si oui, l'orthophoniste prend en charge des patients :

O dès la naissance O à partir d'un an O à partir de 3 ans O à partir de 6 ans

Pour finir ...

Avez-vous des questions particulières concernant le langage et la communication de votre bébé ?

.....
.....
.....

SCORES MAXIMUM:

Primipare : 73

Multipare ne sachant pas lire : 79

Multipare sachant lire : 82

Annexe 7 : questionnaire de satisfaction



A PROPOS DE L'ATELIER ...

Numéro d'anonymat :

Lieu et date de l'atelier :

1 – Cet atelier a-t-il répondu à vos attentes ?

pas du tout plutôt non ni oui, ni non plutôt oui tout à fait

2 – Cet atelier va-t-il faire évoluer vos manières de faire avec votre futur bébé ?

pas du tout plutôt non ni oui, ni non plutôt oui tout à fait

Si oui, comment

3 - Auriez-vous aimé discuter plus longtemps d'un thème ?

oui non

Si oui, lequel ?

4 – Auriez-vous aimé discuter d'autres thèmes ?

oui non

Si oui, lesquels ?

5 – La quantité d'information était-elle adaptée ?

oui non

Si non, était-elle : trop importante pas assez importante

6 – La durée de l'atelier vous-a-t-elle paru adaptée ?

oui non

Si non, était-elle : trop longue trop courte

7 – Participer à cet atelier *en groupe* vous a-t-il plu ?

pas du tout plutôt non ni oui, ni non plutôt oui tout à fait **Pourquoi ?**

8 – Le nombre de participantes était-il adapté ?

oui non

Si non, était-il : trop grand trop petit

9 – Vous êtes-vous sentie à l'aise pour prendre la parole ?

pas du tout plutôt non ni oui, ni non plutôt oui tout à fait

Pouvez-vous préciser pourquoi ?

10 – Recommanderiez-vous cet atelier à une proche ?

11 – Remarques, suggestions, critiques :

Merci pour votre participation ! Vous pouvez à tout moment revenir vers nous !

Annexe 8 : tableaux d'analyses statistica

Test de Wilcoxon les deux groupes confondus:

Annexe 8-1 :

Couples de variables	Test de Wilcoxon pour Ech. Appariés Tests significatifs marqués à $p < ,05000$			
	N Actifs	T	Z	valeur p
Score total T0 & Score total T1	7	5,000000	1,521278	0,128191

Annexe 8-2 :

Couples de variables	Test de Wilcoxon pour Ech. Appariés Tests significatifs marqués à $p < ,05000$			
	N Actifs	T	Z	valeur p
Les debuts de la communication T0 & Les débuts de la communication T1	7	0,00	2,201398	0,027709

Annexe 8-3 :

Couples de variables	Test de Wilcoxon pour Ech. Appariés Tests significatifs marqués à $p < ,05000$			
	N Actifs	T	Z	valeur p
La succion T0 & La succion T1	7	1,500000	0,801784	0,422679

Annexe 8-4 :

Couples de variables	Test de Wilcoxon pour Ech. Appariés Tests significatifs marqués à $p < ,05000$			
	N Actifs	T	Z	valeur p
Les livres T0 & Les livres T1	7	0,00	2,366432	0,017961

Annexe 8-5 :

Couples de variables	Test de Wilcoxon pour Ech. Appariés Tests significatifs marqués à $p < ,05000$			
	N Actifs	T	Z	valeur p
Les écrans T0 & Les écrans T1	7	6,000000	1,352247	0,176297

Test de Wilcoxon groupe intervention :

Annexe 8-6 :

		Test de Wilcoxon pour Ech. Appariés (Feuille de données2 dans GI) Tests significatifs marqués à p <,05000			
Couples de variables	N Actifs	T	Z	valeur p	
Score total T0 & Score total T1	5	1,000000	1,752920	0,079617	

Annexe 8-7 :

		Test de Wilcoxon pour Ech. Appariés Tests significatifs marqués à p <,05000			
Couples de variables	N Actifs	T	Z	valeur p	
Les débuts de la communication T0 & Les débuts de la communication T1	5	0,00	1,825742	0,067890	

Annexe 8-8 :

		Test de Wilcoxon pour Ech. Appariés Tests significatifs marqués à p <,05000			
Couples de variables	N Actifs	T	Z	valeur p	
La succion T0 & La succion T1	5	0,00	1,341641	0,179713	

Annexe 8-9 :

		Test de Wilcoxon pour Ech. Appariés Tests significatifs marqués à p <,05000			
Couples de variables	N Actifs	T	Z	valeur p	
Les livres T0 & Les livres T1	5	0,00	2,022600	0,043115	

Annexe 8-10 :

		Test de Wilcoxon pour Ech. Appariés Tests significatifs marqués à p <,05000			
Couples de variables	N Actifs	T	Z	valeur p	
Les écrans T0 & Les écrans T1	5	2,000000	1,483240	0,138012	

Test de Wilcoxon groupe témoin :

Annexe 8-11 :

Test de Wilcoxon pour Ech. Appariés Tests significatifs marqués à $p < ,05000$				
Couples de variables	N Actifs	T	Z	valeur p
Score total T0 & Score total T1	2	1,000000	0,447214	0,654721

Annexe 8-12 :

Test de Wilcoxon pour Ech. Appariés Tests significatifs marqués à $p < ,05000$				
Couples de variables	N Actifs	T	Z	valeur p
Les débuts de la communication T0 & Les débuts de la communication T1	2	0,00	1,341641	0,179713

Annexe 8-13 :

Test de Wilcoxon pour Ech. Appariés (Feuille de données2 dans GT) Tests significatifs marqués à $p < ,05000$				
Couples de variables	N Actifs	T	Z	valeur p
La succion T0 & La succion T1	2			

Annexe 8-14 :

Test de Wilcoxon pour Ech. Appariés Tests significatifs marqués à $p < ,05000$				
Couples de variables	N Actifs	T	Z	valeur p
Les livres T0 & Les livres T1	2	0,00	1,341641	0,179713

Annexe 8-15 :

Test de Wilcoxon pour Ech. Appariés Tests significatifs marqués à $p < ,05000$				
Couples de variables	N Actifs	T	Z	valeur p
Les écrans T0 & Les écrans T1	2	1,000000	0,447214	0,654721

Test de Mann-Whitney :

Annexe 8-16 :

Test U de Mann-Whitney (+ correction de continuité (Feuille de données2 dans Donnees_Camille_GI_et_GT (2)) Par var. Groupe Tests significatifs marqués à p <,05000										
variable	SommeRgs Intervention	SommeRgs Témoïn	U	Z	valeur p	Z ajusté	valeur p	N Actif Intervention	N Actif Témoïn	2*(1-p) p exact
Score total T1-T0	24,00000	4,000000	1,000000	1,355544	0,175245	1,355544	0,175245	5	2	0,190476

Annexe 8-17 :

Test U de Mann-Whitney (+ correction de continuité (Feuille de données2 dans Donnees_Camille_GI_et_GT (2)) Par var. Groupe Tests significatifs marqués à p <,05000										
variable	SommeRgs Intervention	SommeRgs Témoïn	U	Z	valeur p	Z ajusté	valeur p	N Actif Intervention	N Actif Témoïn	2*(1-p) p exact
Les débuts de la communication	23,00000	5,000000	2,000000	0,968246	0,332922	0,968246	0,332922	5	2	0,380952

Annexe 8-18 :

Test U de Mann-Whitney (+ correction de continuité (Feuille de données2 dans Donnees_Camille_GI_et_GT (2)) Par var. Groupe Tests significatifs marqués à p <,05000										
variable	SommeRgs Intervention	SommeRgs Témoïn	U	Z	valeur p	Z ajusté	valeur p	N Actif Intervention	N Actif Témoïn	2*(1-p) p exact
Succion T1-T0	23,50000	4,500000	1,500000	1,161895	0,245279	1,281982	0,199850	5	2	0,190476

Annexe 8-19 :

Test U de Mann-Whitney (+ correction de continuité (Feuille de données2 dans Donnees_Camille_GI_et_GT (2)) Par var. Groupe Tests significatifs marqués à p <,05000										
variable	SommeRgs Intervention	SommeRgs Témoïn	U	Z	valeur p	Z ajusté	valeur p	N Actif Intervention	N Actif Témoïn	2*(1-p) p exact
Les livres T1-T0	21,00000	7,000000	4,000000	0,193649	0,846451	0,193649	0,846451	5	2	0,857143

Annexe 8-20 :

Test U de Mann-Whitney (+ correction de continuité (Feuille de données2 dans GI GT) Par var. Groupe Tests significatifs marqués à p <,05000										
variable	SommeRgs Intervention	SommeRgs Témoïn	U	Z	valeur p	Z ajusté	valeur p	N Actif Intervention	N Actif Témoïn	2*(1-p) p exact
Sentiment d'information	21,00000	7,000000	4,000000	0,193649	0,846451	0,241523	0,809150	5	2	0,857143

Annexe 8-21 :

Test U de Mann-Whitney (+ correction de continuité (Feuille de données2 dans GI GT) Par var. Groupe Tests significatifs marqués à p <,05000										
variable	SommeRgs Intervention	SommeRgs Témoïn	U	Z	valeur p	Z ajusté	valeur p	N Actif Intervention	N Actif Témoïn	2*(1-p) p exact
Sentiment d'information	21,00000	7,000000	4,000000	0,193649	0,846451	0,241523	0,809150	5	2	0,857143

