Université de Montpellier

Faculté de Médecine

Département Universitaire d'Orthophonie

# REPERAGE PRECOCE EN CRECHE : Etat des lieux des besoins de prévention en orthophonie auprès des professionnels de la petite enfance dans l'Hérault

MEMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par Sophie LONCHAMPT

Le 10 juin 2021

**Jury :**

- Directrices :
  Mme Greco, orthophoniste
  Mme Boudouch-Rivemale, orthophoniste
- Rapportrices :
  Mme Trinquesse, orthophoniste
  Mme Soler, orthophoniste
- Examinatrices :
  Mme Blanc, coordinatrice service Enfance Parentalité, Béziers ;
  Mme Cantagrill, directrice de crèche multi-accueil les Pitchounets, Pézenas

Université de Montpellier

Faculté de Médecine

Département Universitaire d'Orthophonie

# REPERAGE PRECOCE : Etat des lieux des besoins de prévention en orthophonie auprès des professionnels de la petite enfance en EAJE dans l'Hérault

MEMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par Sophie LONCHAMPT

Le 10 juin 2021

**Jury :**

- Directrices :
  Mme Greco, orthophoniste
  Mme Boudouch-Rivemale, orthophoniste
- Rapportrices :
  Mme Trinquesse, orthophoniste
  Mme Soler, orthophoniste
- Examinatrices :
  Mme Blanc, coordinatrice service Enfance Parentalité, Béziers ;
  Mme Cantagrill, directrice de crèche multi-accueil les Pitchounets, Pézenas

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mes directrices de mémoire, Mme Greco et Mme Boudouch-Rivemale. Merci à toutes les deux pour votre incroyable énergie : vous avez su me proposer un encadrement engagé, enthousiaste et précis et m'avez accompagnée avec rigueur et bienveillance dans la réalisation de ce mémoire. Nos échanges ont été riches et constructifs. J'ai hâte de les poursuivre et de travailler demain avec vous !

Merci à Mme Trinquesse et Mme Soler, rapportrices sur ce mémoire pour leur relecture minutieuse et leurs apports précieux pour enrichir encore ce travail.

Merci à l'APOH d'avoir mis à disposition les brochures de prévention pour mener ce travail d'envergure.

Merci à Mme Blanc et Mme Cantagrill pour l'intérêt porté à cette étude et pour avoir accepté d'être jury de soutenance. Merci à Mme Blanc qui a accompagné ce mémoire auprès des crèches de Béziers et qui a su voir dans la réalisation de cette étude de terrain, l'enjeu de tisser des liens entre orthophonistes et professionnels de la petite enfance.

Merci à toutes les crèches qui ont participé à cette étude : votre implication dans les réponses sur le questionnaire ou dans nos échanges met en avant l'engagement professionnel et la grande sensibilité dont vous faites preuve auprès des enfants. Je suis plus que jamais convaincue que nos deux professions gagneront beaucoup à tisser des liens concrets et à échanger.

Ce mémoire est l'aboutissement d'un fantastique parcours universitaire. Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont participé à rendre le voyage plaisant et passionnant : les enseignants et intervenants du département universitaire d'Orthophonie de Montpellier, mes maitres de stage, l'ensemble de la promotion 2016-2021 avec une mention toute particulière pour les « reconverties ».

Et comme il s'agit d'un projet de vie qui a engagé mon entourage pendant 5 ans, je tiens à remercier du fond du cœur ma famille pour son soutien indéfectible. Merci à Cédric qui a toujours eu les mots et les gestes pour m'encourager à avancer et a fait en sorte que cela soit possible. Merci à mes merveilleux enfants Gaëtan et Mattias : vous avez été mon énergie renouvelable, ma dose de chocolat et de bonheur durant ces cinq années exigeantes.

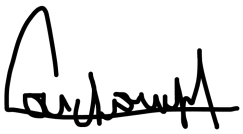
**ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT**

Je soussignée Sophie LONCHAMPT 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 : le 26/04/2021

Signature



# Table des matières

INTRODUCTION ..... 1

CADRE THÉORIQUE ..... 3

1 La prévention en orthophonie ..... 3

1.1 Définitions générales de santé publique ..... 3

1.1.1 La prévention ..... 3

1.1.2 La promotion de la santé ..... 3

1.2 La prévention au cœur du métier d'orthophoniste ..... 5

1.2.1 Le décret relatif aux actes et à l'exercice de la profession ..... 5

1.2.2 Le référentiel de compétences et d'activités ..... 6

1.2.3 La prévention au cœur de la formation initiale orthophonique ..... 7

1.3 La prévention orthophonique en pratique ..... 8

1.3.1 Les acteurs de la prévention orthophonique ..... 8

1.3.2 Les modalités de l'action de prévention orthophonique ..... 9

1.3.3 Les publics ciblés par la prévention orthophonique ..... 13

2 Petite enfance et prévention orthophonique ..... 14

2.1 La petite enfance dans l'action publique ..... 14

2.1.1 Les enjeux de la petite enfance ..... 14

2.1.2 Orientation de la prévention en petite enfance ..... 15

2.2 Des priorités qui intéressent directement l'orthophonie ..... 16

2.2.1 La prévention des troubles de l'oralité alimentaire ..... 16

2.2.2 La prévention des troubles du langage et de la communication ..... 18

2.3 L'intervention orthophonique précoce ..... 20

2.3.1 Cadre et structuration de l'intervention précoce ..... 20

2.3.2 Fondements de la PEC orthophonique précoce ..... 22

2.3.3 Modalités de la PEC orthophonique précoce ..... 24

2.3.4 Les bénéfices de l'intervention précoce .....26
2.4 Repérer tôt pour agir tôt : les professionnels de crèche dans le réseau d'alerte 27
2.4.1 Le repérage : définition et organisation .....27
2.4.2 Le rôle des professionnels de crèche .....29
2.4.3 Prévention orthophonique à destination des PPE .....29
2.4.4 Besoin de formation ou d'information .....30
3 PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES GÉNÉRALES ..... 31
3.1 Problématique .....31
3.2 Hypothèses générales .....32
PARTIE EXPÉRIMENTALE ..... 33
1 MATÉRIEL ET MÉTHODES ..... 33
1.1 Population : .....34
1.1.1 Présentation des professionnels de la petite enfance travaillant en Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE). .....34
1.1.2 Population d'étude .....35
1.1.3 Critères d'inclusion : .....35
1.1.4 Critères de non inclusion : .....36
1.1.5 Liste de crèches retenues .....36
1.2 Matériel : .....36
1.2.1 Le questionnaire .....36
1.2.1.1 Choix de la méthode de recueil d'information .....36
1.2.1.2 Type de questionnaire .....37
1.2.1.3 Construction du questionnaire : définition des compétences à évaluer 38
1.2.1.4 Contenu et choix des items .....39
1.2.1.5 Elaboration et validation du questionnaire .....43

1.2.2 Les supports de prévention utilisés dans l'étude .....44
1.2.2.1 Objectif Langage .....44
1.2.2.2 Signes d'appel .....45
1.2.3 Modalités d'intervention sur site G3 .....46
1.3 Protocole .....47
1.3.1 Randomisation .....48
1.3.2 L'étude .....50
1.4 Statistiques et hypothèse opérationnelles .....50
1.4.1 Variables indépendantes .....51
1.4.1.1 Variables indépendantes invoquées .....51
1.4.1.2 Variables indépendantes provoquées .....51
1.4.2 Variables dépendantes .....52
1.4.3 Hypothèses opérationnelles .....52
RESULTATS ..... 54
1 Retour des questionnaires ..... 54
2 Réponses au questionnaire ..... 55
2.1 Présentation de la population .....55
2.1.1 Postes et expérience professionnelle : .....55
2.1.2 Diplômes et formation initiale des répondants .....56
2.1.3 Formation continue ou complémentaire .....58
2.1.4 Connaissances de l'orthophonie .....59
2.2 Partie B : langage et communication .....60
2.2.1 Connaissances générales sur les précurseurs de la communication .....60
2.2.2 Les repères d'âge .....61
2.2.3 Identifier des signes d'alerte du développement du langage et de la communication .....62

2.3 Partie C : oralité alimentaire ..... 64
2.3.1 Connaissances générales sur la prise alimentaire du jeune enfant ..... 64
2.3.2 Les repères d'âge ..... 65
2.3.3 Identifier des signes d'alerte de l'oralité alimentaire ..... 67
2.4 Partie D : pratiques professionnelles ..... 68
2.4.1 Le repérage précoce en crèche ..... 68
2.4.2 Communication et retombées du repérage ..... 69
2.4.3 Sentiments de légitimité et de compétence ..... 70
2.4.4 Avis sur le questionnaire ..... 71
3 Analyse statistique : différences intergroupes ..... 72
3.1 Homogénéité intergroupe ..... 72
3.1.1 Postes occupés ..... 72
3.1.2 Nombre d'années d'expérience ..... 73
3.2 Comparaison des réponses ..... 74
3.2.1 Connaissance de l'orthophonie. ..... 74
3.2.2 Normalité des données et traitement statistique retenu ..... 76
3.2.3 Scores connaissances générales ..... 76
3.2.4 Scores repères d'âge ..... 79
3.2.5 Scores signes d'alerte ..... 82
3.2.6 Score total ..... 85
DISCUSSION ..... 87
1 ANALYSE DES RESULTATS : état des lieux ..... 87
1.1 Expression des besoins de prévention ..... 87
1.1.1 Renforcer les échanges interprofessionnels ..... 87
1.1.2 Renforcer les connaissances ..... 88
1.1.3 Besoin de renforcer le rôle dans le repérage ..... 89

1.2 Les domaines à cibler dans le langage et la communication .....90
1.2.1 Connaissances des pré-requis .....90
1.2.2 Développement typique et repères d'âge .....92
1.2.3 Les signes d'alertes .....94
1.3 Les domaines à cibler dans l'oralité alimentaire .....98
1.3.1 Connaissances générales .....98
1.3.2 Repères d'âge .....99
1.3.3 Les signes d'alerte .....99
1.4 Tableau récapitulatif des besoins identifiés .....100
2 Impact des actions de prévention ..... 101
2.1 Validation des hypothèses .....101
2.1.1 Hypothèse opérationnelle 1 .....101
2.1.2 Hypothèse opérationnelle 2 .....101
2.1.3 Hypothèse opérationnelle 3 .....102
2.1.4 Hypothèse opérationnelle 4 .....102
2.1.5 Hypothèse opérationnelle 5 .....102
2.1.6 Hypothèse opérationnelle 6 .....102
2.1.7 Hypothèse opérationnelle 7 .....103
2.1.8 Hypothèse opérationnelle 8 .....103
2.2 Analyse de l'impact des modalités d'intervention .....103
2.3 Analyse des supports retenus .....104
3 Limites et perspectives ..... 106
3.1 Représentativité de la population d'étude .....106
3.2 Validité de notre questionnaire .....106
3.3 Modalités des interventions sur site .....108
4 Apports personnels et implications pour l'orthophonie ..... 110

CONCLUSION ..... 113

Table des illustrations ..... 115

Bibliographie ..... 117

ANNEXES ..... 137

ANNEXE 1 : les associations locales de prévention en orthophonie. ..... 138

ANNEXE 2 : Questionnaire d'étude ..... 140

Annexe 3 : livrets Objectif langage (extraits) et signes d'appel ..... 144

Annexe 4 : résultats ..... 146

**Résumé :**

Langage, communication et oralité alimentaire sont des aspects primordiaux du développement harmonieux de l'enfant et relèvent à ce titre d'enjeux de Santé Publique. Les orthophonistes sont encouragés à prendre en charge le plus précocement possible, la précocité de l'intervention orthophonique étant reconnue comme facteur de pronostic favorable sur la trajectoire développementale du langage et de la communication ou de l'oralité alimentaire. Le repérage précoce apparait donc comme le premier maillon du parcours de soins de l'enfant. A ce titre, les professionnels de la petite enfance en crèche sont en première ligne pour participer à ce repérage. Notre étude réalise un état des lieux des représentations et connaissances dont disposent les professionnels de 35 crèches de l'Hérault pour exercer cette compétence. Des besoins spécifiques sont établis portant notamment sur la notion de période sensible, sur les précurseurs de la communication, les repères d'âge et les signes d'alerte absolue. Parallèlement, une analyse statistique valide le bénéfice global d'une action de prévention primaire utilisant les livrets « Objectif Langage » et « Signes d'appel ». Ce bénéfice est majoré pour les groupes ayant bénéficié d'une modalité d'intervention sur site avec présentation orale des brochures et temps d'échange.

**Mots clés :** Prévention primaire – orthophonie - repérage précoce – petite enfance – crèche - signes d'alerte – APOH – livret « Objectif Langage » – livret « Signes d'appel »

**Abstract:**

Language, communication and feeding are essential aspects of a child overall development and are in that respect considered as key Public Health issues. Speech therapists are incented to intervene at an early stage, early intervention being recognized as having a positive impact on children developmental pathway in terms of language, communication or feeding outcomes. Detecting potential difficulties at an early stage appears to be the first step in child care. Child care givers in community centers are therefore intended to play a major role at this stage. This study aims at assessing the current situation in 35 child care centers in the department of Herault by examining the

representations and knowledges that child care workers have to participate in early detection. Specific needs have been identified that concerns the notion of sensitive period, communication prerequisites, age span and early detection signs. Along with this study, a statistical analysis has validated the global benefit of primary prevention actions using two leaflets developed by associations of speech therapist “Objectif Langage” et “Signes d’appel”. The impact of this action is increased in groups where the intervention is done on site with an oral presentation of the leaflets.

**Key words :** primary prevention- speech therapy – early detection -early childcare-detection signs – APOH – leaflet “Objectif Langage”- leaflet “Signes d’appel”

# INTRODUCTION

Au 1er juillet 2019, l'avenant 16 de la convention nationale des orthophonistes entrait en vigueur, renforçant l'orientation de la profession vers les actions de prévention et de dépistage d'une part, valorisant d'autre part l'intervention précoce auprès des enfants de moins de trois ans. Le rappel et le renforcement de ces orientations spécifiques du métier d'orthophoniste sont concourantes aux mesures de santé publique et de politique générale visant à encourager les actions de prévention primaire à destination de la petite enfance.

Le repérage des troubles impactant le développement sensoriel, cognitif, langagier ou alimentaire de l'enfant est une priorité de Santé Publique (Cioni et al., 2016; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017; *Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement*, s. d.). En permettant l'orientation et la mise en œuvre rapide d'interventions précoces, le repérage participe, avant même la pose du diagnostic, à influencer positivement la trajectoire développementale de l'enfant(Bakermans-Kranenburg et al., 2008; Ball et al., 2019; Spittle et al., 2015). L'intervention précoce, centrée sur l'enfant ou sur la dyade parent-enfant a démontré son efficacité dans de nombreux domaines et pathologies. Les effets bénéfiques portent sur les capacités fonctionnelles du sujet, visant la réalisation optimale de son autonomie et de son bien-être(Costa Elizabeth Adams et al., 2019). Les interventions précoces permettent également de favoriser la construction harmonieuse de relations parent-enfant dont on sait aujourd'hui qu'elles sont primordiales tant pour le développement de l'enfant que pour la qualité de vie des familles d'enfants à besoins spécifiques.

Le repérage doit donc être perçu comme la première étape, le premier outil, permettant d'assurer à tous, le droit de bénéficier des meilleures conditions de santé, en offrant des interventions adéquates et ciblées en temps et en moyens.

Dans le contexte des troubles impactant le développement du langage, de la communication, des oralités, domaines d'intervention de l'orthophonie, il est particulièrement nécessaire de pouvoir recueillir des éléments de fonctionnement de l'enfant en interaction dans le cadre de socialisation de la crèche. Il convient donc de pouvoir s'appuyer sur les personnes qui prodiguent quotidiennement les soins à

l'enfant et peuvent observer ses comportements, en interaction avec les adultes ou avec ses pairs, dans diverses activités (alimentation, sommeil, jeux, activités d'éveil, etc.).

Ainsi , les professionnels de la petite enfance, et notamment dans les structures d'accueil du jeune enfant sont expressément impliquées dans le repérage précoce des difficultés dans l'un ou l'autre des domaines, cognitifs, psycho affectifs, sensoriels ou moteurs (HAS, 2017). Leurs observations doivent s'appuyer sur des connaissances théoriques du développement typique de l'enfant et peuvent être confrontées aux connaissances liées à l'expérience et à l'expertise personnelle du professionnel de crèche.

Il est donc nécessaire d'identifier les besoins qu'ont les professionnels en crèche pour exercer cette compétence. Cette question fera l'objet de la première analyse de cette étude, qui visera à établir un état des lieux dans les crèches de l'Hérault.

La seconde analyse tâchera quant à elle d'évaluer les bénéfices d'une action de prévention en orthophonie à destination des professionnels de la petite enfance en crèche ainsi que les modalités minimales et optimales d'intervention. L'action de prévention primaire visera, sur la base d'outils existants (« Signes d'appel » et « Objectif Langage ») à proposer de l'information centrée sur les signes d'alerte et le développement typique de l'enfant sur les plans du langage, de la communication et des oralités verbales et alimentaires.

# CADRE THÉORIQUE

## 1 La prévention en orthophonie

### 1.1 Définitions générales de santé publique

#### 1.1.1 La prévention

La prévention est définie comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps". (OMS[1]). Elle se décline en trois axes : primaire, secondaire ou tertiaire (Bourdillon et al., 2016; Sournia, 1991).

La **prévention primaire** vise à réduire l'incidence des maladies ou la survenue d'accidents dans une population. Elle agit, en amont de la maladie, sur les facteurs de risque individuels ou environnementaux.

La **prévention secondaire** consiste à réduire la prévalence de la maladie dans une population. Elle intervient au tout début de l'apparition du trouble, voire avant l'apparition des premiers symptômes, pour en réduire la gravité. Elle recouvre notamment les actions de dépistage.

La **prévention tertiaire** intervient après la survenue de la maladie, trouble ou accident. Elle participe à limiter les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

#### 1.1.2 La promotion de la santé

Pour l'OMS, la santé réfère à un « *état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La santé permet à

[1] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

l'individu de « *réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins* ». Elle participe à la qualité de vie de l'individu et en cela devient une ressource et non un but.

Selon Bourdillon et al., il convient de distinguer la prévention de « protection » de la prévention « positive ».

La **prévention de « protection »** est une prévention « de » ou « contre » une maladie ou des facteurs de risques.

La **prévention « positive »** ou universelle se définit sans référence à un risque précis. Elle agit en amont des facteurs de risque sur les déterminants de la santé.

Cette terminologie renvoie aux concepts de prévention primordiale et de promotion de la santé définie par la Charte d'Ottawa en 1986 (OMS, 1986). « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. ». Elle consiste à promouvoir des comportements individuels et collectifs favorables pour la santé. Par ailleurs, elle favorise l'organisation - sur les plans sociaux, communautaires, éducatifs ou encore culturels - d'environnements porteurs pour la santé.

Les politiques de prévention et de promotion de la santé visent à rendre l'individu acteur de sa santé pour la préserver voire l'optimiser, se prémunir des risques ou encore participer aux actes thérapeutiques. On appelle « empowerment » ou « autonomisation », « le résultat d'une interaction dynamique entre deux niveaux : le développement de compétences individuelles (internes) et le dépassement de barrières structurelles (externes) » (Wallerstein, 2006).

Dans son rapport remis à l'OMS en 2006, Nina Wallerstein précise les objectifs à poursuivre. Pour être efficace, les mesures d'autonomisation doivent :

- promouvoir la « maîtrise des ressources » et l'«accès à l'information ».
- renforcer les compétences au sein de petits groupes , « en vue de mettre en place des environnements favorables », « promouvoir l'action de proximité en donnant à tous la possibilité de jouer un rôle ».

Les modalités d'intervention doivent cibler

- le sujet et son entourage familial,
- les professionnels médicaux, sociaux et éducatifs ainsi que les partenaires institutionnels notamment à l'échelle locale.

➢ *Les actions de prévention s'inscrivent dans un contexte individuel, collectif et communautaire. Pour l'ANSA ( Agence Nouvelle des solidarités actives), cette dimension justifie les démarches de type recherche-action, qui visent la mise en œuvre d'une pratique de terrain, à la fois interventionnelle et réflexive, ciblée sur une population et un territoire donnés (Allard & Rickey, 2017).*

## 1.2 La prévention au cœur du métier d'orthophoniste

### 1.2.1 Le décret relatif aux actes et à l'exercice de la profession

La profession d'orthophoniste est régie par décret. (Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, 2002). Il s'agit d'une profession paramédicale qui réalise sur prescription médicale des actes de soins thérapeutiques.

« L'orthophonie consiste :

- à prévenir, évaluer et prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ;
- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions »

Par ailleurs ce décret précise à l'article 4 :

« La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient. L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et

éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie. »

- *L'orthophoniste est donc reconnu comme acteur du système de santé publique de prévention. Cependant, la nomenclature des actes (FNO, 2020b) ne prévoit pas de tarification pour des actions de prévention primaire ou secondaire. On peut déplorer que cette activité ne soit pas valorisée au titre de l'exercice professionnel libéral d'autant que le décret précise que l'orthophoniste peut initier des actions de prévention « proposer », « organiser », « participer ». Cette absence limite les initiatives d'intervention en prévention. Elle implique que l'orthophoniste structure son intervention dans un cadre institutionnel ou associatif.*

### 1.2.2 Le référentiel de compétences et d'activités

Le certificat de capacité d'orthophoniste est enregistré au répertoire national des certifications professionnelles.(Article L6113-1 - Code du travail-Légifrance, 2019). Il répond à un référentiel d'activités rencontrées en situation professionnelle et de compétences nécessaires à l'exercice de l'orthophonie. Ce référentiel d'activités du métier d'orthophoniste précise les actions de « Prévention et dépistage des troubles du langage, de la communication et des fonctions oro-myo-faciales » (Bulletin Officiel n°32, 2013a) à travers :

- la « réalisation d'actions de prévention primaire et secondaire dans un cadre individuel ou collectif »,
- « la réalisation d'actions de prévention tertiaire dans le contexte du soin ou de l'éducation thérapeutique »
- « la conduite d'actions de promotion de l'intégration des personnes présentant des troubles du langage, de la communication et des fonctions oro-myo-faciales ».

*Les actions de prévention orthophonique recouvrent les trois stades de la prévention. Elles peuvent cibler le patient et son entourage ainsi que d'autres professionnels, dans un contexte individuel ou collectif. Elles peuvent être proposées dans une démarche pluridisciplinaire.*

### 1.2.3 La prévention au cœur de la formation initiale orthophonique

Afin de préparer l'orthophoniste à ces missions de prévention, le référentiel de formation (Bulletin Officiel n°32, 2013b) fait figurer « la prévention, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des aidants », comme éléments de contenu à part entière dans plusieurs unités d'enseignement (UE).

| **Unités d'enseignement concernées spécifiquement par la prévention** |
|---|
| 2.3 Oto-rhino-laryngologie (ORL) |
| 5.1 Communication et langage oral |
| 5.2 Langage écrit, graphisme et écriture |
| 5.3 Cognition mathématique |
| 5.4 Troubles de l'oralité |
| 5.5 Audition |
| 5.6 Phonation et Déglutition |
| 5.7 Pathologies neurologiques |
| 5.8 Handicap |

*Tableau 1 la prévention dans le référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste*

Aussi vaste que soit le champ de compétences de l'orthophonie, la prévention intéresse l'ensemble de ses domaines d'intervention. Les objectifs pédagogiques de prévention au sein de ces UE sont d'apprendre à :

- « Mener une démarche de prévention et d'accompagnement des aidants »
- « Élaborer et mettre en œuvre une démarche d'éducation thérapeutique »
- « Mettre en œuvre des démarches de conseil et d'expertise »
- « S'inscrire dans une démarche pluriprofessionnelle »

De plus, l'étudiant orthophoniste est amené à se former à la prévention par des UE transversales telles que l'Éducation thérapeutique du patient en orthophonie (UE 4.4), la Communication avec le patient, l'entourage et les autres professionnels (UE 8.3), l'Intervention et promotion de la santé (UE 9.2).

- *La prévention fait donc partie intégrante du décret de compétences de l'orthophoniste, de son référentiel d'activités et de formation. Elle est à ce titre reconnue comme une composante socle du métier.*

## 1.3 La prévention orthophonique en pratique

### 1.3.1 Les acteurs de la prévention orthophonique

Hormis les actes de prévention tertiaire réalisés dans le cadre de la prise en soin du patient, les actions de prévention primaire ou secondaire, ne sont pas incluses dans notre nomenclature, ce qui créé un vide entre compétence reconnue par les textes et possibilité de mise en œuvre dans le cadre d'activité libérale. Les actions de prévention en orthophonie sont ainsi majoritairement réalisées dans un contexte associatif à titre gracieux par les orthophonistes en libéral ou par les étudiants en orthophonie dans le cadre de leurs stages.

Les actions de prévention en orthophonie sont principalement relayées par les associations nationales ou locales, les fédérations nationales, la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) notamment, les Unions Régionales des Professionnels de Santé Libéraux Orthophonistes (URPS orthophonistes). En France, on compte 48 associations locales de prévention en orthophonie (Annexe 1: les associations locales de prévention en orthophonie - Listing établi d'après le site de la FNO (FNO, 2021)).

A titre d'exemple, sur le département de l'Hérault, l'APOH (Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault) comptait 111 adhérents en 2019. Créée en 2009, cette association promeut des actions de prévention à destination de divers publics.

Des objectifs de prévention peuvent également être inscrits de manière transdisciplinaire dans les projets des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)[2] ou au sein des

[2] « Les maisons de santé sont des structures pluri professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence.

Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)[3]. L'implantation de ces dernières sur le territoire national doit aller en se renforçant : 9 conventions cadre étaient signées en 2019, 450 étaient en projet. La stratégie gouvernementale « ma santé 2022 » vise la création de 1000 CPTS d'ici 2022 (DICOM_Audrey.H, 2021).

Ce maillage territorial devrait permettre d'inscrire l'offre de prévention orthophonique par les praticiens libéraux sur le territoire et de structurer celle-ci au titre d'exercices coordonnés.

### 1.3.2 Les modalités de l'action de prévention orthophonique

**Les campagnes de prévention primaire**

A titre d'exemple nous pouvons citer l'action **« 1 Bébé, 1 Livre »**. Initiée en 2007 en Alsace, cette action de prévention primaire est aujourd'hui portée dans toute la France par les associations locales de prévention en orthophonie. Menée chaque année par les orthophonistes et les étudiants en Master 1 d'orthophonie, elle consiste à aller à la rencontre des parents en maternité pour offrir un livre aux nouveau-nés et le livret Objectif Langage aux parents. Elle vise à sensibiliser les parents sur le rôle qu'ils ont à jouer dans le développement langagier de leur enfant.

Autre exemple d'intervention sur le terrain **« Chouette, un cadeau pour réussir à l'école ».** Cette action, inspirée de « lire l'école, un livre pour grandir » (Association de Prévention en Alsace OPAL en 2009) est une action de prévention des troubles du langage et de lutte contre l'illettrisme, développée par APO-G (Association de Prévention en Orthophonie du Gard) depuis 2016. Lors d'un atelier ouvert aux parents, un livre sur l'école maternelle est remis aux enfants entrant en petite section dans les quartiers

---

En juillet 2020, 1617 maisons en fonctionnement et 451 maisons en projets étaient recensées » (DGOS_Michel.C, 2021)

[3] La stratégie « Ma santé 2022 » donne aux professionnels de santé les moyens de créer des collectifs de soins, notamment à travers les CPTS qui sont des organisations simples, constituées le plus souvent sous la forme d'associations loi 1901. Les unions régionales de professionnels de santé libéraux, les fédérations de structures d'exercice coordonné et les élus locaux s'investissent pour accompagner les porteurs de projets. L'exercice isolé – c'est-à-dire d'un professionnel de santé seul dans son cabinet – doit devenir l'exception à l'horizon 2022. Les soins de proximité doivent s'organiser au sein de structures d'exercice coordonné comme les maisons ou les centres de santé, dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)..(Santé, 2021)

prioritaires et les secteurs REP et REP+[4]. Dans un deuxième temps intitulé **« Chouette, on en parle »** les familles sont invitées à échanger sur l'apport du livre au quotidien.

**Dépistage et repérage**

Dans le cadre de la prévention secondaire, les orthophonistes participent à l'élaboration de matériel et à la mise en œuvre de campagnes de dépistage (Denni-Krichel, 2001). Pour les troubles du langage citons à titre d'exemple et de manière non exhaustive: le test de dépistage précoce des troubles instrumentaux de la parole et du langage oral chez l'enfant de 3 ans 6 mois à 5 ans 6 mois (TDP 81), mis au point par Pierre Ferrand ; les épreuves de repérage des troubles du langage utilisables lors du bilan médical de l'enfant de 4 ans (ERTL4) qui constituent un test de dépistage à l'usage des médecins notamment de PMI (Alla et al., 1998; Colombo, 2007) ; le matériel Dépistage et Prévention du Langage chez les enfants de 3 ans (DPL3) conçu en 1996 et révisé en 2010 pour être utilisé conjointement par un orthophoniste et par un professionnel de la petite enfance ou de la santé dans le cadre d'action de prévention (Coquet, 2007).

**Les programmes de formation**

La prévention primaire orthophonique compte également des actions de formation à destination des aidants ou de publics professionnels.

Par exemple, à l'initiative de la Fédération Nationale des Aphasiques de France (FNAF) un plan de formation des aidants a été proposé par le Collège Français d'Orthophonie (CFO) qui regroupe la FNO et l'UNADREO[5], en partenariat avec la Société Française de Psychologie (SFP) et la Société de Neuropsychologie de Langue Française (SNLF). Ce programme est gratuit pour les aidants. De 2014 à 2017, 63 sessions de sensibilisation

[4] REP et REP+ : réseaux d'éducation prioritaires (REP) et d'éducation prioritaire renforcé (REP+). « Le ministère de l'Éducation nationale classe les établissements – écoles primaires et collèges – en fonction d'un indice social. Celui-ci comprend quatre paramètres qui impactent la réussite scolaire : le taux de catégories socio-professionnelles défavorisées ; le taux d'élèves boursiers ; le taux d'élèves résidant dans un QPV (quartiers prioritaires de la politique de la ville) ; le taux d'élèves ayant redoublé avant la sixième. Les établissements classés REP bénéficient : d'une classe avec moins d'élèves (25 élèves maximum) ; de financements pour effectuer des sorties, des projets ; d'un soutien spécifique pour les élèves de sixième en difficulté ; d'internats de proximité. » (*Politique d'éducation prioritaire*, 2019)

[5] UNADREO : « L'Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Evaluation en Orthophonie est une société savante, c'est-à-dire un groupement de professionnels référents dans les nombreux champs de l'orthophonie. Elle a pour mission de promouvoir la **recherche en orthophonie** mais aussi dans les disciplines qui contribuent à la construction de son identité. »(UNADREO, 2020)

ouvertes à tous et 72 sessions de formation réservées aux aidants ont ainsi été proposées. Le plan de formation est reconduit jusqu'en 2022, sous financement de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dans le cadre de la stratégie « agir pour les aidants » (CNSA, 2020). Outre les sessions de formation, de nombreux documents ont été produits et sont aujourd'hui disponibles en téléchargement. (FNO, 2018)

**La production et la diffusion de supports d'information**

La prévention primaire en orthophonie consiste également en la production et la diffusion de supports d'information. Des brochures, livrets d'information ou encore des vidéos (Barbier, s. d.; Denni-Krichel, 1998, 2001; FNO, s. d., 2018) sur diverses pathologies ou troubles sont réalisés par des orthophonistes ou en collaboration avec des orthophonistes à titre privé, associatif, hospitalier ou encore dans le cadre de la recherche universitaire.

Citons à titre d'exemple et de manière non exhaustive :

- Sur le développement du langage et de la communication : « Objectif langage », « Parents, votre enfant apprend à parler », « 3 ans-3 ans et demi, quelques repères», « À tous les âges, l'orthophonie » ; des films vidéos : « Objectif langage», « Regardons-les parler», « À tour de rôle : les interactions entre adultes et enfants de 3-4 ans » ; « Prévention langage 0-3ans »
- Sur l'alimentation et l'oralité alimentaire : « En route vers une alimentation épanouie » plaquette de l'Apo-G ; le livret « les troubles de l'oralité chez l'enfant de 3 ans et plus alimenté par gastrostomie » réalisé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie (Alexandre, 2014)
- Sur les troubles de la déglutition : la plaquette dysphagie de l'APOH conjointement avec la MAIA Est-Héraultaise, le CHU de Montpellier et l'URPS Orthophonistes Occitanie, la plaquette du CHU de Nîmes sur les troubles de la déglutition ou dysphagie (CHU Nîmes, 2010)

**Les sites internet**

Autre support actuel de diffusion grand public : l'internet. Il existe deux sites orthophoniques principaux.

Depuis octobre 2019, la Plateforme Prévention et Soins en Orthophonie (PPSO)[6] s'est dotée d'un site internet de prévention primaire à destination du grand public, (www.allo-ortho.com).

On y retrouve une entrée par domaine (développement, alimentation, langage, lecture, orthographe, calcul, concentration, voix, audition, mémoire) ou par âge (0-1 an ; 1-3 ans ; 3-6 ans ; 6-10 ans ; 10-18 ans ; 18 ans et plus). L'objectif est d'apporter des éléments d'information sur des questions que l'entourage familial peut se poser. Au-delà de l'aspect de prévention primaire, la plateforme est proposée à titre expérimental pour une durée de trois ans (depuis mai 2020) dans trois régions en France (Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est et Hauts de France) comme outil pour fluidifier l'accès aux soins orthophoniques : si les articles proposés ne répondent pas aux interrogations des usagers, le site propose de les mettre en relation avec un orthophoniste qui jugera de la pertinence de poursuivre la démarche de rendez-vous en vue de réaliser un bilan orthophonique.

Cette plateforme est décriée par d'autres associations qui y voient la réduction de l'intervention orthophonique à une vision mécaniste de la prise en soin et craignent en outre la généralisation du télé soin. (FOF, 2020).

Autre site de prévention en ligne, celui de la FNO-prévention (www.fno-prevention-orthophonie.fr), il s'agit d'un site grand public pour les parents de jeunes enfants et les professionnels de santé de la petite enfance. Anciennement info-langage (FNO, 2010), ce site a pour vocation de mettre à disposition des informations et des ressources disponibles en téléchargement. Il s'organise autour de deux thématiques : « mon enfant apprend à parler » et « mon enfant apprend à lire ». Pour chaque thématique, on retrouve des informations, des ressources en téléchargement (affiches, brochures) ou encore des vidéos à visionner sur le site. Ces ressources portent sur le développement du langage (oral ou écrit), les signes d'appels, des définitions, des conseils pour favoriser l'émergence du

[6] Association créée en octobre 2018 à l'initiative de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO), de 23 syndicats régionaux membres de la FNO, des URPS Orthophonistes et d'un grand nombre d'associations régionales de prévention en orthophonie. Les objectifs de cette association sont « de donner et de diffuser à grande échelle des informations sur les compétences des orthophonistes, le champ d'intervention de l'orthophonie et la prévention des troubles de la communication, du langage oral et écrit, du raisonnement, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales. » puis de répondre « aux interrogations des personnes sur un recours nécessaire (ou non) à l'orthophonie. »(*PPSO - URPS Orthophonistes Grand-Est*, 2018).

langage mais également des conseils sur le besoin de succion des tout petits. La commission Prévention et promotion de la Santé de la FNO a édité au printemps 2021 une nouvelle brochure de prévention à destination des parents. Elle s'intéresse au langage, à la communication et à l'oralité alimentaire et présente de façon transversale les repères de développement et les signes d'alerte. De nombreux autres sites (associations locales de prévention en orthophonie, associations de patients, CHU) proposent des ressources téléchargeables en ligne.

### 1.3.3 Les publics ciblés par la prévention orthophonique

La prévention orthophonique :

- s'adresse aux patients, aux parents et aux aidants.
- participe à l'information et la formation de publics professionnels de santé, de la petite enfance, des EHPAD, de l'éducation nationale.

Ainsi les cibles d'action de la prévention orthophonique sont multiples : population générale sur les questions de promotion du langage et de l'oralité, population ciblée en fonction d'une pathologie avérée ou de facteurs de risque. De plus certaines actions peuvent être déclinées pour différents publics : des actions à destination initiale des parents peuvent être relayées auprès de publics professionnels.

Par exemple l'organisation en maternité de l'action « 1 Bébé, 1 Livre » à destination des parents est également l'occasion de sensibiliser le personnel des maternités qui accueillent l'action. L'Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé mentionne l'inscription de « 1 Bébé, 1 Livre » au titre de l'action cadre « Actions coordonnées de prévention en direction des femmes enceintes, des parents et de la petite enfance dans le département des Hautes-Alpes ».

L'objectif général de l'action y est plus largement de « Sensibiliser professionnels de santé et parents sur le développement du langage et la prévention de ses troubles » avec comme objectifs opérationnels (OSCARS, 2018) :

- Organiser des sessions de formation en direction des sages-femmes libérales
- Mettre en place l'opération de distribution d'un livre-doudou aux nouveau-nés

- Mettre en place une sensibilisation des parents
- Organiser des séances d'information auprès des personnels des maternités

De la même manière, l'Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault (APOH) a pour projet de prolonger la portée de l'action « 1 Bébé, 1 Livre » auprès des personnels de la Petite Enfance, au sein des crèches, halte-garderie et auprès des assistants maternels. » (APOH, 2020)

- *La prévention en orthophonie recouvre un grand nombre de modalités et fait intervenir de nombreux acteurs.*

  *La visibilité de ces actions n'est pas toujours assurée : le site de l'Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé ne recense pas l'ensemble des actions de prévention en orthophonie menées chaque année.*

  *De plus, il serait intéressant de valoriser au niveau régional puis national, les actions de prévention en orthophonie en les inscrivant dans des démarches de recherche opérationnelle et scientifique (Allard & Rickey, 2017 ; Rousseau et al., 2014 ; UNADREO, 2020) afin de :*
  - *soutenir un niveau de preuve de qualité par des évaluations d'impact ;*
  - *valoriser l'expertise professionnelle ;*
  - *permettre le transfert des connaissances et pratiques d'intervention à d'autres utilisateurs dans une démarche d'amélioration continue*

# 2 Petite enfance et prévention orthophonique

## 2.1 La petite enfance dans l'action publique

### 2.1.1 Les enjeux de la petite enfance

La petite enfance[7] relève d'enjeux particuliers en terme médico-sociaux et éducatifs qui nécessitent l'engagement de l'action publique. C'est pourquoi elle s'inscrit aujourd'hui

[7] On parle de petite enfance pour définir la période allant de la naissance à 6 ans. Dans ce mémoire nous retiendrons comme définition de la petite enfance la période allant des 0 à l'année des 3 ans. Les lieux d'accueil, de socialisation et de prise en charge du jeune enfant étant spécifiques à cette période.

comme priorité dans un continuum de mesures de politique intéressant la solidarité, la santé, l'éducation ou encore l'économie. La réunion d'un collège d'experts du développement de l'enfant au sein de la commission des « 1000 jours » en 2019 en est un indicateur : la petite enfance est une période fondamentale pour le développement du jeune enfant et pour l'adulte en devenir. « La période[8] recèle des enjeux considérables pour la société dans son ensemble et doit intéresser les pouvoirs publics. Garantir la bonne santé et le développement des enfants aujourd'hui, c'est agir pour les parents, les citoyens, et la société de demain. ».

Les axes d'intervention visent à « promouvoir l'équité des chances d'une bonne santé physique, mentale et sociale par une politique de prévention et de soutien » (Commission « 1000 premiers jours », 2020) notamment en veillant prioritairement au bon développement de l'enfant et à sa réussite éducative (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). La prévention se retrouve donc au cœur de la politique de la petite enfance.

### 2.1.2 Orientation de la prévention en petite enfance

La stratégie de Santé 2018-2022 prévoit d'appuyer la prévention et la promotion de la santé en petite enfance sur :

**Des campagnes de prévention primaire visant :**

- la diffusion d'information sur les facteurs protecteurs et des facteurs de risque
- la sensibilisation des parents
- la formation initiale et continue des intervenants de la petite enfance

**Des campagnes de prévention secondaire portant sur :**

- le repérage et le dépistage précoce
- l'intervention précoce des professionnels libéraux en lien avec l'Éducation nationale, les modes d'accueil formels (crèches, assistants maternels…) et les services de santé scolaire

[8] La période des 1000 jours s'entend du « 4e mois de grossesse aux deux ans de l'enfant ; parfois, lorsque les problématiques le justifient, l'expression sera utilisée pour couvrir une période plus large s'étendant de la période préconceptionnelle jusqu'à l'âge de 3 ans » (Commission « 1000 premiers jours », 2020).

**Des mesures de prévention tertiaire s'appuyant sur :**

- la coordination des acteurs (du sanitaire, médico-social, éducatif, judiciaire ou social) intervenant auprès des familles et susceptibles d'accompagner les parents quant à la santé de l'enfant
- l'accompagnement ciblé des parents en utilisant des méthodes innovantes et participatives
- le renforcement de l'intervention précoce

## 2.2 Des priorités qui intéressent directement l'orthophonie

La prévention orthophonique auprès du jeune enfant s'articule principalement autour de l'oralité alimentaire et du développement du langage et de la communication. Ces deux axes sont actuellement définis comme prioritaires dans les politiques de Santé Publique (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). En effet, la petite enfance est une « période de croissance rapide et de développement intense des fonctions neurologiques, gastro-intestinales, cognitives et des capacités orales ».(HCSP, 2020) .

### 2.2.1 La prévention des troubles de l'oralité alimentaire

L'alimentation est au cœur de la vie du jeune enfant. C'est une question centrale de santé publique. Garante de la santé de l'enfant par les apports nutritionnels nécessaires à son développement, l'alimentation joue également un rôle primordial dans son développement psycho-affectif, cognitif et social.

La phase de 0 à 36 mois est une « phase essentielle d'acquisition des connaissances, de construction intellectuelle et sociale. Pendant cette période, l'alimentation participe étroitement à ces processus de développement, par le choix des aliments progressivement introduits, par des apports quantitativement et qualitativement adaptés à des besoins évolutifs, par les conditions d'apprentissage proposées à l'enfant. » (HCSP, 2020).

Selon les études, 25 à 35 % des bébés présentent des difficultés alimentaires, ce chiffre allant de 33 % à 80 % chez les enfants atteint de maladie chronique ou porteur de handicap développemental (Peterson et al., 2018).

On parle de trouble de l'oralité alimentaire (TOA) ou dysoralité alimentaire pour rendre compte de difficultés d'alimentation dans un continuum de particularités, structurelles et

développementales, intéressant le développement psychomoteur, psycho-affectif, cognitif ou encore l'intégration sensorielle ou l'intégration du schéma corporel.

Dans ce contexte, de nombreux enjeux doivent donc être considérés (Abadie, 2008; Thibault, 2015) : santé, nutrition, construction psychique, conscience corporelle, développement psycho-affectif et attachement mais aussi aspects sociaux et culturels.

En l'absence de prise en soin, l'impact nutritionnel et les retentissements sur le développement staturo-pondéral de l'enfant peuvent être importants. Des mesures très contraignantes, nécessitant parfois une hospitalisation, peuvent être envisagées, pouvant aller jusqu'à la pose d'une sonde naso-gastrique ou la réalisation d'une gastrostomie.

De plus, le lien entre oralité alimentaire et oralité verbale a été établi par diverses études, notamment des études longitudinales et des cohortes d'enfants prématurés : des difficultés d'alimentation vers 18 mois sont corrélées à des retards langagiers à 30 mois. (Adams-Chapman et al., 2013, 2015 ; HAS & Société française de néonatologie, 2020).

La prévention orthophonique dans le domaine des troubles de l'oralité alimentaire recouvre les trois stades. Les orthophonistes s'attachent à produire des supports d'information et de sensibilisation, des grilles d'observation et de repérage des troubles ainsi que des protocoles d'intervention directe ou indirecte pour la prise en soin des troubles de l'oralité (Barbier, 2020; FNO, 2020a; Groupe MIAM-MIAM, 2016; *Les troubles de l'oralité*, 2016; Senez, 2020).

Dans ce domaine, l'intervention orthophonique s'articule autour de la prise en soin et de l'éducation précoce. Celle-ci est réalisée (Thibault, 2004) :

- en cabinet libéral
- au sein des CAMSP
- en service de néonatalité (prématurité, réanimation)
- en suivi anténatal dans des contextes de syndromes génétiques (Prader-Willy, trisomie 21)
- en neuropédiatrie (enfants cérébrolésés, troubles neurodéveloppementaux)
- en gastropédiatrie,
- en service d'oto-rhino-laryngologie (ORL)

### 2.2.2 La prévention des troubles du langage et de la communication

Concernant le langage oral, un tournant majeur est intervenu en 2000 avec la publication du rapport Ringard. Ce rapport coordonné entre les ministères de la santé et de l'éducation a conduit à la reconnaissance des troubles du langage oral et du langage écrit comme enjeux majeurs de santé publique (Ringard, 2000). Cette étude a initié une série de mesures visant notamment à tisser le maillage national de dépistage des troubles du langage, à améliorer le parcours de soin au plan médico-social et à améliorer l'inclusion scolaire (Dellatolas, 2005; HAS, 2005, 2017; Ringard, 2000).

En 2005, le rapport du plan triennal d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage, fait état des actions de repérage et de rééducation dans le contexte scolaire de maternelle et de primaire uniquement (Dellatolas, 2005). Ainsi l'action publique ne s'est pas encore portée sur la petite enfance. En 2013, la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) a édité un rapport sur le parcours de soins des enfants atteints de troubles des apprentissages. Ce rapport souligne l'insuffisance des actions préventives qui « restent mal connues et rarement effectuées à temps alors même qu'elles ont une efficacité prouvée » et ce dès la crèche pour le langage oral (CNNSE, 2013). La nécessité de porter la prévention en amont de la scolarisation est désormais reconnue.

Aujourd'hui, le repérage et la prise en charge des troubles du langage sont une des priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune. Les données épidémiologiques retenues dans le plan santé en cours indiquent que « 7% des enfants de 3 ans ½ présenteraient un retard significatif du développement du langage oral, 8,5 % à 13 % des enfants de CE1 auraient un retard significatif en lecture, et de 6,6 % à 7,5 % présenteraient une forme spécifique, sévère et durable des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographie). » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017).

De nombreuses études ont mis en évidence le lien entre le développement du langage oral dans la petite enfance, l'entrée dans le langage écrit et le devenir socio-professionnel. La réussite scolaire puis professionnelle restant largement corrélé au langage écrit. (Billard, 2001; Golinkoff et al., 2019; Greenwood et al., 2017; Hart & Risley, 1995). A ce titre, l'environnement de l'enfant joue un rôle prépondérant : 86 à 98% des mots inscrits dans

le vocabulaire d'un enfant correspondent à des mots également présents dans le vocabulaire de leur parent. Un enfant issu d'une famille de niveau socio-économique élevé entendrait de sa naissance à ses 4 ans trente millions de mots de plus qu'un enfant de niveau socio-économique faible.(Hart & Risley, 2003). Cet écart est nommé "thirty-million words gap ».

Ces écarts sont à l'heure actuelle une préoccupation de santé publique. « À l'entrée en CP, un enfant issu d'un milieu défavorisé maîtrise en moyenne 1 000 mots de moins qu'un enfant issu d'un milieu favorisé » (Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté, 2018). Dans son engagement n°1 de lutte contre les inégalités (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019), le ministère convient de la nécessité d'offrir un « bain de langage » et un « cadre de socialisation précoce » à tous les enfants entre 1 et 3 ans.

La stratégie de lutte contre la pauvreté prévoit également de renforcer l'accueil de la petite enfance, reconnu comme « un levier efficace de réduction des inégalités liées à l'origine sociale, parce qu'il favorise le développement des enfants et notamment l'accès au langage et l'acquisition de compétences cognitives ».

La formation des professionnels tient une place majeure dans cette stratégie avec pour objectif d'assurer un continuum éducatif et de « favoriser le développement de l'enfant et l'apprentissage du langage avant l'entrée à l'école maternelle ».

De nombreux programmes de prévention et de promotion du langage à destination des parents et des professionnels de la petite enfance existent aujourd'hui. Sophie Kern, dans son dernier ouvrage sur le développement du langage (Kern, 2019) en a recensé plus de 64 qui s'articulent autour d'interventions directes ou indirectes. Ces interventions visent à encourager les comportements soutenant le développement langagier dans des contextes de vulnérabilité (milieux socio-culturels peu porteurs, prématurité), ou de troubles avérés. Le Laboratoire dynamique du langage[9] porte la recherche autour du programme « Parler

[9] « Créé en 1994, le laboratoire Dynamique Du Langage explore l'articulation entre la diversité des milliers de langues parlées à travers le monde et l'universalité de la capacité langagière humaine. Ces recherches sont au coeur d'enjeux de société majeurs, tels que la compréhension du développement linguistique de l'enfant et des pathologies du langage, la problématique de la documentation et de la vitalité des langues, ou la recherche des origines du langage ».(*Le Laboratoire DDL*, s. d.)

Bambin ». Mis en place à Grenoble, ce programme soutient le développement langagier de l'enfant. Il repose sur l' « enrichissement des interactions langagières entre l'adulte et le jeune enfant (de 3 à 36 mois) grâce à des postures favorisant le développement du langage et le plaisir de communiquer ». Aujourd'hui ce programme est en pleine expansion avec l'objectif de structurer une offre de formation et d'animer un réseau national de professionnels. (Allard & Rickey, 2017; Parler Bambin, 2020).

## 2.3 L'intervention orthophonique précoce

L'intervention orthophonique précoce se dessine en filigrane derrière les actions de promotion et de prévention orthophonique à destination de la petite enfance. Elle est à la fois résultante et composante des actions de prévention et de promotion de la santé.

### 2.3.1 Cadre et structuration de l'intervention précoce

L'intervention précoce relève du droit universel de l'enfant à la santé. Il a été précisé : chaque enfant doit pouvoir « bénéficier des meilleures conditions de santé, par l'accès à des interventions adéquates et ciblées en temps et en moyens » (General Comment No. 15 (2013) on the Right of the Child to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health (Art. 24), 2013).

En France, l'intervention précoce est inscrite dans le Code de la Santé Publique. Ce texte précise le droit pour l'enfant de bénéficier d'une action médico-sociale précoce dès lors qu'un « handicap a été suspecté, décelé ou signalé (…) en vue de prévenir ou de réduire l'aggravation de ce handicap. (Article L2132-4 - Code de la santé publique - Légifrance, 2000). Toute situation préoccupante concernant le développement de l'enfant s'inscrit dans le droit à l'intervention précoce. Celle-ci doit permettre, par la prise en soin et le diagnostic, de qualifier la difficulté, le trouble ou le handicap. Garantir l'accès à une intervention précoce relève donc d'un droit universel.

Le système de soin est structuré autour de différents intervenants pour permettre cette prise en soin précoce (ANESM, 2015; DICOM, 2020) :

- Le secteur médical : établissements de santé, services de Protection maternelle et infantile (PMI), réseaux de périnatalité, centres ressources, plateformes, professions médicales et paramédicales

- Le secteur médico-social : Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), Services d'éducation et de soins à domicile (Sessad), Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et de l'intégration scolaire (Saaais), Instituts d'éducation sensorielle, Instituts médico-éducatifs (IME), Instituts d'éducation motrice (IEM)
- Le secteur de la petite enfance : les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE): crèches (collectives, parentales ou d'entreprises), haltes-garderies et établissements multi-accueil, les assistantes maternelles, les accueils parent-bébé, les maisons ouvertes
- Le secteur éducatif : école maternelle, services de médecine scolaire.

L'orthophoniste intervient précocement dans le secteur paramédical et médico-social, à titre salarié ou libéral.

A compter du 1er juillet 2019, il est prévu une « majoration forfaitaire de 6 euros sur les actes de rééducation orthophonique pour les patients de moins de 3 ans ». La revalorisation des actes témoigne de la volonté d'encourager les orthophonistes à intervenir précocement que ce soit dans le cas de troubles avérés ou de situations à risque. « L'objectif de cette majoration est de favoriser les interventions précoces et très précoces de l'orthophoniste chez ces enfants afin de prévenir les risques d'aggravation, de complication et de chronicisation notamment des troubles sévères des interactions, de la communication, de l'oralité, des dysphagies, des syndromes génétiques et des troubles neurologiques ». (Avenant n° 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, 2017).

En 2019 dans l'Hérault, les enfants de moins de 3 ans représentaient 1,4% des bénéficiaires des actes de soins en orthophonie, contre 0,5% en 2015 (Cartosanté, 2019).

Répartition des bénéficiaires d'actes d'orthophonie

| | Nombre | | % | |
|---|---|---|---|---|
| | Hérault | France | Hérault | France |
| Moins de 3 ans | 513 | 11 214 | 1,4 | 0,8 |
| 3 à 5 ans | 4 304 | 192 796 | 11,6 | 13,4 |
| 6 à 10 ans | 13 752 | 591 120 | 37,2 | 41,1 |
| 11 à 17 ans | 8 142 | 341 936 | 22,0 | 23,8 |
| 18 à 39 ans | 1 488 | 55 269 | 4,0 | 3,8 |
| 40 à 59 ans | 1 471 | 52 203 | 4,0 | 3,6 |
| 60 à 74 ans | 2 269 | 72 379 | 6,1 | 5,0 |
| 75 ans et plus | 5 048 | 121 999 | 13,6 | 8,5 |
| Total | 36 987 | 1 438 916 | 100,0 | 100,0 |

*Figure 1: part des bénéficiaires d'actes d'orthophonie par âge en 2019*

Source SNDS-2019

La majoration pour enfant de moins de 3 ans est encore trop récente pour être analysée dans la pratique. Il sera intéressant dans les années à venir d'observer les données de santé et de constater si cette incitation à la prise en charge précoce a été suivie ou non dans les faits par une augmentation des prises en soin des enfants de moins de 3 ans et d'en analyser les causes.

Un travail d'information et de formation auprès des médecins restent toutefois à accomplir, l'orthophoniste exerçant sur prescription médicale. Dans le cadre de son mémoire d'orthophonie soutenu à Nice en 2018, Marie Boisnault a sondé internes et médecins généralistes sur leurs connaissances de l'orthophonie. Il ressort de son étude que seuls 32,4% des médecins généralistes et 52,6% des internes savent qu'une intervention orthophonique peut être proposée dès la naissance. Pour 27,2% des médecins généralistes et 11,8% des internes, la rééducation orthophonique ne peut être proposée qu'à partir de 4 ans. (Boisnault, 2018).

### 2.3.2 Fondements de la PEC orthophonique précoce

La prise en charge précoce s'appuie sur l'actualisation des fondements scientifiques du développement de l'enfant (Commission « 1000 premiers jours », 2020; HAS & Société

française de néonatologie, 2020; National Research Council and Institute of Medicine (US), 2000).

Aujourd'hui, les politiques de santé publique, de médecine préventive et fonctionnelle s'appuient largement sur une théorie de développement humain qui combine modèle systémique et bioécologique. Ainsi, ces modèles de développement de l'enfant considèrent l'intrication de différents systèmes biologiques, environnementaux à différentes échelles et tiennent également compte de la dimension temporelle (Sylvestre, 2008).

Le développement moteur, sensoriel, langagier ou cognitif de l'enfant repose, par des processus dynamiques, sur les interactions réciproques entre facteurs biologiques et environnementaux : l'expérience influant sur la trajectoire développementale de l'enfant. Ce modèle développemental intéresse particulièrement l'orthophonie dans les champs du langage, de la communication, de l'oralité alimentaire et des fonctions oro-myo- faciales. (Association (ASHA), 2008; Dehaene-Lambertz, 2004; Dehaene-Lambertz & Spelke, 2015). Il met en évidence l'importance de l'adéquation entre période de développement et expérience, dont les stimulations et les interactions pour la construction du langage de la communication et des oralités et ce dès la naissance.

Concernant le développement du langage et de l'alimentation, des périodes sensibles[10] ont été mises en évidences par la littérature scientifiques et fortement corrélées à la notion de structuration neuronale et de plasticité cérébrale [11].

Ces périodes sensibles ou fenêtres d'opportunité représentent des moments clefs du développement de l'enfant et concourent à la mise en place de compétences et habiletés dans un continuum de développement. Concernant le langage, ces fenêtres critiques doivent correspondre à l'adéquation entre input langagier, stimulations sensori-motrices et perceptives et développement neuronal de l'enfant (Bakermans-Kranenburg et al., 2008; Peña et al., 2012; Reh et al., 2020; Werker & Hensch, 2015).

[10] Une période sensible est la période pendant laquelle une structure ou une fonction spécifique devient particulièrement sensible à l'expérience.
[11] La plasticité cérébrale est la capacité du cerveau à réorganiser ses structures et fonctions en réponse à une perturbation ou une stimulation

Les récents travaux sur la mise en place d'une alimentation harmonieuse mettent en évidence la nécessité de faire coïncider l'exposition à de nouveaux gouts et textures avec le développement des capacités oro-motrices, motrices (motricité globale, position assise) et sensorielles de l'enfant. Ces périodes sensibles doivent faire l'objet d'une stimulation appropriée qui tienne également compte d'autres facteurs comme la fréquence de proposition, le sentiment maternel à l'égard de la nourriture proposée, la possibilité de manger avec les doigts (Harris & Mason, 2017; Tournier et al., 2020).

Certains concepts fondamentaux orientent l'intervention orthophonique précoce :

- les interactions entre biologie et environnement sont continues et réciproques.
- l'enfant a une appétence naturelle à explorer et apprendre.
- l'interaction sociale est au cœur du développement
- il existe des périodes sensibles dans le développement de l'enfant mais également des phases de ruptures et de transitions, ce qui implique d'évaluer l'enfant précocement mais également de façon répétée et continue (Kern, 2019).
- la plasticité cérébrale permet une réponse adaptative neuronale (et donc développementale dans le cas du jeune enfant). Elle peut être induite par des interventions ciblées et notamment par la qualité et la quantité d'input langagier.

### 2.3.3 Modalités de la PEC orthophonique précoce

Ce modèle légitime les actions de promotion et de prévention primaire visant à soutenir les comportements porteurs du langage et de l'oralité alimentaire et à limiter les facteurs de risques (écrans envahissants, absence de bain de langage). Les travaux actuels sur les programmes d'intervention et de stimulations langagières s'intéressent majoritairement à deux niveaux d'intervention (Sylvestre & Desmarais, 2015) : le développement de l'enfant d'une part et les patrons d'interactions familiales et les stimulations langagières d'autres parts. Un troisième niveau invite à intervenir directement sur les ressources à disposition des parents.

Les thérapies indirectes sont principalement en œuvre dans l'intervention précoce. Les programmes développés, comme le programme « Hanen », « Parler Bambin » ou « Jeux d'Enfants » visent, par une approche dite « milieu », le transfert de compétences de l'orthophoniste, ou de l'intervenant, vers le parent. Pour cela, elles s'appuient sur les

interactions parents-enfant et l'utilisation des routines conversationnelles en situation quotidienne : le langage adressé à l'enfant LAE et la sensibilisation aux compétences socles comme le tour de rôle sont utilisés comme support pour amener le parent à proposer un input langagier adapté à l'enfant (Maillart et al., 2011; Sylvestre, 2013).

En 2015, dans un état des connaissances sur l'intervention précoce en orthophonie, A. Sylvetstre et C. Desmarais faisaient état de l'efficacité des programmes d'interventions indirectes portant sur deux ingrédients actifs : la réceptivité et la réactivité (Sylvestre & Desmarais, 2015). La réceptivité implique que le parent soit attentif aux intentions de communication de son enfant. La sensibilisation aux précurseurs de la communication doit favoriser la détection par le parent des actes de communication de l'enfant. Cette phase permet d'aborder le deuxième ingrédient actif, la réactivité, qui invite le parent à répondre de manière « prompte et contingente » à la demande de communication de l'enfant. Ces notions sont complétées par la nécessité de respecter le niveau développemental de l'enfant (réponse ajustée) et ses intérêts (réponse centrée sur l'enfant). Ces deux compétences encouragent un style de communication soutenant propice au développement langagier par opposition à un style dit directif.

L'intervention précoce nécessite la mise en adéquation de ressources humaines et matérielles au regard de besoins spécifiques, ciblés dans le temps et en vue d'atteindre des objectifs définis. Elle nécessite également de considérer les aspects motivationnels et organisationnels notamment pour organiser des séances en groupe et tenir compte de facteurs comme le niveau socio-économique des parents mais également leur niveau de stress ou leur âge (Bairati et al., 2011; Maillart et al., 2014).

L'Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers prévoit « une combinaison de services/de prestations pour les très jeunes enfants et leur famille, fournis à leur demande, à un certain moment de la vie de l'enfant, et couvrant toute action entreprise lorsqu'un enfant a besoin d'un soutien spécial pour :

- assurer et renforcer son développement personnel,
- renforcer les compétences propres à la famille,
- promouvoir l'inclusion sociale de la famille et de l'enfant ».

- *Ces actions doivent se réaliser dans l'environnement naturel de l'enfant, de préférence à l'échelon local, avec une approche centrée sur la famille et une caractéristique de travail d'équipe multidimensionnelle. » (l'Agence, 2005, 2014). Il convient également de privilégier un modèle d'intervention pluridisciplinaire avec une « coopération des services pour éviter la fragmentation des soins ». (WHO, CAH, 2012)*

  *La complémentarité des thérapies directes et indirectes est à rechercher dans l'intervention orthophonique précoce. Elle doit s'intéresser aux comportements fonctionnels du quotidien, proposer à l'enfant des activités de rééducation ou d'éducation où il peut être impliqué activement et de façon multimodale. Enfin il convient de chercher l'alliance thérapeutique avec les parents (Witko, 2013) pour permettre l'appropriation et le transfert de compétences.*

### 2.3.4 Les bénéfices de l'intervention précoce

L'intervention précoce, centrée sur l'enfant ou sur la dyade parent-enfant a démontré son efficacité dans de nombreux domaines et pathologies , qu'ils s'agissent de handicaps moteurs, de troubles sensoriels ou de troubles neurodéveloppementaux (Bakermans-Kranenburg et al., 2008; Ball et al., 2019; Spittle et al., 2015). Ainsi, l'intervention précoce, permet à la majorité des enfants ayant un retard linguistique entre 18 et 35 mois de rattraper leurs pairs (Duff, Nation, Plunkett, & Bishop, 2015).

Laurence Kunz rappelle que l'intervention orthophonique doit considérer la notion de « cercle vicieux de la pathologie ». En effet, « la pathologie langagière de l'enfant induit une gêne chez le parent et, partant, la perte de ses compétences d'étayage naturelles » (Devevey & Kunz, 2013). On retrouve un impact sur les modèles linguistiques proposés (qui sont alors moins riches et complexes) mais également sur la régie de l'échange avec une réduction du nombre et de la qualité des interactions (Maillart et al., 2011). L'intervention précoce vise alors à restaurer les capacités naturelles des parents et favoriser leur capacité d'ajustement, mise en défaut par le développement atypique de l'enfant avec trouble.

Par ailleurs, les interventions précoces favorisent la construction harmonieuse de la relation parent-enfant (Costa Elizabeth Adams et al., 2019) dont on sait aujourd'hui qu'elle est primordiale tant pour le développement de l'enfant que pour la qualité de vie des familles d'enfants à besoins spécifiques. Il est démontré un effet bénéfique sur la santé des parents avec un impact notoire sur leur niveau d'anxiété, sur les symptômes dépressifs et sur leur sentiment d'efficacité personnelle (Benzies et al., 2013). Ce dernier point est central dans les approches indirectes.

- *L'efficacité de l'intervention précoce est reconnue au niveau primaire, secondaire et tertiaire dans la prévention ou la réduction des difficultés développementales tant pour l'enfant que pour sa famille et la communauté (WHO, CAH, 2012).*

## 2.4 Repérer tôt pour agir tôt : les professionnels de crèche dans le réseau d'alerte

La mise en œuvre d'une prise en charge précoce repose sur le repérage de facteurs de risques et des signes d'appel concernant le développement sensoriel, cognitif, langagier ou alimentaire de l'enfant. En permettant l'orientation et la mise en œuvre rapide d'interventions précoces, le repérage participe, avant même la pose du diagnostic, à influencer positivement la trajectoire développementale de l'enfant (Cioni et al., 2016; *strategie_nationale_autisme_2018.pdf*, s. d.).

### 2.4.1 Le repérage : définition et organisation

Le repérage consiste à « repérer, observer, déceler un (ou plusieurs) signe(s) inhabituel(s), susceptible(s) d'indiquer une particularité de développement ». (ANESM, 2015).

Le repérage est à distinguer du dépistage qui, lui, relève d'une mise en œuvre à grande échelle, parfois systématique sur une population donnée (le dépistage des troubles de l'audition est proposé de façon systématique aux nouveau-nés). En fonction de compétences spécifiques requises, le dépistage est réservé à certains professionnels alors que le repérage est ouvert à tous : parents, professionnels de santé ou non. (ANESM, 2015).

Aujourd'hui le système de santé français propose un suivi préventif systématique des enfants de la naissance à leurs 16 ans à travers 20 examens médicaux. Quatorze de ces examens concernent les trois premières années, certains donnant lieu à un certificat médical obligatoire.(Article R2132-1 - Code de la santé publique - Légifrance, 2019).

« Le contenu des examens porte sur :

1° La surveillance de la croissance staturo-pondérale de l'enfant ;

2° La surveillance de son développement physique, psychoaffectif et neurodéveloppemental ;

3° Le dépistage des troubles sensoriels ;

4° La pratique ou la vérification des vaccinations ;

5° La promotion des comportements et environnements favorables à la santé. »

Les actions de repérage des troubles du langage et de la communication à l'occasion de ces examens ont été renforcées. Les médecins et professionnels disposent aujourd'hui de plusieurs outils et grilles de repérage pertinentes pour justifier et orienter vers une consultation spécialisée (ANESM, 2015; CNNSE, 2013; Dellatolas, 2005; HAS, 2005, 2019; HAS & Société française de néonatologie, 2020; Stratégie nationale autisme/TND, 2020).

Par ailleurs, des parcours de suivi spécifique sont mis en place quand un facteur de vulnérabilité est identifié au sein de PMI ou des CAMSP. Il est à noter que les rapports d'activité des CAMSP et état des lieux régionaux et nationaux (BRANCHU et al., Septembre2018; CNSA, 2017; Dr Bernard Ledésert & Mari, 2016) font état de contraintes de moyens et de difficultés structurelles. Les délais d'attente sont importants, allant de 6 mois à plus d'un an dans les zones en très forte tension. De plus, la notion de double délai doit également être prise en compte, à savoir qu'il existe parfois un délai supplémentaire entre le premier rendez-vous et la première intervention de soin.

- *Les médecins sont en première ligne pour dépister et repérer d'éventuels troubles. Cependant, les recommandations nationales ne restreignent pas la responsabilité du repérage à ces seuls professionnels.*

### 2.4.2 Le rôle des professionnels de crèche

Dans le contexte des troubles impactant le développement du langage, de la communication, des oralités, il est particulièrement nécessaire de pouvoir recueillir des éléments de fonctionnement de l'enfant en interaction, en situation de socialisation en crèche. La séance de consultation par le médecin peut s'avérer peu écologique et donc inadaptée pour déceler de telles particularités. Il convient de pouvoir s'appuyer sur les personnes qui prodiguent quotidiennement les soins à l'enfant et peuvent observer ses comportements et compétences, en interaction avec les adultes ou avec ses pairs, dans diverses activités (alimentation, sommeil, jeux, activités d'éveil, etc.). Les professionnels de la petite enfance, et notamment dans les structures d'accueil du jeune enfant sont donc expressément impliqués dans le repérage précoce des difficultés dans l'un ou l'autre des domaines, cognitifs, psycho affectifs, sensoriels ou moteurs (ANESM, 2015; CNSA, 2014).

Dans le contexte de troubles neurodéveloppementaux, il a été montré que le repérage de signes d'alerte, même de façon intuitive par l'entourage de l'enfant, réduit l'âge de la première consultation et l'âge du diagnostic. 25 % des parents seraient alertés par les personnes en charge de l'enfant au quotidien, avant d'avoir eux-mêmes suspecté un trouble. Cependant, si les personnes qui gardent l'enfant détectent des signes d'alertes, ils ne partageraient leurs observations avec les parents que dans 50% des cas. (Sicherman, 2018).

- *Les professionnels de la petite enfance sont donc dans une position privilégiée et ont les compétences pour observer, repérer et faire remonter d'éventuelles inquiétudes mais semblent ne remplir ce rôle que ponctuellement ou partiellement et non de façon systématique et méthodique (Dereu et al., 2012; Janvier et al., 2016; Nilsson Jobs et al., 2019; Zhang et al., 2019).*

### 2.4.3 Prévention orthophonique à destination des PPE

Le repérage se caractérise par une observation de l'enfant et une remontée de ces informations auprès d'acteurs aptes à engager les étapes suivantes.(CNSA, 2014)

Les observations doivent s'appuyer sur des connaissances théoriques du développement typique de l'enfant, sur les facteurs de risque et sur les signes d'appel. Elles doivent être

confrontées et analysées au regard des savoirs acquis par expérience et par l'expertise personnelle du professionnel de crèche. Le repérage requiert des connaissances et des capacités d'observation qui peuvent être renforcées et faire l'objet d'action de prévention primaire. Outre le rôle des orthophonistes dans la prévention à destination des professionnels de crèche, il est du ressort des CAMSP, d'assurer des missions de sensibilisation, de formation et d'information auprès des crèches. (ANESM, 2015).

Ces actions de prévention et de formation vont porter sur les connaissances du développement du nourrisson et de l'enfant, et notamment celles relatives à la communication et au langage, la relation avec autrui, la motricité et la sensorialité. Elles visent à faire connaitre les facteurs de risques et les signes d'appel. Les signes d'appel des troubles du langage doivent être envisagés dans un continuum et une compréhension globale du développement de l'enfant. (Diepeveen et al., 2018).

De plus, dans le cadre du repérage il est non seulement nécessaire de savoir identifier des signes d'appel mais également de pouvoir communiquer ses observations avec les parents. C'est pourquoi il est primordial d'envisager l'accompagnement parental dans ce contexte et d'offrir des outils aux professionnels de crèche (Antheunis et al., 2007).

### 2.4.4 Besoin de formation ou d'information

Il est donc nécessaire de former les professionnels de première ligne au repérage et à l'orientation précoce en cas d'inquiétudes. Pour ce faire, la Haute Autorité de Santé recommande d'améliorer la formation initiale et continue des professionnels de la petite enfance sur le repérage des difficultés, et les besoins spécifiques de certains enfants (nouveau-nés vulnérables, pathologies neurologiques). (HAS, 2017)

Par ailleurs, rappelons que la stratégie de Santé 2018-2022 accorde une place prioritaire à la formation initiale et continue des intervenants de la petite enfance.

Concernant les troubles neurodéveloppementaux et l'autisme, le Secrétariat d'Etat auprès du Premier ministre chargée des Personnes handicapées précise que « les besoins d'évolution des formations initiales ne sont pas les mêmes selon les professions, la nature des professions et leur cadre d'exercice. Une approche systématique par profession est

donc nécessaire et pertinente. Certaines doivent déployer une expertise forte sur l'autisme et l'ensemble des troubles du neuro-développement, d'autres doivent simplement développer les bons réflexes et savoir recourir à la bonne expertise. Pour autant, l'enjeu est bien d'assurer un corpus commun de connaissances en lien étroit avec l'état actualisé de la science et des pratiques professionnelles qui en découle. Un effort majeur de transdisciplinarité doit donc être engagé. » (*Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement*, s. d.).

Ce plan stratégique reconnait expressément la nécessité de former et de sensibiliser massivement les professionnels de la petite enfance à repérer les écarts au développement des très jeunes enfants afin de pouvoir adresser l'enfant vers le professionnel médical ou la structure adéquate dès les premiers signes d'alerte. Il est recommandé un fort partage d'informations de manière à pouvoir créer un maillage sensible et efficace autour de l'enfant.

# 3 Problématique et hypothèses générales

## 3.1 Problématique

L'intervention précoce est une condition de pronostic favorable sur la trajectoire développementale des enfants en difficulté ou à risque de rencontrer des difficultés dans les domaines du langage, de la communication ou des oralités. Elle repose sur le repérage, puis l'orientation vers les professionnels, premier maillon vers la prise en soin et la démarche diagnostique. Tous les acteurs intervenant auprès du jeune enfant et de sa famille doivent donc être sensibilisés et aptes à participer activement au repérage précoce. A ce titre, les professionnels de la petite enfance en structure d'accueil font partie des personnes ressources de première ligne pour exercer cette compétence.

Qu'en est-il dans la pratique ? Comment réagissent ces professionnels face à un enfant qui les questionne sur le plan développemental ? Sur quelles connaissances du développement langagier typique de l'enfant peuvent-ils appuyer leurs observations, leurs intuitions cliniques ? Savent-ils distinguer les signes d'appel ? Vers qui orientent-

ils ? S'en ouvrent-ils facilement aux parents ? aux autres professionnels de la petite enfance ?

Champ d'intervention des orthophonistes, la prévention primaire doit permettre de participer à la diffusion et au partage de référentiels de connaissances sur le développement, les facteurs de risques et les signes d'alerte et renforcer les professionnels de la petite enfance en crèches dans la compétence de repérage.

Des supports de formation et des actions de prévention orthophoniques à destination des professionnels de la petite enfance existent aujourd'hui. Ces professionnels en ont-ils connaissance ? Ceux en ayant bénéficié sont-ils plus à même de participer au repérage ? Quelles représentations ont-ils de l'orthophonie ? De leur rôle dans le repérage ? Les professionnels de crèche ayant reçu spécifiquement les supports d'information « Objectif Langage » et « Signes d'appel » repèrent-ils mieux les difficultés ? Ceux qui ont reçu une présentation orale de ces supports sont-ils plus à même d'exercer cette compétence ? Se sentent-ils plus légitimes ? Ces données peuvent-elles être recueillies et mesurées par un questionnaire ?

## 3.2 Hypothèses générales

Les professionnels de la petite enfance en crèche sont des partenaires de premier ordre.

Nous faisons l'hypothèse qu'il existe dans l'Hérault un besoin de renforcer les compétences des professionnels de la petite enfance en crèche dans le repérage précoce.

Nous faisons l'hypothèse que les supports de prévention « Objectif langage » et « Signes d'appel » proposent des ressources pour exercer cette compétence et répondent à ce besoin.

A travers cette étude, nous voulons évaluer l'intérêt et la nécessité de proposer dans l'Hérault des actions de prévention orthophonique et/ou de formation auprès des professionnels de crèche dans le cadre des recommandations de santé publique concernant le repérage et l'intervention précoce.

# PARTIE EXPÉRIMENTALE

## 1 Matériel et méthodes

Notre étude vise à :

- identifier les besoins d'information au sein des crèches pour améliorer le repérage des enfants en difficulté de communication, de langage et d'oralité alimentaire. Pour cela, un questionnaire sera établi et distribué aux professionnels de crèche. Les réponses et scores obtenus aux divers items permettront de cibler les besoins.

- établir si les supports de prévention existants répondent à ces besoins et dans quelle mesure ils y répondent . Pour cela, une randomisation aléatoire répartira les crèches en trois groupes : G1, G2, G3. Cette répartition permettra d'organiser notre population d'étude selon notre protocole :

  G1 : les crèches ne bénéficiant pas d'une intervention de prévention

  G2 : les crèches bénéficiant d'une action de prévention sous la forme d'une distribution de plaquettes

  G3 : les crèches bénéficiant sur site d'une présentation orale des plaquettes de prévention.

L'action de prévention visera, sur la base d'outils existants (« Signes d'appel » et « Objectif Langage ») à proposer de l'information centrée sur les signes d'appel et le développement typique de l'enfant sur les plans du langage, de la communication et de l'oralité alimentaire.

La comparaison des scores des trois groupes nous permettra d'évaluer si les actions de prévention ont un impact significatif sur les réponses au questionnaire.

## 1.1 Population :

### 1.1.1 Présentation des professionnels de la petite enfance travaillant en Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE).

Notre étude porte sur les professionnels intervenant auprès du jeune enfant en EAJE dans l'Hérault. Il est nécessaire de connaitre comment se compose cette profession afin de mieux cerner leur niveau de formation, leurs fonctions et leur implication auprès des enfants. Diverses sources nous ont été utiles pour mieux connaître les métiers de la petite enfance en crèche. (*Crechemploi*, s. d.; Onisep, s. d.)

**Les accompagnants éducatifs petite enfance AEPE**

Également appelés assistants petite enfance, animateurs petite enfance ou accompagnants petite enfance, les AEPE sont généralement formés à un niveau V (CAP AEPE ; anciennement CAP PE). Ils ont pour mission de seconder la puéricultrice ou l'éducateur de jeunes enfants en participant aux activités d'éveil, aux repas et aux soins d'hygiène.

Depuis 2017, le diplôme CAP Petite enfance est devenu CAP AEPE. Le référentiel de compétences s'est enrichi notamment en termes de connaissances sur l'éveil, le développement de l'enfant mais également sur les compétences transversales portant par exemple sur les relations avec la famille ou avec d'autres professionnels.

**Auxiliaire de puériculture AP**

La profession d'auxiliaire de puériculture (AP) est une profession de la santé et du social. Elle s'exerce dans différents milieux (hôpital, secteur médico-social, IME, PMI, accueil de la petite enfance).

L'exercice d'AP est soumis à l'obtention du DEAP (**diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture)**. L'admission en institut de formation se fait sur concours. La formation prévoit des modules sur la santé et l'éveil de l'enfant et aborde également des compétences transversales de communication et de transmission des informations.

**Educateur/trice de jeunes enfants EJE**

L'Educateur/trice de jeunes enfants (EJE) est un spécialiste de la petite enfance. Il peut intervenir dans différentes structures (services sociaux, accueil de la Petite Enfance, relais

d'Assistantes maternelles (Ram), services pédiatriques des hôpitaux, ludothèques, etc.). Le diplôme national ou Diplôme d'Etat (DEEJE) est obtenu après une formation de 3 ans (Bac +3) accessible sur concours.

Les missions de l'EJE sont d'accompagner l'enfant dans son développement mais également de jouer un rôle auprès des parents et d'autres professionnels. De plus, l'EJE peut également exercer des fonctions de direction.

**Infirmier en puériculture ou infirmière puéricultrice (IP)**

L'infirmière puéricultrice (ou infirmier en puériculture) est une infirmière d'Etat qui complète son cursus et se spécialise dans la prise en charge et les soins médicaux apportés aux bébés et aux enfants. Elle joue également un rôle de prévention, d'éducation et de conseil auprès des parents. Elle peut exercer en structure médical, médico-sociale ou en crèche.

Les infirmières puéricultrices ont contribué à la structuration et au développement « du système des modes d'accueil en France, tant individuel que collectifs, en raison de leur implantation historique dans les services de PMI et du fait de leurs fonctions de direction des EAJE » (Giampino, 2016).

### 1.1.2 Population d'étude

Nous nous proposons de mener notre recherche auprès des professionnels des crèches agrées de l'Hérault.

Notre étude porte sur l'ensemble du territoire c'est-à-dire sur les trois arrondissements du département : Béziers, Lodève et Montpellier afin de rendre compte de la diversité des situations sur le territoire et avoir un échantillon représentatif à l'échelle du département.

### 1.1.3 Critères d'inclusion :

Sont inclues dans la population d'étude

- Les crèches collectives,
- Les crèches mutualistes,
- Les crèches municipales

Ces crèches devront être agréées par le service de Protection Maternelle Infantile de l'Hérault.

### 1.1.4 Critères de non inclusion :

Afin de maitriser les critères de formation, de modalité d'exercice et les modalités d'intervention de l'action de prévention il est décidé d'exclure de cette étude :

- Les assistantes maternelles,
- Les maisons des assistantes maternelles (MAM),
- Les crèches associatives,
- Les crèches familiales.

### 1.1.5 Liste de crèches retenues

La liste des EAJE du département PMI est croisée informatiquement avec les données statistiques de la CAF et avec nos critères d'inclusion et d'exclusion.

Nous retenons 174 EAJE répartis sur 79 communes du département. Nous avons contacté ces établissements directement par téléphone ou par mail ou avons contacté les services de la petite enfance des communes dont ils dépendent. Nous avons expliqué l'objet de notre mémoire et notre protocole.

## 1.2 Matériel :

### 1.2.1 Le questionnaire

*Le questionnaire est proposé en annexe 2*

#### 1.2.1.1 Choix de la méthode de recueil d'information

Pour déterminer la méthodologie de notre recherche nous avons mis en œuvre les processus et démarches proposés dans l'ouvrage Méthodologie du recueil d'informations (Ketele & Roegiers, 2016).

La méthode de l'observation et celle de l'interview libre ont guidé la phase exploratoire en stage d'observation en crèche en seconde année. Cette phase a soulevé les premières interrogations concernant le rôle des professionnels de crèche dans le repérage des enfants en difficultés ou à risques. En effet lors de ce stage, il est apparu que les professionnels

de la crèche se questionnaient sur le développement de certains enfants. Leurs observations étaient nourries par leur intuition et leurs connaissances des enfants mais il leur manquait une base théorique solide pour préciser leur point d'appel. De plus, elles pouvaient se sentir démunies sur la conduite à tenir et les personnes ressources à interpeller. Lors de ce stage la question a émergé de l'intérêt de valider, en amont avec le centre de formation, un certain nombre de ressources à communiquer sur les lieux de stage en crèche.

Pour la phase de recherche, l'interview semi dirigé ou dirigé n'a pas pu être retenu pour mener à bien notre travail car impossible à mettre en œuvre dans le temps imparti à ce travail et au vu de la vaste population et de sa répartition géographique sur le département. De plus, la méthode de l'interview peut susciter des biais notamment de confirmation ou d'heuristique affective du fait de l'interaction sociale que la situation d'interview occasionne automatiquement.

La méthode de recueil par questionnaire nous a semblé la plus pertinente à mettre en œuvre.

Le questionnaire peut être diffusé rapidement et largement à la population visée. Les répondants peuvent y répondre à leur convenance quand ils disposent de temps pour le faire, ils peuvent y revenir si besoin. Le format papier a été choisi au détriment du format informatique qui nécessitait de disposer d'un ordinateur sur le lieu de travail. Il nous a paru plus pratique que les professionnels de crèche puissent remplir le support papier sur des temps de pause ou sans avoir à quitter leur poste de travail lorsque les enfants font la sieste par exemple.

#### 1.2.1.2 Type de questionnaire

Notre objectif est l'évaluation de performances individuelles dans un contexte professionnel. Notre relevé d'information s'apparente donc à un questionnaire de contrôle de connaissances. Les scores et l'analyse des réponses obtenues à ce questionnaire doivent nous renseigner sur les performances générales des PPE en matière de repérage.

#### 1.2.1.3 Construction du questionnaire : définition des compétences à évaluer

La pédagogie de l'intégration propose une approche par compétences (Ketele & Roegiers, 2016). Une compétence repose sur « la possibilité, pour un individu, de mobiliser de manière pertinente, intériorisée, réfléchie, un ensemble de ressources en vue de résoudre une situation complexe(..) ou en vue d'effectuer une tâche complexe (…) ».

Notre questionnaire doit donc permettre d'observer les connaissances dont disposent les PPE mais également la façon dont elles sont mobilisées pour servir le repérage.

Les compétences des PPE que nous évaluons dans notre questionnaire sont :

- **Compétence 1** : connaitre les concepts clefs et compétences socles d'un domaine
- **Compétence 2** : connaitre les repères du développement normal de l'enfant dans les domaines du langage, de la communication et de l'oralité alimentaire
- **Compétence 3** : savoir identifier les facteurs de risque en situation
- **Compétence 4** : savoir identifier les signes d'alerte du développement du langage, de la communication ou de l'oralité alimentaire en situation
- **Compétence 5** : communiquer avec la famille et les personnes ressources

Ces compétences reposent sur des connaissances théoriques et des pratiques professionnelles. Ketele & Rogiers citent Le Bortef (1995) : « savoir-redire, savoir-faire cognitifs, savoir-faire pratiques, savoir-être et savoir-devenir sont les ressources au service de l'exercice de la compétence ».

Nous avons utilisé un tableau combinant les contenus et activités par type de savoirs pour construire et structurer notre questionnaire. Le questionnaire ne permet pas de proposer des activités de type savoir-faire pratique, savoir-être et savoir-devenir. Nous les avons supprimés du tableau pour plus de lisibilité.

Nous avons choisi de proposer des items d'analyse (savoir-faire cognitifs) de situations pratiques.

| | activité proposée pour l'évaluation | |
|---|---|---|
| | Savoir-redire | Savoir-faire cognitif |
| Contenu évalué : | | |
| Savoirs | Connaitre les repères développementaux psycho-moteurs, cognitifs et langagiers de l'enfant | |
| Savoir-faire cognitifs | | Evaluer les concepts fondamentaux pour le développement du langage, de la communication et de l'oralité alimentaire |
| Savoir-faire pratique | Conseiller sur les conditions optimales pour la prise alimentaire | Repérer les signes d'appel |
| Savoir-être | | Evaluer son rôle dans le repérage ; évaluer son sentiment de légitimité |
| Savoir-devenir | | Préciser son besoin de formation ; Evaluer ses aptitudes à communiquer avec les personnes ressources, les partenaires |

#### 1.2.1.4 Contenu et choix des items

- **<u>Partie A : Mieux vous connaitre :</u>**
  - A1 : votre poste : réponse libre
  - A2 : votre diplôme : réponse libre
  - A3 : année d'obtention : réponse libre
  - A4 : nombre d'années d'expériences en crèche : réponse libre
  - A5a : autre expérience auprès de jeunes enfants : réponse libre
  - A5b : nombre d'années d'expérience auprès de jeunes enfants hors crèche : réponse libre

Ces premières questions renseignent sur la situation et le parcours professionnels des répondants.

  - A6 : les contenus suivants ont-ils été abordés en formation initiale
    - A6a : le langage et la communication du jeune enfant : oui, non, ne sait pas

- A6b : l'oralité alimentaire : oui, non, ne sais pas
- A6c : la notion de période sensible : oui, non, ne sais pas

La formation initiale des professionnels de la petite enfance est variable selon les diplômes préparés mais également selon les années d'obtention. Nous cherchons à vérifier si les professionnels ont souvenir d'avoir abordé ces questions en formation initiale.

- A7 : formation continue
  - A7a : Formation continue sur ces sujets : oui, non, ne sait pas
  - A7b : Type de formation suivie : réponse libre
  - A7c : Souhait de formation continue : oui, non, ne sait pas
  - A7d : sur quels sujets : réponse libre

La formation continue est une donnée centrale de la formation professionnelle : elle doit permettre l'enrichissement des connaissances et des pratiques. Les thèmes du langage et de l'oralité alimentaire font-ils partie des formations continues au sein des EAJE ? sous quelles modalités, sur quels sujets ?

- A8 : connaissance de l'orthophonie
  - A8a : représentation sur l'orthophonie : réponse libre
  - A8b : âge de prise en charge orthophonique : naissance, 1 an, 3 ans, 6ans

Enfin, quelles représentations les professionnels de crèches ont-ils des orthophonistes ? quels sont les champs de compétences attribués à la profession ? cette question est proposée en réponse libre. La question de l'âge de la prise en charge orthophonique doit permettre de vérifier si les professionnels de crèche savent que la prise en charge orthophonique précoce peut commencer dès la naissance.

- **<u>Partie B : langage et communication</u>**
  - B1: précurseurs de la communication et compétences socles : attribuer une note de 0 à 3 (0 étant le moins fort , 3 le plus fort) ou ne sait pas ; selon le rôle estimé d'un comportement dans le développement de la communication et du langage.

Cette question évalue la **Compétence 1** : *connaitre les concepts clefs et compétences socles d'un domaine.*

Pour cette question, nous avons sélectionné les items en nous appuyant sur le modèle de Leclerc selon Bloom et Lahey d'une part et sur le carnet de santé d'autre part. Le modèle de Leclerc permet d'envisager le développement langagier de l'enfant dans un continuum mettant en interaction précurseurs pragmatiques, formels et sémantiques (Leclerc, 2005).

Ces items ont été proposés sous forme de comportements observables en crèche.

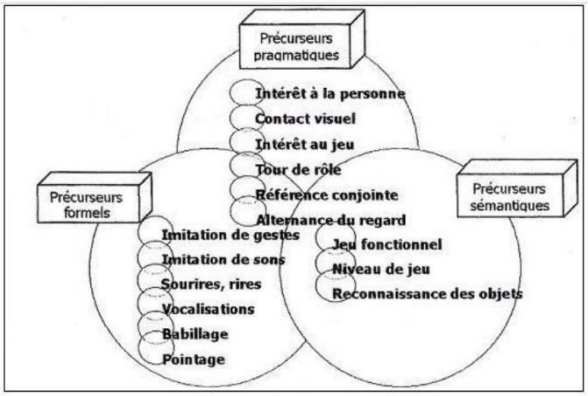



*Figure 2: précurseurs de la communication- Leclerc selon Bloom et Lahey*

- B2 : repères d'âge pour développement du langage : 13 items correspondant à des stades de développement langagier. Il s'agit d'attribuer chacun à une classe d'âge : 0-6 mois, 6-12 mois, 12-24 mois ou 24-36 mois.

Cette question évalue la **Compétence 2** : *connaitre les repères du développement normal de l'enfant dans les domaines du langage, de la communication et de l'oralité alimentaire.*

Nous n'attendons pas des EAJE qu'ils soient des spécialistes du développement langagier aussi nous nous sommes appuyés sur les repères développementaux proposés par la littérature orthophonique (Antheunis et al., s. d.; Francoise COQUET et al., 2007; Françoise COQUET & ROUSTIT, 2010; Kern, 2019; Le Normand, 2019) mais également de santé publique (HAS & Société française de néonatologie, 2020) et de la formation en petite enfance (Ferland, 2018, 2019).

- B3 : repérer des signes d'alerte : 14 situations à évaluer. Pour chaque item, le répondant doit dire s'il est serein, vigilant, inquiet, alerté ou ne sait pas.

Cette question évalue la **Compétence 3** : *savoir identifier les facteurs de risque en situation* et la **Compétence 4** : *savoir identifier les signes d'alerte du développement du langage, de la communication ou de l'oralité alimentaire en situation.*

Pour ces items nous avons formulé des situations pouvant être observées en crèche en nous appuyant sur les signes d'appel et les facteurs de risques proposés dans la littérature (Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, 2020; Dellatolas, 2005; HAS, 2005, 2019; HAS & Société française de néonatologie, 2020; Kern, 2019; *Les outils du repérage et d'information - Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées*, s. d.; Stratégie nationale autisme/TND, 2020)

- **Partie C : oralité alimentaire**
  - C1 : connaissances générales sur l'oralité alimentaire
    - C1a et C1b : compétences générales pour la prise alimentaire au biberon, à la cuillère. Réponse libre

Cette question vise à évaluer la **Compétence 1** : *connaitre les concepts clefs et compétences socles d'un domaine.* Quels sont les paramètres à prendre en compte pour offrir de bonnes conditions pour la prise alimentaire. Nous attendons que soient cités notamment :

La posture/l'installation, enfant prêt pour être alimenté (vêtement adapté, couche changée), manifestation de faim, éveil, température de l'aliment, aliment adapté, notion médicale (allergie, RGO), notion d'outil (cuillère, biberon)

    - C2 : les sens sollicités par l'alimentation. 6 items à cocher.

L'alimentation implique tous les sens. Nous souhaitons voir si cette dimension multimodale est connue des répondants.

- C3 : repères d'âge : 5 étapes dans l'alimentation du bébé sont proposées, le répondant doit proposer l'âge en mois correspondant à chacune de ces étapes. Réponse libre

Cette question évalue la **compétence 2** : *connaitre les repères du développement normal de l'enfant dans les domaines du langage, de la communication et de l'oralité alimentaire.*

- C4 : cette question porte sur la notion de période sensible en oralité alimentaire
- C5 : les répondants doivent identifier 14 situations parmi 18, qui posent question sur l'oralité alimentaire de l'enfant.

Les situations ont été formulées pour correspondre à des comportements observables en crèche.

- **Partie D : pratiques professionnelles**

Cette partie interroge la pratique professionnelle (D1-D4) et notamment la **compétence 5** *communiquer avec la famille* (D3) *et les personnes ressources* au sein de la crèche (D2) et en dehors. Nous avons également cherché à évaluer le sentiment de légitimité des répondants (D5-D6).

#### 1.2.1.5 Elaboration et validation du questionnaire

La formulation du questionnaire a demandé toute notre attention et a constitué une part importante du travail réalisé pour cette étude.

Premièrement, nous avons veillé à répondre à une exigence de précision sur les contenus abordés. Pour ce point, trois niveaux de validation ont été mis en œuvre :

- la mise en œuvre de la méthodologie de Ketele et Roegiers expliquée ci-avant pour définir précisément ce que le questionnaire évalue ;
- l'appui sur les recommandations et données de la littérature notamment les repères développementaux et les signes d'alerte (Alcaraz, s. d.; ANESM, 2015; Ferland, 2019; HAS & Société française de néonatologie, 2020; Kern, 2019)

- la supervision de l'élaboration par les deux orthophonistes impliquées dans la direction de ce mémoire

Dans le même temps, nous avons été attentifs à la validité perçue, c'est-à-dire à l'effet du questionnaire sur les répondants. Nous avons formulé le questionnaire de manière à ce qu'il corresponde aux situations rencontrées en crèche, ainsi qu'à la terminologie employée par ces professionnels. Pour cela, nous avons proposé à une assistante maternelle et une éducatrice de jeunes enfants exerçant en Maison des assistantes maternelles (MAM) de répondre au questionnaire pour recueillir leurs impressions.

Le questionnaire a été finalisé en couleur et imprimé en format recto verso. Il a alors été soumis à des personnes non spécialistes de la petite enfance pour s'assurer de la lisibilité et de l'attrait du support.

### 1.2.2 Les supports de prévention utilisés dans l'étude

Les actions de prévention que nous proposons de mener auprès de certains groupes reposent sur la distribution ou la distribution accompagnée d'une présentation orale de deux supports existants : le livret Objectif Langage et le livret Signes d'Alerte (annexe 3).

L'APOH nous a gracieusement donné les supports ce qui a permis à notre étude d'être menée auprès de nombreuses crèches.

#### 1.2.2.1 Objectif Langage

Le livret Objectif langage a été rédigé dans les années 90 par les orthophonistes de Meurthe-et-Moselle (syndicat SOMM54). Il est destiné aux professionnels de santé et de la petite enfance ainsi qu'aux parents de jeunes enfants. Enrichi en 2015 par ces mêmes orthophonistes et remis en page par l'APOH en 2017, il se compose dans sa version actuelle de 16 pages d'informations sur le développement du langage, de la communication verbale et gestuelle et des oralités. Il est diffusé librement dans sa version numérique sur le site de l'APOH et est retrouvé sous diverses formes sur les sites internet de prévention orthophonique ainsi que sur le site de la FNO.

Il présente les compétences clefs pour la mise en place harmonieuse de la communication et du langage ainsi que les pratiques soutenantes

- Le langage adressé à l'enfant (bain de langage, routines, chansons)
- Les gestes, les mimiques, l'imitation (le jeu, les comptines)
- Le langage élaboré, la référence conjointe, l'attention partagée (livres et lecture d'histoires)

Il propose des repères développementaux et aborde la question des écrans, du bilinguisme ou encore de la succion.

Ce livret est le support principal des actions de prévention « Objectif Langage » et « un Bébé un Livre » en maternité. L'opération vise à « sensibiliser les parents sur la place précieuse qu'ils ont auprès de leur enfant pour l'accompagner dans le développement de son langage. Les études montrent qu'un bon niveau de langage dans la toute petite enfance est corrélé à un bon niveau de langage écrit au primaire, d'où notre mission d'intervenir dès le plus jeune âge. » (APOH, 2020). « 1Bébé, 1Livre » est labellisée par l'ANLCI (Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme) ».

#### 1.2.2.2 Signes d'appel

Le livret « Signes d'appel » a été réalisé conjointement par deux associations locales de prévention en orthophonie l'Association de Prévention en Orthophonie du Gard (APO-G) et l'Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault (APOH). Utilisé lors d'interventions ciblées de prévention orthophonique, il est diffusé librement sur le site de l'APOH dans sa version numérique.

Il se compose de 5 pages synthétisant les facteurs de risque et les signes d'appel dans trois domaines :

- Oralité alimentaire ,
- Jeu, Intérêt pour l'environnement, creusets cognitifs pré linguistiques,
- Langage et communication.

Les signes d'appel sont présentés par tranches d'âge de 0 à 5 ans.

Il s'agit de comportements observables dans les activités du quotidien et dont l'absence à un certain âge doit être retenue comme évocatrice d'une probable difficulté.

### 1.2.3 Modalités d'intervention sur site G3

Les interventions sur site pour les crèches affectées en Groupe 3 sont organisées en accord avec les équipes de direction des crèches. Les séances ont lieu soit en journée en demi-groupe soit en groupe complet à partir de 18h30 après le départ des enfants. Le nombre de participants est confirmé en amont de l'intervention : ainsi les documents peuvent être préparé en liasses, contenant chacune les documents pour chaque participant. Cette organisation permet un gain de temps sur place et assure que les participants reçoivent tous l'ensemble des documents.

Nous avons établi une feuille de route en amont des premières interventions pour définir le temps dévolu à l'intervention, les objectifs poursuivis ainsi que le déroulement de la séance.

**Durée :**

1h environ

**Objectifs de l'intervention G3:**

- Distribuer les supports de prévention, le questionnaire
- S'assurer de la bonne compréhension des brochures
- Initier un échange sur le développement du langage et sur les signes d'appel
- Renforcer leurs connaissances et représentation sur le repérage précoce
- Initier ou renforcer leur rôle dans le repérage précoce

**Déroulement de l'intervention G3**

- Préparation de la salle, accueil des participants, présentation
- Présentation du mémoire : objectifs et enjeux.
- Présentation des brochures :
  - Objectif langage : le développement du langage en interaction, aspects sensoriels, auditifs et visuels, les compétences socles, les repères d'âge comment les interpréter, le bilinguisme, les écrans, la succion, les livres
  - Signes d'appel : les facteurs de risques, les populations vulnérables, les signes d'appel par domaine, par âge.
- Echanges et questions
- Présentation du questionnaire et protocole pour le retour des questionnaires.

## 1.3 Protocole

Notre étude propose de réaliser deux analyses. D'une part, elle comporte une étude descriptive des besoins d'information et de formation par l'analyse des réponses au questionnaire.

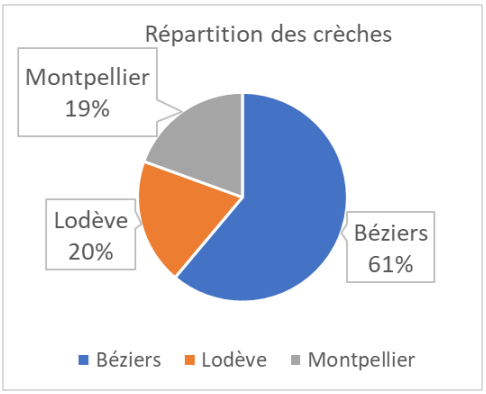
D'autre part, il s'agit d'un essai randomisé visant la comparaison des scores par l'analyse statistique des données des trois groupes pour mesurer l'incidence de l'action de prévention sous ses deux modalités (G2 et G3)

Le recrutement de la population de cette étude s'est déroulé en septembre 2020 et octobre 2020. Nous avons contacté les crèches du département pour obtenir leur accord de principe ainsi que le nombre de personne susceptibles de participer à l'étude. Le nom, la fonction et le mail de la personne contact pour la crèche a été relevé afin d'avoir un référent par crèche.

La pandémie de COVID cette année a freiné l'implication de certaines crèches. Ainsi, les services de la petite enfance de Montpellier ont décliné la participation pour toutes les crèches de la commune. D'autres sites ont également décliné pour des questions d'organisation en interne, la pandémie ayant entrainé de nombreux remplacements.

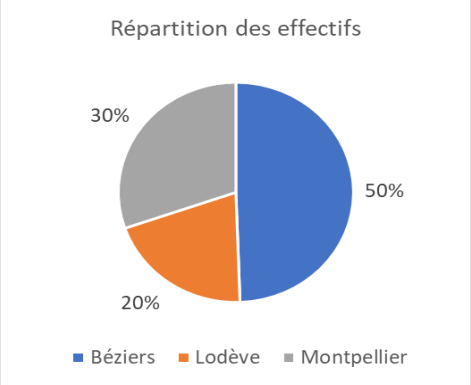
35 crèches ont répondu favorablement à notre démarche. Elles se répartissent ainsi sur le département de l'Hérault

| arrondissement | nombre de crèches |
|---|---|
| Béziers | 22 |
| Lodève | 7 |
| Montpellier | 7 |




| arrondissement | Effectif |
|---|---|
| Béziers | 222 |
| Lodève | 91 |
| Montpellier | 136 |

Nous obtenons donc un panel de 449 répondants potentiels ainsi répartis :




Notre randomisation tiendra compte de cette répartition.

### 1.3.1 Randomisation

Il est procédé à un échantillonnage stratifié randomisé. Les crèches participantes sont randomisées en 3 groupes

G1 : réponse à un questionnaire

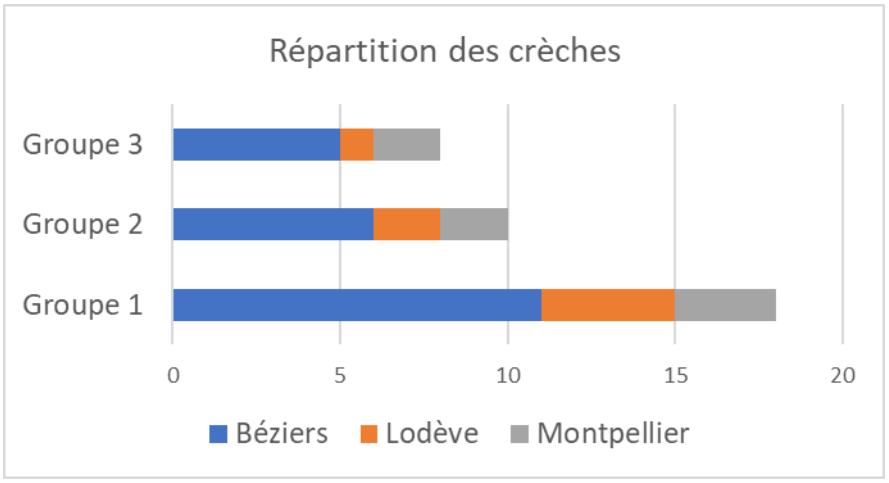
G2 : action de prévention par diffusion de supports de prévention puis questionnaire

G3 : action de prévention sous la forme d'une intervention sur site d'une heure (présentation des supports, explications et temps d'échange) puis questionnaire

La randomisation se fait sur trois arrondissements afin de représenter au mieux la répartition géographique sur le département :

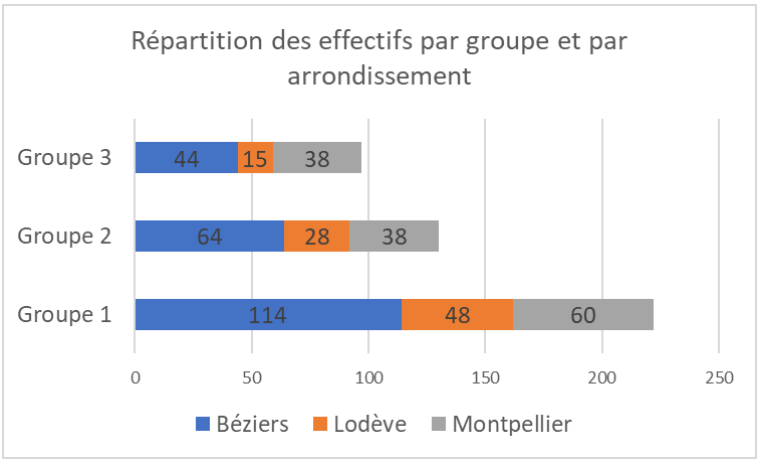
- Arrondissement de Béziers
- Arrondissement de Lodève
- Arrondissement de Montpellier

| arrondissement | sans action de prévention | avec action de prévention | |
|---|---|---|---|
| | Groupe 1 | Groupe 2 Distribution de brochures | Groupe 3 Intervention sur site : 1h |
| Béziers | 11 | 6 | 5 |
| Lodève | 4 | 2 | 1 |
| Montpellier | 3 | 2 | 2 |




**Répartition des effectifs par groupe:**

| arrondissement | sans action de prévention | avec action de prévention | |
|---|---|---|---|
| | Groupe 1 | Groupe 2 | Groupe 3 |
| Béziers | 114 | 64 | 44 |
| Lodève | 48 | 28 | 15 |
| Montpellier | 60 | 38 | 38 |




Cette répartition permet d'obtenir une équivalence entre groupe sans action de prévention (G1) et avec action de prévention (G2+G3)

### 1.3.2 L'étude

L'étude consiste à proposer un questionnaire aux professionnels des crèches (G1, G2, G3) afin d'évaluer les compétences et pratiques professionnelles en matière de repérage et d'orientation des enfants. Les crèches sont affectées en groupe G1, G2 ou G3.

Dans chacun des groupes, le questionnaire sera proposé soit :

- Sans qu'aucune action de prévention ne soit proposée spécifiquement en amont ;
  ➔ G1 : pas d'action de prévention questionnaire uniquement
- Après que les livrets « Objectif Langage » et « Signes d'appel » aient été remis ;
  ➔ G2 : action de prévention 1 « support de prévention sans intervention » suivi du questionnaire
- Après que les livrets « Objectif Langage » et « Signes d'appel » aient été remis au cours d'une présentation orale
  ➔ G3 : action de prévention 2 « présentation orale du support de prévention » suivi du questionnaire

Le questionnaire est remis sous format papier en nombre suffisant pour chaque crèche. Le personnel de la crèche est invité à répondre individuellement. Les retours sont ensuite centralisés puis récupérés individuellement dans chaque crèche.

Dans un souci de cohérence de prévention sur le territoire, il a été décidé que malgré leur appartenance au groupe 1, les crèches de ce groupe recevraient les livrets Objectif Langage et Signes d'appel après avoir retourné les questionnaires.

Les réponses sont anonymes et entrées manuellement sous tableur Excel pour être traitées.

## 1.4 Statistiques et hypothèse opérationnelles

Les données administratives et les réponses aux questionnaires ont fait l'objet d'une saisie et d'un traitement sous tableur Excel.

Les réponses aux items d'évaluation ont fait en plus l'objet d'une transcription en score.

Les réponses qualitatives (questions ouvertes) ont fait l'objet d'une transcription par classe ou modalité selon le type de réponse.

Le traitement statistique est réalisé sur le logiciel Statistica.

### 1.4.1 Variables indépendantes

#### 1.4.1.1 Variables indépendantes invoquées

Poste occupé au sein de la crèche : $P_6\{1,2,3,4,5,6\}$

- 1= accompagnant petite enfance,
- 2= auxiliaire puéricultrice,
- 3= éducatrice de jeunes enfants,
- 4= direction
- 5= référent sanitaire
- 6= agent technique

Année d'obtention du diplôme : variable à 3 classes {avant 2000, de 2000 à 2016 ; depuis 2017} ;

Années d'expérience en crèche : variable à 3 classes {moins de 5 ans, de 6 à 15 ans, 16 ans et plus}.

#### 1.4.1.2 Variables indépendantes provoquées

Modalité d'intervention Contrôle (G1) vs Prevention (G2+G3)

Et par Groupe $G_3\{G1, G2, G3\}$

- G1 : pas d'action de prévention ; questionnaire uniquement ;
- G2 : action de prévention 1 « support de prévention sans intervention » suivi du questionnaire ;
- G3 : action de prévention 2 « présentation orale du support de prévention » suivi du questionnaire

**Type de tâche**

Les parties B et C de notre questionnaire correspondent à deux domaines :

- B : le langage et la communication
- C : l'oralité alimentaire.

Les items par domaines concernent :

- des connaissances générales $C_2$ {B1,C2}

- B1: items sur les connaissances générales des précurseurs de la communication
- C2 : items sur les connaissances générales en lien avec l'alimentation et l'oralité alimentaire

- Items sur les repères d'âge $RA_2$ {B2 ,C3}
- B2 : items sur les repères d'âge dans le domaine du langage et de la communication
- C3 : items sur les repères d'âge dans le domaine de l'oralité alimentaire

- Items sur le repérage des signes d'appel $S_2${B3, C4}
- B3 : items sur le repérage des signes d'appel concernant les aspects langagiers et communicationnels.
- C4 : items sur le repérage des signes d'appel concernant les oralités

### 1.4.2 Variables dépendantes

Nos mesures portent sur les scores par items et le score total.

### 1.4.3 Hypothèses opérationnelles

**Hypothèse opérationnelle 1** : on s'attend à ce que le score global soit meilleur dans les G2 et G3 que dans le G1

**Hypothèse opérationnelle 2** : on s'attend à ce que le score B1 (connaissances générales sur le langage et la communication) soit meilleur dans les G2 et G3 que dans le G1

**Hypothèse opérationnelle 3** : on s'attend à ce que le score C2 (connaissances générales en oralité alimentaire) soit meilleur dans les G2 et G3 que dans le G1

**Hypothèse opérationnelle 4** : on s'attend à ce que le score B2 (repères d'âge sur le langage et la communication) soit meilleur dans les G2 et G3 que dans le G1

**Hypothèse opérationnelle 5** : on s'attend à ce que le score C3 (repères d'âge sur l'oralité alimentaire) soit meilleur dans les G2 et G3 que dans le G1

**Hypothèse opérationnelle 6** : on s'attend à ce que le score B3 (signes d'alerte du langage et la communication) soit meilleur dans les G2 et G3 que dans le G1

**Hypothèse opérationnelle 7** : on s'attend à ce que le score C4 (signes d'alerte de l'oralité alimentaire) soit meilleur dans les G2 et G3 que dans le G1

**Hypothèse opérationnelle 8** : on s'attend à ce le score total de G3 soit supérieur aux scores de G1 et G2

# RESULTATS

## 1 Retour des questionnaires

449 répondants étaient initialement envisagés dans notre protocole. 386 sont effectivement impactés par l'étude : 63 n'ont pas été inclus car n'étant pas disponibles (congés, congés maladie) ou ne pouvant être inclus (assistantes maternelles rattachées à la crèche en accueil familial, personnels d'entretien, etc.). Au total, 258 questionnaires ont été retournés et traités pour analyse. 128 questionnaires n'ont pas été retournés : nous avons pu échanger au moment de récupérer les questionnaires dans les crèches sur les motifs invoqués. L'absence de retour a ainsi été justifié par le manque de temps, la difficulté à mobiliser les équipes ou encore la longueur et la complexité du questionnaire.

Les questionnaires retournés se répartissent dans les trois groupes comme suit : 132 retours dans le groupe 1, 74 dans le groupe 2 et 52 dans le groupe 3

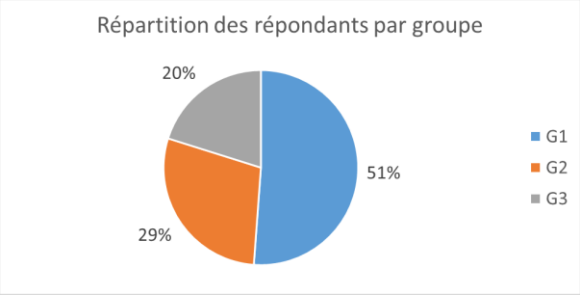



*Figure 3: répartition des répondants dans les trois groupes*

La proportion initialement prévue entre Groupe contrôle et Groupes avec action de prévention est respectée (G1 = G2 + G3) avec une tolérance de 1%.

Le groupe 1 a retourné 67% des questionnaires ce qui le situe dans la moyenne générale des questionnaires retournés. Le groupe 2 a retourné 57% des questionnaires soit moins que la moyenne. Le groupe 3 a retourné 83% des questionnaires soit plus que la moyenne.

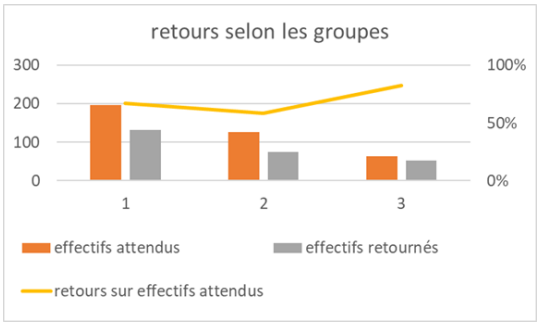



*Figure 4 proportion des questionnaires retournés par groupe*

# 2 Réponses au questionnaire

L'intégralité des résultats est proposée en annexe 4. Nous présentons ici les résultats principaux.

## 2.1 Présentation de la population

### 2.1.1 Postes et expérience professionnelle :

Il est observé une grande diversité d'intitulés de postes occupés par les répondants. Le poste occupé est défini par la fiche de poste et correspond aux fonctions remplies dans la crèche.

Dans un objectif de clarté, nous avons regroupé les postes en 7 classes. Notre population d'étude se répartit ainsi : 92 accompagnants éducatifs petite enfance (AEPE), 85 auxiliaires de puériculture (AP), 41 postes de direction (ont été inclus les adjoints de direction), 23 éducateurs de jeunes enfants, 8 agents techniques, 5 référents sanitaires et 4 stagiaires.

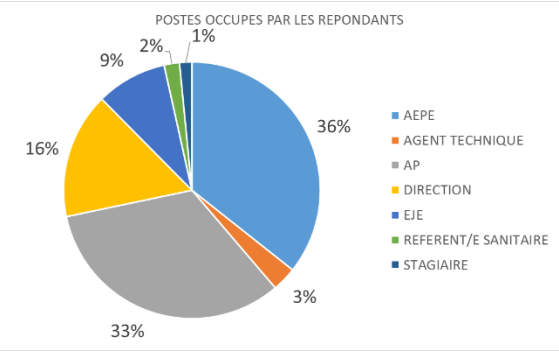



*Figure 5: répartition des répondants par poste occupé*

Le nombre d'années d'expérience en crèche varie de deux mois à 40 ans avec une moyenne de 11 ans et 7 mois. Nous avons déterminé 3 classes pour l'expérience en crèche : moins de 5 ans, 6 à 15 ans et 16 et plus. Les trois classes sont représentées de manière égale dans notre échantillon. Concernant leur expérience professionnelle :

- 61% des répondants n'ont pas travaillé avec de jeunes enfants en dehors de la crèche.
- 17% ont travaillé dans le milieu scolaire ou périscolaire
- 7 % en milieu hospitalier
- 6% en structure
- 5% en tant qu'assistante maternelle à domicile.

Ces expériences en dehors de la crèche sont de 4 ans en moyenne avec un maximum de 20 ans. Elles concernent l'accueil du jeune enfant mais aussi l'accompagnement d'enfants de plus de trois ans en contexte scolaire ou encore le suivi sanitaire ou médico-social. Ces expériences sont donc variées et enrichissent la pratique des professionnels de crèche.

### 2.1.2 Diplômes et formation initiale des répondants

Il est retrouvé une grande diversité de diplômes. Toutefois nous retrouvons majoritairement des diplômes correspondant aux intitulés de postes occupés. A savoir :

| DIPLÔME | Nombre de sujets | |
|---|---|---|
| CAP PE | 86 | 33,3% |
| AP | 84 | 32,6% |
| EJE | 48 | 18,6% |
| IP | 17 | 6,6% |
| IDE | 4 | 1,6% |
| non renseigné | 10 | 3,9% |
| Autres | 9 | 3,5% |

*Figure 6: répartition des répondants par diplôme*

Par ailleurs :

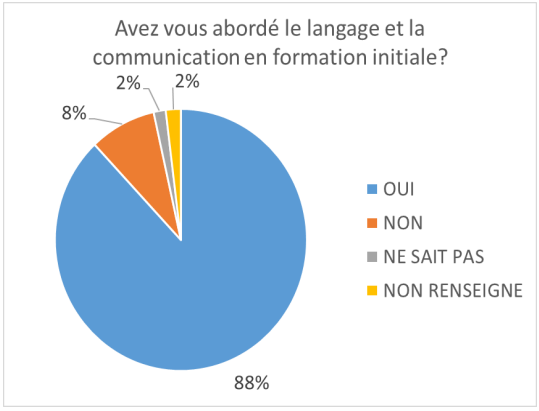
- 53% des répondants ont été diplômés entre 2000 et 2016
- 18% l'ont été avant 2000

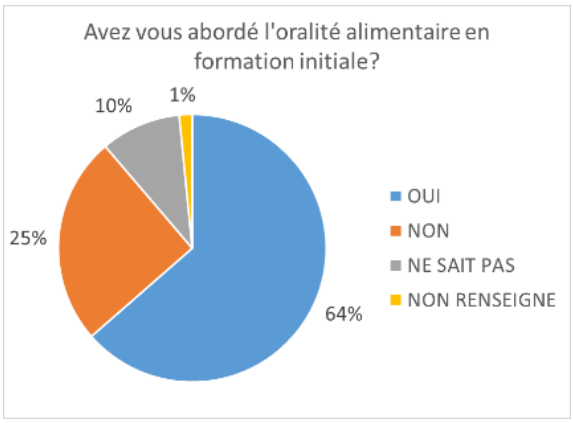
- 16% depuis 2017
- 13% n'ont pas renseigné cette donnée.

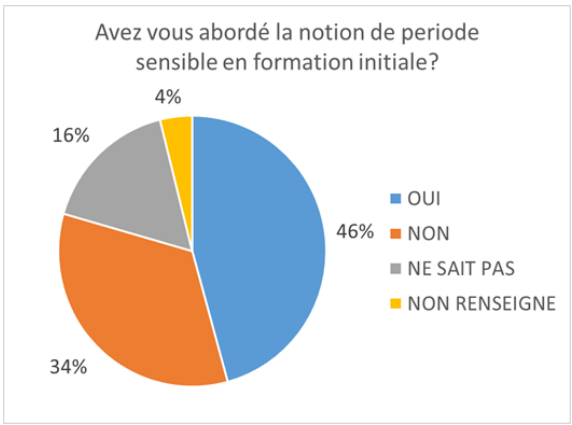
Nous avons souhaité savoir si les répondants avaient souvenir d'avoir abordé le langage et la communication, l'oralité alimentaire et la notion de période sensible au cours de leur formation initiale.

88% déclarent avoir abordé le langage et la communication en formation initiale, 64% l'oralité alimentaire du jeune enfant. Ils ne sont plus que 46% à avoir abordé la notion de période sensible en formation.

*Figures 7: notions abordées en formation initiale*



Cette répartition varie selon l'année d'obtention du diplôme et selon le type de poste occupé. Ainsi jusqu'à 95% des répondants ayant obtenu leur diplôme depuis 2017[12] déclarent avoir abordé le langage et la communication en formation initiale ; 79% en ce qui concerne l'oralité alimentaire. La notion de période sensible par contre plafonne à 48% pour cette classe.

### 2.1.3 Formation continue ou complémentaire

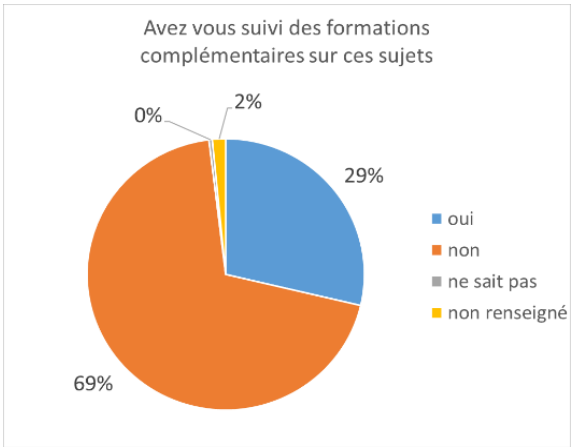



*Figure 8 répartition des réponses concernant les formations complémentaires*

29% des répondants ont reçu des formations complémentaires sur l'un ou plusieurs de ces sujets contre 69% qui n'en ont pas reçu. Parmi les formations complémentaires reçues, l'alimentation est citée 16 fois et l'oralité alimentaire 2 fois. La communication gestuelle associée à la parole est citée 28 fois. Les formations sur le langage apparaissent 7 fois (dont Parler Bambin 2 fois), la littérature de jeunesse 4 fois, la communication 3 fois.

[12] Pour rappel : le référentiel de formation des AEPE s'est enrichi en 2017 de modules sur le développement cognitif et langagier du jeune enfant (voir 1.1.1 : présentation des professionnels de la petite enfance), nous retenons donc l'année 2017 comme repère.

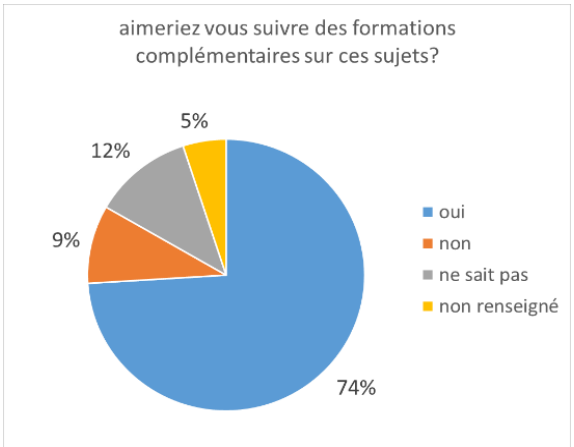



*Figure 9: répartition des réponses concernant le souhait de recevoir une formation complémentaire*

Les répondants sont 74% à souhaiter recevoir une formation complémentaire. Nous détaillerons les sujets qu'ils souhaitent aborder dans l'analyse des résultats.

### 2.1.4 Connaissances de l'orthophonie

Nous avons posé la question suivante : « l'orthophoniste s'occupe uniquement du langage. Qu'en pensez-vous ? ». 82% ont répondu « non pas uniquement ».

Certains ont complété leur réponse en citant les domaines d'intervention qu'ils attribuent à l'orthophonie.

*Figure 10 nuage de mots associés à l'orthophonie, par fréquence*

Ainsi, l'oralité alimentaire et la déglutition sont largement citées, respectivement 45 et 31 fois, ainsi que le langage écrit (16 fois), la communication (12 fois) et les troubles « dys » (11 fois). De nombreux autres domaines sont cités dans une moindre mesure : voix (6 fois), mémoire (6 fois), neurologie (6 fois), surdité (6 fois), parole (5 fois), raisonnement logico-mathématique (5 fois), autisme (4 fois), articulation (3 fois), rééducation linguale (3 fois), bégaiement (2 fois), handicap (1 fois), la cancérologie (1 fois), la respiration (1 fois).

A noter que la prise en soin orthophonique est considérée comme un suivi psychologique autour du langage pour 3 répondants ayant complété leur réponse.

Concernant l'âge de prise en charge orthophonique, les résultats tendent à démontrer une méconnaissance de l'intervention orthophonique précoce : 31% savent que l'orthophoniste peut prendre en charge précocement dès la naissance. 29% pensent que la prise en charge peut commencer à 1 an. Pour 38% la prise en charge orthophonique n'est possible qu'à partir de 3 ans.

## 2.2 Partie B : langage et communication

### 2.2.1 Connaissances générales sur les précurseurs de la communication

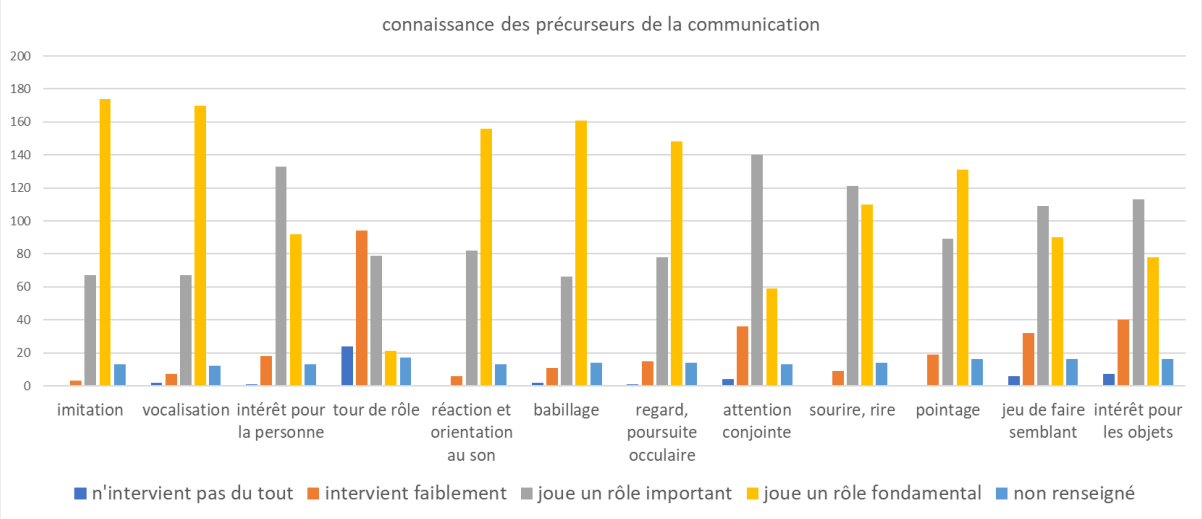



*Figure 11: répartition des réponses sur le rôle des précurseurs de la communication*

De manière globale, le rôle des précurseurs de la communication est reconnu comme fondamental à 44,9 % et comme important à 37%, soit 81,8% si on totalise les réponses « rôle fondamental » et « rôle important ».

Les professionnels de crèche ont donc une bonne connaissance des pré-requis au langage et à la communication. Toutefois, comme indiqué sur ce graphique certaines compétences socles sont moins connues et moins bien identifiées comme fondamentales : il s'agit du tour de rôle, de l'attention conjointe, de l'intérêt pour la personne, de l'intérêt pour les objets, du sourire ou du jeu de faire semblant.

### 2.2.2 Les repères d'âge

Concernant les repères d'âge, les résultats se répartissent comme suit. Les réponses attendues correspondent aux cases en jaune dans le tableau ci-dessous.

| d'après vous, vers quel âge, bébé : | 0-6 mois | 6-12 mois | 12-24 mois | 24-36 mois | non renseigné |
|---|---|---|---|---|---|
| Vous regarde quand vous lui parlez | 92% | 7% | 0% | 0% | 2% |
| Montre du doigt pour demander quelque chose | 3% | 59% | 33% | 2% | 4% |
| Commence à dialoguer : il gazouille en réponse quand vous lui parlez | 52% | 40% | 7% | 0% | 2% |
| Dit ses premiers mots | 2% | 30% | 65% | 2% | 2% |
| Babille : « bababa » « mamama » « dadada » | 17% | 73% | 7% | 0% | 2% |
| Reconnait la voix de sa maman | 90% | 4% | 1% | 0% | 5% |
| Comprend des petites phrases en contexte : | 5% | 51% | 40% | 2% | 3% |
| S'exprime par des pleurs, des cris | 94% | 4% | 1% | 0% | 1% |
| Montre l'image sur un livre :« où est le chat ? tu le vois ? montre-moi », | 0% | 16% | 72% | 10% | 2% |
| Réagit à son prénom | 29% | 63% | 4% | 0% | 4% |
| Dit "balle" pour "je veux la balle" ou "c'est ma balle" ou "où est la balle ? " | 0% | 7% | 68% | 22% | 2% |
| Comprend le "non" | 6% | 50% | 35% | 7% | 3% |
| Vocalise (aaaaaa, êêêêê) | 77% | 19% | 2% | 0% | 2% |

*Figure 12 répartition des réponses B2 repères d'âge en langage*

En moyenne sur l'ensemble des items, 69,7% des réponses correspondent aux réponses attendues. Par ailleurs, on relève des variations importantes selon les items.

### 2.2.3 Identifier des signes d'alerte du développement du langage et de la communication

Concernant les signes d'alerte, 34% des réponses correspondent aux réponses attendues.

Rappelons les classes de réponses proposées :

**serein (e)** : (c'est tout à fait normal/ c'est une bonne chose)

**vigilant(e)** :(vous observez l'enfant dans d'autres activités et suivez son évolution)

**inquièt(e)** : (vous partagez vos observations avec l'équipe et/ou avec les parents)

**alerté(e)** : (vous en référez au médecin et aux parents)

**sans opinion** : (vous ne savez pas)

| Face à cette situation, vous êtes : | serein | vigilant | inquiet | alerté | ne sais pas | non renseigné |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Vers 3-4 mois : bébé pleure quand il a faim ou sommeil. Le reste du temps c'est un bébé très calme et silencieux | 70% | 28% | 1% | 0% | 0% | 1% |
| Vers 6-9 mois : Un avion de chasse passe au-dessus de la crèche en faisant un bruit de tonnerre. Vous êtes face à bébé, il n'a pas manifesté de surprise et continue tranquillement de vous sourire | 10% | 54% | 26% | 8% | 1% | 2% |
| Des parents étrangers, arrivés en France depuis peu, décident de ne parler que français à bébé | 26% | 27% | 23% | 2% | 17% | 4% |
| A 9 mois, bébé regarde le petit avion devant lui mais ne le suit pas des yeux quand vous le faites voler | 3% | 36% | 43% | 15% | 1% | 2% |
| A 12 mois, bébé ne produit aucun son | 0% | 5% | 36% | 57% | 0% | 1% |
| Vers 15 mois, bébé dit quelques mots compréhensibles (maman, papa, dodo, lolo, pomme). Sur le livre, il vous montre l'image du chat en disant « ta ». | 73% | 22% | 3% | 0% | 1% | 2% |
| Bébé a souvent le nez pris et enchaine les otites mais il n'a pas l'air de souffrir | 2% | 37% | 40% | 18% | 1% | 2% |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A 18 mois, bébé n'a pas encore dit ses premiers mots | 2% | 34% | 37% | 24% | 0% | 2% |
| A 24 mois, bébé ne dit pas "je" pour parler de lui | 43% | 38% | 12% | 1% | 2% | 4% |
| A 18 mois, vous avez l'impression qu'il régresse, il ne dit plus certains mots qu'il disait avant. | 6% | 47% | 31% | 14% | 0% | 2% |
| Les parents sont inquiets. Ils ont l'impression que leur bébé ne les regarde pas et ont du mal à entrer en relation avec lui ; leur entourage notamment les grands parents les rassurent en leur disant que bébé a du caractère. | 0% | 28% | 28% | 39% | 3% | 2% |
| Vers 24-28 mois, il veut parler mais se bloque, hésite, répète plusieurs fois le début du mot | 9% | 29% | 42% | 19% | 0% | 1% |
| Vers 26 mois, il dit une dizaine de mots et ne fait pas encore de combinaisons de 2 mots (papa parti, maman dodo etc.) | 10% | 40% | 36% | 12% | 0% | 2% |
| A 18 mois, bébé joue à des jeux sur la tablette | 0% | 5% | 31% | 59% | 3% | 2% |

*Figure 13 répartition des réponses B3 signes d'alerte langage*

Ces résultats font apparaitre une diversité de réaction face à une même situation avec une sous-estimation fréquente du signe d'alerte. Ils seront discutés plus amplement dans la discussion.

## 2.3 Partie C : oralité alimentaire

### 2.3.1 Connaissances générales sur la prise alimentaire du jeune enfant

Les répondants conseillent de veiller aux éléments suivants, pour l'alimentation au biberon :

*Figure 14 nuages de mots associés à la prise du biberon par fréquence*

Pour l'alimentation du jeune enfant à la cuillère, les conseils portent sur :

*Figure 15 nuages de mots associés à la prise alimentaire à la cuillère par fréquence*

Concernant les aspects sensoriels impliqués dans l'alimentation, les répondants estiment que la gustation (94%), la vue (91%), le toucher (91%) ou encore l'olfaction sont sollicités. Respectivement 37% et 32% considèrent que la proprioception et l'audition sont sollicitées lors de l'alimentation.

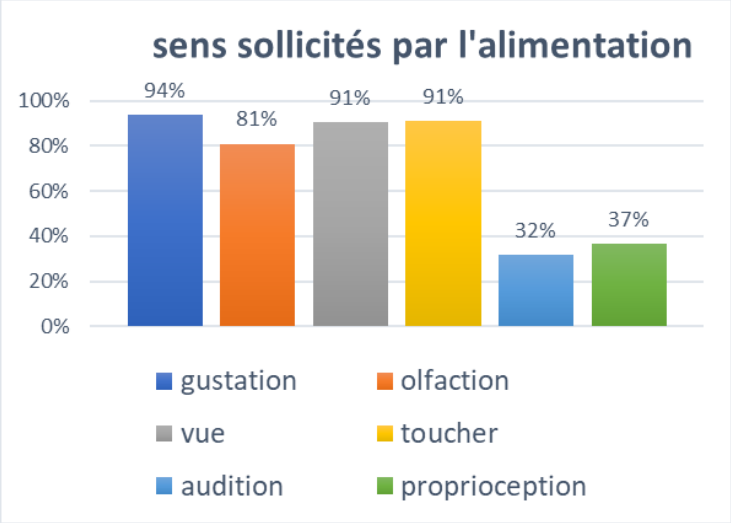



*Figure 16: pourcentage des répondants estimant que la modalité sensorielle est impliquée dans l'alimentation*

### 2.3.2 Les repères d'âge

Pour chaque repère alimentaire, les réponses sont comparées aux recommandations alimentaires du Haut Conseil de Santé Publique : la réponse est jugée en adéquation si elle s'inscrit dans la fourchette donnée par le HCSP. Les réponses en adéquation avec les recommandations se répartissent ainsi :

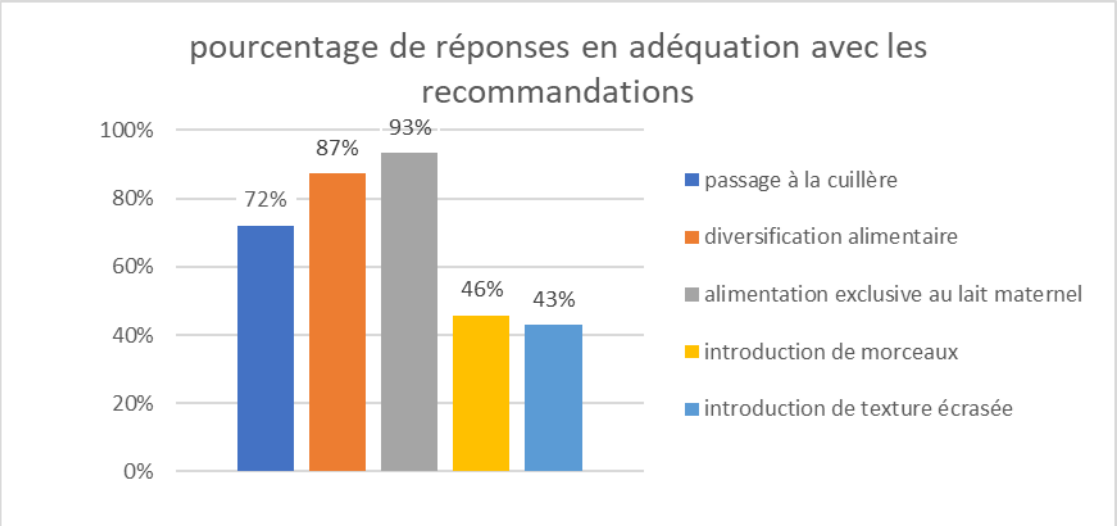
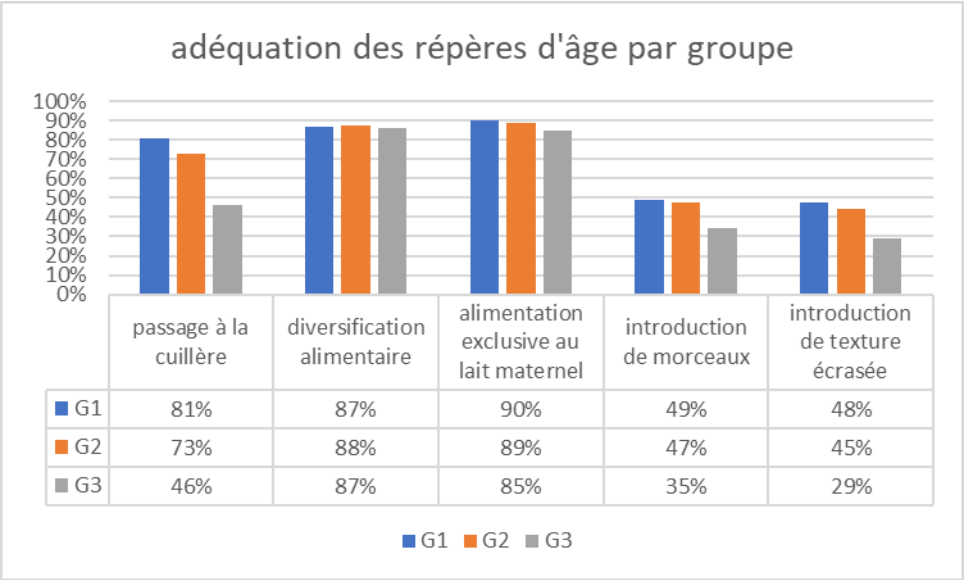



*Figure 17 : répartition des réponses sur les repères d'âge en oralité alimentaire*




| | passage à la cuillère | diversification alimentaire | alimentation exclusive au lait maternel | introduction de morceaux | introduction de texture écrasée |
|---|---|---|---|---|---|
| G1 | 81% | 87% | 90% | 49% | 48% |
| G2 | 73% | 88% | 89% | 47% | 45% |
| G3 | 46% | 87% | 85% | 35% | 29% |

*Figure 18: répartition des réponses sur les repères d'âge en oralité alimentaire par groupe*

Faut il respecter ces repères d'âge ?

75% des répondants considèrent que ces repères d'âge sont des préconisations mais que chaque enfant a son propre rythme contre 21% qui affirment que ces repères correspondent à des périodes sensibles avant et après lesquelles il est plus difficile d'introduire de nouvelles habitudes alimentaires.

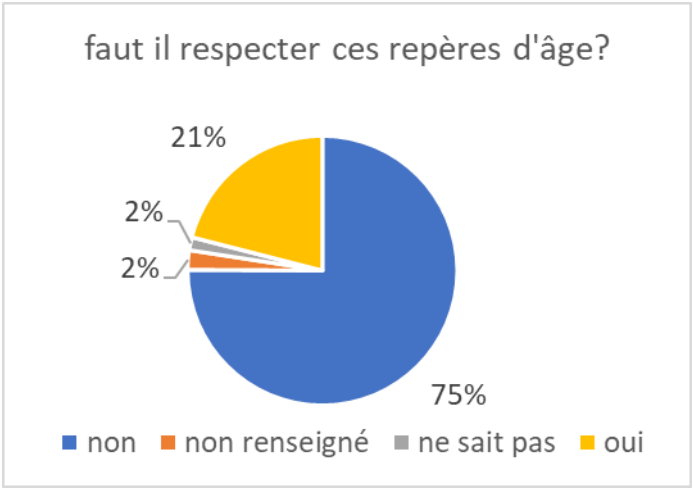



*Figure 19: respect des repères d'âge*

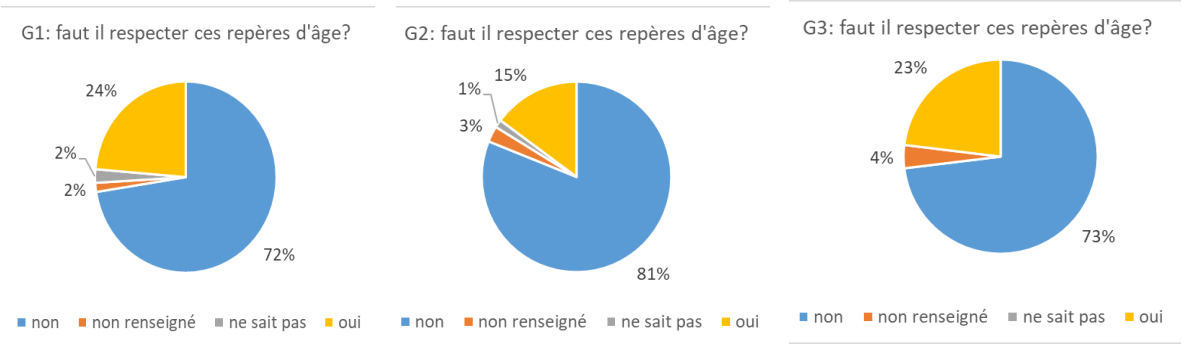



*Figure 20: respect des repères d'âge par groupe*

### 2.3.3 Identifier des signes d'alerte de l'oralité alimentaire

Les réponses appropriées se répartissent comme suit :

| **Parmi les situations suivantes lesquelles vous paraissent problématiques sur le plan de l'oralité alimentaire :** *En gris les situations ne devant pas être identifiées comme problématiques.* | **réponses appropriées** | **% total des réponses appropriées** |
|---|---|---|
| Bébé ne met pas d'objet à la bouche | 182 | 71% |
| Bébé refuse les nouveaux aliments | 95 | 37% |
| Bébé avale tout rond | 170 | 66% |
| Bébé tourne la tête pour refuser la cuillère | 69 | 27% |
| Bébé met plus de 30 min pour prendre son biberon | 83 | 32% |
| Bébé met plus de 30 min pour finir son repas à la cuillère | 44 | 17% |
| Aux ateliers cuisine ou pâte à modeler bébé veut goûter à tout | 250 | 97% |
| Aux ateliers cuisine, pâte à modeler ou peinture, bébé refuse de toucher | 101 | 39% |
| Bébé garde des aliments en bouche pendant les repas | 167 | 65% |
| Bébé bave quand il gazouille ou vocalise | 243 | 94% |
| Bébé garde la langue sortie | 188 | 73% |
| Alors que bébé aime manger, il recrache les morceaux | 71 | 28% |
| Les parents s'inquiètent car bébé ne prend pas de poids | 143 | 55% |
| Les parents s'inquiètent car ils trouvent que les repas sont difficiles | 92 | 36% |
| Bébé veut manger tout seul mais en met partout | 253 | 98% |
| Bébé mange de très petites quantités* | 226 | 88% |
| Bébé se laisse nourrir passivement | 153 | 59% |
| A la maison, bébé regarde la télévision ou joue sur la tablette en mangeant | 234 | 91% |

*Figure 21: répartition des réponses C5 signes d'alerte oralité alimentaire*

Selon les items, les situations sont identifiées correctement de façon variable avec des répartitions allant de 17% à 98%. En rouge les répartitions inférieures à 60%. Une analyse selon les aspects impliqués est proposée dans la discussion.

**A noter : l'item 16, « bébé mange de très petites quantités » a été intégré au questionnaire comme ne relevant pas de signes d'alerte. Ce point peut être discuté et montre les limites du questionnaire : l'objectif était ici de distinguer quantité et variété d'une part et quantité et impact nutritionnel d'autre part. Toutefois ces aspects auraient pu être mieux précisés dans la formulation. Quoiqu'il en soit, 88% estiment qu'un bébé qui mange de petite quantité ne doit pas forcément alerter sur le plan de l'oralité alimentaire.*

## 2.4 Partie D : pratiques professionnelles

### 2.4.1 Le repérage précoce en crèche

Il apparait que la question du repérage en crèche concerne la quasi-totalité des professionnels. En effet, 242 répondants affirment s'être déjà interrogés sur un enfant dont ils avaient la garde en crèche.

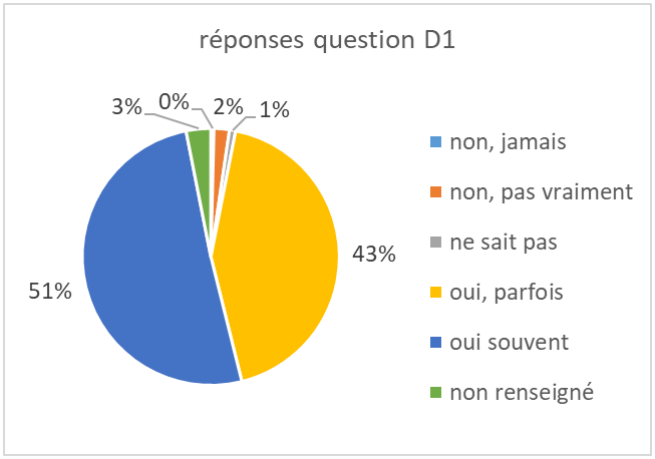



*Figure 22: répartition des réponses à la question D1*

Dans le même temps, ces 242 répondants déclarent avoir pu partager leur questionnement en équipe. Ces échanges peuvent prendre différentes modalités

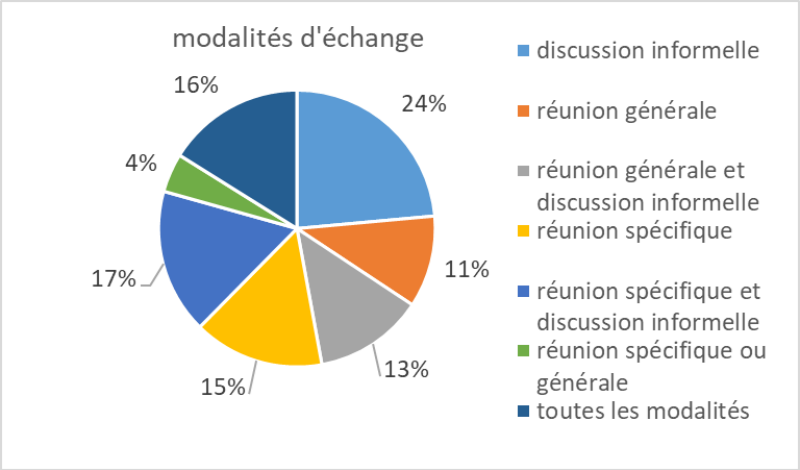



*Figure 23: modalités d'échange en interne*

Nos résultats démontrent que le repérage précoce correspond à une situation fréquente en crèche à laquelle les professionnels répondent dans le cadre professionnel en communiquant tout d'abord en interne sur leur questionnement.

### 2.4.2 Communication et retombées du repérage

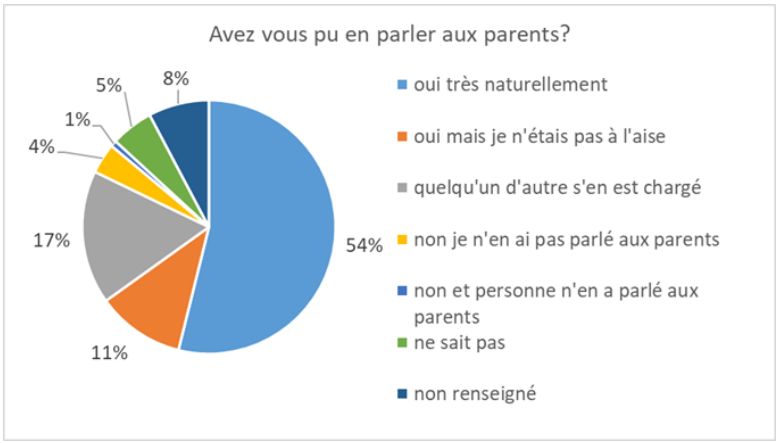



*Figure 24: répartition des réponses : communication avec les parents*

Après avoir répondu aux questionnements en interne, 82% des répondants déclarent que le questionnement a pu être communiqué aux parents. Dans 54% des cas, en parler

directement aux parents est réalisé de manière naturelle. Pour les autres, il apparait donc des freins à communiquer avec les parents sur ces questions.

Nos résultats montrent que, au-delà de la communication en interne et avec les parents, les crèches font appel à des personnes ressources (médecins de crèche et de PMI majoritairement). Ainsi, suite à un repérage ou un questionnement sur un enfant, celui-ci a pu être orienté vers les professionnels suivant :

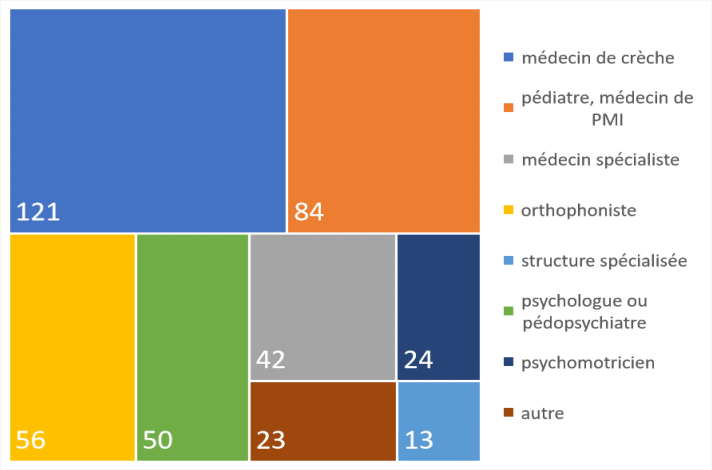



*Figure 25: répartition de l'orientation vers les personnes ressources*

### 2.4.3 Sentiments de légitimité et de compétence

Si les professionnels sont impliqués dans le repérage précoce, le sentiment de légitimité à participer au repérage est partagé comme suit :

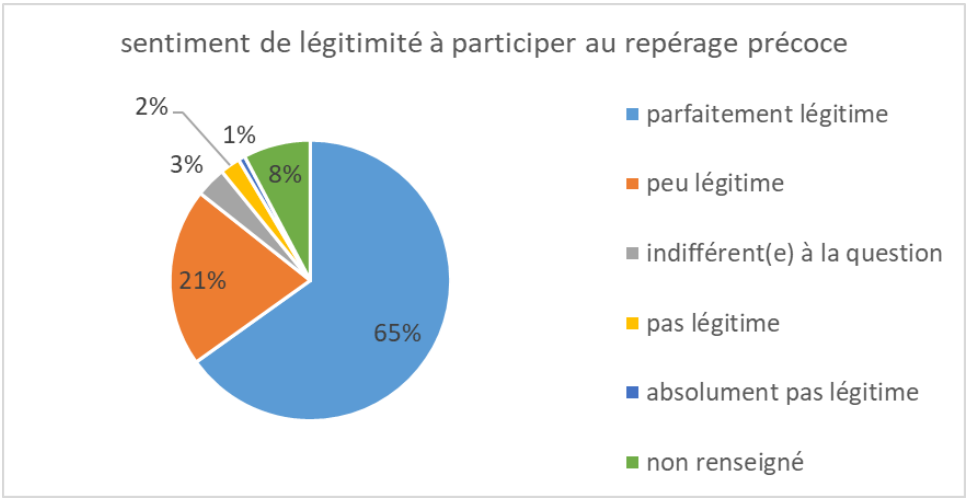



*Figure 26: Répartition des réponses sur le sentiment de légitimité à participer au repérage précoce*

Ils ne sont que 65% à se sentir parfaitement légitime à participer au repérage précoce et 21% à ne se sentir que peu légitime.

Par ailleurs, pour repérer les difficultés, ils ne sont que 41% à se sentir à l'aise à la fois sur le langage et sur l'oralité alimentaire. Le sentiment de compétence selon les domaines se répartit comme suit :

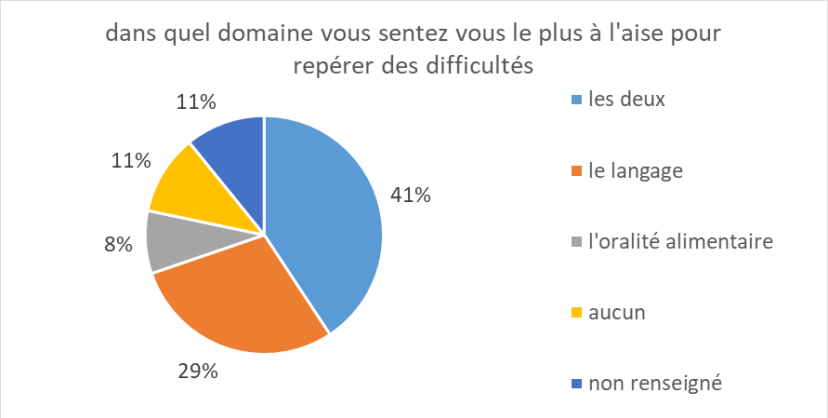



*Figure 27: répartition des réponses sur le sentiment de compétence*

En conséquence, ces résultats mettent en avant un besoin de renforcer les sentiments de légitimité et de compétence dans les deux domaines.

### 2.4.4 Avis sur le questionnaire

Les réponses sur l'intérêt du questionnaire et sa difficulté se répartissent ainsi :

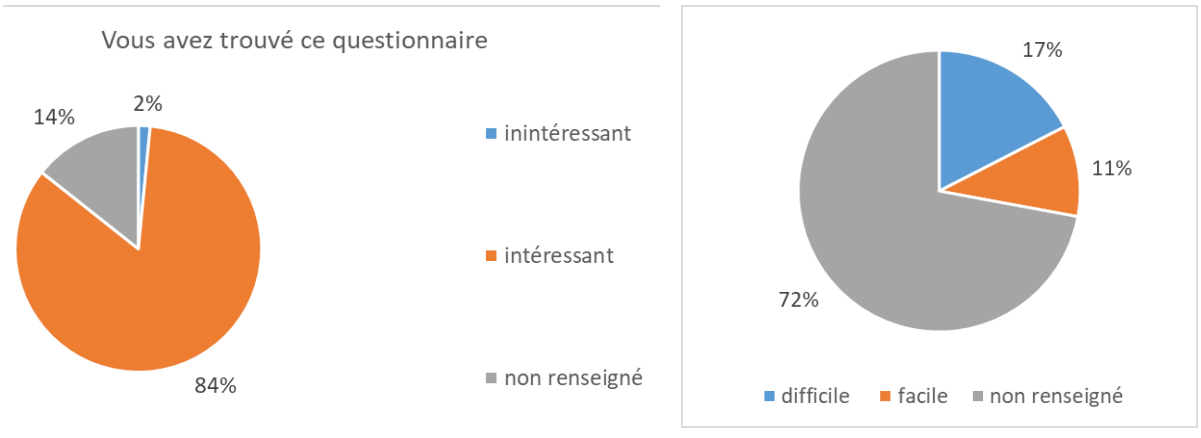



*Figure 28: réponses sur l'appréciation du questionnaire*

Vous avez rempli ce questionnaire

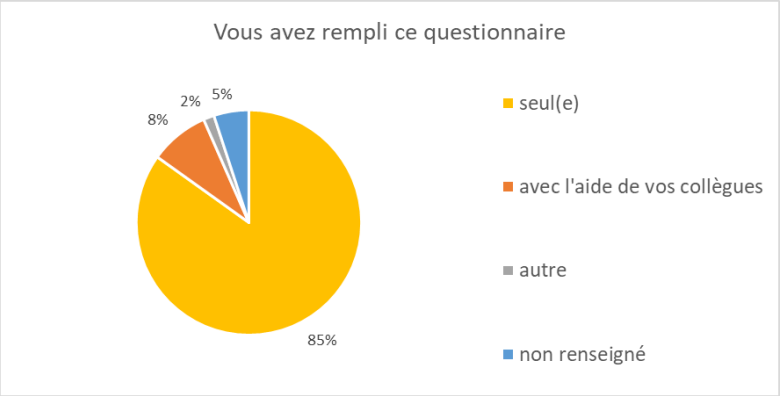



*Figure 29: modalité de réponse au questionnaire*

85% déclarent avoir rempli le questionnaire seuls contre 8% avec l'aide de leur collègue.

# 3 Analyse statistique : différences intergroupes

Après l'analyse descriptive des données, nous souhaitons comparer les résultats obtenus selon qu'une intervention de prévention ait été proposée ou non (prévention versus contrôle) et selon les modalités de prévention G1 versus G2, G1 versus G3 et également G2 versus G3. Pour vérifier si des différences significatives existent entre groupe et ainsi valider nos hypothèses opérationnelles, nous effectuons différentes analyses statistiques.

## 3.1 Homogénéité intergroupe

Tout d'abord, nous supposons que le poste occupé ainsi que le nombre d'années d'expérience en crèche pourraient influencer les réponses et les scores. Aussi nous souhaitons vérifier la répartition de ces variables au sein des groupes.

### 3.1.1 Postes occupés

Pour vérifier l'homogénéité de nos 3 groupes en termes de poste occupé par les répondants, nous effectuons un test du Chi 2 d'indépendance.

Nous posons H0, l'hypothèse nulle et H1, notre hypothèse à vérifier comme suit :

- H0 : les variables poste occupé et groupe sont indépendantes
- H1 : les variables poste occupé et groupe sont liées.

Les tableaux des effectifs réels et attendus sont réalisés et analysés à la l'aide de la fonction TEST.KHIDEUX sous Excel

| observés | AEPE | AGENT TECHNIQUE | AP | DIRECTION | EJE | REFERENT/E SANITAIRE | STAGIAIRE | total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| G1 | **48** | **4** | **44** | **22** | **9** | **3** | **2** | **132** |
| G2 | **27** | **2** | **26** | **11** | **5** | **2** | **1** | **74** |
| G3 | **17** | **2** | **15** | **8** | **9** | | **1** | **52** |
| | **92** | **8** | **85** | **41** | **23** | **5** | **4** | **258** |
| | | | | | | | | |
| attendus | **AEPE** | **AGENT TECHNIQUE** | **AP** | **DIRECTION** | **EJE** | **REFERENT/E SANITAIRE** | **STAGIAIRE** | |
| G1 | **47** | **4** | **43** | **21** | **12** | **3** | **2** | **132** |
| G2 | **26** | **2** | **24** | **12** | **7** | **1** | **1** | **74** |
| G3 | **19** | **2** | **17** | **8** | **5** | **1** | **1** | **52** |

p-value= 0,90

Il apparait que la p valeur est supérieure au risque alpha = 5%, ce qui ne nous permet pas de rejeter H0. Nous pouvons en conclure qu'il n'y a pas de lien entre postes et groupes et donc pas de différence significative de répartition des postes par groupe.

### 3.1.2 Nombre d'années d'expérience

Pour vérifier l'homogénéité de nos 3 groupes en termes d'années d'expérience des répondants, nous effectuons un test du Chi 2 d'indépendance.

Nous posons H0, l'hypothèse nulle et H1, notre hypothèse à vérifier comme suit :

- H0 : les variables années d'expérience et groupe sont indépendantes
- contre H1 : les variables années d'expérience et groupe sont liées.

Les tableaux des effectifs réels et attendus sont réalisés et analysée à la l'aide de la fonction TEST.KHIDEUX sous Excel

| **observés** | **16 ET PLUS** | **6 à 15 ans** | **moins de 5 ans** | **non renseigné** | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|
| G1 | 39 | 51 | 39 | 3 | 132 |
| G2 | 21 | 29 | 21 | 3 | 74 |
| G3 | 15 | 16 | 21 | | 52 |
| | 75 | 96 | 81 | 6 | 258 |
| | | | | | |
| attendus | **16 ET PLUS** | **6 à 15 ans** | **moins de 5 ans** | **non renseigné** | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| G1 | 38,37 | 49,12 | 41,44 | 3,07 | 132,00 |
| G2 | 21,51 | 27,53 | 23,23 | 1,72 | 74,00 |
| G3 | 15,12 | 19,35 | 16,33 | 1,21 | 52,00 |

p-value= 0,76

Il apparait que la p valeur est supérieure au risque alpha = 5%, ce qui ne nous permet pas de rejeter H0. Nous pouvons en conclure qu'il n'y a pas de différence significative de répartition en fonction du nombre d'années d'expérience entre les groupes.

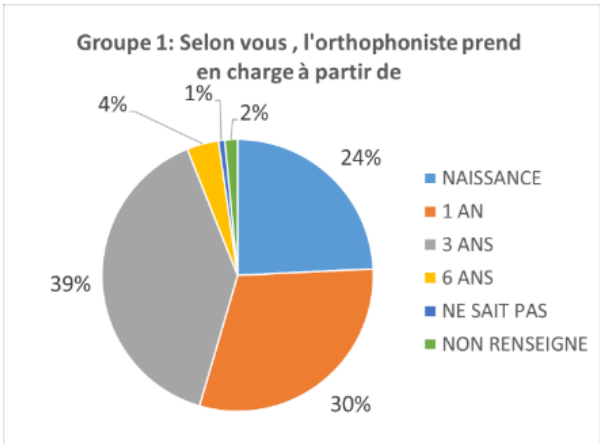
Il apparait que les variables poste occupé et années d'expérience sont réparties de manière homogène au sein de nos groupes d'études ce qui permet d'écarter un éventuel effet de ces variables sur les comparaisons intergroupes. Nous pouvons en conclure que les différences observées entre groupe sont imputables aux variables provoquées de notre protocole, c'est-à-dire aux actions de prévention réalisées (G2 et G3) ou non (G1).

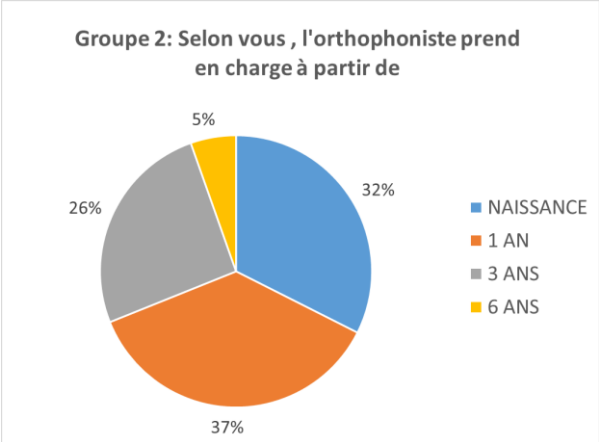
## 3.2 Comparaison des réponses

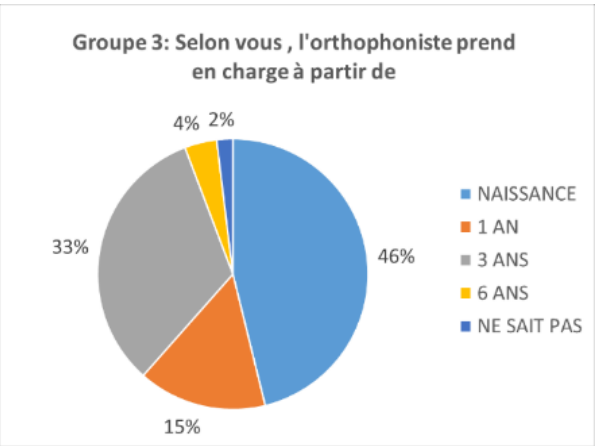
### 3.2.1 Connaissance de l'orthophonie.

La répartition des réponses sur la question de l'âge de prise en charge varie selon les groupes : la prise en charge dès la naissance est connue par 24% de répondants du Groupe 1, contre 32% du groupe 2 et 46% du groupe 3.

*Figure 30: répartition des réponses sur l'âge de la prise en charge par groupe*






Pour vérifier si les réponses à cette question dépendent du groupe d'étude nous effectuons un test du Khi deux d'indépendance.

Nous posons H0, l'hypothèse nulle et H1, notre hypothèse à vérifier comme suit :

- H0 : les variables réponses et groupe sont indépendantes
- contre H1 : les variables réponses et groupe sont liées.

Les tableaux des effectifs observés et attendus sont réalisés et analysée à la l'aide de la fonction TEST.KHIDEUX sous Excel

| Effectifs observés | G1 | G2 | G3 | Total |
|---|---|---|---|---|
| NAISSANCE | **32** | **24** | **24** | **80** |
| 1 AN | **40** | **27** | **8** | **75** |
| 3 ANS | **52** | **19** | **17** | **88** |
| 6 ANS | **5** | **4** | **2** | **11** |
| Total général | **129** | **74** | **51** | **254** |
| | | | | |
| Effectifs attendus | **G1** | **G2** | **G3** | **Total** |
| NAISSANCE | **43** | **29** | **9** | **80** |
| 1 AN | **44** | **16** | **14** | **75** |
| 3 ANS | **40** | **32** | **16** | **88** |
| 6 ANS | **6** | **3** | **2** | **11** |
| | | | | **254** |

p-value= **2,62494E-09**

Il apparait que la p valeur est inférieure au risque alpha = 5%, ce qui nous permet de rejeter H0.

Nous pouvons en conclure à un lien significatif entre les réponses et les groupes d'études. Nous démontrons donc un impact de la prévention sur la connaissance de l'âge de prise en charge, qui est notamment marqué dans le groupe 3 pour la connaissance de la prise en charge dès la naissance.

### 3.2.2 Normalité des données et traitement statistique retenu

Notre analyse statistique vise à évaluer l'impact des actions de prévention sur les scores : nous souhaitons donc comparer les moyennes des scores obtenus. Les tableaux de statistiques descriptives (en annexe) sont réalisés sous traitement Statistica, pour tous les groupes et par groupe.

Pour déterminer le type de statistique à effectuer, nous vérifions la normalité de nos données en appliquant les tests de Shapiro-Wilk, de Kolmgoriv-Smirnov et de Lilliefors (résultats en annexe). Il apparait que les distributions de nos scores ne suivent pas une loi normale.

Nous réaliserons donc pour notre analyse statistique de comparaison de moyennes, un test non paramétrique de Man Whitney au risque alpha = 5%.

### 3.2.3 Scores connaissances générales

- B1 : Précurseurs de la communication

Nous souhaitons comparer les moyennes contrôle versus prévention et par groupe à l'item B1 qui évalue la connaissance du rôle des précurseurs de la communication.

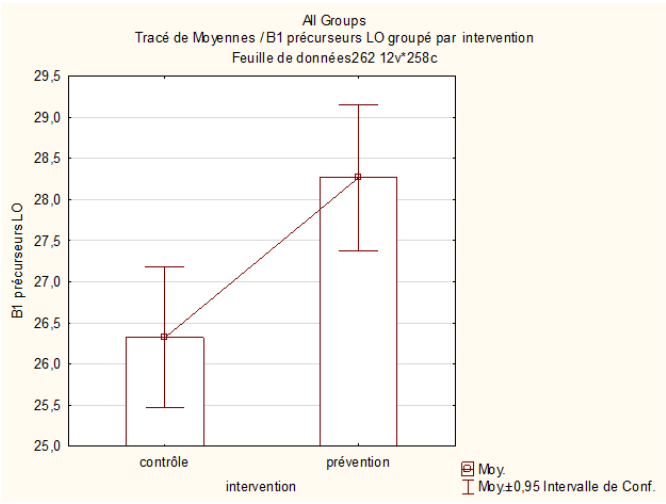



*Figure 31: moyenne des scores B1 contrôle vs prévention*

Il apparait que la moyenne du groupe prévention est supérieure à celle du groupe contrôle sur l'item B1.

Les résultats du test de Man Whitney indique une différence significative entre groupe contrôle et prévention (p-value= 0,004109).

La prévention permettrait d'améliorer les performances sur les précurseurs de la communication comparativement au groupe contrôle.

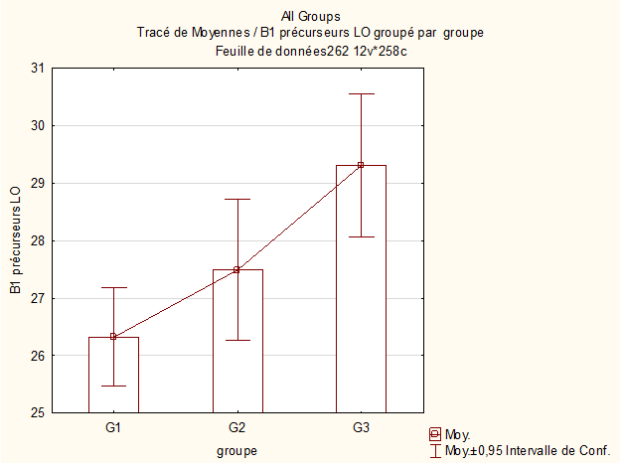



*Figure 32: moyenne des scores B1 par groupe*

Il apparait que les moyennes des groupes 2 et 3 sont supérieures à celle du groupe 1 sur l'item B1. La moyenne du groupe 3 étant la plus haute.

Les résultats du Test de Man Whitney indiquent :

- une différence statistiquement non significative entre G1 et G2 (p-value= 0,17037)
- une différence statistiquement non significative entre G2 et G3 (p-value= 0,051064)
- une différence statistiquement significative entre G1 et G3 (p-value= 0,000454)

La modalité de prévention G3 permettrait une amélioration significative des scores sur cet item.

- C2 : sens sollicités

Nous souhaitons comparer les moyennes contrôle versus prévention et par groupe à l'item C2. Cet item évalue les notions de sensorialité associées à l'oralité alimentaire.

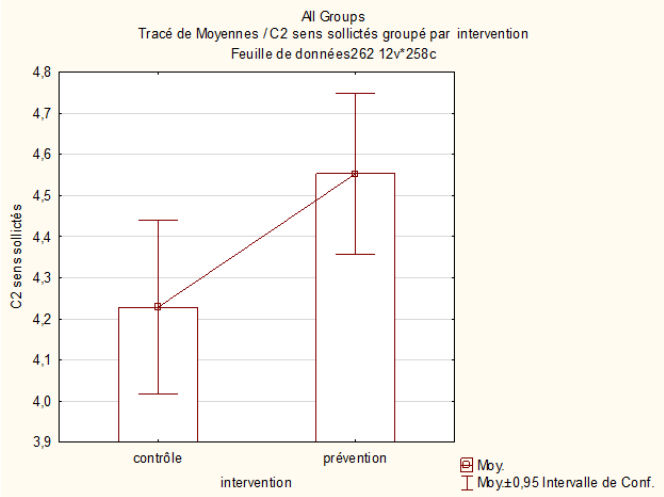



*Figure 33: moyenne des scores C2 contrôle vs prévention*

Il apparait que les scores obtenus par le groupe prévention sont supérieurs en moyenne à ceux du groupe contrôle.

Le test de Man Whitney indique une différence statistiquement significative (p-value= 0,044792).

La prévention permettrait d'enrichir significativement la connaissance des sens sollicités lors de l'alimentation, comparativement au groupe contrôle.

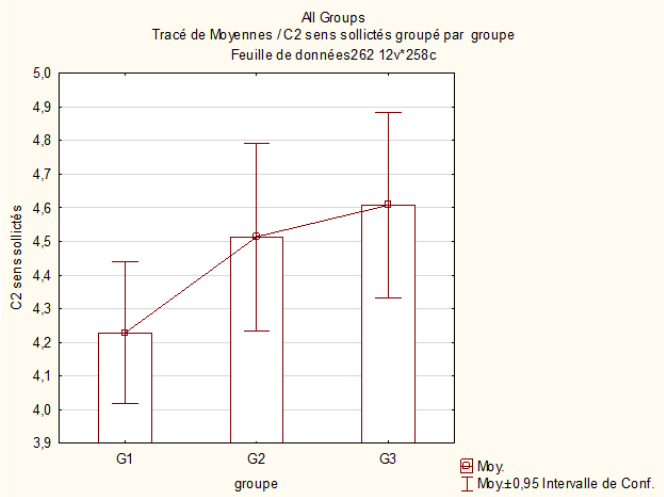



*Figure 34: moyennes des scores C2 par groupe*

Si l'on compare les moyennes obtenues par les groupes 1, 2 et 3, on note que les groupes 2 et 3 obtiennent de meilleurs scores que le groupe 1.

Le test de Man Whitney indique:

- une différence statistiquement non significative entre G1 et G2 (p-value= 0,150343)
- une différence statistiquement non significative entre G2 et G3 (p-value= 0,634884)
- une différence statistiquement non significative entre G1 et G3 (p-value= 0,059829)

Ainsi si l'on compare les groupes un à un la différence de moyenne n'apparait pas comme significative.

### 3.2.4 Scores repères d'âge

#### ➢ B2 : repère d'âge langage et communication

Concernant les repères d'âge, nous souhaitons comparer les moyennes contrôle versus prévention et par groupe à l'item B2.

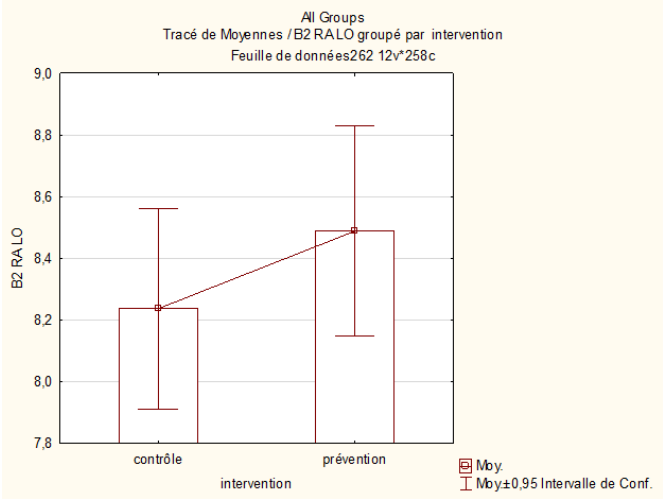



*Figure 35: moyennes des scores B2 contrôle vs prévention*

La moyenne augmente légèrement dans le groupe prévention comparée au groupe contrôle.

Le test de Man Whitney indique une différence statistiquement non significative (p-value= 0,249469). La différence n'est pas suffisamment significative pour en déduire un impact de l'action de prévention.

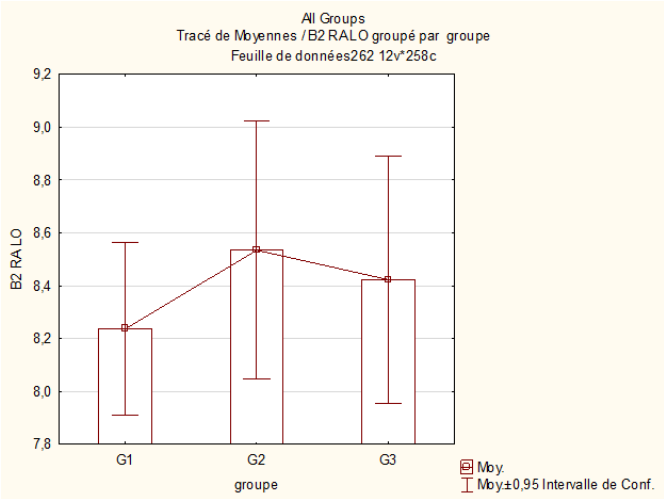



*Figure 36: moyennes des scores B2 par groupe*

Si l'on compare G1, G2 et G3, on observe un meilleur score moyen dans le groupe 2. Le groupe 1 ayant le score le plus bas. Cependant, on ne retrouve pas non plus de différences significatives entre chaque sous-groupe : entre G1 et G2 (p-value= 0,189767) ; entre G2 et G3 (p-value= 0,463069) ; entre G1 et G3 (p-value= 0,639237)

Les analyses statistiques sur les repères d'âge concernant le langage et la communication ne permettent pas de conclure à un impact significatif des actions de prévention.

- C3 : repères d'âge oralité alimentaire

Nous souhaitons comparer les moyennes contrôle versus prévention et par groupe à l'item C3 qui évalue la connaissance des repères alimentaires.

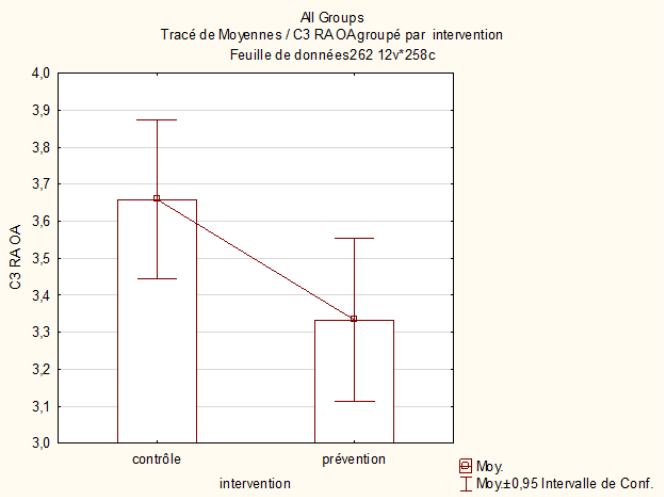



*Figure 37: moyennes des scores C3 contrôle vs prévention*

Ici, on note que le groupe contrôle obtient de meilleurs scores que le groupe prévention.

Le test de Man Whitney indique une différence statistiquement significative (p-value= 0,025971).

Si l'on regarde les moyennes selon les modalités de prévention proposées par le protocole d'étude, il apparait que le groupe 1 obtient les meilleurs résultats, suivi du groupe 2 puis du groupe 3.

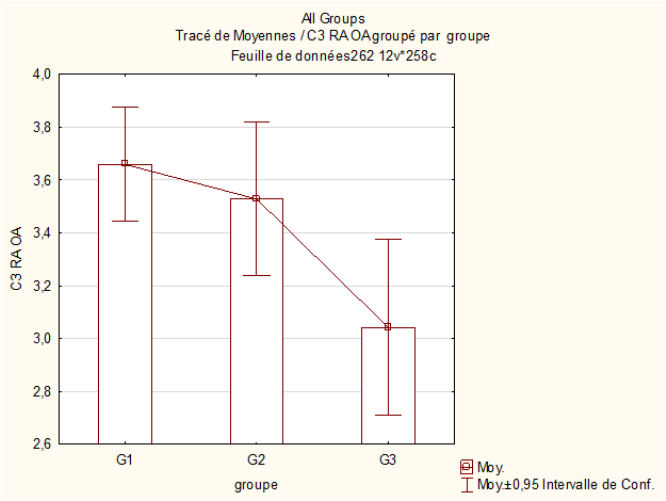



*Figure 38: moyennes des scores C3 par groupe*

Le test de Man Whitney indique:

- une différence statistiquement non significative entre G1 et G2 (p-value=0,429341)

- une différence statistiquement significative entre G2 et G3 (p-value= 0,031073)
- une différence statistiquement significative entre G1 et G3 (p-value= 0,001692)

Ainsi, l'action de prévention menée pourrait induire des réponses moins précises dans les repères alimentaires, avec un impact particulier et significatif sur le groupe 3 comparé aux groupes 1 et 2.

### 3.2.5 Scores signes d'alerte

#### ➢ B3 : signes d'alerte langage et communication

Concernant les signes d'alerte dans le développement du langage et de la communication, la comparaison des scores obtenus par les groupes contrôle et prévention fait apparaitre une amélioration dans le groupe prévention.

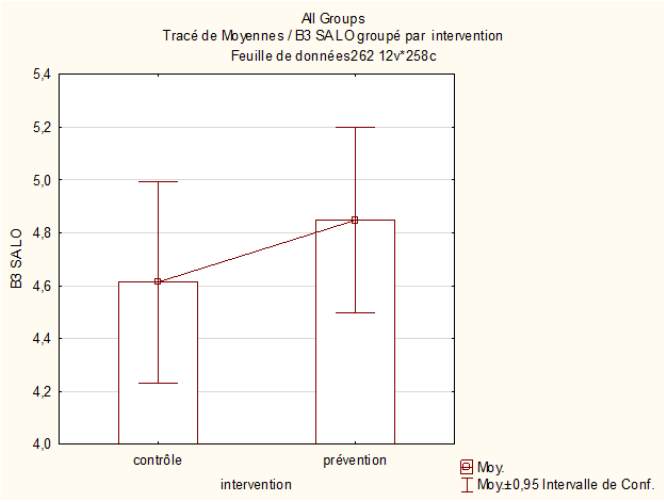



*Figure 39: moyennes des scores B3 contrôle vs prévention*

Cette amélioration reste cependant minime, puisque le test de Man Whitney indique une différence statistiquement non significative (p-value=0,380806).

Si l'on compare les scores au sein de chaque groupe on note toutefois que le groupe 2 obtient de moins bons scores que le groupe 1 contrairement au groupe 3 qui a les meilleures performances.

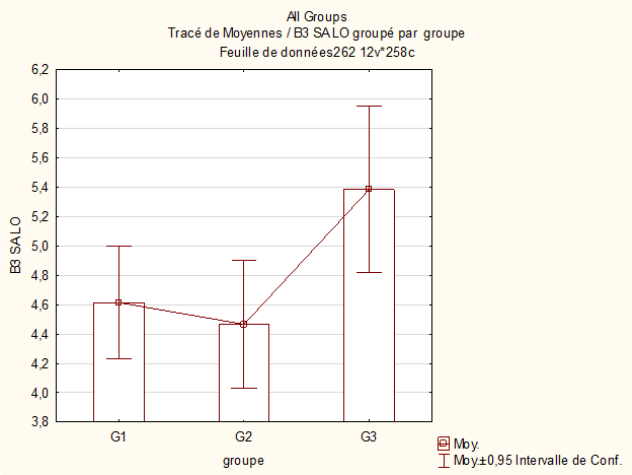



*Figure 40: moyennes des scores B3 par groupe*

De plus, le test de Man Whitney indique:

- une différence statistiquement non significative entre G1 et G2 (p-value=0,682264)
- une différence statistiquement significative entre G2 et G3 (p-value= 0,012528)
- une différence statistiquement significative entre G1 et G3 (p-value= 0,034172)

Ainsi, en ce qui concerne la capacité à repérer des signes d'alerte et à opter pour la réaction adaptée, la différence devient marquée et significative si l'on considère l'impact de l'action de prévention G3.

### ➢ C5 : signes d'alerte oralité alimentaire

La comparaison des moyennes sur les signes d'alerte dans le domaine de l'oralité alimentaire fait apparaitre une augmentation des scores dans les groupes prévention versus contrôle.

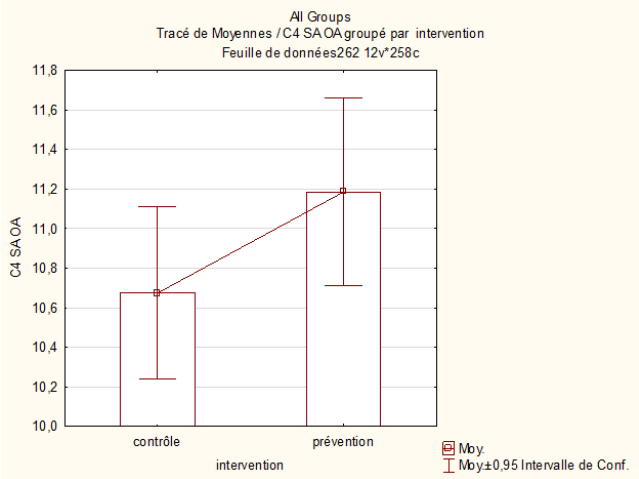



*Figure 41: moyenne des scores C5 contrôle vs prévention*

Le test de Man Whitney indique une différence statistiquement non significative (p-value= 0,088549)

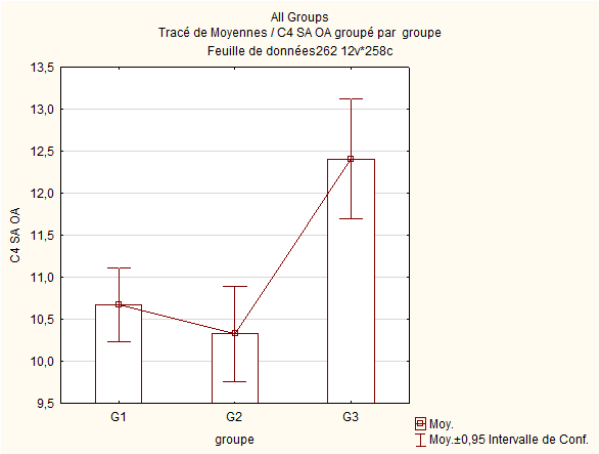



*Figure 42: moyennes C5 par groupe*

Si l'on compare les résultats de chaque groupe, le groupe 3 obtient les meilleurs résultats. Le groupe 2 ayant en moyenne les scores les plus bas.

Le test de Man Whitney indique:

- une différence statistiquement non significative entre G1 et G2 (p-value= 0,530256)
- une différence statistiquement significative entre G2 et G3 (p-value=0,000030)
- une différence statistiquement significative entre G1 et G3 (p-value=0,000081)

Il apparait donc que les répondants du groupe 3 verraient une amélioration significative de leurs capacités de repérage des difficultés liées à l'oralité alimentaire dans les situations proposées.

### 3.2.6 Score total

Si l'on compare le score total moyen, on observe un écart de plus de trois points entre les groupes contrôle et prévention.

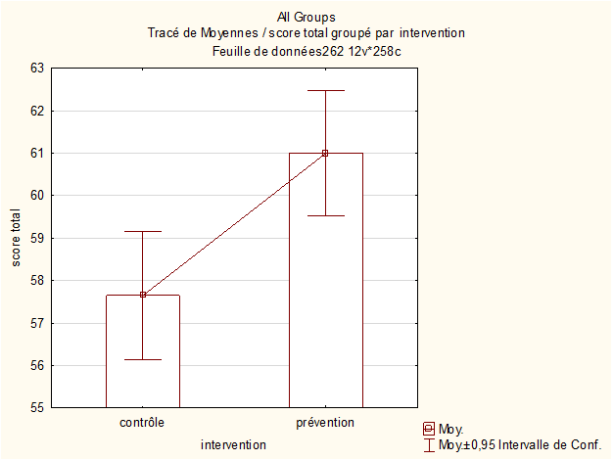



*Figure 43: moyennes score total contrôle vs prévention*

Le test de Man Whitney indique une différence statistiquement significative (p-value= 0,001517), le groupe prévention obtiendrait des scores significativement supérieurs.

La différence entre groupes 1, 2 et 3 révèle un meilleur score total dans le groupe 3 comparé aux groupes 2 et 1, le groupe 1 ayant la moyenne la plus basse.

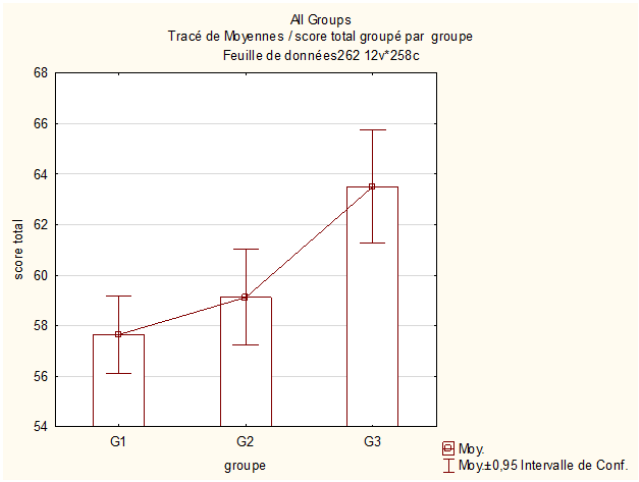



*Figure 44: moyennes score C5 par groupe*

Le test de Man Whitney indique:

- une différence statistiquement non significative entre G1 et G2 (p-value= 0,194551)
- une différence statistiquement significative entre G2 et G3 (p-value= 0,004432)
- une différence statistiquement significative entre G1 et G3 (p-value= 0,000039).

Ainsi, sur l'ensemble des items, au score total, l'impact de la modalité groupe 3 apparait comme significatif.

# DISCUSSION

## 1 Analyse des résultats : état des lieux

### 1.1 Expression des besoins de prévention

#### 1.1.1 Renforcer les échanges interprofessionnels

Tout d'abord il apparait que poser la question du repérage en crèche répond à une situation concrète puisque 242 répondants disent y avoir été confrontés durant leur exercice soit près de 94%.

Les réponses apportées en interne font état de nombreuses modalités combinées : échanges informels avec les collègues, ou de manière plus formelle au cours d'une réunion générale ou spécifique. Le recours à des personnes ressources et l'orientation pour appuyer le repérage montrent également une diversité de réponses proposées (en interne avec le médecin de crèche, en appui avec les structures PMI, CAMSP ou structures hospitalières ou vers des professionnels libéraux). Toutefois il est relevé par certains répondants le manque de place en structure ou en orthophonie avec des orientations qui ne sont pas toujours suivies d'une prise en soin rapide. Mener des actions de prévention primaire à destination des crèches et établir des passerelles entre nos professions pourraient donner aux crèches des outils concrets pour soutenir les besoins des enfants en parallèle de l'intervention orthophonique et favoriser les comportements porteurs en situation de socialisation.

Concernant le rapport avec les familles, il a été noté dans le questionnaire et évoqué en séance par les participants du groupe 3, qu'il peut s'avérer parfois difficile d'aborder ces sujets avec les familles : la perception que les parents ont de leur enfant, parfois le manque de point de repère ou de comparaison, rendent la question du repérage particulièrement sensible. Toutefois seulement 11% déclarent ne pas être à l'aise pour en parler aux parents. Ainsi il apparait que les professionnels de crèche font preuve d'une grande sensibilité pour aborder ces questions et que les relations qu'ils établissent avec les

familles rendent ces échanges possibles. La prévention orthophonique et au -delà le renforcement d'échange interprofessionnel doit concourir à renforcer ces compétences.

De nombreuses crèches nous ont indiqué qu'elles comptent mettre les brochures de prévention distribuées à disposition des parents et vont s'en servir pour initier des échanges. Elles vont donc se saisir des outils de prévention pour proposer elles-mêmes des relais préventifs auprès des familles : l'action de prévention a donc un double impact : l'effet boule de neige de la prévention des professionnels vers les familles et le renforcement de compétences professionnelles.

Cependant, former à la prévention ou fournir des outils et brochures aux professionnels de crèche ne saurait être suffisant. Les répondants au questionnaire et les participants au G3 ont mentionné que pouvoir bénéficier de l'appui d'un orthophoniste pour proposer des actions communes permettrait de donner plus de poids aux recommandations, notamment concernant l'usage des écrans ou la stimulation langagière. Cette donnée concorde avec les résultats de l'étude menée entre autres par Christelle Maillart, Trecy Martinez-Perez et Anne-Lise Leclercq sur la guidance parentale. Cette étude évoque la nécessité d'un travail conjoint entre orthophonistes et travailleurs médico-sociaux pour accompagner au mieux les parents (Maillart et al., 2014).

De manière transversale, il est intéressant de noter que le besoin de formation soulevé par les participants ne porte pas uniquement sur l'actualisation de connaissances. En effet, on relève que 8% des demandes concernent un besoin de formation en pratiques professionnelles pour mener guidance et repérage.

### 1.1.2 Renforcer les connaissances

Les réponses à notre questionnaire ont mis en avant un besoin de formation sur des éléments précis du développement du langage et de la communication ainsi que sur l'oralité alimentaire.

Si ces deux sujets sont abordés en formation initiale, il apparait que la notion de période sensible qui y est attachée n'a été abordée que par 46% des répondants. Or nous avons vu que prendre en compte la notion de période sensible permet de soutenir deux aspects.

D’une part, elle éclaire le développement langagier et alimentaire de l’enfant et permet donc de proposer un environnement porteur et ajusté, favorable au développement harmonieux de l’enfant. D’autre part, elle souligne l’intérêt de repérer précocement pour pouvoir intervenir par des interactions appropriées en temps et moyen sur la trajectoire développementale de l’enfant en difficulté.

La notion de période sensible doit donc faire l’objet d’action de prévention et de formation ciblée, mettant en avant les liens avec le quotidien des crèches.

Par ailleurs, 74% des répondants expriment la volonté d’améliorer leurs connaissances notamment dans le domaine de l’oralité alimentaire.

En effet, nous avons vu que l’oralité alimentaire arrive en tête des sujets que les répondants souhaiteraient aborder en formation (44%), suivi du langage (25%), de la communication gestuelle associée à la parole (10%) et de la notion de période sensible (5%). Le bilinguisme et la problématique des écrans sont également cités (1% chacun) avec pour ces sujets des besoins de connaissances théoriques.

Au cours des rencontres en crèche, il a été mentionné de manière récurrente des problématiques autour de l’alimentation : les professionnels de crèche se disent confrontés à des situations où l’alimentation est compliquée : refus du biberon, reflux, réflexe nauséeux avec vomissement, sélectivité alimentaire. Les orthophonistes ont ici une compétence majeure à développer dans la guidance de ces professionnels. En retour, nos connaissances et notre pratique seraient considérablement enrichies par des échanges réguliers et des observations sur site des repas d’enfants en bas âge.

### 1.1.3 Besoin de renforcer le rôle dans le repérage

Si les répondants ont manifesté de l’intérêt pour l’étude, le rôle qu’ils ont à jouer dans le repérage n’est que partiellement partagé.

Premièrement, nous avons relevé que la question du respect du rythme de l’enfant est souvent opposée à la notion de période sensible, particulièrement dans les problématiques liées à l’oralité alimentaire. Or il convient de différencier ce qui relève de différences interindividuelles d’un retard voire d’un développement atypique.

Deuxièmement, nous constatons un manque d'information sur les possibilités de prise en charge orthophonique précoce. Au total 60% des répondants savent qu'une orientation précoce (avant 3 ans) est possible. Pour 38%, la prise en charge précoce n'est pas connue et l'intervention orthophonique ne peut être réalisée qu'à partir de 3 ans (34%) voire 6 ans (4%). Nous pouvons donc en conclure que 38% des répondants considèrent que l'intervention précoce ne concernent pas les enfants reçus en crèche et par conséquent pourraient ne pas se sentir concernés par le repérage précoce. Ces chiffres concordent avec ceux produits par l'étude de Boisnault auprès des médecins généralistes. Il apparait donc que le travail d'information sur la profession d'orthophoniste doit être engagé auprès de différents publics professionnels dans les secteurs médical, éducatif et social.

Enfin, ces observations sont corroborées par le sentiment de légitimité à participer au repérage : au total 27% des répondants se disent peu ou pas légitimes voire indifférents à participer au repérage. Dans les commentaires libres, la responsabilité (et donc la légitimité) d'intervenir sur ces questions est parfois notée comme étant du ressort de la direction de l'établissement uniquement.

De plus, seuls 42% se disent compétents pour intervenir dans les deux domaines, langage et oralité alimentaire et 11% ne se sentent à l'aise dans aucun des deux domaines. A noter qu'il s'agit ici d'une évaluation subjective du sentiment de compétence.

Réaliser des formations, bénéficier d'action de prévention et pouvoir échanger de manière régulière avec les orthophonistes sont les éléments mis en avant en commentaire pour renforcer le sentiment de légitimité et de compétence.

## 1.2 Les domaines à cibler dans le langage et la communication

### 1.2.1 Connaissances des pré-requis

**Le rôle des précurseurs de la communication** est bien connu et reconnu comme essentiel par les professionnels de crèche. En moyenne, le rôle fondamental des précurseurs présentés est reconnu à 44,9 % et à 37% comme important.

Cependant, le rôle fondamental de certaines compétences socles apparait comme fragile. Il s'agit du rôle du sourire social (42,6%), de l'intérêt pour la personne (35,7%), du jeu de faire semblant (34,9%), de l'intérêt pour les objets (30,2%), de l'attention conjointe (22,9%), du tour de rôle (8,1%) .

La notion de tour de rôle ne totalise que 38,8% en cumulant rôle fondamental et rôle important : elle est la compétence la moins connue. Son rôle dans la régie de l'échange et donc dans la construction de l'interaction mérite d'être expliqué aux professionnels de crèche. En entrant dans le tour de rôle, l'enfant acquiert le format et les conventions de communication. Cela est rendu possible par la ritualisation et la répétition des situations d'interaction. De plus, la compétence naturelle de tour de rôle permet à l'enfant de suivre un « format » de communication de type « intention-réalisation-feedback »(Le Normand, 2019) et donc d'entrer dans l'intentionnalité de la communication.

Le développement de cette compétence est renforcé par les formats d'interaction répétitifs et les jeux ritualisés (comptine, caché-coucou, bonjour-au revoir). Ces jeux font partie des activités d'éveil proposées en crèche à un âge précoce et les professionnels les maitrisent. Il est donc intéressant de s'appuyer sur ce savoir-faire professionnel pour faire connaitre en quoi ces activités participent au développement de la communication et sont donc des indicateurs pertinents à disposition des professionnels de crèche pour repérer des difficultés éventuelles.

Avec des scores cumulés (fondamental et important) de respectivement 77%, 77% et 74%, l'attention conjointe, le jeu de faire semblant et l'intérêt pour les objets apparaissent comme fragiles. Il est intéressant de constater que ces compétences socles apparaissent simultanément comme fragiles. En effet le lien fort qui existe entre elles démontre l'importance de ces prérequis dans le développement du langage et de la communication. En effet, ces compétences se combinent pour construire conjointement l'activité symbolique et la cognition sociale(Kern, 2019). Dès 3-4 mois bébé engage son intérêt vers les objets, ce qui participe à développer l'attention conjointe. Celle-ci à son tour permet à l'enfant de constituer progressivement son répertoire référentiel et symbolique. Ces représentations sont enfin enrichies par le jeu du faire semblant.

Il ressort de cette étude la nécessité de proposer des actions de prévention en orthophonie orientées sur ces précurseurs en montrant comment chaque compétence encourage le

développement d'une autre compétence et réciproquement. Au-delà des aspects de repérage des difficultés, Desmarais et Sylvestre rappellent qu'une sensibilisation aux précurseurs de la communication incite l'adulte à mieux détecter les intentions de communication de l'enfant, de s'y montrer plus réceptif donc plus réactif ce qui participe à des interactions plus propices au développement langagier. Engager des actions de prévention sur cet axe doit permettre d'agir tant sur le repérage précoce que sur la promotion de comportements linguistiques porteurs.

### 1.2.2 Développement typique et repères d'âge

**Les repères d'âge** sont maitrisés à près de 70%. Certains items ont des scores très élevés : 94% déclarent que bébé s'exprime par des pleurs et des cris de la naissance à 6 mois. Le contact oculaire est reconnu comme présent de la naissance à 6 mois par 92%. Enfin, 90% des répondants estiment que bébé reconnait la voix maternelle dès sa naissance.

D'autres repères sont moins précis et connaissent une plus grande dispersion des réponses.

**Sur la régie de l'échange et les compétences de communication**

Le tour de rôle, qui s'instaure dans les premiers échanges dès les premiers mois, est situé pour 52% dans la période de 0 à 6 mois et pour 40% des répondant au-delà de 6 mois.

**Concernant les productions sonores**

Les vocalisations, attendues de 0 à 6 mois, sont situées à cette période pour 77% et entre 6 et 12 mois pour 19%. Le babillage canonique, lui, se développe ensuite, entre 6 et 12 mois. Ce repère est connu pour 73% des répondants. 17% l'ont situé en amont de 0 à 6 mois et 7 % de 12 à 24 mois.

**Concernant le pointage.**

La capacité de bébé à pointer pour demander, pointage proto-impératif apparait entre 6 et 12 mois et doit être acquis à 1an : 59% des répondants connaissent ce repère contre 33% qui estiment qu'il est acquis entre 12 et 24 mois.

Pointer une image sur un livre, qui correspond à la mise en place du pointage proto-déclaratif, est attendu entre 12 et 24 mois : 16% s'attendent à ce que bébé pointe déjà une image sur un livre entre 6 et 12 mois, 72% entre 12 et 24 mois. Pour 10% cette compétence n'est construite qu'à partir de deux ans.

**Concernant le développement et l'usage lexical**

L'apparition des premiers mots vers 12 mois et après est connue pour 65%. 30% les attendent entre 6 et 12 mois, 2% entre 0 et 6 mois et 2% au-delà de 2 ans.

Les holophrases sont utilisées par l'enfant entre 12 et 24 mois : la production de « balle » pour « je veux la balle » ou « c'est ma balle » est attendue à cette période par 68% des répondants. Ils sont 7% à répondre entre 6 et 12 mois et 22% entre 24 et 36 mois.

**Sur le plan réceptif**

29% répondent que bébé réagit à son prénom de 0 à 6 mois contre 63% entre 6 et 12 mois (réponse attendue).

La compréhension de phrases simples en contexte se développe de 6 à 12 mois : elle est attendue dans cette tranche d'âge par 51% et entre 12 et 24 mois pour 40% des répondants.

Enfin, la compréhension du non se met en place de 6 à 12 mois : ce repère d'âge est donné par 50% des répondants. 6 % le situent de 0 à 6 mois, 35% de 12 à 24 mois et 7% de 24 à 36 mois.

- *La maitrise des repères d'âge relève de la connaissance du développement de l'enfant. Certains repères sont distribués largement en termes de réponses.*
- *Situés par les professionnels à un âge principalement plus avancé que l'âge attendu, ce décalage pourrait retarder la prise en compte de difficultés rencontrées par un enfant.*
- *Inversement, certains repères sont attendus trop tôt ce qui peut générer des alertes ou inquiétudes inutiles.*

### 1.2.3 Les signes d'alertes

**Face à un bébé trop calme :** Seuls 28% se disent vigilants face à un bébé qui vers 3-4 mois pleure uniquement quand il a faim ou sommeil et se montre le reste du temps, très calme et très silencieux. 70% se disent sereins. Pourtant, vers 3-4 mois, bébé module ses pleurs et ses cris et commence à étendre sa palette de communication au-delà des seuls besoins de faim et de sommeil. On s'attend donc à ce que cette situation interroge les professionnels.

**Sur le bilinguisme :** Des parents étrangers, arrivés en France depuis peu, décident de ne parler que français à bébé. Face à cette situation, 26% sont sereins, 27% vigilants, 23% inquiets, 2% alertés et 17% déclarent ne pas savoir. Ici, on observe que le positionnement des professionnels est partagé. D'ailleurs, il est intéressant de noter le fort taux de réponse « ne sait pas à cet item ».

Ici, les professionnels devraient être inquiétés par cette proposition. Un parent ne devrait pas être encouragé à abandonner sa langue au profit de celle parlée à l'école ou dans les institutions : le bien-être de l'enfant implique de privilégier la possibilité de communiquer avec l'ensemble de la communauté qu'elle soit familiale, privée ou institutionnelle. De plus, « la maîtrise d'une première langue favorise le développement linguistique d'une seconde » (De Houwer, 2019). Les enfants accueillis en crèche bénéficient d'un bain de langage en français, ils ont donc l'opportunité de se familiariser avec le français dans ce contexte.

La question du bilinguisme est revenue fréquemment dans les échanges avec les professionnels. Ils souhaitent notamment être plus à même de guider les parents sur ces questions. Rappelons que le bilinguisme est une richesse tant linguistique que culturelle. Le langage s'acquiert par imprégnation, il est vivant, vecteur d'émotions et d'affect : il est donc fondamental que les parents se sentent tout à fait à l'aise dans la langue qu'ils offrent à leur enfant. Il convient de rappeler que c'est la fréquence d'exposition à une langue qui induit le développement et la maitrise de celle-ci. Le bilinguisme s'il est réel c'est-à-dire s'il correspond à une exposition régulière et qualitative à deux langues

n'entraine pas de retard d'acquisition lexical. Ainsi un retard de langage devrait toujours être examiné, y compris dans un contexte de bilinguisme.

**La prise en compte des déficits sensoriels :**

**Concernant le contrôle de l'audition**, seuls 10% sont sereins contre 54% vigilants, 26% inquiets et 8% alertés si vers 6-9 mois, bébé ne manifeste pas de surprise et continue tranquillement de vous sourire alors qu'un avion de chasse est passé au-dessus de la crèche en faisant un bruit de tonnerre.

**Sur l'impact des otites séro-muqueuses :** si Bébé a souvent le nez pris et enchaine les otites mais n'a pas l'air de souffrir : 2% sont sereins, 37% vigilants, 40% inquiets et 18% alertés. 1% ne sait pas.

Sur ces questions liées à l'audition on attend une réaction plus marquée des professionnels qui devraient partager leurs observations avec l'équipe et la famille pour vérifier si la difficulté ou situation observée est retrouvée dans d'autre contexte. L'audiométrie est le premier test réalisé en cas de suspicion de trouble du langage.

L'otite séro-muqueuse (OSM) est une problématique connue des professionnels. Il a été demandé en séance dans les groupes 3 d'expliciter les impacts concrets de la perte auditive sur le langage ce qui montre le besoin de comprendre pour pouvoir mettre en œuvre des compétences de repérage. A ce sujet, il est intéressant de rappeler qu'une OSM entraine en moyenne une perte d'audition de 25 dB dans les fréquences conversationnelles, ce qui peut ne pas gêner la perception auditive (maintien de l'orientation au bruit, compréhension globale) mais entrave la discrimination fine des sons de la langue. Les confusions de sons en entrée empêchent la constitution correcte du lexique phonologique. Par ailleurs plus que le degré de perte auditive, c'est la durée ou la fréquence de cette perte à un âge clé pour le développement langagier qui pose problème.

**Sur la vision et la poursuite oculaire**, à 9 mois, bébé regarde le petit avion devant lui mais ne le suit pas des yeux quand vous le faites voler : dans cette situation, 3% se disent sereins, 36% sont vigilants, 43% inquiets et 15% alertés. Le réflexe de poursuite oculaire est attendu vers 4 mois. Il participe à construire l'attention conjointe. Son absence peut relever d'un trouble visuel qui peut impacter le développement de la communication ou

relever d'un déficit développemental de la communication. L'absence de poursuite oculaire devrait alerter les professionnels.

**Concernant les signes d'alerte absolue :**

**L'absence de son** à 12 mois : A 12 mois, bébé ne produit aucun son, aucun des répondants n'est serein face à cette situation. 5% sont vigilants, 36% inquiets et 57% alertés. Durant la première année, bébé explore la production de sons par vocalisation d'abord puis enrichit son répertoire consonantique et s'entraine à placer ses articulateurs avec le babillage rudimentaire d'abord puis canonique. Il a été établi une corrélation entre babillage et premiers mots. Ainsi, vers 12 mois bébé est prêt à dire ses premiers mots. L'absence de son peut donc relever d'un développement atypique du langage en lien par exemple avec un déficit sensoriel, un manque d'appétence à la communication ou un trouble neurodéveloppemental. Il s'agit d'un signe d'alerte qui devrait être mieux connu des professionnels.

**L'absence de mots à 18 mois** : A 18 mois, bébé n'a pas encore dit ses premiers mots : 2% sont sereins, 34% vigilants, 37% inquiets et seulement 24% sont alertés.
Jusqu'à 18 mois, l'enfant constitue progressivement son stock lexical et va pouvoir commencer à combiner deux mots. L'absence de mots à 18 mois est retenue comme un signe qui devrait alerter un plus grand nombre de professionnels.

**La perte de langage** : A 18 mois, vous avez l'impression qu'il régresse, il ne dit plus certains mots qu'il disait avant. Face à cette situation, 6% restent sereins, 47% vigilants, 31% s'inquiètent et 14% estiment qu'il faut alerter. On peut ici s'interroger sur le fait que les professionnels aient assimilé cette question à celle d'une régression comportementale souvent mentionnée en psychologie (face à l'arrivée d'un petit frère, à l'entrée en maternelle etc.). Cependant, une régression qui touche le langage peut être le signe de troubles neurologiques importants comme des troubles épileptiques et être évoquée dans le cadre de troubles du neurodéveloppement, de syndromes génétiques ou de polyhandicap. Par conséquent, la perte de compétences linguistiques doit être considérée comme un signe d'alerte absolue.

**L'absence de combinaison de mots à 24 mois** : Vers 26 mois, il dit une dizaine de mots et ne fait pas encore de combinaisons de 2 mots (papa parti, maman dodo etc.) : face à cette situation, 10% sont sereins, 40% vigilants, 36% inquiets et 12% alertés. A cet âge on s'attend à ce que le lexique soit diversifié (une cinquantaine de mots a minima) et que l'enfant commence à les combiner.

A ces signes d'alerte absolue, il convient d'ajouter **l'inquiétude parentale** qui apparait dans les recommandations actuelles (HAS & Société française de néonatologie, 2020) comme devant être systématiquement reconnue comme signe d'appel. **Les parents sont inquiets**. Ils ont l'impression que leur bébé ne les regarde pas et ont du mal à entrer en relation avec lui ; leur entourage notamment les grands-parents les rassurent en leur disant que bébé a du caractère : ici aucun des répondants n'est serein, 28% sont vigilants, 28% inquiets et 39% alertés. 3 % ne savent pas.
On constate donc que la connaissance des signes d'alerte absolue doit être renforcée de manière prioritaire.

**Sur le développement typique du langage :**
Vers 15 mois, bébé dit quelques mots compréhensibles (maman, papa, dodo, lolo, pomme). Sur le livre, il vous montre l'image du chat en disant « ta ». 73% des répondants sont sereins, 22% vigilants et 3% inquiets. Cette situation correspond à un développement harmonieux du langage, avec ici un bébé qui construit son lexique et est dans la communication. L'acquisition du phonème /ch/ n'est pas attendue à 15 mois (50% des enfants arrivent à le produire correctement vers 5 ans).

A 24 mois, bébé ne dit pas "je" pour parler de lui : 43% se disent sereins, 38% vigilants, 12% inquiets et 1% alerté. 2% ne savent pas. Ici, une méconnaissance de l'âge d'acquisition du « je » pourrait entraîner une vigilance inutile au détriment d'autres indicateurs.

**La question du bégaiement** : Vers 24-28 mois, il veut parler mais se bloque, hésite, répète plusieurs fois le début du mot : 9% se disent sereins, 29% vigilants, 42% inquiets et 19% alertés.

Le bégaiement infantile doit être adressé, d'autant qu'une prise en charge précoce avant l'installation de signes secondaires est facteur de bon pronostic.

**Les écrans :**

A 18 mois, bébé joue à des jeux sur la tablette : aucun répondant n'est serein face à cette situation. Ils sont 5% à se montrer vigilants, 31% à être inquiets et 59% alertés. Dans toutes les crèches visitées en groupe 3 la question des écrans est apparue comme centrale pour les professionnels qui disent y être confrontés quotidiennement. Certaines crèches ont mis en avant le besoin de supports : affiches, livrets. Pour d'autres, où un travail de prévention est déjà engagé, le besoin est celui d'un accompagnement pour aborder cette question avec les parents, sous forme d'atelier, de table ronde ou de guidance parentale. Certaines crèches ont mis en avant la nécessité de partenariat avec des professionnels extérieurs comme les orthophonistes pour appuyer leur discours.

- *Les signes d'alerte absolus doivent être une priorité dans les actions de prévention à mener auprès des professionnels de la petite enfance.*

## 1.3 Les domaines à cibler dans l'oralité alimentaire

### 1.3.1 Connaissances générales

Il est intéressant de constater que les professionnels de crèche envisagent la prise alimentaire dans des dimensions variées allant au-delà des uniques aspects nutritionnels : les notions d'installation tant de l'adulte que de l'enfant sont évoquées, ainsi que celles de rythme, de regard, de narration. Les notions de succion, de faim ou encore d'implication de l'enfant dans la prise du biberon sont moins fréquemment citées. Concernant la prise alimentaire à la cuillère, les professionnels abordent les questions de l'installation, de température, de narration, de rythme ou encore d'outil adapté et d'autonomie. Moins fréquemment citées : la faim, la texture ou la mastication.

Il apparait nécessaire de rappeler les modalités sensorielles impliquées dans l'alimentation car l'audition ou encore la proprioception (peu connue) ont été peu retenues par les répondants.

- *Ainsi une action de prévention sur l'oralité alimentaire pourrait s'appuyer sur des connaissances générales déjà bien en place pour aller plus loin et aborder les notions d'autonomie, de multimodalités sensorielles ou encore des aspects moteurs et fonctionnels.*

### 1.3.2 Repères d'âge

Concernant les **repères d'âge** liés aux grandes étapes de l'alimentation de l'enfant :

Les âges d'introduction de morceaux ou de texture écrasée sont peu connus (respectivement 46 et 43%). Cependant, ces repères d'âges sont considérés comme peu importants dans la pratique : la question du respect du rythme et des envies de l'enfant étant considérée comme primordiale (75% des répondants) au détriment de la notion de période sensible (21% des répondants).

- *La notion de période sensible doit être introduite en regard des repères d'âge.*

### 1.3.3 Les signes d'alerte

Les professionnels ont de bonnes représentations des signes d'appel pour les aspects d'exploration, de mastication, de tonus ou d'impact des écrans sur l'oralité alimentaire.

Les questions portant sur la néophobie alimentaire, l'autonomie ou la passivité face à la prise alimentaire, le refus de la cuillère, le rythme et la durée des prises alimentaires, la sensorialité globale, les aspects oro-myo fonctionnels ou les inquiétudes parentales sont des points moins maitrisés qui mériteraient des actions de prévention ciblées.

## 1.4 Tableau récapitulatif des besoins identifiés

| la prévention en orthophonie doit cibler | en détail : |
|---|---|
| **Notion de période sensible** | - En lien avec le développement langagier et communicationnel<br>- En lien avec l'oralité alimentaire |
| **Précurseurs de la communication** | - Tour de rôle<br>- Intérêt pour les objets, pour la personne<br>- Attention conjointe<br>- Jeu de faire semblant<br>- Sourire social |
| **Repère d'âge en langage** | - Pointage<br>- Compréhension<br>- Tour de rôle<br>- Vocalisation<br>- Pointage déclaratif<br>- Compréhension du non<br>- Réaction au prénom |
| **Signes d'alerte et questions spécifiques sur le langage** | - Bilinguisme<br>- Bégaiement<br>- Ecrans<br>- Régressions<br>- Inquiétudes parentales<br>- Absence de mots à 12 mots<br>- Absence de combinaison de mots à 24 mois |
| **Oralité alimentaire : connaissances générales** | - Multimodalité sensorielle<br>- Implication, autonomie<br>- Aspects oro myo fonctionnels |
| **Aspects transversaux** | - Communication avec les parents<br>- Sentiment de légitimité |

*Figure 45: tableau récapitulatif des besoins identifiés*

# 2 Impact des actions de prévention

## 2.1 Validation des hypothèses

Nos hypothèses opérationnelles visaient à évaluer si des différences significatives étaient relevées entre groupe contrôle et groupe prévention. Des variations sont remarquables selon les champs investigués et selon les modalités proposées. Nous considérons ici la validation des hypothèses et en proposerons une analyse dans la partie 2.2.

### 2.1.1 Hypothèse opérationnelle 1

Rappel : on s'attend à ce que le score global soit meilleur dans les G2 et G3 que dans le G1

Au score total, il est retrouvé un score significativement supérieur dans les groupes prévention (2 et 3) versus groupe contrôle (G1) ; ce qui nous permet de valider l'hypothèse 1.

A noter que si l'on considère G2 et G3 séparément, l'amélioration du score total est non significative entre G1 et G2 alors qu'elle l'est entre G1 et G3 et également entre G2 et G3.

Nous pouvons donc en conclure que le score total est amélioré dans le groupe prévention avec un effet significatif de l'intervention G3.

### 2.1.2 Hypothèse opérationnelle 2

Rappel : on s'attend à ce que le score B1 : connaissances générales sur le langage et la communication soit meilleur dans les G2 et G3 que dans le G1

Le score B1 sur les précurseurs de la communication est significativement supérieur dans les groupes prévention (2 et 3) versus groupe contrôle (G1) ; ce qui nous permet de valider l'hypothèse 2.

A noter que si l'on considère G2 et G3 séparément, l'amélioration du score B1 est non significative entre G1 et G2 et entre G2 et G3 mais elle l'est entre G1 et G3. C'est donc le groupe 3 qui améliore de manière significative les scores des groupes prévention.

### 2.1.3 Hypothèse opérationnelle 3

Rappel : on s'attend à ce que le score C2 : connaissances générales en oralité alimentaire soit meilleur dans les G2 et G3 que dans le G1

Le score sur les connaissances générales sur l'oralité alimentaire est significativement supérieur dans les groupes prévention (2 et 3) versus groupe contrôle (G1) ; ce qui nous permet de valider l'hypothèse 3.

### 2.1.4 Hypothèse opérationnelle 4

Rappel : on s'attend à ce que le score B2 repères d'âge sur le langage et la communication soit meilleur dans les G2 et G3 que dans le G1.

Le score sur les repères d'âge en langage et communication est supérieur dans les groupes prévention (2 et 3) versus groupe contrôle (G1) mais cette différence apparait comme statistiquement non significative ce qui ne nous permet pas de valider l'hypothèse 4.

### 2.1.5 Hypothèse opérationnelle 5

Rappel : on s'attend à ce que le score C3 repères d'âge sur l'oralité alimentaire soit meilleur dans les G2 et G3 que dans le G1.

Le score sur les repères d'âge en oralité alimentaire n'est pas significativement supérieur dans les groupes prévention (2 et 3) versus groupe contrôle (G1) ; ce qui ne nous permet pas de valider l'hypothèse 5.

Sur ces scores on note même une chute des scores pour les groupes G2 et G3 comparé à G1.

### 2.1.6 Hypothèse opérationnelle 6

Rappel : on s'attend à ce que le score B3 signes d'alerte du langage et la communication soit meilleur dans les G2 et G3 que dans le G1.

Le score sur les signes d'alerte en langage et communication n'est pas statistiquement supérieur dans les groupes prévention (2 et 3) versus groupe contrôle (G1) ; ce qui ne nous permet pas de valider l'hypothèse 6.

Cependant si on observe indépendamment les 3 groupes, on note que l'amélioration des scores est non significative entre G1 et G2 mais qu'elle l'est entre G1 et G3 et également entre G2 et G3. Ainsi la modalité G3 aurait un impact significatif sur les scores signes d'alerte en langage et communication.

### 2.1.7 Hypothèse opérationnelle 7

Rappel : on s'attend à ce que le score C5 signes d'alerte de l'oralité alimentaire soit meilleur dans les G2 et G3 que dans le G1.

Le score sur les signes d'alerte en oralité alimentaire n'est pas significativement supérieur dans les groupes prévention (2 et 3) versus groupe contrôle (G1) ; ce qui ne nous permet pas de valider l'hypothèse 7.

Toutefois, on note une amélioration des scores significative entre G1 et G3 et également entre G2 et G3.

### 2.1.8 Hypothèse opérationnelle 8

Rappel : on s'attend à ce que le score total de G3 soit supérieur aux scores de G1 et G2.

Le score total du groupe 3 est significativement supérieur à ceux des groupes 1 et 2 ; ce qui nous permet de valider l'hypothèse 8.

Il apparait que la modalité G3 est la plus significative pour améliorer le score total.

## 2.2 Analyse de l'impact des modalités d'intervention

La validation de l'hypothèse 1 démontre l'intérêt de réaliser des actions de prévention à destination des professionnels de crèche dans le but de renforcer leurs compétences dans le repérage précoce et ce dans les domaines du langage et de l'oralité alimentaire.

Il convient de souligner que, selon les items, l'impact est significatif dans la modalité de prévention G3 c'est-à-dire sous forme d'intervention à l'oral sur site. Comme l'indique la validation de l'hypothèse 8, ce type d'intervention permet d'améliorer le score total du groupe 3. Il convient de nuancer ce bénéfice au vu de la baisse des scores sur les repères d'âge alimentaire. Ce point sera étudié dans l'analyse des supports retenus.

Au-delà de l'impact des interventions sur les scores, il est intéressant de noter que le G2 a retourné proportionnellement moins de questionnaires que les groupe 1 et 3, le groupe 3 étant celui chez qui l'implication a été la plus forte. Ainsi, répondre au questionnaire quand celui-ci est uniquement accompagné des brochures a été perçu, d'après les retours de certaines directrices de crèches, comme trop contraignant. Il a également été rapporté que l'écrit peut rebuter certains professionnels : à ce titre il convient sans doute de simplifier les supports, de les enrichir en illustrations, d'aérer la mise en page pour les rendre plus attractifs. Aussi, lors de la distribution des brochures dans les groupes G3, les participants se sont plus souvent penchés spontanément sur le livret Objectif langage que sur le livret Signes d'appel. Notons que ce dernier est visuellement moins lisible. Toutefois, après présentation des livrets, les participants ont souvent manifesté un intérêt marqué pour la spécificité du contenu de Signes d'appel.

- *La modalité orale est plus adaptée pour porter un message de prévention et impliquer directement les participants.*
- *Le fait de pouvoir être présent sur le site et d'instaurer un véritable dialogue permet de répondre aux besoins spécifiques de chaque crèche (bilinguisme, isolement professionnel, absence d'orthophonistes, notion de période sensible).*

## 2.3 Analyse des supports retenus

Les supports retenus pour nos actions de prévention apparaissent comme adéquats pour renforcer les compétences de repérage précoce en crèche.

Ainsi, la validation des hypothèses 2 et 3 tend à prouver que les supports retenus présentent clairement les précurseurs et les connaissances transversales en lien avec les thèmes du langage et de la communication et de l'oralité alimentaire.

La non validation des hypothèses 6 et 7 est à nuancer comme nous l'avons mentionné. En effet les scores sur les signes d'alerte sont significativement supérieurs dans le groupe 3

vs groupe 1 et groupe 2. Ainsi, les supports proposés sont adéquats et permettent d'améliorer significativement les scores sur les signes d'alerte à condition d'être introduits et présentés à l'oral.

La non validation des hypothèses 4 et 5 sur les repères d'âge doit encourager à proposer d'autres supports sur ces questions ou à les utiliser différemment en intervention.

En effet, pour les repères d'âge sur le langage, il a bien été observé une amélioration des scores mais celle-ci n'était pas suffisante pour déduire un impact statistiquement significatif.

Concernant les repères d'âge sur l'oralité alimentaire nous obtenons de moins bons résultats dans les groupes 2 et 3 que dans le groupe contrôle. Nous pouvons donc nous interroger sur la modalité utilisée et sur le support proposé : il convient de préciser que les supports Objectif Langage et Signes d'appel ne mentionnent pas les repères alimentaires. Une analyse spécifique des réponses produites par le G3 sur ces items révèle que l'écart de score est particulièrement élevé sur la question du passage à la cuillère. Les répondants du groupe 3 l'ont majoritairement situé entre 8 et 10 mois alors qu'il est attendu entre 4 et 8 mois. Il apparait que ce résultat fait chuter significativement le score du G3 à cet item mais nous ne pouvons établir de lien avec le support de prévention proposé.

- *Il apparait donc que les livrets proposés sont des supports pertinents pour renforcer les compétences des professionnels de crèche dans le repérage précoce.*
- *La question des repères alimentaires doit être introduite à l'aide d'un autre support ou complétée*
- *Les supports améliorent les scores ; le bénéfice est accru et l'impact statistiquement significatif si les livrets sont présentés et expliqués à l'oral.*

# 3 Limites et perspectives

## 3.1 Représentativité de la population d'étude

Notre étude visait à établir un état des lieux sur le département de l'Hérault. Notre population d'étude aurait pu être plus importante. Notamment, les crèches de Montpellier n'ont pu être incluses dans notre étude en raison des conditions sanitaires.

Il existe un possible biais de recrutement : les crèches ayant accepté de participer à l'étude et les personnes ayant effectivement répondu au questionnaire sont peut-être déjà sensibilisées ou intéressées par la question du repérage précoce. Pour écarter ce biais de recrutement, le questionnaire pourrait être « proposé » à l'ensemble des crèches du département ce qui n'était pas envisageable dans le cadre de ce mémoire. Toutefois nous observons une grande diversité des réponses et des scores obtenus ce qui semble invalider ce biais.

Un temps imparti plus long aurait permis de réaliser cette étude à plus grande échelle. Il serait pertinent de reproduire cette étude sur d'autres crèches de l'Hérault pour valider la reproductibilité des résultats.

Par ailleurs il pourrait être intéressant de proposer cette étude à d'autres professionnels de la petite enfance comme les assistantes maternelles exerçant à domicile ou au sein de MAM ou encore au sein de PMI.

## 3.2 Validité de notre questionnaire

Premièrement, notre questionnaire est relativement long et complexe, ce qui a pu décourager certains retours. Lors de la collecte des questionnaires remplis, il a été rapporté que certaines personnes ont effectivement abandonné car jugeant le questionnaire trop long ou trop difficile. Les scores sont peut-être majorés par ces abandons. Toutefois, notre objectif était d'obtenir un état des lieux complet et nécessitait donc que divers champs et compétences soient observés. Il pourrait être intéressant dans le cadre de futures études de proposer ce questionnaire en deux temps ou de le scinder selon les domaines à explorer.

Deuxièmement, le choix des échelles retenues est parfois critiquable. En tant que professionnels du langage et de l'oralité, nous savons que le développement de l'enfant repose sur de nombreux facteurs intriqués. Les répondants ont parfois estimé difficile de donner une réponse sans avoir accès au contexte. Malgré l'attention portée à la formulation des questions et aux modalités de réponses, les situations proposées revêtent parfois un caractère artificiel et les réponses à choisir peuvent être réductrices. Cette situation a pu être vécue comme frustrante pour les répondants et avoir généré des incompréhensions dans les questions.

Nous avons veillé toutefois à ce que les réponses puissent être le plus possible nuancées en proposant des échelles de gradation et en variant les modalités de réponses. Notre questionnaire propose également des réponses libres qui permettent d'évaluer les connaissances et représentations des répondants sans contraindre leur réponse.

Enfin, notre questionnaire évalue des items qui nous semblait important au vu de la littérature et des connaissances actuelles. Néanmoins, il ne se veut en rien exhaustif et aurait pu être complété ou porter sur d'autres items.

Concernant le repérage précoce en crèche, nous avons été surpris de ne trouver que peu d'études de terrain sur les besoins des PPE. Nous avons identifié le mémoire de recherche d'Emmanuelle Bineau comme étant le plus similaire à notre démarche. Présentés en 2019, les résultats de son étude auprès de 155 professionnels de crèche corroborent les nôtres. Ils font apparaitre notamment l'expression d'un fort besoin de formation, un sentiment de compétences jugées moyennes sur les domaines du langage oral, de la communication et de l'oralité et un sentiment de moins bonne compétence en oralité (Bineau, 2019). Il est à noter que ses résultats reposent sur l'analyse subjective des répondants, ceux-ci étaient invités dans le questionnaire de cette étude à évaluer eux-mêmes leur compétence en matière de repérage. De même l'étude de Renouard-Boutry portant sur les besoins des professionnels de PMI de la Vienne repose sur l'analyse subjective des besoins (Renouard-Boutry, 2018). Ces deux études apportent des éléments intéressants sur les besoins de formations et de partenariats interprofessionnels. Toutefois, l'adéquation entre sentiment de compétence et compétence réelle peut être discutée. L'originalité de notre questionnaire est de porter non seulement sur le sentiment de compétence mais également

de proposer une évaluation des connaissances et représentations requises pour exercer la compétence de repérage en crèche.

Aussi, il semble pertinent de poursuivre le travail amorcé : ce questionnaire pourrait être amélioré et faire l'objet d'une validation. Il a été construit en suivant une méthodologie de validation de contenu qui peut être reproduite et appliquée en vue de compléter ou de préciser certains items. Les données obtenues sont exploitables en vue de réaliser une analyse descriptive et permettent de conduire une analyse statistique. Le système de notation pourrait être affiné pour permettre une distribution normale des scores par domaine. Ce questionnaire pourrait être utilisé dans son intégralité, par domaine (langage et communication/oralité alimentaire) ou par type de compétences à évaluer (pré-requis/ repères d'âge/ signes d'appel).

Ce questionnaire pourrait ainsi être utilisé à nouveau

- pour mener de larges études sur des populations de professionnels
- pour réaliser une évaluation en amont de l'intervention de prévention de manière à proposer un contenu ajusté aux besoins.
- pour évaluer l'évolution des performances après intervention.

Par ailleurs nous avions proposé un format papier pour le rendre plus accessible aux professionnels au sein des crèches. Ce format a nécessité par la suite un travail colossal de saisie des données et de traitement. Des tableurs ont été créés qui peuvent faire l'objet d'amélioration. Un format numérique ou en ligne pourrait être envisagé.

## 3.3 Modalités des interventions sur site

Concernant l'organisation des interventions sur site. Le temps prévu pour l'intervention a souvent été dépassé. Une durée d'une heure apparait comme insuffisante pour présenter la totalité du contenu des plaquettes. Dans la majorité des groupes, nous avons passé plus de temps sur Objectif langage que sur les signes d'appel.

Notre objectif n'était pas de proposer une « formation » ou de formaliser un protocole d'intervention. Nous nous sommes directement appuyés sur les livrets de prévention en proposant une présentation orale. Ce format est celui aujourd'hui retenu dans les

interventions de prévention de type « 1 bébé, un livre » où la plaquette est présentée aux parents en maternité. Les supports de présentation et le format général de l'intervention sont identiques. Cependant, les interventions ont pu différer selon les groupes, la participation ou les questionnements propres à chaque crèche. Loin d'invalider notre étude, nous avons au contraire pu mettre en évidence le besoin de mettre en place ce type d'intervention pour répondre aux besoins spécifiques de chaque crèche.

Dans la totalité des groupes, les questions ont été traitées au fur et à mesure : cela paraissait approprié car les questions étaient assez spécifiques et en rapport avec les points abordés dans la brochure. De plus la dynamique de groupe s'y prêtait bien et cela a permis aux participants de s'impliquer dans l'échange et de rendre les interventions interactives.

Il convient de noter que les participants étaient parfois en attente de réponses très précises sur la situation d'un enfant en particulier, ce qui démontre le réel besoin d'intervention orthophonique en crèche sur des situations précises. Dans le cadre de l'intervention, cela a permis de rappeler que l'expertise orthophonique s'exerce dans un contexte clinique et non comme un savoir théorique figé et d'aborder la différence entre repérage, dépistage et diagnostic.

Nous l'avons vu dans les résultats au questionnaire et cela a été confirmé lors de nos interventions, certaines questions sont récurrentes en crèche. Elles concernent principalement l'oralité alimentaire, le bilinguisme mais également les écrans.

Il est donc fortement souhaitable de réaliser des actions de prévention sur ces questions. Sur la question des écrans, ils sont en effet nombreux à rencontrer la problématique de surexposition aux écrans pour les enfants dont ils ont la garde et ce dès le plus jeune âge. L'APOH s'est engagé dans des actions de préventions comme le « défi 'presque' sans écran » (APOH, s. d.), la proposition de groupes de parents (Guercia, 2021) ou encore dans des actions à destination des enseignants en école primaire (APOH, 2021). Les outils créés pourraient également être déclinés pour les crèches afin de répondre à leur besoin d'accompagnement sur ces questions et pour proposer des actions à destination des parents en partenariat avec ces professionnels.

Concernant l'impact de l'intervention, notre analyse statistique a permis de mettre en évidence des niveaux de significativité pour les variables scores en fonction des groupes.

Toutefois, nous ne pouvons en conclure que ces différences sont entièrement imputables aux actions de prévention. L'effet réel des autres variables invoquées (nombres d'années d'expérience, poste occupé) n'a pas été mesuré statistiquement : nous avons en effet estimé leur impact nul du fait de leur répartition homogène au sein des groupes.

Les crèches ayant participé ont toutes manifesté le souhait d'avoir un retour sur cette étude. Il pourrait être intéressant de présenter les résultats sous forme de table ronde. Cette démarche pourrait permettre d'envisager une continuité à ce mémoire. De plus elle permettrait de présenter la démarche aux crèches n'ayant pas pu participer à cette étude.

Des interventions pourraient également être proposées aux assistantes maternelles au sein des RAM (réseaux des assistantes maternelles) de manière à répondre aux besoins de prévention ces professionnels.

Les résultats obtenus par notre étude pourront orienter de nouvelles recherches universitaires sur le territoire héraultais et encourager la proposition de nouveaux protocoles. Par ailleurs, nous sommes convaincus que les résultats de cette étude trouveront à s'inscrire dans les actions de prévention menées sur le département de l'Hérault notamment sur la base des besoins identifiés.

# 4 Apports personnels et implications pour l'orthophonie

D'un point de vue personnel, la réalisation de ce mémoire a été particulièrement riche.

Tout d'abord j'ai pu aller au bout d'un questionnement personnel : la prévention orthophonique pouvait-elle répondre aux besoins des professionnels de crèche. Ma place pouvait-elle être hors du cabinet d'orthophonie, auprès d'autres professionnels ?

En menant cette recherche, l'intérêt et la légitimité à intervenir auprès d'autres professionnels ont pu être confortés. Tout d'abord, j'ai pu constater la solidité des apports de l'orthophonie aux professionnels de la petite enfance. J'ai aussi pu construire (ou commencer à construire) le sentiment de compétence à intervenir dans des actions de prévention auprès d'autres professionnels. Au cours des interventions, il s'agissait de trouver l'équilibre entre parole de spécialiste, apportant des éléments scientifiques précis

et pertinents, et discours accessible pour l'interlocuteur. Cela me servira également dans ma pratique quotidienne auprès des patients, des parents et des accompagnants.

Ensuite, j'ai pu mesurer les bénéfices réciproques et nécessaires des échanges interprofessionnels : il apparait comme vital de ne pas cloisonner les spécialités.

Sur le plan de la prévention orthophonique, cette étude a permis d'aller à la rencontre de professionnels de terrain et de faire connaitre le métier d'orthophoniste. Il est apparu que les crèches sont peu en contact avec les orthophonistes : dans deux crèches j'ai été informée de la présence ponctuelle d'une orthophoniste : il s'agissait d'interventions dans le cadre d'un suivi d'enfant en situation de handicap ou pour réaliser une observation de l'oralité alimentaire sur un temps de repas.

Dans les crèches participantes, la démarche a reçu un accueil enthousiaste, démontrant le réel besoin d'échange entre orthophonistes et professionnels de crèche. Il est démontré que les actions de prévention sur site avec un échange entre professionnel sont plus porteuses que la simple distribution de brochure.

De nombreux participants ont mentionné sur les questionnaires que participer à l'étude les a conduits à se remettre en question, à interroger leur pratique quotidienne. Au niveau des structures, les directrices ont souligné l'importance de ce type de démarche pour maintenir ou engager une réflexion collective sur le langage ou l'oralité alimentaire et ainsi inscrire les équipes dans une dynamique d'enrichissement des pratiques.

Il revient dans de nombreux questionnaires l'intérêt de créer des passerelles entre nos professions et le besoin pour les crèches d'être en contact régulier avec des professionnels extérieurs, dont les orthophonistes. Il s'avère que les psychomotriciens ou les psychologues ont parfois des partenariats avec les crèches et sont intégrés en tant qu'intervenants extérieurs ou salariés. Qu'en est-il des orthophonistes ?

Notre étude a démontré que les professionnels de crèche doivent disposer de connaissances pour pouvoir accompagner les enfants en parallèle de l'intervention orthophonique. Il est donc nécessaire de renforcer les actions de prévention primaire au sein des crèches et d'encourager les passerelles entre professionnels.

Au Canada, une réflexion est menée pour « offrir, aux intervenants des services de garde éducatifs, de la formation sur le développement social, affectif, cognitif et langagier des

enfants d'âge préscolaire » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018). Par ailleurs, l'organisation d'interventions orthophoniques en crèche y est envisagée au niveau régional. Les orthophonistes y interviennent en qualité d'«orthophonistes communautaires ». Cette appellation recouvre un continuum de services au sein de la crèche : action de promotion du développement langagier, prévention, mais également évaluation et intervention ou référencement vers des services ou plateformes spécialisées. Cette organisation novatrice « combine l'expertise de l'orthophoniste du réseau public et la pratique de l'ensemble des intervenantes et des acteurs d'un territoire donné » (agirtôt, 2015).

En France, l'expertise orthophonique combinée à une réflexion pluridisciplinaire en matière de prévention trouve encore timidement à s'exprimer. L'ANSA, déjà citée pour ses travaux sur les « whatworks centers britanniques » propose dans le cadre des actions à destination de la petite enfance des formations en stimulation langagière comme Parler Bambin ou jeux d'enfants et développe ces programmes à destination des EAJE, des RAM ou des PMI. Autre forme de structuration de l'offre de prévention orthophonique dans un cadre pluridisciplinaire, l'association 1001 mots propose d'accompagner les parents par des ateliers, des suivis téléphoniques ou par sms. Les ateliers peuvent être réalisés conjointement avec les services municipaux des bibliothèques, ludothèques.

Aujourd'hui l'ensemble des recommandations de santé publique encourage les pratiques pluridisciplinaires et les échanges interprofessionnelles. Il serait donc intéressant de mener des actions de terrain sur le département de l'Hérault pour encourager ces pratiques. Les étudiants du département universitaire en orthophonie de Montpellier réalisent, dans le cadre de leur seconde année, des stages d'observation en crèche. Il pourrait être envisagé de mettre en place des passerelles entre centre de formation, association de prévention, l'APOH en l'occurrence et services de la petite enfance des municipalités de l'Hérault pour encourager les échanges et les actions de prévention. Par ailleurs, notre étude pourrait être poursuivie par d'autres étudiants sous la forme de recherche-action sur le terrain visant de manière spécifique un des besoins identifiés.

# CONCLUSION

Notre étude s'est intéressée au repérage précoce et à la prévention en orthophonie auprès des professionnels de la petite enfance en crèche dans l'Hérault.

Dans un premier temps elle a consisté à établir un état des lieux du repérage précoce de difficultés langagières, communicationnelles et d'oralité alimentaire auprès des professionnels de la petite enfance dans l'Hérault. Afin de déterminer les besoins spécifiques à cibler pour renforcer l'exercice de cette compétence au sein des crèches, un questionnaire a été établi. Il a été proposé aux professionnels de 35 crèches du département.

L'analyse des résultats nous a permis de déterminer les besoins théoriques et pratiques permettant de renforcer le repérage précoce en crèche sur le département.

Il en ressort que la notion de période sensible doit être abordée : en lien avec le développement langagier et communicationnel mais également avec les repères d'âge pour l'introduction de nouvelles habitudes alimentaires. Un besoin particulier est d'ailleurs identifié sur l'oralité alimentaire car il apparait que les professionnels rencontrent de nombreux questionnements dans leur pratique et se sentent relativement peu formées et démunies sur ces questions. Concernant les signes d'appel il apparait essentiel de cibler les signes d'alerte absolue qui restent peu connus. De manière transversale, des interventions ciblant les questions de la communication avec les parents et le sentiment de légitimité sont requises. D'autres sujets déjà abordés en prévention restent centraux dans la pratique professionnelle : le bilinguisme, les écrans ou encore le bégaiement du jeune enfant continuent d'interroger les professionnels et méritent que des actions soient déployées ou poursuivies sur le territoire. Sans faire des professionnels de crèche des experts du développement du langage et de la communication, il semble nécessaire de leur donner à voir en quoi les activités proposées au quotidien en crèche sont des indicateurs pertinents pour le repérage.

Parallèlement, nous avons validé l'utilisation des livrets Objectifs langage et Signes d'appel pour renforcer les compétences en repérage précoce. Notre analyse statistique fait apparaitre une amélioration du score total pour les groupes prévention versus le groupe contrôle. On note également que la modalité d'intervention sur site avec présentation

orale est plus bénéfique que la simple distribution de brochures. Cette donnée doit être considérée comme primordiale et doit encourager à proposer des actions de prévention sous forme d'intervention sur site. La prévention visant à renforcer le repérage précoce ne peut se limiter à la production de supports : elle doit se construire sur le terrain, par des actions régulières, ajustées et coordonnées entre professionnels.

Dans le cadre des priorités de politique de santé publique pour la petite enfance, notre état des lieux démontre l'intérêt de promouvoir les actions de prévention en orthophonie à destination des professionnels de crèche.

Pour la pratique orthophonique, notre étude confirme la nécessité d'encourager les échanges avec les professionnels de crèche. Les professionnels de crèche sont des partenaires de premier ordre dans le repérage précoce puis dans la promotion des pratiques soutenantes pour le développement harmonieux de l'enfant sur les plans langagier et alimentaire, tant dans leur pratique quotidienne qu'auprès des parents.

# Table des illustrations

Figure 1: part des bénéficiaires d'actes d'orthophonie par âge en 2019 ..... 22
Figure 2: précurseurs de la communication- Leclerc selon Bloom et Lahey ..... 41
Figure 3: répartition des répondants dans les trois groupes ..... 54
Figure 4 proportion des questionnaires retournés par groupe ..... 55
Figure 5: répartition des répondants par poste occupé ..... 55
Figure 6: répartition des répondants par diplôme ..... 56
Figures 7: notions abordées en formation initiale ..... 57
Figure 8 répartition des réponses concernant les formations complémentaires ..... 58
Figure 9: répartition des réponses concernant le souhait de recevoir une formation complémentaire ..... 59
Figure 10 nuage de mots associés à l'orthophonie, par fréquence ..... 59
Figure 11: répartition des réponses sur le rôle des précurseurs de la communication ... 60
Figure 12 répartition des réponses B2 repères d'âge en langage ..... 61
Figure 13 répartition des réponses B3 signes d'alerte langage ..... 63
Figure 14 nuages de mots associés à la prise du biberon par fréquence ..... 64
Figure 15 nuages de mots associés à la prise alimentaire à la cuillère par fréquence .... 64
Figure 16: pourcentage des répondants estimant que la modalité sensorielle est impliquée dans l'alimentation ..... 65
Figure 17 : répartition des réponses sur les repères d'âge en oralité alimentaire ..... 65
Figure 18: répartition des réponses sur les repères d'âge en oralité alimentaire par groupe ..... 66
Figure 19: respect des repères d'âge ..... 66
Figure 20: respect des repères d'âge par groupe ..... 67
Figure 21: répartition des réponses C5 signes d'alerte oralité alimentaire ..... 67
Figure 22: répartition des réponses à la question D1 ..... 68
Figure 23: modalités d'échange en interne ..... 69
Figure 24: répartition des réponses : communication avec les parents ..... 69
Figure 25: répartition de l'orientation vers les personnes ressources ..... 70
Figure 26: Répartition des réponses sur le sentiment de légitimité à participer au repérage précoce ..... 70
Figure 27: répartition des réponses sur le sentiment de compétence ..... 71

Figure 28: réponses sur l’appréciation du questionnaire ..... 71
Figure 29: modalité de réponse au questionnaire ..... 72
Figure 30: répartition des réponses sur l'âge de la prise en charge par groupe ..... 74
Figure 31: moyenne des scores B1 contrôle vs prévention ..... 76
Figure 32: moyenne des scores B1 par groupe ..... 77
Figure 33: moyenne des scores C2 contrôle vs prévention ..... 78
Figure 34: moyennes des scores C2 par groupe ..... 78
Figure 35: moyennes des scores B2 contrôle vs prévention ..... 79
Figure 36: moyennes des scores B2 par groupe ..... 80
Figure 37: moyennes des scores C3 contrôle vs prévention ..... 81
Figure 38: moyennes des scores C3 par groupe ..... 81
Figure 39: moyennes des scores B3 contrôle vs prévention ..... 82
Figure 40: moyennes des scores B3 par groupe ..... 83
Figure 41: moyenne des scores C5 contrôle vs prévention ..... 84
Figure 42: moyennes C5 par groupe ..... 84
Figure 43: moyennes score total contrôle vs prévention ..... 85
Figure 44: moyennes score C5 par groupe ..... 85
Figure 45: tableau récapitulatif des besoins identifiés ..... 100

# Bibliographie


Abadie, V. (2008). Troubles de l'oralité d'allure isolée : « Isolé ne veut pas dire psy ». *Archives de Pédiatrie*, *15*(5), 837-839. https://doi.org/10.1016/S0929-693X(08)71932-8

Adams-Chapman, I., Bann, C., Carter, S. L., Stoll, B. J., & NICHD Neonatal Research Network. (2015). Language outcomes among ELBW infants in early childhood. *Early Human Development*, *91*(6), 373-379. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.03.011

Adams-Chapman, I., Bann, C. M., Vaucher, Y. E., Stoll, B. J., & Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. (2013). Association between feeding difficulties and language delay in preterm infants using Bayley Scales of Infant Development-Third Edition. *The Journal of Pediatrics*, *163*(3), 680-685.e1-3. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.03.006

agirtôt. (2015). *Orthophoniste communautaire*. https://agirtot.org/media/489479/schema_continuum-hr.jpg

Alcaraz, C. (s. d.). *Signes d'alerte de l'autisme*. 115.

Alexandre, J. (2014). *Trouble de l'oralité chez l'enfant de 3 ans et plus alimenté par gastrostomie*.

Alla, F., Guillemin, F., Colombo, M., Roy, B., & Maeder, C. (1998). Valeur diagnostique de ERTL4 : Un test de repérage des troubles du langage chez l'enfant de 4 ans. *Archives de Pédiatrie*, *5*(10), 1082-1088. https://doi.org/10.1016/S0929-693X(99)80004-9

Allard, C., & Rickey, B. (2017). *What Works Centres britanniques : Quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France ?* Agence nouvelle des solidarités actives. https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/ansa_rapportwwc_2017_vf.pdf

ANESM. (2015). *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835830/fr/le-reperage-le-diagnostic-l-evaluation-pluridisciplinaire-et-l-accompagnement-precoce-et-personnalise-des-enfants-en-centre-d-action-medico-sociale-precoce-camsp

Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S. (s. d.). *Dialogoris*. Consulté 24 décembre 2020, à l'adresse https://www.dialogoris.com/formations-autres-professionnels/

Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S. (2007). L'accompagnement parental au cœur des objectifs de prévention de l'orthophoniste. *Contraste*, *N° 26*(1), 303-320.

APOH. (s. d.). *Défi (Presque) Sans Écran*. APOH - Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault. Consulté 13 mai 2021, à l'adresse https://www.prevention-orthophonie-herault.fr/nos-actions/défi-presque-sans-ecran/

APOH. (2020). *Opération 1Bébé, 1Livre*. APOH - Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault. https://www.prevention-orthophonie-herault.fr/nos-actions/1bébé-1livre/

APOH. (2021, mars 30). *ECOLE : Ecrans et langage font-ils bon ménage?* APOH - Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault. https://www.prevention-orthophonie-herault.fr/2021/03/30/ecole-ecrans-et-langage-font-ils-bon-m%C3%A9nage/

Article L2132-4—Code de la santé publique—Légifrance, Code de la Santé Publique § Titre III : Actions de prévention concernant l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte (Articles L2131-1 à L2135-1) (2000). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687412/2022-03-01

Article L6113-1—Code du travail-Légifrance, Code du travail (2019). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038951917/

Article R2132-1—Code de la santé publique—Légifrance, Code de la santé publique (2019). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038190093/

Association (ASHA), A. S.-L.-H. (2008). *Roles and Responsibilities of Speech-Language Pathologists in Early Intervention : Guidelines*. American Speech-Language-Hearing Association. https://doi.org/10.1044/policy.GL2008-00293

Avenant n° 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, Pub. L. No. JORF n°0251 du 26 octobre 2017 texte n° 127 (2017). https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000035880652&categorieLien=id

Bairati, I., Meyer, F., Gueye, C. B. D., Desmarais, C., Rouleau, N., & Sylvestre, A. (2011). Factors influencing parent satisfaction with preventive health services for

the early detection of speech and language delay in preschool children. *Open Journal of Preventive Medicine*, *1*(3), 135-142. https://doi.org/10.4236/ojpm.2011.13018

Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2008). Earlier is better : A meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *73*(3), 279-293. https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2008.00498.x

Ball, N. J., Mercado, E., & Orduña, I. (2019). Enriched Environments as a Potential Treatment for Developmental Disorders : A Critical Assessment. *Frontiers in Psychology*, *10*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00466

Barbier, I. (s. d.). *Parle-moi*. Ortho Editions. Consulté 19 décembre 2020, à l'adresse https://www.fno-prevention-orthophonie.fr/wp-content/uploads/2018/12/livret-parlemoi-1.pdf

Barbier, I. (2020). *Isabelle Barbier | Orthophoniste*. Isabelle Barbier Orthophoniste. https://isabellebarbier.com/

Benzies, K. M., Magill-Evans, J. E., Hayden, K. A., & Ballantyne, M. (2013). Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents : A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *13*(Suppl 1), S10. https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-S1-S10

Billard, C. (2001). Le dépistage des troubles du langage chez l'enfant.Une contribution à la prévention de l'illettrisme. *Archives de Pédiatrie*, *8*(1), 86-91. https://doi.org/10.1016/S0929-693X(00)00172-X

Bineau, E. (2019). *Analyse des connaissances et des capacités de repéragedes professionnels de la petite enfance en cas desuspicion de troubles de l'oralité, du langage oral et dela communication chez l'enfant de 0 à 3 ans. Mesure del'efficacité d'une action de prévention primaire* [MÉMOIRE DE RECHERCHE présenté pour l'obtention du CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE ET DU GRADE DE MASTER 2 D'ORTHOPHONIE, Université Nice Sophia Antipolis – Faculté de Médecine - Département d'Orthophonie]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02110297/document

Boisnault, M. (2018). *Connaissances des médecins généralistes sur la prescription de l'orthophonie* [Memoire d'Orthophonie]. Université Nice Sophia Antipolis – Faculté de Médecine - Département d'Orthophonie.

Bourdillon, F., BRÜCKER, G., & TABUTEAU, D. (2016). *Traité de santé publique* (3ème Ed.). Lavoisier. https://www.lavoisier.fr/livre/medecine/traite-de-sante-publique-3-ed/bourdillon/descriptif-9782257206794

BRANCHU, C., BUCHTER, J., EMMANUELLI, D. J., & ROBINEAU, F.-M. (Septembre2018). *Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), des Centres Médico-Psycho-pédagogiques (CMPP) et des Centres Médico-Psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ)* (N° 2018-005R). Inspection générale des affaires sociales. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-005R_version_sept.pdf

Bulletin Officiel n°32 (Éd.). (2013a). *Référentiel d'activités. Annexe 1 Certificat de capacité d'orthophoniste*. https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/5/referentiel-activites-orthophoniste_267385.pdf

Bulletin Officiel n°32 (Éd.). (2013b). *Référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste*. https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/5/referentiel-activites-orthophoniste_267385.pdf

Cartosanté, S. (2019). *CartoSanté—Rapports et portraits de territoires- PORTRAIT 2019—ORTHOPHONISTES*. https://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=ortho&report=r01&selgeo1=dep.34

CHU Nîmes. (2010). *Les troubles de la déglutition ou dysphagie*. http://www.chu-nimes.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=1081&Itemid=254

Cioni, G., Inguaggiato, E., & Sgandurra, G. (2016). Early intervention in neurodevelopmental disorders : Underlying neural mechanisms. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *58*(S4), 61-66. https://doi.org/10.1111/dmcn.13050

CNNSE. (2013). *Parcours de soins des enfants atteints de troubles des apprentissages* (CNNSE, p. 28). Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'enfance. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Parcours_de_soins_des_enfants_atteints_de_troubles_des_apprentissages.pdf

CNSA. (2014). *Dossier technique, troubles DYS*. https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-dt-dys-web-corrige-mai_2015.pdf

CNSA. (2017). *RAPPORT D'ACTIVITÉ DES CAMSP: Synthèse nationale des résultats 2015*. CNSA – Direction ESMS. https://www.cnsa.fr/documentation/rapport_dactivite_des_camsp_2016_definitif.pdf

CNSA. (2020, juillet). *La CNSA renouvelle 5 partenariats pour soutenir les proches aidants dans leurs rôles*. Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie. https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-cnsa-renouvelle-5-partenariats-pour-soutenir-les-proches-aidants-dans-leurs-roles

Colombo, M.-C. (2007). Le dépistage des troubles du langage lors du bilan en école maternelle réalisé par les services de PMI. *L'Orthophoniste, 271*.

Commission « 1000 premiers jours ». (2020). *Les 1000 premiers jours*. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf

Coquet, F. (2007). Mise en place d'un dispositif de repérage des troubles du langage à l'école maternelle. *Contraste, N° 26*(1), 285-302.

COQUET, Françoise, & ROUSTIT, J. (2010). EVALO BB : Méthodologie d'observation / évaluation de l'enfant de moins de 3 ans, de l'enfant avec peu ou pas de langage ou en situation de handicap. *EVALO BB: méthodologie d'observation / évaluation de l'enfant de moins de 3 ans, de l'enfant avec peu ou pas de langage ou en situation de handicap*, *48*(242), 95-110.

COQUET, Francoise, ROUSTIT, J., & JEUNIER, B. (2007). Batterie EVALO 2-6 Evaluation du développement du langage oral et des comportements non verbaux du jeune enfant. *Batterie EVALO 2-6 Evaluation du développement du langage oral et des comportements non verbaux du jeune enfant*, *45*(231), 203-225.

Costa Elizabeth Adams, Day Lori, Caverly Colleen, Mellon Nancy, Ouellette Meredith, & Wilson Ottley Sharlene. (2019). Parent–Child Interaction Therapy as a Behavior and Spoken Language Intervention for Young Children With Hearing

Loss. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, *50*(1), 34-52. https://doi.org/10.1044/2018_LSHSS-18-0054

*Crechemploi*. (s. d.). Crèchemploi. Consulté 10 septembre 2020, à l'adresse https://www.crechemploi.fr

De Houwer, A. (2019). *Input, context and early child bilingualism : Implications for clinical practice* (p. 599-616).

Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, (2002). https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005632884&dateTexte=20200507

Dehaene-Lambertz, G. (2004). Bases cérébrales de l'acquisition du langage : Apport de la neuro-imagerie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *52*(7), 452-459. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.09.003

Dehaene-Lambertz, G., & Spelke, E. S. (2015). The Infancy of the Human Brain. *Neuron*, *88*(1), 93-109. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2015.09.026

Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté. (2018). *Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté*. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_pauvrete_vfhd.pdf

Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement. (2020). *Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans*.

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

Denni-Krichel, N. (1998). *Parents, votre enfant apprend à parler*. https://www.fno-prevention-orthophonie.fr/wp-content/uploads/2018/12/parents-sachez-que.pdf

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

Dereu, M., Raymaekers, R., Warreyn, P., Schietecatte, I., Meirsschaut, M., & Roeyers, H. (2012). Can Child Care Workers Contribute to the Early Detection of Autism Spectrum Disorders? A Comparison Between Screening Instruments with Child Care Workers Versus Parents as Informants. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*(5), 781-796. https://doi.org/10.1007/s10803-011-1307-9

Devevey, A., & Kunz, L. (2013). *Les troubles spécifiques de langage : Pathologies ou variations ?* De Boeck Superieur.

DGOS_Michel.C. (2021, février 27). *Les maisons de santé*. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889

DICOM. (2020, juillet). *Les plateformes de coordination et d'orientation TND*. Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/intervenir-precocement-aupres-des-enfants/plateformes-tnd

DICOM_Audrey.H. (2021, février 27). *CPTS : Des projets de santé émergent grâce à la mobilisation de tous sur le terrain*. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/newsletter/article/cpts-des-projets-de-sante-emergent-grace-a-la-mobilisation-de-tous-sur-le

Diepeveen, F. B., van Dommelen, P., Oudesluys-Murphy, A. M., & Verkerk, P. H. (2018). Concise tool based on language milestones identifies children with specific language impairment at 24–45 months of age. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, *107*(12), 2125-2130. https://doi.org/10.1111/apa.14596

Dr Bernard Ledésert, & Mari, D. C. (2016). *Repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPPen Midi-Pyrénées*. CREAI-ORS Languedoc-Roussillon; ORS Midi-Pyrénées; à la demande de l'Agence régionale de santé Languedoc-Roussillon –Midi-Pyrénées. https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2019/07/RapportCAMSP_CMP_CMPP_SyntheseReg.pdf

Ferland, F. (2018). *Le développement de l'enfant au quotidien : De 0 à 6 ans*. Editions du CHU Sainte-Justine. http://univ.scholarvox.com.ezpum.biu-montpellier.fr/catalog/book/docid/88864853?searchterm=Le%20d%C3%A9veloppement%20de%20l%E2%80%99enfant%20au%20quotidien

Ferland, F. (2019). Tableaux de synthèse. In *Le développement de l'enfant au quotidien* (2ème édition). Editions du CHU Sainte-Justine;

FNO. (s. d.). *Et si on lisait*. FNO. Consulté 19 décembre 2020, à l'adresse https://www.fno-prevention-orthophonie.fr/langage-oral/ressources/video-et-si-on-lisait/

FNO. (2010). *Dossier de presse : Info Langage*. Fédération Nationale des Orthophonistes. https://www.fno.fr/upload/file/1-Presse_infolangage_Dossier.pdf

FNO. (2018, septembre). *Aidants de personnes aphasiques : Documents à télécharger – Fédération Nationale des Orthophonistes*. www.fno.fr. https://www.fno.fr/vous-

etes/patient-aidant-familial/aidants-de-personnes-aphasiques-documents-ressources/

FNO. (2020a). *Allo Ortho » Alimentation* [Allo ortho]. https://www.allo-ortho.com/le-pediatre-nous-adresse-au-camsp-cest-quoi/

FNO. (2020b). *Livret professionnel de l'orthophoniste*. Fédération Nationale des Orthophonistes. https://www.fno.fr/vous-etes/vie-professionnelle/ressources-livret-pro/livret-pro/#:~:text=%20Les%203%20principes%20de%20fonctionnement%20et%20d%E2%80%99utilisation,de%20la%20FNO%20d%E2%80%99acc%C3%A9der%20%C3%A0%20des...%20More%20

FNO. (2021). *Les associations de prévention en orthophonie – Fédération Nationale des Orthophonistes*. https://www.fno.fr/ressources-diverses/les-associations-de-prevention-en-orthophonie/

FOF. (2020, novembre). *PPSO-Novembre-2020-.pdf*. https://federation-des-orthophonistes-de-france.fr/wp-content/uploads/PPSO-Novembre-2020-.pdf

Giampino, S. (2016). *Développement du jeune enfant – Modes d'accueil, Formation des professionnels*. https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-de-sylviane-giampino-developpement-du-jeune-enfant-modes-d-accueil

Golinkoff, R. M., Hoff, E., Rowe, M. L., Tamis-LeMonda, C. S., & Hirsh-Pasek, K. (2019). Language Matters : Denying the Existence of the 30-Million-Word Gap Has Serious Consequences. *Child Development*, *90*(3), 985-992. https://doi.org/10.1111/cdev.13128

Greenwood, C. R., Carta, J. J., Walker, D., Watson-Thompson, J., Gilkerson, J., Larson, A. L., & Schnitz, A. (2017). Conceptualizing a Public Health Prevention Intervention for Bridging the 30 Million Word Gap. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *20*(1), 3-24. https://doi.org/10.1007/s10567-017-0223-8

Groupe MIAM-MIAM. (2016). *Genèse, objectifs, actions, projets du Groupe MIAM-MIAM*. Groupe Miam-Miam. http://www.groupe-miam-miam.fr/

Guercia, A.-C. (2021). *Etude de l'intérêt de groupes de parents dans la prévention écrans-langage.* Université de Montpellier- faculté de médecine- Département universitaire d'Orthophonie.

Harris, G., & Mason, S. (2017). Are There Sensitive Periods for Food Acceptance in Infancy? *Current Nutrition Reports*, *6*(2), 190-196. https://doi.org/10.1007/s13668-017-0203-0

Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children* (p. xxiii, 268). Paul H Brookes Publishing.

Hart, B., & Risley, T. R. (2003). The Early Catastrophe : The thirty million word gap. *American Educator*, *27*, 4-9.

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

HAS. (2017). *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?e parcours de santé*. HAS les parcours de soin.

HAS. (2019). *Autisme de l'enfant – Rester en alerte pour dépister au plus tôt*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974213/fr/autisme-de-l-enfant-rester-en-alerte-pour-depister-au-plus-tot

HAS, & Société française de néonatologie. (2020). *Troubles du neurodéveloppement—Repérage et orientation des enfants à risque, ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE*. HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque

HCSP. (2020). Révision des repères alimentaires pour les enfants de 0-36 mois et 3-17 ans. In *Rapport de l'HCSP*. Haut Conseil de la Santé Publique. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=924

Janvier, Y. M., Harris, J. F., Coffield, C. N., Louis, B., Xie, M., Cidav, Z., & Mandell, D. S. (2016). Screening for autism spectrum disorder in underserved communities : Early childcare providers as reporters. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, *20*(3), 364-373. https://doi.org/10.1177/1362361315585055

Kern, S. (2019). *Le développement du langage chez le jeune enfant. Théorie, clinique, pratique.* (deboeck).

Ketele, J.-M. D., & Roegiers, X. (2016). *Méthodologie du recueil d'information—J.-M.De Ketele—5ème...* (De boeck).

https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/methodologie-du-recueil-d-information-9782807300378/

l'Agence. (2005). *Intervention précoce auprès de la petite enfance : Analyse des situations en Europe, Aspects fondamentaux et recommandations* [Rapport de synthèse]. Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers. http://www.european-agency.org/about-us/who-we-are

l'Agence. (2014). *Cinq messages clés pour l'éducation inclusive.* (p. 45). Agence européenne pour l'éducation adaptée et inclusive.

*Le Laboratoire DDL*. (s. d.). Consulté 1 mars 2021, à l'adresse http://www.ddl.cnrs.fr/colloques/3L_2008/ANR-AALLED/laboratoire-dynamique-du-langage.html

Le Normand, M. (2019). Chapitre 2 : Les prérequis du langage. In *Le Développement du langage chez le jeune enfant. Théorie, clinique, pratique. Sous la direction de Sophie Kern*. DeBoeck Supérieur.

Leclerc, M.-C. (2005). Les précurseurs pragmatiques de la communication chez le bébé. *Rééducation Orthophonique*, *221*, 159-174.

*Les outils du repérage et d'information—Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées*. (s. d.). Consulté 16 juillet 2020, à l'adresse https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/intervenir-precocement-aupres-des-enfants/article/les-outils-du-reperage-et-d-information

*Les troubles de l'oralité*. (2016, novembre 1). https://oralite-alimentaire.fr

Maillart, C., Leroy, S., Quintin, E., Ranc, L., Derouaux, F., D'Harcour, E., AL Mounajjed, M., Caet, S., Leroy-Collombel, M., & Morgenstern, A. (2011). Des interactions enrichies qui soutiennent le développement du langage : Effets à court et moyen terme (6 mois) d'une guidance parentale logopédique. *ANAE: Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, *112-113*. https://orbi.uliege.be/handle/2268/93612

Maillart, C., Martinez Perez, T., & Leclercq, A.-L. (2014). *La guidance parentale : Un outil pour soutenir le développement langagier. Projet interuniversitaire ULG-UCL*. ONE. https://orbi.uliege.be/handle/2268/196559

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Plan d'action interministériel 2017-2021 de la Politique gouvernementale de prévention en santé. QUEBEC* (p. 86). La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). *La stratégie nationale de santé 2018-2022*. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Engagement n° 1 :L'égalité des chances dès les premiers pas pour rompre la reproduction de la pauvreté*. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/les-5-engagements-de-la-strategie-pauvrete/article/engagement-no-1-l-egalite-des-chances-des-les-premiers-pas-pour-rompre-la

National Research Council and Institute of Medicine (US). (2000). *From Neurons to Neighborhoods : The Science of Early Childhood Development* (J. P. Shonkoff &

D. A. Phillips, Éds.; Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development). National Academies Press (US). http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225557/

Nilsson Jobs, E., Bölte, S., & Falck-Ytter, T. (2019). Preschool Staff Spot Social Communication Difficulties, But Not Restricted and Repetitive Behaviors in Young Autistic Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *49*(5), 1928-1936. https://doi.org/10.1007/s10803-018-03867-0

OMS. (1986). *PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA*.

Onisep. (s. d.). *Accompagnant éducatif petite enfance*. Onisep. Consulté 10 septembre 2020, à l'adresse http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Formation/Formations/Lycees/cap-accompagnant-educatif-petite-enfance

OSCARS. (2018). *Un bébé, un livre—OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé*. OSCAR SANTE. https://www.oscarsante.org/national/action/detail/64998?filtres%5Bintitule%5D%5Bop%5D=AND&filtres%5Bintitule%5D%5Bq%5D%5B%5D=1+b%C3%A9b%C3%A9+1+livre&libre=un+b%C3%A9b%C3%A9+un+livre&from=20&size=20&types%5B%5D=etp&types%5B%5D=sante&types%5B%5D=travail&modeResultats=tableau&sortArray%5B%5D=un+bebe%2C+un+livre&sortArray%5B%5D=2018&sortArray%5B%5D=125.010254&sortArray%5B%5D=action%2364998

Parler Bambin. (2020). *Qu'est-ce que Parler Bambin ?* Parler Bambin - Programme national. http://www.parlerbambin.fr/parler-bambin/article/qu-est-ce-que-parler-bambin

Peña, M., Werker, J. F., & Dehaene-Lambertz, G. (2012). Earlier Speech Exposure Does Not Accelerate Speech Acquisition. *The Journal of Neuroscience, 32*(33), 11159-11163. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.6516-11.2012

Peterson, K., Ibañez, V., Kirkwood, C., Crowley, J., & Piazza, C. (2018). Assessment of Pediatric Feeding Disorders. In *Handbook of Childhood Psychopathology and Developmental Disabilities Assessment* (p. 415-431). https://doi.org/10.1007/978-3-319-93542-3_22

*Politique d'éducation prioritaire*. (2019). Ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales. https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/politique-deducation-prioritaire

*PPSO - URPS Orthophonistes Grand-Est*. (2018). https://www.urps-orthophonistes-grand-est.fr/ppso

Reh, R. K., Dias, B. G., Nelson, C. A., Kaufer, D., Werker, J. F., Kolb, B., Levine, J. D., & Hensch, T. K. (2020). Critical period regulation across multiple timescales. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 117*(38), 23242-23251. https://doi.org/10.1073/pnas.1820836117

Renouard-Boutry, F. (2018). *Elaboration d'un partenariat avec la PMI de la Vienne et les orthophonistes : Création d'un questionnaire de recueil des attentes des professionnels de PMI afin d'améliorer leur évaluation du langage et de la communication, puis propositions d'outils pour y répondre* [MÉMOIRE DE RECHERCHE présenté pour l'obtention du CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE ET DU GRADE DE MASTER 2 D'ORTHOPHONIE, Université de Poitiers]. http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/59622

Ringard, J.-C. (2000). *A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique* (p. 88 p). Ministère de l'Education Nationale. https://www.education.gouv.fr/propos-de-l-enfant-dysphasique-et-de-l-enfant-dyslexique-12842

Rousseau, T., Gatignol, P., & Topouzkhanian, S. (2014). Formats de la recherche en orthophonie. *Rééducation orthophonique*, *N°257*, 26.

Santé, M. des S. et de la. (2021, février 27). *Ma santé 2022 : Un engagement collectif*. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/

Senez, C. (2020). *Catherine SENEZ*. Catherine SENEZ. https://www.aod-formation.fr

Sicherman, G. L., Teresa Tavassoli, Joseph D. Buxbaum, Nachum. (2018). *Grandma knows best : Family structure and age of diagnosis of autism spectrum disorder*. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1362361316679632?journalCode=auta&

Sournia, J. C. (1991). *Dictionnaire français de santé publique.* Editions de Santé.

Spittle, A., Orton, J., Anderson, P. J., Boyd, R., & Doyle, L. W. (2015). Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*, CD005495. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005495.pub4

Stratégie nationale autisme/TND. (2020). *Repérer un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans*.

*Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement*. (s. d.). Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf

*Strategie_nationale_autisme_2018.pdf*. (s. d.). Consulté 31 mars 2020, à l'adresse https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf

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

Sylvestre, A. (2013). L'intervention logopédique précoce en contexte de vulnérabilité sociale : Quelques ingrédients actifs. *Langage et pratiques, 51*, 18-28.

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.

Thibault, C. (2004). *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant* (FNO).

Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue, n° 209*(3), 35-48.

Tournier, C., Demonteil, L., Ksiazek, E., Marduel, A., Weenen, H., & Nicklaus, S. (2020). Factors Associated With Food Texture Acceptance in 4- to 36-Month-Old French Children : Findings From a Survey Study. *Frontiers in Nutrition, 7*, 616484. https://doi.org/10.3389/fnut.2020.616484

General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24), CRC/C/GC/15 (2013). https://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html

UNADREO. (2020). *UNADREO : Évaluation et recherche en orthophonie*. unadreo. https://www.unadreo.org/

Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* (p. 37) [Health Evidence Network report]. WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf

Werker, J. F., & Hensch, T. K. (2015). Critical periods in speech perception : New directions. *Annual Review of Psychology*, *66*, 173-196. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015104

WHO, CAH. (2012). *Developmental difficulties in early childhood : Prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries: a review*. World Health Organization.

Witko, A. (2013). L'intervention précoce en orthophonie : Complémentarité des thérapies directes et indirectes. *Langage & pratiques*, *51*, 104.

Zhang, D., Krieber-Tomantschger, I., Poustka, L., Roeyers, H., Sigafoos, J., Bölte, S., Marschik, P. B., & Einspieler, C. (2019). Identifying Atypical Development : A Role of Day-Care Workers? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *49*(9), 3685-3694. https://doi.org/10.1007/s10803-019-04056-3

# ANNEXES

Annexe 1 : les associations locales de prévention en orthophonie.

Annexe 2 : questionnaire d'étude

Annexe 3 : livrets Objectif Langage et Signes d'appel

Annexe 4 : résultats

# Annexe 1 : les associations locales de prévention en orthophonie.

Listing établi d'après le site de la FNO (FNO, 2021)

| REGION | ASSOCIATIONS DE PREVENTION EN ORTHOPHONIE |
|---|---|
| AUVERGNE – RHÔNE-ALPES | • ***APOLI****- Association de Prévention des Orthophonistes Ligériens*<br>• ***APPOR****-Association pour la prévention en orthophonie du Rhône*<br>• ***ODA.AS*** *-Association de Prévention en Orthophonie Drôme-Ardèche*<br>• ***AHLPIO****- Association Haute-Loire Prévention et Information en Orthophonie*<br>• ***OP 63****- Orthophonie & Prévention 63*<br>• ***OP 74*** *-Orthophonie et Prévention Haute-Savoie*<br>• ***APPO****- Allier Pour la Prévention en Orthophonie*<br>• *Association de Prévention des Troubles du Langage Oral*<br>• ***OP 01****- Orthophonie et Prévention Ain*<br>• *Calad' Prévention* |
| BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ | • **Prévention Langage APO**<br>• **AFCPO -** Association Franc-Comtoise pour la Prévention en Orthophonie |
| BRETAGNE | • **A PROPOS** |
| CENTRE – VAL-DE-LOIRE | • **ESOP -** Et Si les Orthophonistes Prévenaient |
| GRAND-EST | • **OPAL -**Orthophonie et Prévention en ALsace<br>• **POM'-** Prévention Orthophonie Marne<br>• **As.Pr.O.08-** Association Prévention Orthophonie des Ardennes<br>• **Groupe Prévention du SDOM 57**<br>• **Commission Prévention du SDOV** |
| HAUTS-DE-FRANCE | • **Parlons-En! -** Association de Prévention en Orthophonie dans le Nord Pas de Calais |
| ILE-DE-FRANCE | • **AAP-IDF-** Association de prévention du SDOP-Ile de France<br>• **OP 75-** Orthophonie et Prévention 75<br>• **Paroles d'orthos**<br>• **Maison du Langage**<br>• **Essor Prévention**<br>• **APIFO 94-** Association Prévention Information Formation Orthophonistes du Val de Marne |
| NORMANDIE | • **ANPO-** Association Normande pour la Prévention en Orthophonie |

| | |
|---|---|
| NOUVELLE-AQUITAINE | • **Les Orthos Vienne(nt)**<br>• **Orthophonie et Prévention 17**<br>• **ORTHO F.I.P** - Orthophonie Forum d'Intervention et de Prévention<br>• **APROL**- Association de Prévention des Orthophonistes Limousins<br>• **AGOPAL**-Association Girondine Orthophonie Prévention Action Langage |
| OCCITANIE | • **APO-G -** Association de Prévention en Orthophonie du Gard<br>• **APOH -** Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault<br>• **APPOLO -** Association de Prévention des Pyrénées Orientales Langage Orthophonie<br>• **Parl'11 – En -** Association de prévention des orthophonistes de l'Aude<br>• **ADPO** - Association Départementale pour la Prévention en Orthophonie<br>• **APO 12 -** Association de Prévention en Orthophonie de l'Aveyron<br>• **APO31**- Association de Prévention en Orthophonie de Haute Garonne<br>• **CAPLI81** - Communication Action Prévention Langage Information<br>• **Mégaphonistes 82**<br>• **AGPL 32 -** Association Gersoise Prévention Langage |
| PAYS-DE-LA-LOIRE | • **Parol' des PDL -** Prévention et Actions Régionales des Orthophonistes Logopèdes des Pays de Loire |
| PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR | • **APO 04-05 -** Association pour la Prévention en Orthophonie 04-05<br>• **Prévention Langage 06**<br>• **Prev'orthos 13**<br>• **PAROL84** |
| MARTINIQUE | • **AMIPRO** - Association Martiniquaise d'Intervention pour la Prévention et la Recherche en Orthophonie |

# Annexe 2 : Questionnaire d'étude

**Sophie Lonchampt** **Mémoire d'orthophonie - PREVENTION ORTHOPHONIQUE ET REPERAGE PRECOCE**
Etat des lieux et prévention orthophonique auprès des professionnels de la petite enfance en EAJE dans l'Hérault

## Mieux vous connaitre

Nom de l'établissement : commune

Votre poste : Votre diplôme : Année d'obtention :

Depuis combien de temps travaillez-vous en crèche ? ……..

Si vous avez travaillé auprès de jeunes enfants en dehors d'une crèche, précisez :

a. Dans quel contexte

b. Combien de temps :

- **Votre formation :**

**Au cours de votre formation initiale avez-vous abordé :**

I. Le langage et la communication chez le jeune enfant ? oui ☐ non ☐ ne sais pas ☐

II. L'oralité alimentaire du jeune enfant oui ☐ non ☐ ne sais pas ☐

III. La notion de période sensible oui ☐ non ☐ ne sais pas ☐

**Avez-vous suivi des formations complémentaires sur ces sujets ?**

oui ☐ non ☐ ne sais pas ☐

**Si oui précisez quelle formation :**

**Aimeriez-vous bénéficier de formations complémentaires ?**

oui ☐ non ☐ ne sais pas ☐

Sur quels sujets :

- **Et les orthophonistes ? Qui sommes-nous ?**

**« L'orthophoniste s'occupe uniquement du langage. » Qu'en pensez-vous ?**

**Selon vous, l'orthophoniste prend en charge les enfants à partir de**

I. La naissance III. 3 ans

II. 1 an IV. 6 ans

## Langage et communication : quelques repères

Pouvez-vous attribuer une note aux éléments suivants selon leur implication dans le développement du langage et de la communication **:**

0 : n'intervient pas du tout 2 : joue un rôle important NSP : ne sais pas
1 : intervient faiblement 3 : joue un rôle fondamental

- Cherche à imiter des gestes, des mimiques, des sons ☐ Sourit, rit
- Vocalise ☐ Babille ☐ Montre du doigt pour demander

| d'après vous, vers quel âge, bébé : | 0-6 mois | 6-12 mois | 12-24 mois | 24-36 mois |
|---|---|---|---|---|
| Vous regarde quand vous lui parlez | | | | |
| Montre du doigt pour demander quelque chose | | | | |
| Commence à dialoguer : il gazouille en réponse quand vous lui parlez | | | | |
| Dit ses premiers mots | | | | |
| Babille : « bababa » « mamama » « dadada » | | | | |
| Reconnait la voix de sa maman | | | | |
| Comprend des petites phrases en contexte :<br>"viens on va changer la couche", "tu me donnes la balle" | | | | |
| S'exprime par des pleurs, des cris | | | | |
| Montre l'image sur un livre :« où est le chat ? tu le vois ? montre-moi », | | | | |
| Réagit à son prénom | | | | |
| Dit "balle" pour "je veux la balle" ou "c'est ma balle" ou "où est la balle ? " | | | | |
| Comprend le "non" | | | | |
| Vocalise (aaaaaa, êêêêê) | | | | |

Répondez spontanément aux questions ci-dessous en fonction du code couleur suivant :

| **serein (e):**<br>(c'est tout à fait normal/ c'est une bonne chose) | **vigilant(e) :**<br>(vous observez l'enfant dans d'autres activités et suivez son évolution) | **inquièt(e)** :<br>(vous partagez vos observations avec l'équipe et/ou avec les parents) | **alerté(e) :**<br>vous en référez au médecin et aux parents | **Sans opinion :**<br>vous ne savez pas |
|---|---|---|---|---|

| Face à cette situation, vous êtes : | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Vers 3-4 mois : bébé pleure quand il a faim ou sommeil.<br>Le reste du temps, c'est un bébé très calme et très silencieux. | | | | | |
| Vers 6-9 mois : Un avion de chasse passe au-dessus de la crèche en faisant un bruit de tonnerre. Vous êtes face à bébé, il n'a pas manifesté de surprise et continue tranquillement de vous sourire | | | | | |
| Des parents étrangers, arrivés en France depuis peu, décident de ne parler que français à bébé | | | | | |
| A 9 mois, bébé regarde le petit avion devant lui mais ne le suit pas des yeux quand vous le faites voler | | | | | |
| A 12 mois, bébé ne produit aucun son | | | | | |
| Vers 15 mois, bébé dit quelques mots compréhensibles (maman, papa, dodo, lolo, pomme). Sur le livre, il vous montre l'image du chat en disant « ta ». | | | | | |
| Bébé a souvent le nez pris et enchaine les otites mais il n'a pas l'air de souffrir | | | | | |
| A 18 mois, bébé n'a pas encore dit ses premiers mots | | | | | |
| A 24 mois, bébé ne dit pas "je" pour parler de lui | | | | | |
| A 18 mois, vous avez l'impression qu'il régresse, il ne dit plus certains mots qu'il disait avant. | | | | | |
| Les parents sont inquiets. Ils ont l'impression que leur bébé ne les regarde pas et ont du mal à entrer en relation avec lui ; leur entourage notamment les grands parents les rassurent en leur disant que bébé a du caractère. | | | | | |
| Vers 24-28 mois, il veut parler mais se bloque, hésite, répète plusieurs fois le début du mot | | | | | |
| Vers 26 mois, il dit une dizaine de mots et ne fait pas encore de combinaisons de 2 mots (papa parti, maman dodo etc.) | | | | | |

## L'alimentation

**Quels conseils donneriez-vous à un(e) jeune diplômé(e) qui va donner :**

I. son premier biberon :

II. sa première purée :

**Selon vous quel(s) sens est/sont sollicité(s) pour l'alimentation :**

Gustation ☐ olfaction ☐ vue ☐ toucher☐ audition ☐ proprioception ☐

**Les grandes étapes de l'alimentation de bébé :**

| Selon vous vers quel âge proposer : | Age (mois) |
|---|---|
| Le passage à la cuillère | |
| La diversification alimentaire | |
| L'alimentation au lait (maternel ou maternisé) exclusivement | |
| L'introduction de morceaux | |
| L'introduction de texture écrasée | |

**Faut-il respecter ces repères d'âges ?**

1. Oui, ils correspondent à des périodes sensibles avant et après lesquelles il est plus difficile d'introduire de nouvelles habitudes alimentaires
2. Non, ce sont des préconisations mais chaque enfant a son propre rythme
3. Ne sais pas

**Parmi les situations suivantes lesquelles vous paraissent problématiques sur le plan de l'oralité alimentaire :**

a. Bébé ne met pas d'objet à la bouche
b. Bébé refuse les nouveaux aliments
c. Bébé avale tout rond
d. Bébé tourne la tête pour refuser la cuillère
e. Bébé met plus de 30 min pour prendre son biberon
f. Bébé met plus de 30 min pour finir son repas à la cuillère
g. Aux ateliers cuisine ou pâte à modeler bébé veut goûter à tout
h. Aux ateliers cuisine, pâte à modeler ou peinture, bébé refuse de toucher
i. Bébé garde des aliments en bouche pendant les repas
j. Bébé bave quand il gazouille ou vocalise
k. Bébé garde la langue sortie
l. Alors que bébé aime manger, il recrache les morceaux
m. Les parents s'inquiètent car bébé ne prend pas de poids
n. Les parents s'inquiètent car ils trouvent que les repas sont difficiles

## Pratiques professionnelles

**Vous êtes-vous déjà interrogé(e) sur le langage, la communication, l'alimentation d'un enfant en garde dans votre établissement ?**

- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Ne sais pas
- Non, pas vraiment
- Non, jamais

**Avez-vous pu partager votre questionnement en équipe ?**

. Oui au cours d'une réunion spécifique

. Oui au cours d'une réunion générale

. Oui de manière informelle avec vos collègues

. Non

**Avez-vous pu en parler avec les parents ?**

Oui, très naturellement

Oui, mais je n'étais pas à l'aise

Je ne sais plus

C'est quelqu'un d'autre qui s'en est chargé

Non je n'en ai pas parlé aux parents

Non et personne n'en a parlé aux parents

Remarques :

**Quelles ont été les retombées de ce repérage ?**

1. Intervention du médecin de crèche
2. Orientation vers le pédiatre, le médecin de PMI
3. Orientation vers un médecin spécialiste
4. Orientation vers l'orthophoniste
5. Orientation vers une structure spécialisée
6. Orientation vers le psychologue ou le pédopsychiatre
7. Orientation vers le psychomotricien
8. Autre : ……

Remarques :

**Vous sentez-vous légitime pour participer au repérage précoce :**

a. Parfaitement légitime

b. Peu légitime

c. Indifférent(e)

d. Pas légitime

e. Absolument pas légitime

**Dans quel(s) domaine(s) vous sentez-vous le plus à l'aise pour repérer des difficultés :**

1. Le langage
2. L'oralité alimentaire
3. Les deux
4. Aucun des deux

- **Entre nous….**

**Vous avez trouvé ce questionnaire**

I. Intéressant ☐ Inintéressant ☐

II. Facile ☐ Difficile ☐

III. Autre :

**Vous avez rempli ce questionnaire**

1. Entièrement seul(e)
2. Avec l'aide de vos collègues
3. Autre : ….

# Merci pour votre participation !

**Pour aller plus loin** : partagez votre expérience, vos remarques ou votre ressenti sur le repérage précoce

# Annexe 3 : livrets Objectif langage (extraits) et signes d'appel

A.P.O.H.
Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault

# Les signes d'appel 0 - 5 ans

Edition 2020

Association de prévention en Orthophonie de l'Hérault
Maison des Professions Libérales, 285 Rue Alfred Nobel – 34000 MONTPELLIER
apoh.ortho@gmail.com prevention.apoh
SIRET : 518 818 180 00010
www.prevention-orthophonie-herault.fr

## Les signes d'appel – 0-5 ans APOH 2020

| Age | Oralité Alimentation | Jeu, intérêt pour l'environnement, creuets cognitifs pré linguistiques | Langage, Communication |
|---|---|---|---|
| Public à risque | • Prématurés<br>• Enfants avec RGO<br>• Enfants intubés ou avec un passé d'intubation | • Écrans envahissants dans la vie de famille | • Semi linguisme<br>• Conditions de vie très précaires<br>• Maman déprimée<br>• Isolement<br>• Âge maternel très décalé (aux deux extrêmes)<br>• Addictions<br>• Affections ORL fréquentes |
| 0-6 mois | • Difficultés succion-déglutition<br>• Temps trop long pour la prise alimentaire<br>• Perte de poids/cassure courbe<br>• Nausées et vomissements inexpliqués | • Pas de poursuite oculaire<br>• Ne porte pas du tout ses mains à la bouche avant 6 mois.<br>• Ne porte pas du tout les objets à la bouche autour de 6 mois.<br>• Ne s'intéresse pas aux objets à proximité.<br>• Ne réitère pas ses mouvements pour obtenir des éprouvés sensoriels<br>... | • Pas de contact visuel avec l'interlocuteur.<br>• Absence d'attention conjointe<br>• Pas de babillage (surdité écartée ?) |
| 6-12 mois | • Difficultés durables de passage à la cuillère<br>• Pas de plaisir à manger les nouvelles textures.<br>• Besoin de rituel important<br>• Vomissements/nausées ou refus alimentaires<br>• Forçage (cercle vicieux)<br>• Angoisse des parents | • Ne regarde pas l'objet pointé.<br>• Ne va pas chercher les objets, ne cherche pas à comprendre les propriétés de l'objet.<br>• Pas de jeux de vider/remplir/déplacer...<br>• Ne semble pas attentif/intéressé par l'observation de lui-même et du monde autour de lui. | • Arrêt brusque du babillage<br>• Le babillage ne devient pas canonique.<br>• PAS de participation aux épisodes d'attention conjointe<br>• PAS de recherche des sources sonores |
| 12-18 mois | • Refus des morceaux, même mous et fondants<br>• Sélectivité importante (absence des 4 groupes alimentaires et / ou moins de 20 aliments à 18 mois).<br>• Repas anormalement long<br>• Déroulement particulier du repas (exemple : besoin de mettre l'enfant devant écran/télé).<br>• Détournement/anxieux face aux repas (observation des comportements non verbaux). | • Absence de pointage.<br>• Papillonne, agit sur les objets sans essayer d'en comprendre le fonctionnement.<br>• Ne recherche pas l'adulte pour partager des activités (onomatopées, regard).<br>• Pas d'imitation immédiate, pas de mime d'actions sur des peluches ou des poupées. | • Pas de gestes communicationnels (au revoir, bravo ...)<br>• Ne comprend pas les mots simples, les consignes comme « va mettre dans la poubelle, où est ton manteau ? »<br>• Absence des premiers mots « papa, maman, chat, gâteau » etc...<br>• Pas de début de dénomination.<br>• Un bégaiement, même léger et intermittent doit déclencher une consultation orthophonique |
| 18-24 mois | • Ne mâche pas<br>• N'essaie pas de manger seul<br>• Ne porte pas du tout à la bouche<br>• Conteste des repas difficile | • Ne cherche pas à comprendre les relations entre les objets (ne donne pas un but aux manipulations)<br>Exemple : n'essaie pas de faire des tours, des lignes de voitures, de tourner les pages d'un livre...)<br>• Ne produit aucune imitation différée ou moyen d'objets (téléphone, dînette, brosse à cheveux ...) | • Ne semble pas comprendre les phrases qui lui sont adressées<br>• Pas d'explosion lexicale (au moins 50 mots)<br>• Pas d'organisation d'au moins 2 mots « papa parti » « bébé dodo »..<br>• Moins de 4 ou 5 consonnes produites<br>• Le langage dans sa fonction de communication n'est pas adressé à un interlocuteur. |
| 24-36 mois | • Ne mâche pas les morceaux durs<br>• Ne prend pas de plaisir à manger | • Pas d'attention prolongée<br>• Pas d'organisation d'action pour un but précis<br>• Pas de petit scénario d'imitation.<br>• Pas de début de « faire semblant » | • Compréhension difficile<br>• Pas d'imitation verbale, même très déformée<br>• Pas de phrases simples, utilisation trop rare ou trop restrictive du langage verbal<br>• Mots simples, pas de qualificatifs, pas de mots outils<br>• Pas d'apparition de questions et notamment du « pourquoi »<br>• Bégayages |
| 3-4 ans | • Toujours des difficultés pour mâcher, lenteur, refus des morceaux<br>• Hyper sélectivité massive et durable | • Ne joue pas seul<br>• Semble avoir des intérêts très restreints<br>• Ne s'intéresse pas aux jeux "sociaux" ou d'apprentissage<br>• Ne réalise pas de jeu symbolique avec scénario long et projet | • Beaucoup d'erreurs phonologiques et transformations de mots, parole inintelligible<br>• Syntaxe approximative<br>• Longueur courte des énoncés<br>• Compréhension réduite |
| 4-5 ans | • Alimentation compliquée, sélectivité durable, texture mixée ou moulinée<br>• Cantine difficile | • Intérêts limités pour les jeux de construction, les jeux sociaux;<br>• Puzzles : pas d'anticipation | • Beaucoup de mots déformés, parole difficilement intelligible (Ex: pestacle, crocodile,<br>• Difficultés de compréhension (consigne complexe)<br>• N'utilise/comprend pas le lexique topologique |

A.P.O.H.
Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault

Association de prévention en Orthophonie de l'Hérault
Maison des Professions Libérales, 285 Rue Alfred Nobel – 34000 MONTPELLIER
apoh.ortho@gmail.com prevention.apoh
SIRET : 518 818 180 00010
www.prevention-orthophonie-herault.fr

# Annexe 4 : résultats

## Table des matières : résultats


1 Retours questionnaires ..... 149

2 Résultats partie A : mieux vous connaitre ..... 149

2.1 A1 :Poste occupé ..... 149

2.2 A2 : Diplôme ..... 151

2.3 A3 : Année d'obtention du diplôme ..... 152

2.4 A4 : Depuis combien de temps travaillez-vous en crèche ? ..... 152

2.5 A5 : Avez-vous travaillé auprès de jeunes enfants en dehors d'une crèche ? précisez : ..... 153

2.5.1 A5a : Dans quel contexte ..... 153

2.5.2 A5b : Combien de temps ..... 154

2.6 A6 : Votre formation : au cours de votre formation initiale, avez-vous abordé 154

2.6.1 A6a : Le langage et la communication ..... 155

2.6.2 A6b : Oralité alimentaire ..... 156

2.6.3 A6c : Période sensible ..... 157

2.7 A7 : Formation continue : ..... 158

2.7.1 A7a : Avez-vous suivi des formations compélentaires sur ces sujets ..... 159

2.7.2 A7b : Sujets abordés en formation complémentaire ..... 159

**sujets abordés en formation complémentaire** ..... 159

2.7.3 A7c :Aimeriez vous suivre des formations complémentaires sur ces sujets 160

2.7.4 A7d :Sur quel sujets ? ..... 161

2.8 A8 :Et les orthophonistes ? qui sommes nous ? ..... 162

2.8.1 A8a : L'orthophoniste s'occupe uniquement du langage . Qu'en pensez vous ? 162

2.8.2 A8b : Selon vous l'orthophoniste prend en charge à partir de .....162

3 Résultats partie B : langage et communication ..... 164

3.1 B1 : Compétences socles du langage et de la communication .....165

3.1.1 Bébé cherche à imiter des gestes, des mimiques , des sons.....166

3.1.2 Bébé vocalise.....167

3.1.3 Bébé s'intéresse à la personne.....169

3.1.4 Bébé respecte le tour de rôle.....170

3.1.5 bébé réagit et s'oriente vers la source du son.....171

3.1.6 bébé babille.....172

3.1.7 bébé regarde, suit du regard.....173

3.1.8 bébé sait rester attentif (lors d'une lecture, d'une activité par exemple).174

3.1.9 bébé sourit, rit.....175

3.1.10 bébé montre du doigt pour demander.....176

3.1.11 bébé joue à faire semblant.....177

3.1.12 bébé s'intéresse aux objets, les utilise.....178

3.2 B2 : Repères d'âge.....179

3.3 B3 : Signes d'appel et repérage en situation.....179

4 Résultats : partie C : oralité alimentaire ..... 185

4.1 C1 : Connaissances générales sur l'oralité alimentaire .....185

4.2 C2 : sens sollicités .....186

4.3 C3 : Repères d'âge.....186

4.3.1 C3 : grandes étapes dans l'alimentation du jeune enfant.....186

4.3.2 C4 : notion de période sensible .....187

4.4 C5 : Identifier les signes d'alerte.....187

5 Résultats partie D : pratiques professionnelles ..... 188

5.1 D1 : Vous êtes-vous déjà interrogé(e) sur le langage, la communication, l'alimentation d'un enfant en garde dans votre établissement .....188

5.2 D2 : avez-vous pu partager votre questionnement en équipe ? .....188

5.3 D3 : avez-vous pu en parler aux parents .....189

5.4 D4 Quelles ont été les retombées de ce repérage ?.....190

5.5 D5 : vous sentez vous légitime pour participer au repérage précoce .....190

5.6 D6 : dans quel domaine vous sentez-vous le plus à l'aise pour repérer des difficultés .....191

5.7 D7 : vous avez trouvé ce questionnaire .....193

5.8 Vous avez rempli ce questionnaire .....193

6 Traitement statistique ..... 193

6.1 Scores : tableaux de statistiques descriptives .....193

6.2 Normalité des données.....194

5.4 D4 Quelles ont été les retombées de ce repérage ?.....190

5.5 D5 : vous sentez vous légitime pour participer au repérage précoce .....190

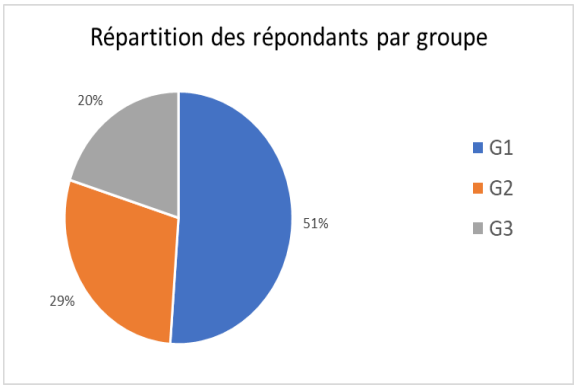
5.6 D6 : dans quel domaine vous sentez vous le plus à l'aise pour repérer des difficultés .....191

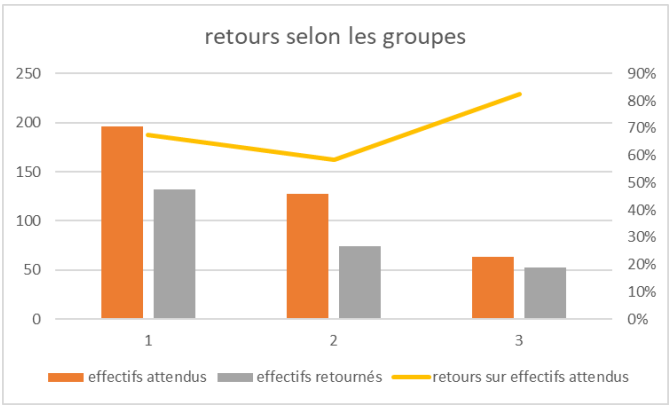
5.7 D7 : vous avez trouvé ce questionnaire .....193

5.8 Vous avez rempli ce questionnaire .....193

# 1 Retours questionnaires

| Groupe | Nombre de répondants |
|---|---|
| G1 | 132 |
| G2 | 74 |
| G3 | 52 |
| Total | 258 |



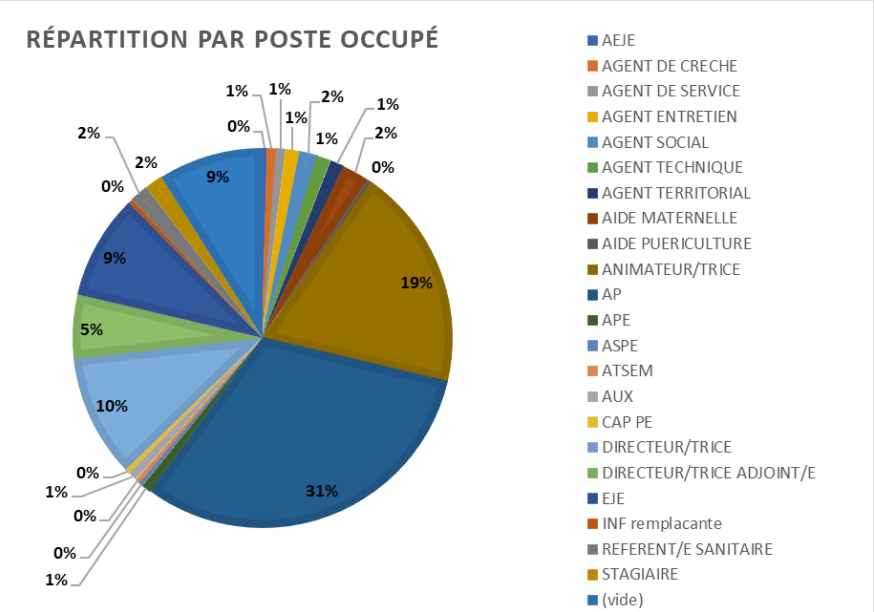



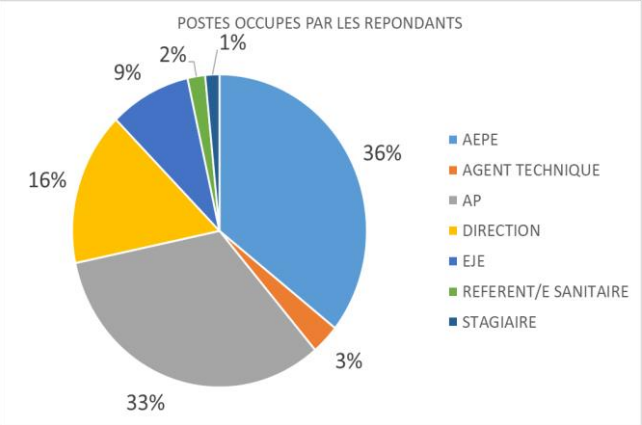

# 2 Résultats partie A : mieux vous connaitre

## 2.1 A1 :Poste occupé

| poste occupé | nombre de sujets |
|---|---|
| AEJE | 1 |
| AGENT DE CRECHE | 2 |
| AGENT DE SERVICE | 2 |
| AGENT ENTRETIEN | 3 |
| AGENT SOCIAL | 4 |
| AGENT TECHNIQUE | 3 |
| AGENT TERRITORIAL | 3 |
| AIDE MATERNELLE | 6 |
| AIDE PUERICULTURE | 1 |
| ANIMATEUR/TRICE | 49 |
| AP | 81 |
| APE | 2 |
| ASPE | 1 |
| ATSEM | 1 |
| AUX | 2 |
| CAP PE | 1 |

| | |
|---|---|
| DIRECTEUR/TRICE | 27 |
| DIRECTEUR/TRICE ADJOINT/E | 14 |
| EJE | 23 |
| INF remplacante | 1 |
| REFERENT/E SANITAIRE | 4 |
| STAGIAIRE | 4 |
| Non renseigné | 23 |
| Total général | 258 |

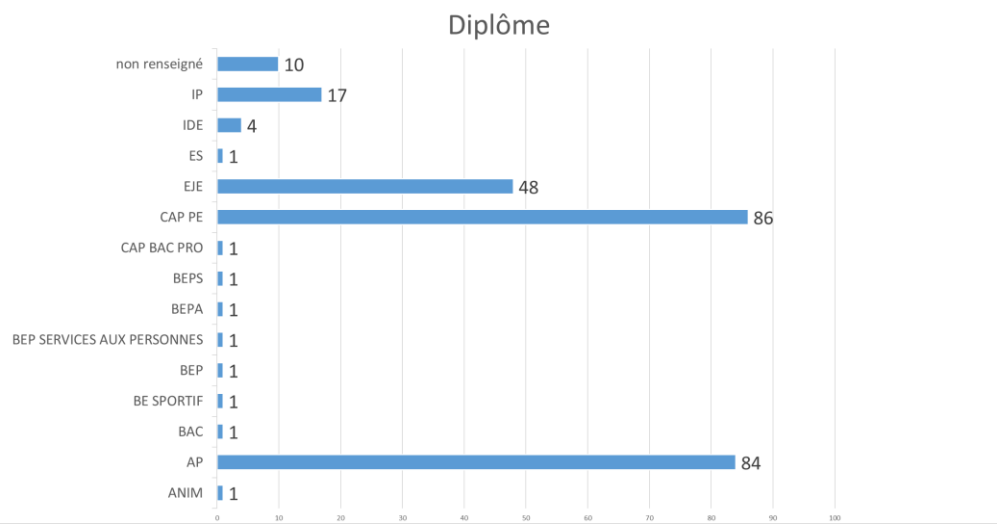



| poste occupé | Nombre de sujets |
|---|---|
| AEPE | 92 |
| AGENT TECHNIQUE | 8 |
| AP | 85 |
| DIRECTION | 41 |
| EJE | 23 |
| REFERENT/E SANITAIRE | 5 |
| STAGIAIRE | 4 |
| Total général | 258 |

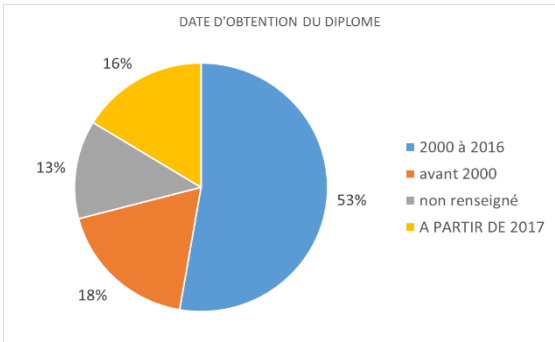
## 2.2 A2 : Diplôme

| DIPLÔME | Nombre de sujets |
|---|---|
| ANIM | 1 |
| AP | 84 |
| BAC | 1 |
| BE SPORTIF | 1 |
| BEP | 1 |
| BEP SERVICES AUX PERSONNES | 1 |
| BEPA | 1 |
| BEPS | 1 |
| CAP BAC PRO | 1 |
| CAP PE | 86 |
| EJE | 48 |
| ES | 1 |
| IDE | 4 |
| IP | 17 |
| non renseigné | 10 |
| Total général | 258 |




| DIPLÔME | Nombre de sujets | |
|---|---|---|
| CAP PE | 86 | 33,3% |
| AP | 84 | 32,6% |
| EJE | 48 | 18,6% |
| IP | 17 | 6,6% |
| IDE | 4 | 1,6% |
| non renseigné | 10 | 3,9% |
| Autres | 9 | 3,5% |

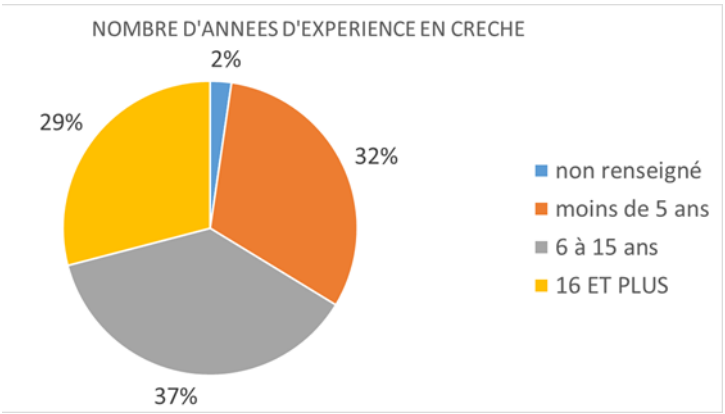
## 2.3 A3 : Année d'obtention du diplôme

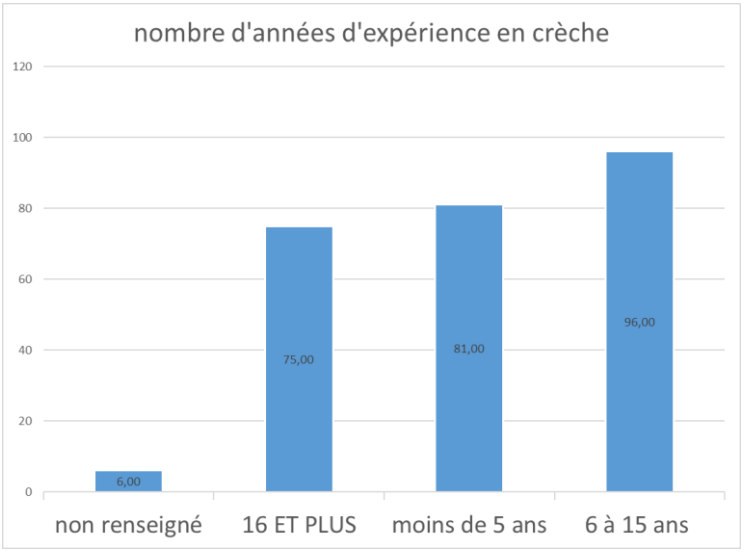



| année d'obtention du diplôme | Nombre de sujets |
|---|---|
| 2000 à 2016 | 136 |
| A PARTIR DE 2017 | 42 |
| avant 2000 | 47 |
| non renseigné | 33 |
| Total général | 258 |

## 2.4 A4 : Depuis combien de temps travaillez-vous en crèche ?

| Nombre d'années d'expérience en crèche | Nombre de sujets |
|---|---|
| Moins de 5 ans | 81 |
| 6 à 15 ans | 96 |
| 16 ET PLUS | 75 |
| Non renseigné | 6 |
| Total général | 258 |

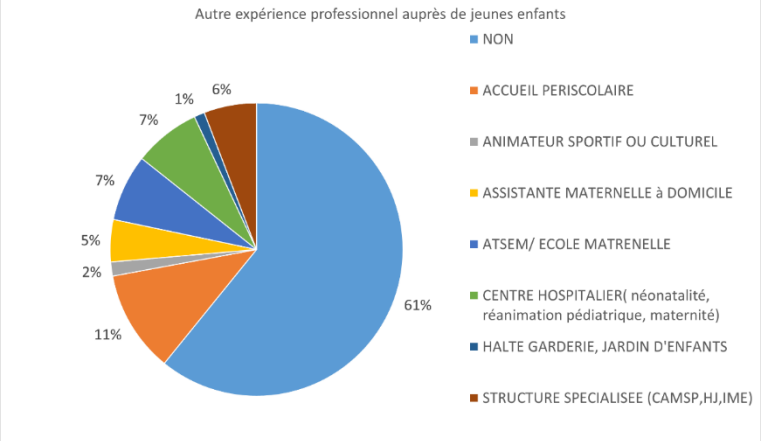





## 2.5 A5 : Avez-vous travaillé auprès de jeunes enfants en dehors d'une crèche ? précisez :

### 2.5.1 A5a : Dans quel contexte

| Autre expérience professionnelle auprès de jeunes enfants | Nombre de sujets |
|---|---|
| NON | 157 |
| ACCUEIL PERISCOLAIRE | 29 |
| ANIMATEUR SPORTIF OU CULTUREL | 4 |
| ASSISTANTE MATERNELLE à DOMICILE | 12 |
| ATSEM/ ECOLE MATRENELLE | 19 |
| CENTRE HOSPITALIER (néonatalité, réanimation pédiatrique, maternité) | 19 |
| HALTE GARDERIE, JARDIN D'ENFANTS | 3 |
| STRUCTURE SPECIALISEE (CAMSP, HJ, IME) | 15 |
| Total général | 258 |



### 2.5.2 A5b : Combien de temps

| *A5b*<br>*nombre d'année d'expérience professionnelle auprès de jeunes enfants hors crèche* | |
|---|---|
| Moyenne | 4 |
| Médiane | 3 |
| Minimum | 0 |
| Maximum | 20 |
| Nombre d'échantillons | 88 |

## 2.6 A6 : Votre formation : au cours de votre formation initiale, avez-vous abordé

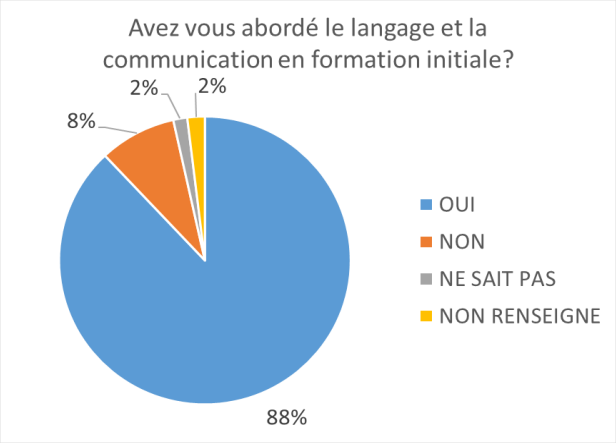
| **Au cours de votre formation initiale, avez-vous abordé:** | |
|---|---|
| **Le langage et la communication chez le jeune enfant** | |
| OUI | 227 |
| NON | 22 |
| NE SAIT PAS | 4 |
| NON RENSEIGNE | 5 |
| Total général | 258 |

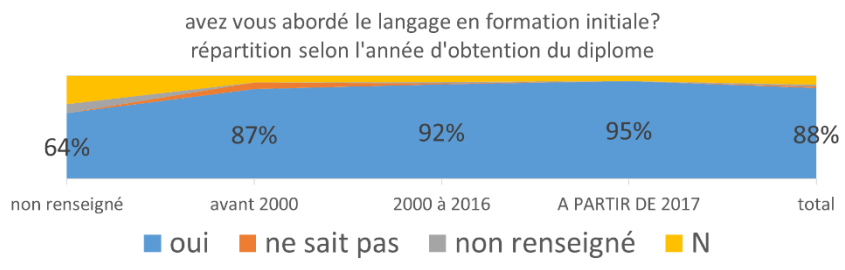
| **l'oralité alimentaire du jeune enfant** | |
|---|---|
| OUI | 164 |
| NON | 65 |
| NE SAIT PAS | 25 |
| NON RENSEIGNE | 4 |
| Total général | 258 |

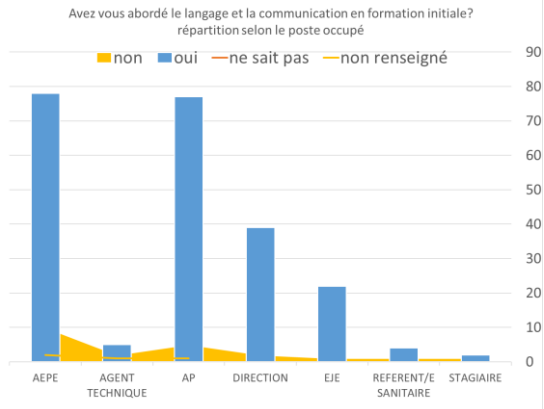
| **la notion de période sensible** | |
|---|---|
| OUI | 118 |
| NON | 87 |
| NE SAIT PAS | 43 |
| NON RENSEIGNE | 10 |
| Total général | 258 |

### 2.6.1 A6a : Le langage et la communication

| Avez-vous abordé le langage et la communication en formation initiale | Nombre de sujets |
|---|---|
| oui | 227 |
| non | 22 |
| ne sait pas | 4 |
| non renseigné | 5 |
| Total général | 258 |



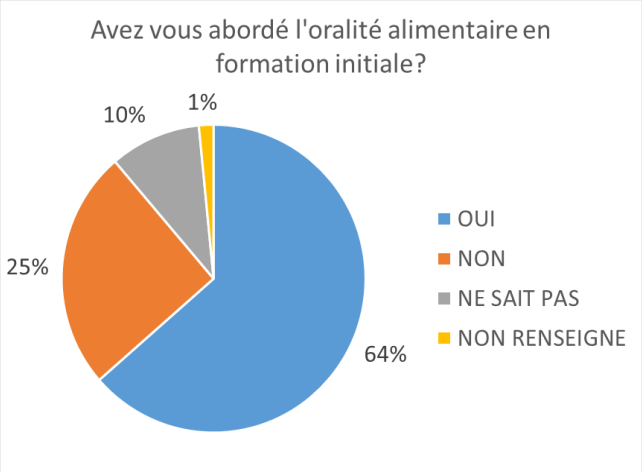



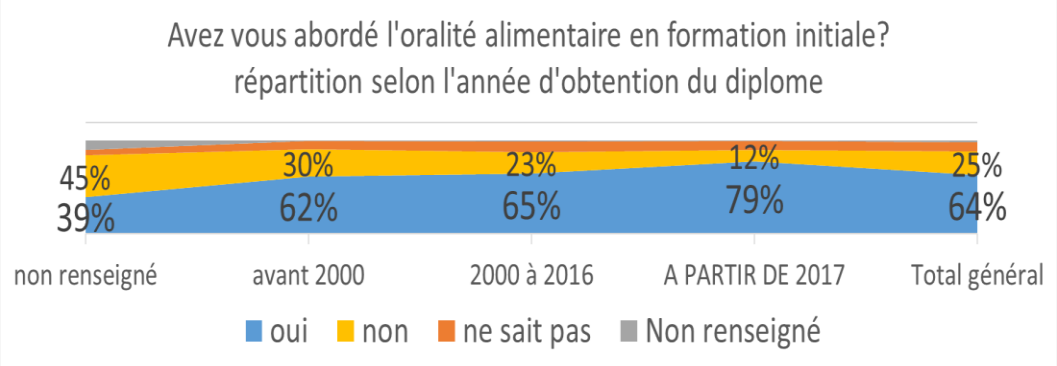

| avez-vous abordé le langage en formation initiale | oui | non | ne sait pas | non renseigné | Total général |
|---|---|---|---|---|---|
| AEPE | 78 | 10 | 2 | 2 | 92 |
| AGENT TECHNIQUE | 5 | 2 | | 1 | 8 |

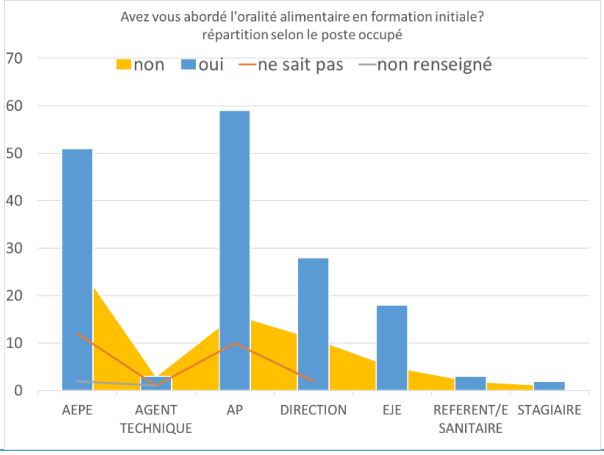
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| AP | 77 | 5 | 2 | 1 | 85 |
| DIRECTION | 39 | 2 | | | 41 |
| EJE | 22 | 1 | | | 23 |
| REFERENT/E SANITAIRE | 4 | 1 | | | 5 |
| STAGIAIRE | 2 | 1 | | 1 | 4 |
| Total général | 227 | 22 | 4 | 5 | 258 |

### 2.6.2 A6b : Oralité alimentaire

| avez-vous abordé l'oralité alimentaire en formation initiale | Nombre de sujets |
|---|---|
| oui | 164 |
| non | 65 |
| ne sait pas | 25 |
| non renseigné | 4 |
| Total général | 258 |



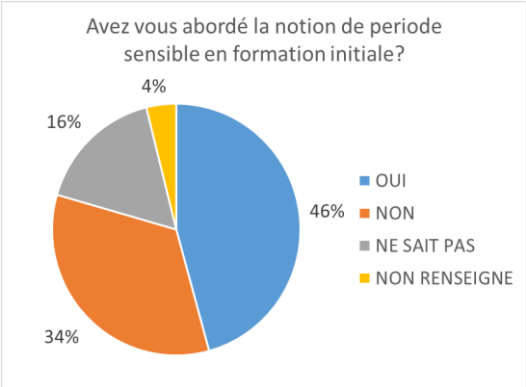



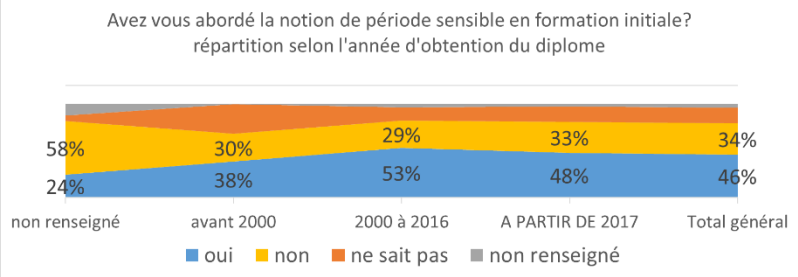


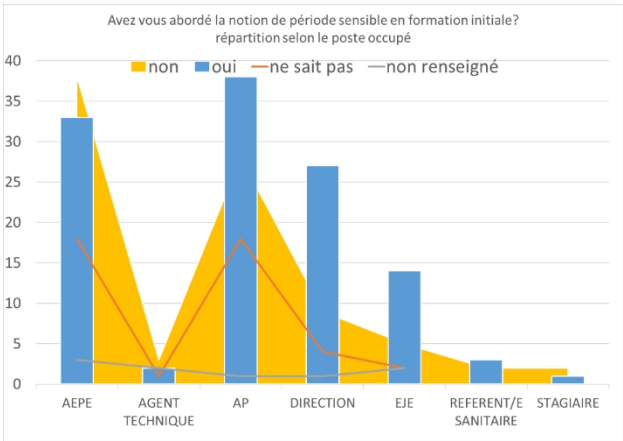

| avez-vous abordé l'oralité en formation initiale | oui | non | ne sait pas | non renseigné | Total général |
|---|---|---|---|---|---|
| AEPE | 51 | 27 | 12 | 2 | 92 |
| AGENT TECHNIQUE | 3 | 3 | 1 | 1 | 8 |
| AP | 59 | 16 | 10 | | 85 |
| DIRECTION | 28 | 11 | 2 | | 41 |
| EJE | 18 | 5 | | | 23 |
| REFERENT/E SANITAIRE | 3 | 2 | | | 5 |
| STAGIAIRE | 2 | 1 | | 1 | 4 |
| Total général | 164 | 65 | 25 | 4 | 258 |

### 2.6.3 A6c : Période sensible

| avez-vous abordé la notion de période sensible en formation initiale | Nombre de sujets |
|---|---|
| oui | 118 |
| non | 87 |
| ne sait pas | 43 |
| non renseigné | 10 |
| Total général | 258 |





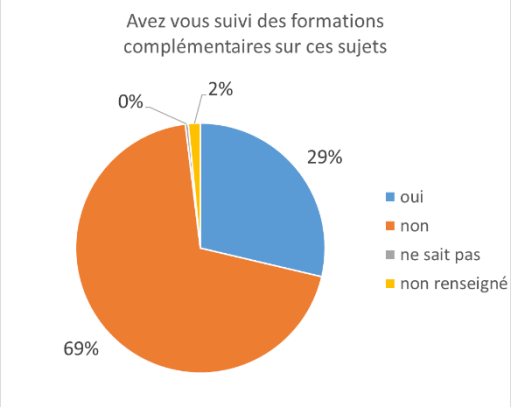




| avez-vous abordé la notion de période sensible en formation initiale | oui | non | ne sait pas | non renseigné | Total général |
|---|---|---|---|---|---|
| AEPE | 33 | 38 | 18 | 3 | 92 |
| AGENT TECHNIQUE | 2 | 3 | 1 | 2 | 8 |
| AP | 38 | 28 | 18 | 1 | 85 |
| DIRECTION | 27 | 9 | 4 | 1 | 41 |
| EJE | 14 | 5 | 2 | 2 | 23 |
| REFERENT/E SANITAIRE | 3 | 2 | | | 5 |
| STAGIAIRE | 1 | 2 | | 1 | 4 |
| Total général | 118 | 87 | 43 | 10 | 258 |

## 2.7 A7 : Formation continue :

### 2.7.1 A7a : Avez-vous suivi des formations compélentaires sur ces sujets

| avez-vous suivi des formations complémentaires sur ces sujets | Nombre de sujets |
|---|---|
| oui | 74 |
| non | 179 |
| ne sait pas | 1 |
| non renseigné | 4 |
| Total général | 258 |



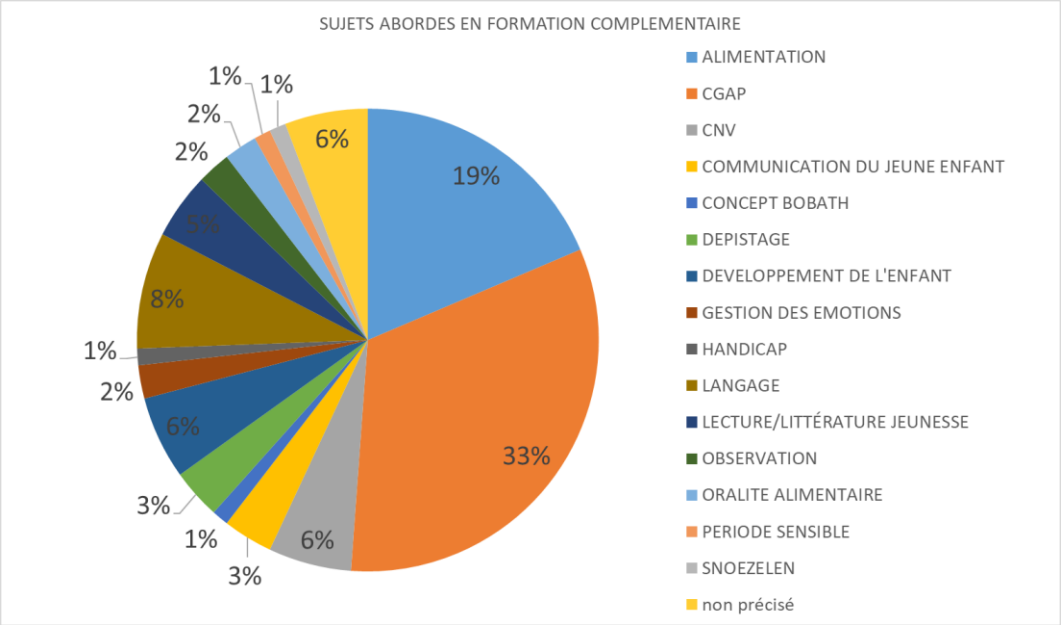

### 2.7.2 A7b : Sujets abordés en formation complémentaire

| sujets abordés en formation complémentaire | Somme de NB |
|---|---|
| ALIMENTATION | 16 |
| CGAP | 28 |
| CNV | 5 |
| COMMUNICATION DU JEUNE ENFANT | 3 |
| CONCEPT BOBATH | 1 |
| DEPISTAGE | 3 |
| DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT | 5 |
| GESTION DES EMOTIONS | 2 |
| HANDICAP | 1 |
| LANGAGE | 7 |
| LECTURE/LITTÉRATURE JEUNESSE | 4 |
| OBSERVATION | 2 |
| ORALITE ALIMENTAIRE | 2 |
| PERIODE SENSIBLE | 1 |
| SNOEZELEN | 1 |
| non précisé | 5 |
| Total général | 86 |

A noter que deux personnes citent expressément l'oralité alimentaire contre 16 qui parlent d'alimentation.

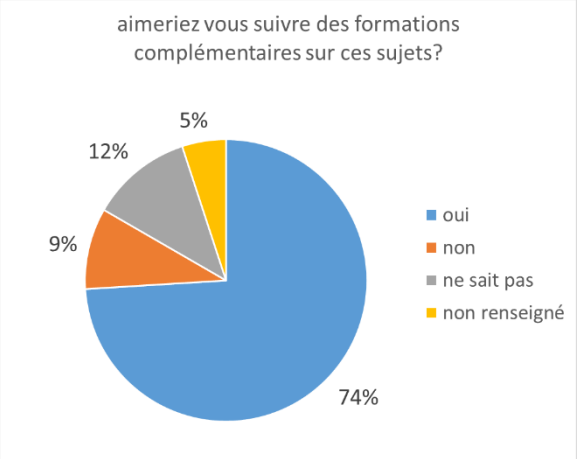
Concernant les formations sur le langage, le programme parler Bambin est cité deux fois.

La CGAP, communication gestuelle associée à la parole, est largement citée parmi les formations suivies.




### 2.7.3 A7c :Aimeriez vous suivre des formations complémentaires sur ces sujets

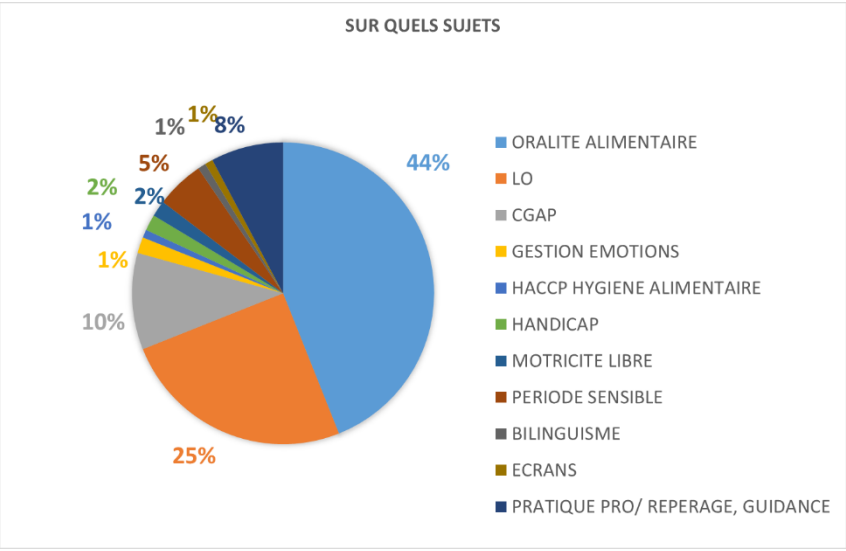
| aimeriez vous suivre des formations complémentaires sur ces sujets | Nombre de sujets |
|---|---|
| oui | 191 |
| non | 24 |
| ne sait pas | 30 |
| non renseigné | 13 |
| Total général | 258 |



| aimeriez vous suivre des formations complémentaires sur ces sujets | oui | non | ne sait pas | non renseigné | Total général |
|---|---|---|---|---|---|
| AEPE | 65 | 6 | 19 | 2 | 92 |
| AGENT TECHNIQUE | 3 | 4 | 1 | | 8 |
| AP | 63 | 10 | 7 | 5 | 85 |
| DIRECTION | 35 | 2 | 1 | 3 | 41 |
| EJE | 18 | 1 | 2 | 2 | 23 |
| REFERENT/E SANITAIRE | 5 | | | | 5 |
| STAGIAIRE | 2 | 1 | | 1 | 4 |
| Total général | 191 | 24 | 30 | 13 | 258 |

### 2.7.4 A7d :Sur quel sujets ?

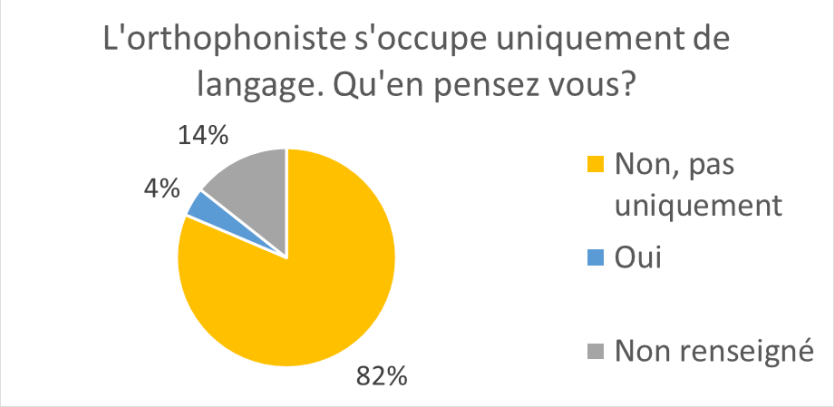
| sur quel sujet? | Nombre de sujets |
|---|---|
| ORALITE ALIMENTAIRE | 51 |
| LO | 29 |
| CGAP | 12 |
| GESTION EMOTIONS | 2 |
| HACCP HYGIENE ALIMENTAIRE | 1 |
| HANDICAP | 2 |
| MOTRICITE LIBRE | 2 |
| PERIODE SENSIBLE | 6 |
| BILINGUISME | 1 |
| ECRANS | 1 |
| PRATIQUE PRO/ REPERAGE, GUIDANCE | 9 |
| non renseigné | 142 |
| Total général | 258 |



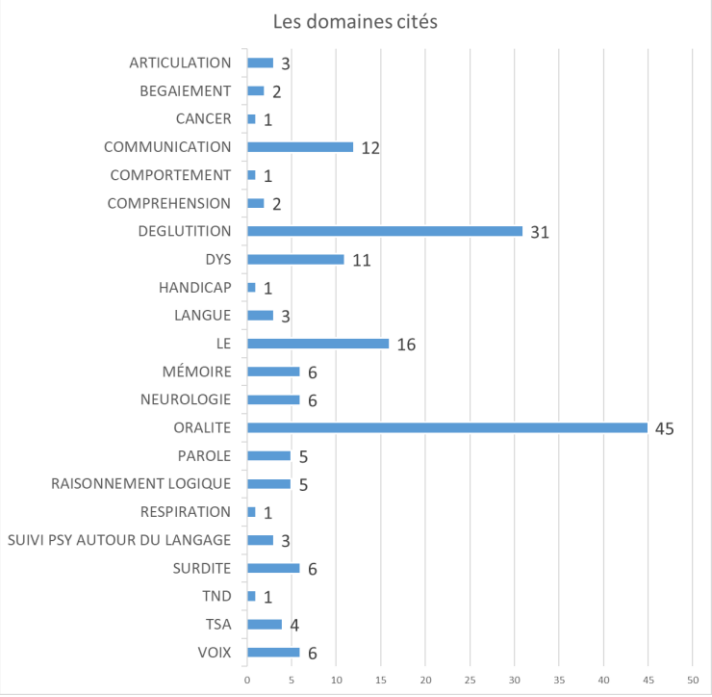
## 2.8 A8 :Et les orthophonistes ? qui sommes nous ?

### 2.8.1 A8a : L'orthophoniste s'occupe uniquement du langage. Qu'en pensez-vous ?

| L'orthophoniste s'occupe uniquement de langage. Qu'en pensez vous? | Nombre de sujets |
|---|---|
| Non, pas uniquement | 210 |
| Oui | 11 |
| Non renseigné | 37 |
| Total général | 258 |



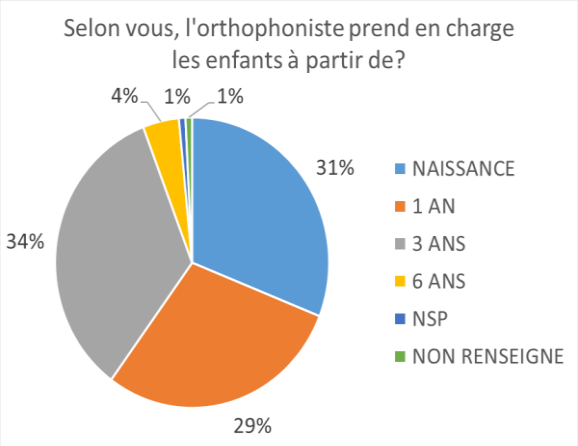

Parmi les personnes qui répondent « non pas uniquement », certaines ont précisé les domaines qu'elles pensaient faire partie de la sphère d'intervention de l'orthophonie.



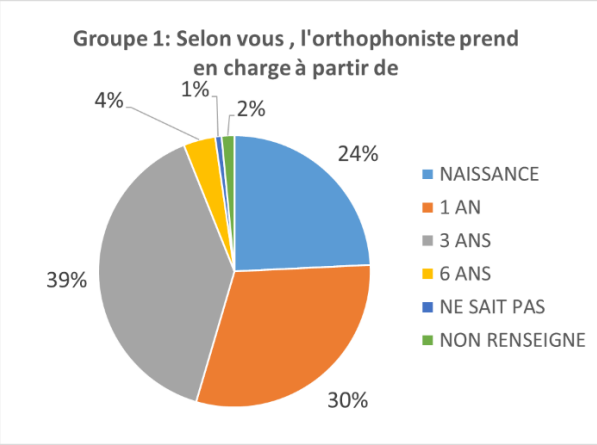

Les problématiques d'oralité alimentaire et de déglutition sont citées majoritairement.

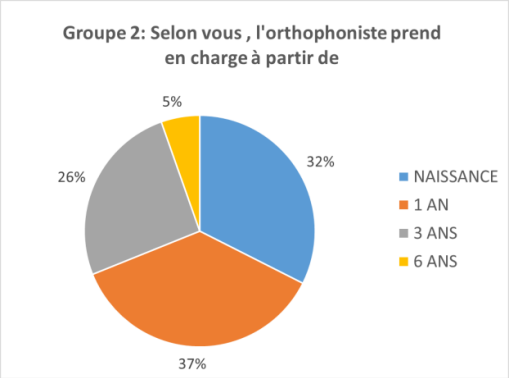
### 2.8.2 A8b : Selon vous l'orthophoniste prend en charge à partir de

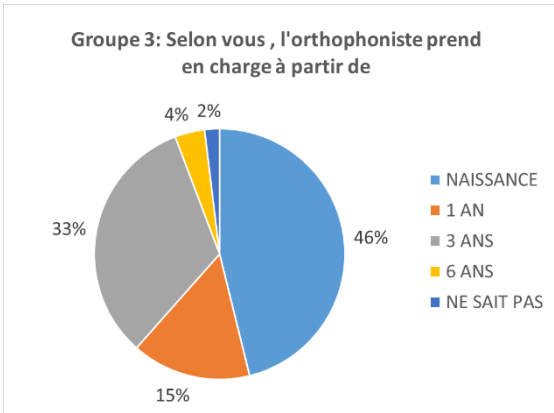
| Selon vous , l'orthophoniste prend en charge à partir de | |
|---|---|
| NAISSANCE | 80 |
| 1 AN | 75 |
| 3 ANS | 88 |
| 6 ANS | 11 |
| NE SAIT PAS | 2 |
| NON RENSEIGNE | 2 |
| Total général | 258 |




| Selon vous, l'orthophoniste prend en charge à partir de : | G1 | G2 | G3 | Total |
|---|---|---|---|---|
| NAISSANCE | 32 | 24 | 24 | 80 |
| 1 AN | 40 | 27 | 8 | 75 |
| 3 ANS | 52 | 19 | 17 | 88 |
| 6 ANS | 5 | 4 | 2 | 11 |
| NE SAIT PAS | 1 | | 1 | 2 |
| NON RENSEIGNE | 2 | | | 2 |
| Total général | 132 | 74 | 52 | 258 |

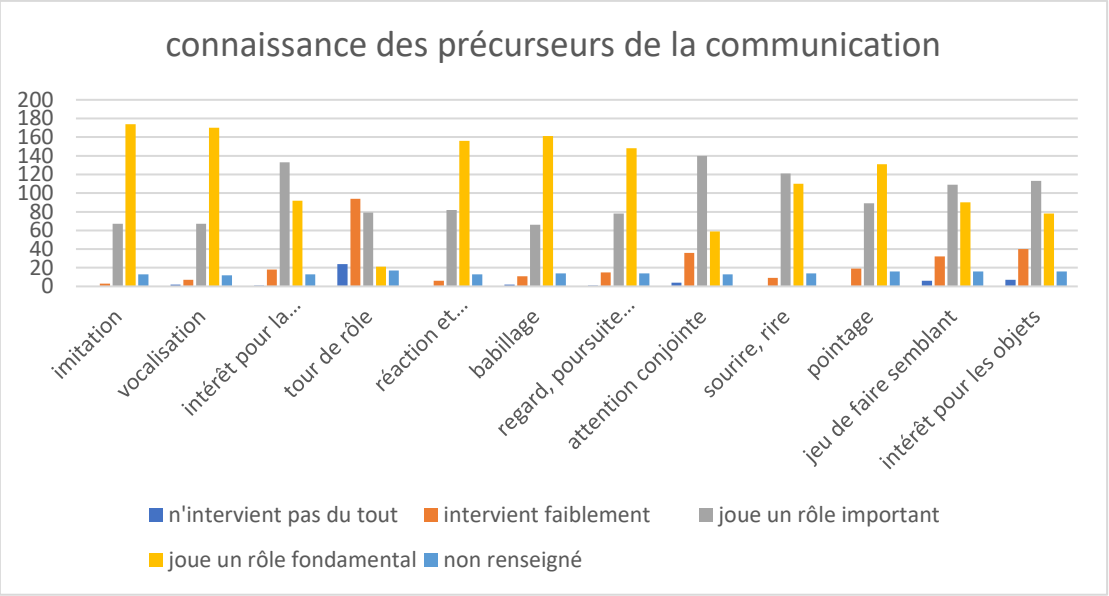





# 3 Résultats partie B : langage et communication

| compétences socles | n'intervient pas du tout | intervient faiblement | joue un rôle important | joue un rôle fonda mental | non renseigné | ne sait pas | total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| imitation | | 3 | 67 | 174 | 13 | 1 | 258 |
| vocalisation | 2 | 7 | 67 | 170 | 12 | | 258 |
| intérêt pour la personne | 1 | 18 | 133 | 92 | 13 | 1 | 258 |
| tour de rôle | 24 | 94 | 79 | 21 | 17 | 23 | 258 |
| réaction et orientation au son | | 6 | 82 | 156 | 13 | 1 | 258 |
| babillage | 2 | 11 | 66 | 161 | 14 | 4 | 258 |
| regard, poursuite occulaire | 1 | 15 | 78 | 148 | 14 | 2 | 258 |
| attention conjointe | 4 | 36 | 140 | 59 | 13 | 6 | 258 |
| sourire, rire | | 9 | 121 | 110 | 14 | 4 | 258 |
| pointage | | 19 | 89 | 131 | 16 | 3 | 258 |
| jeu de faire semblant | 6 | 32 | 109 | 90 | 16 | 5 | 258 |
| intérêt pour les objets | 7 | 40 | 113 | 78 | 16 | 4 | 258 |



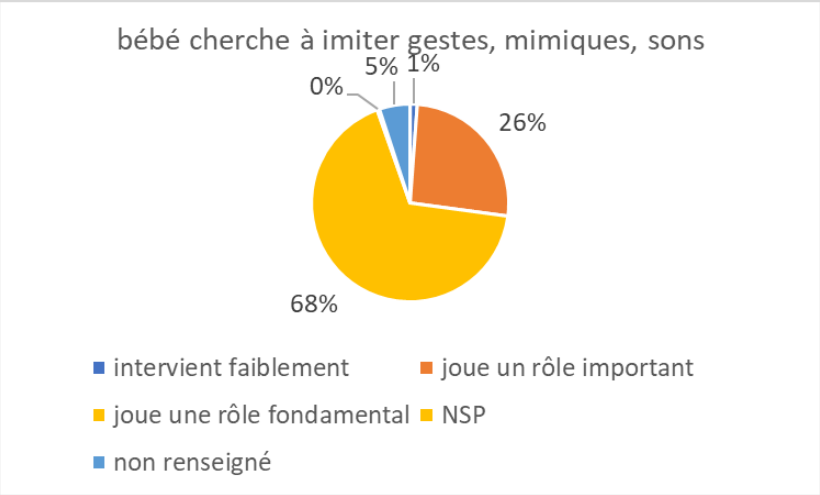

| compétences socles : score consolidé rôle fondamental et important | G1 | G2 | G3 |
|---|---|---|---|
| imitation | 93,2% | 92% | 96% |
| vocalisation | 90,2% | 91% | 98% |
| intérêt pour la personne | 88,6% | 82% | 90% |
| tour de rôle | 37,9% | 34% | 48% |
| réaction et orientation au son | 92,4% | 91% | 94% |
| babillage | 85,6% | 86% | 96% |
| regard, poursuite occulaire | 86,4% | 84% | 96% |
| attention conjointe | 75,8% | 73% | 87% |
| sourire, rire | 89,4% | 85% | 96% |
| pointage | 84,1% | 82% | 92% |
| jeu de faire semblant | 74,2% | 76% | 87% |
| intérêt pour les objets | 68,9% | 76% | 85% |

| Moyennes des scores/36 à l'item B1: Compétences socles | |
|---|---|
| G1 | 26,12 |
| G2 | 27,49 |
| G3 | 29,31 |
| Moyenne global | 27,16 |

## 3.1 B1 : Compétences socles du langage et de la communication

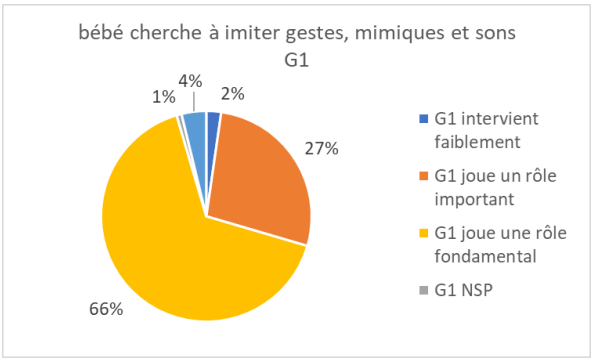
### 3.1.1 Bébé cherche à imiter des gestes, des mimiques , des sons

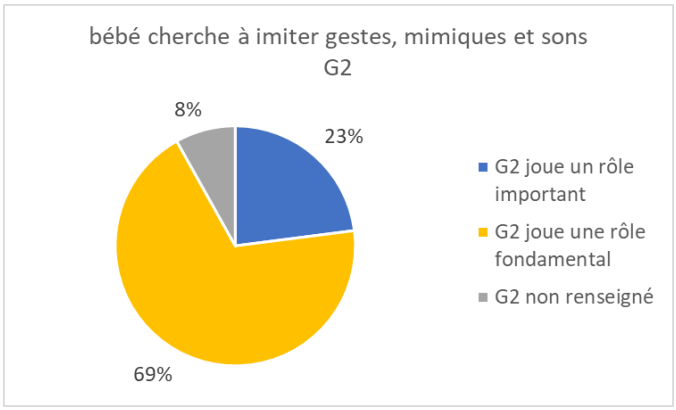
| bébé cherche à imiter des gestes des mimiques, des sons | |
|---|---|
| intervient faiblement | 3 |
| joue un rôle important | 67 |
| joue une rôle fondamental | 174 |
| NSP | 1 |
| non renseigné | 13 |
| Total général | 258 |

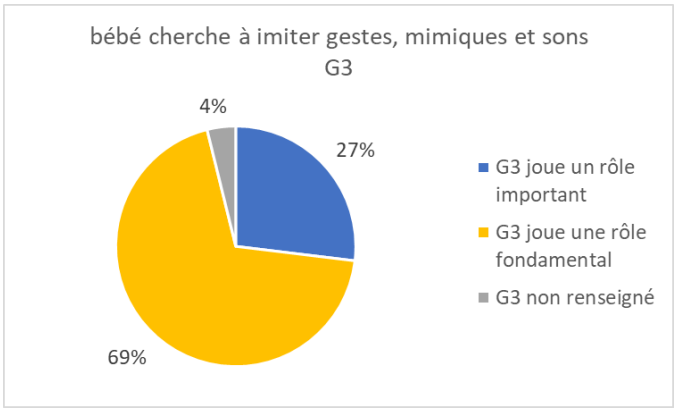



Par groupe

| bébé cherche à imiter gestes, mimiques et sons | . | % par groupe |
|---|---|---|
| **G1** | 132 | |
| intervient faiblement | 3 | 2% |
| joue un rôle important | 36 | 27% |
| joue une rôle fondamental | 87 | 66% |
| NSP | 1 | 1% |
| non renseigné | 5 | 4% |
| G2 | 74 | |
| joue un rôle important | 17 | 23% |
| joue une rôle fondamental | 51 | 69% |
| non renseigné | 6 | 8% |
| G3 | 52 | |
| joue un rôle important | 14 | 27% |
| joue une rôle fondamental | 36 | 69% |
| non renseigné | 2 | 4% |
| Total général | 258 | |

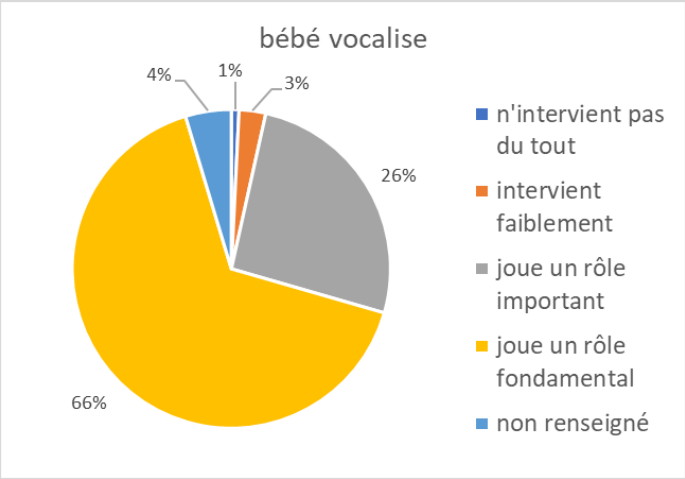


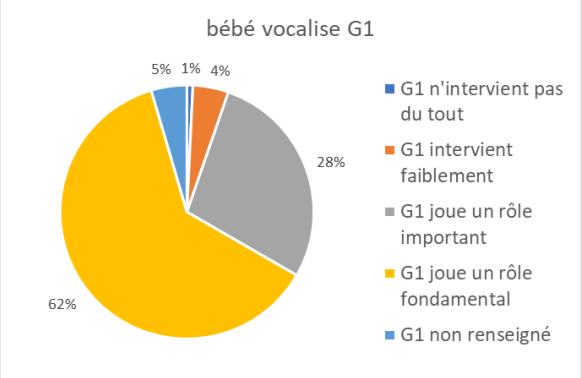

### 3.1.2 Bébé vocalise

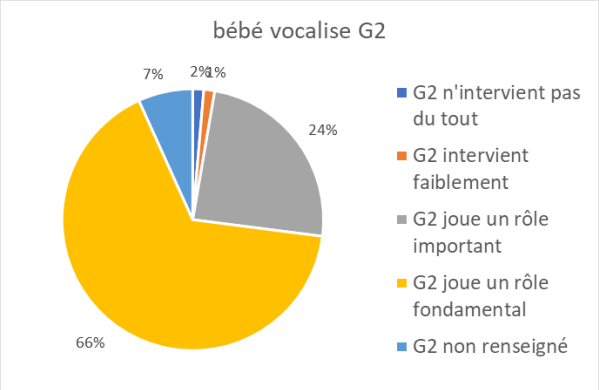
| **bébé vocalise** | **:** |
|---|---|
| n'intervient pas du tout | 2 |
| intervient faiblement | 7 |
| joue un rôle important | 67 |
| joue un rôle fondamental | 170 |
| non renseigné | 12 |
| Total général | 258 |

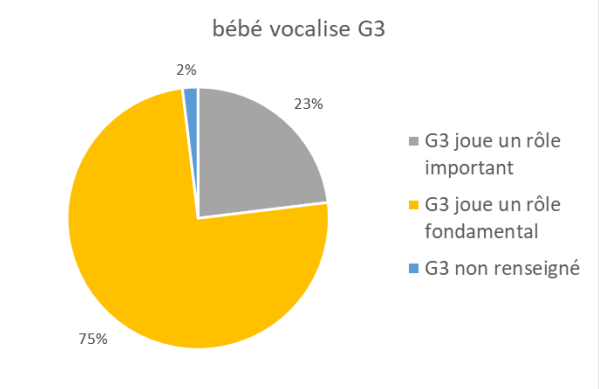



Par groupe

| bébé vocalise | . |
|---|---|
| G1 | 132 |
| n'intervient pas du tout | 1 |
| intervient faiblement | 6 |
| joue un rôle important | 37 |
| joue un rôle fondamental | 82 |
| non renseigné | 6 |
| G2 | 74 |
| n'intervient pas du tout | 1 |
| intervient faiblement | 1 |
| joue un rôle important | 18 |
| joue un rôle fondamental | 49 |
| non renseigné | 5 |
| G3 | 52 |
| joue un rôle important | 12 |
| joue un rôle fondamental | 39 |
| non renseigné | 1 |
| Total général | 258 |

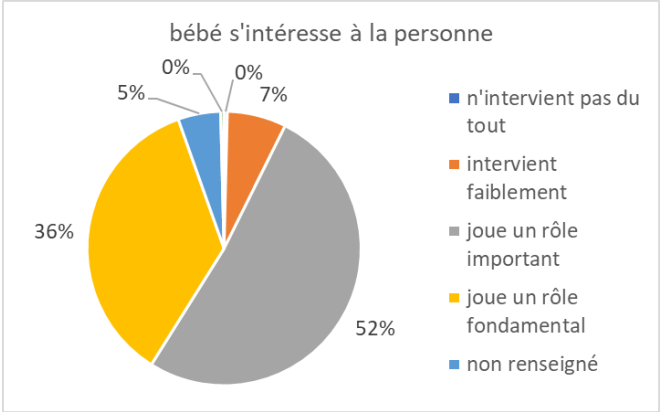


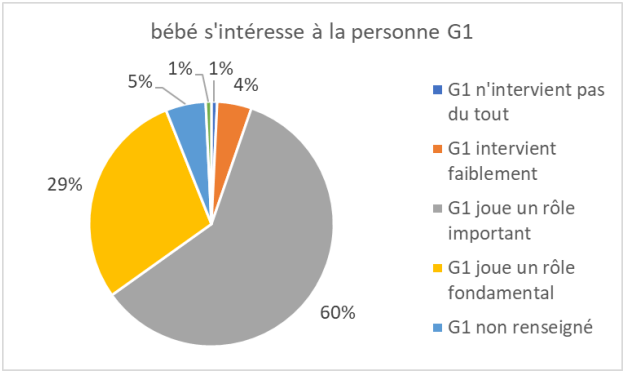



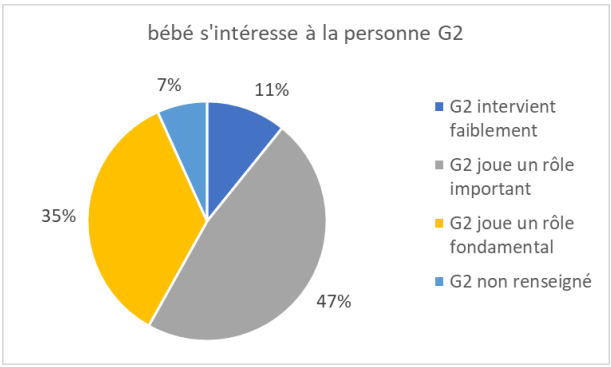
### 3.1.3 Bébé s'intéresse à la personne

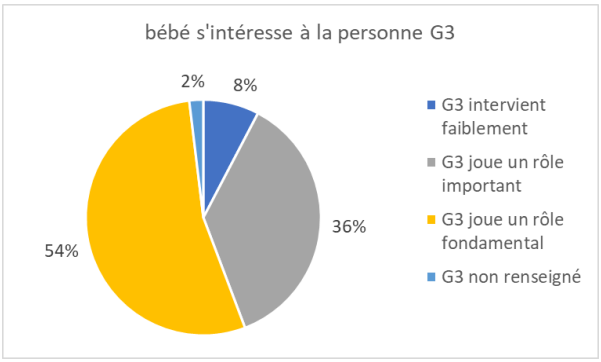
| bébé s'intéresse à la personne | : |
|---|---|
| n'intervient pas du tout | 1 |
| intervient faiblement | 18 |
| joue un rôle important | 133 |
| joue un rôle fondamental | 92 |
| non renseigné | 13 |
| NSP | 1 |
| Total général | 258 |




| bébé s'intéresse à la personne | : |
|---|---|
| G1 | 132 |
| n'intervient pas du tout | 1 |
| intervient faiblement | 6 |
| joue un rôle important | 79 |
| joue un rôle fondamental | 38 |
| non renseigné | 7 |
| NSP | 1 |
| G2 | 74 |
| intervient faiblement | 8 |
| joue un rôle important | 35 |
| joue un rôle fondamental | 26 |
| non renseigné | 5 |
| G3 | 52 |
| intervient faiblement | 4 |
| joue un rôle important | 19 |
| joue un rôle fondamental | 28 |
| non renseigné | 1 |
| Total général | 258 |

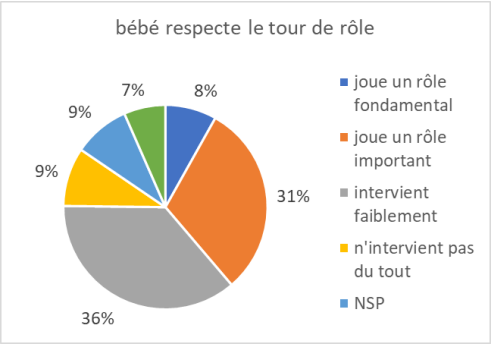


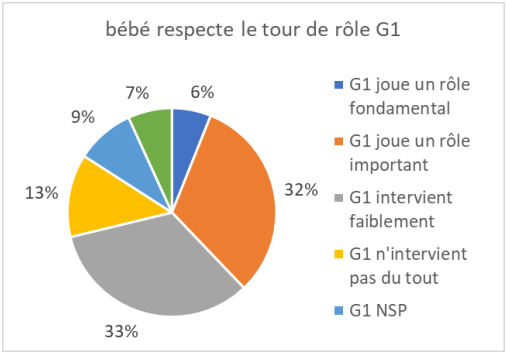



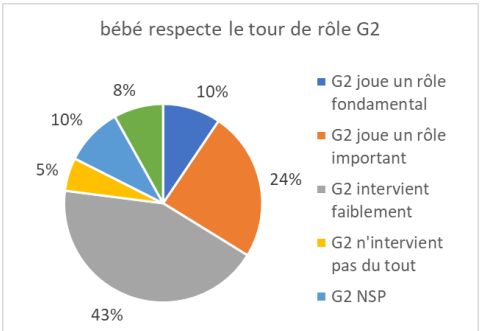
### 3.1.4 Bébé respecte le tour de rôle

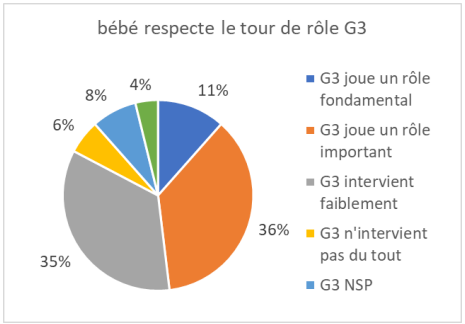
| bébé respecte le tour de rôle : | |
|---|---|
| joue un rôle fondamental | 21 |
| joue un rôle important | 79 |
| intervient faiblement | 94 |
| n'intervient pas du tout | 24 |
| NSP | 23 |
| non renseigné | 17 |
| Total général | 258 |




| bébé respecte le tour de rôle : | |
|---|---|
| G1 | 132 |
| joue un rôle fondamental | 8 |
| joue un rôle important | 42 |
| intervient faiblement | 44 |
| n'intervient pas du tout | 17 |
| NSP | 12 |
| non renseigné | 9 |
| G2 | 74 |
| joue un rôle fondamental | 7 |
| joue un rôle important | 18 |
| intervient faiblement | 32 |
| n'intervient pas du tout | 4 |
| NSP | 7 |
| non renseigné | 6 |
| G3 | 52 |
| joue un rôle fondamental | 6 |
| joue un rôle important | 19 |
| intervient faiblement | 18 |
| n'intervient pas du tout | 3 |
| NSP | 4 |
| non renseigné | 2 |
| Total général | 258 |

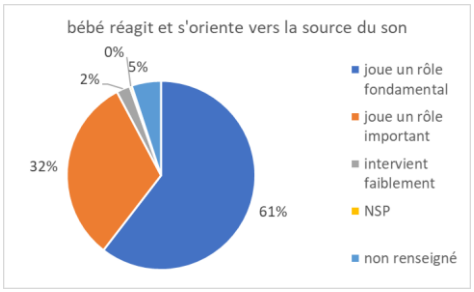


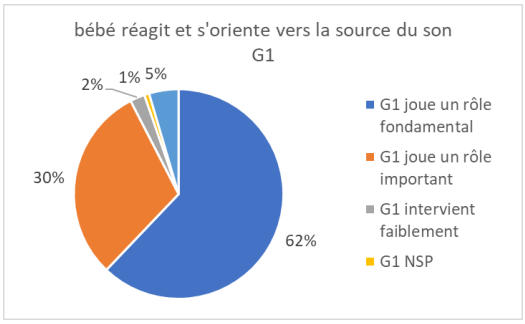



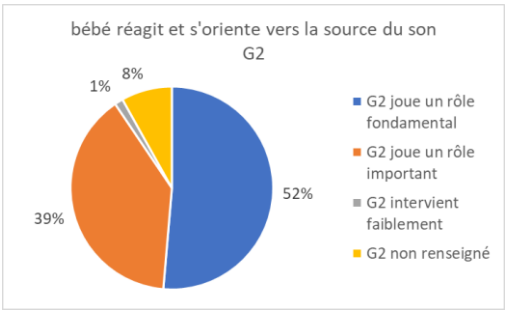
### 3.1.5 bébé réagit et s'oriente vers la source du son

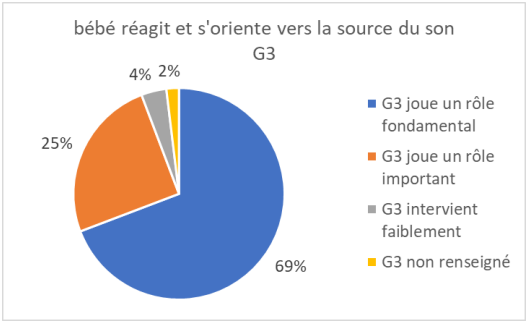
| bébé réagit et s'oriente vers la source du son : | |
|---|---|
| joue un rôle fondamental | 156 |
| joue un rôle important | 82 |
| intervient faiblement | 6 |
| NSP | 1 |
| non renseigné | 13 |
| Total général | 258 |




| bébé réagit et s'oriente vers la source du son | |
|---|---|
| G1 | 132 |
| joue un rôle fondamental | 82 |
| joue un rôle important | 40 |
| intervient faiblement | 3 |
| NSP | 1 |
| non renseigné | 6 |
| G2 | 74 |
| joue un rôle fondamental | 38 |
| joue un rôle important | 29 |
| intervient faiblement | 1 |
| non renseigné | 6 |
| G3 | 52 |
| joue un rôle fondamental | 36 |
| joue un rôle important | 13 |
| intervient faiblement | 2 |
| non renseigné | 1 |
| Total général | 258 |

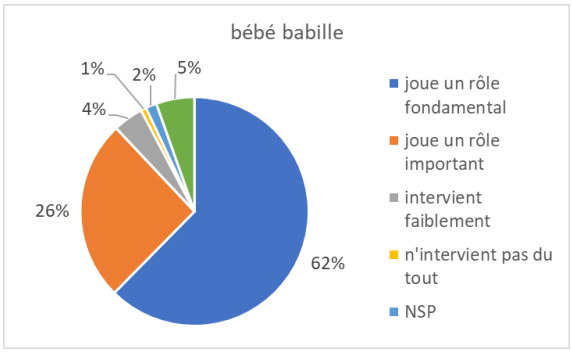


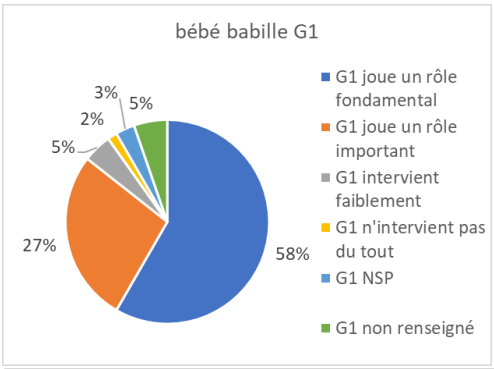



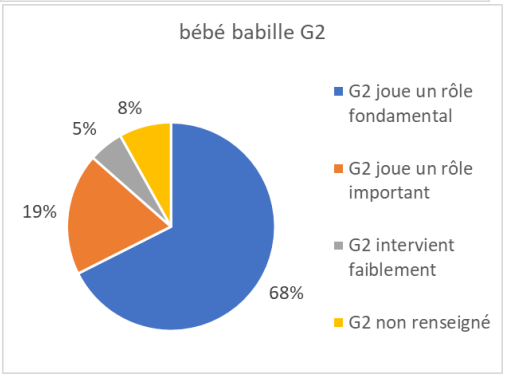
### 3.1.6 bébé babille

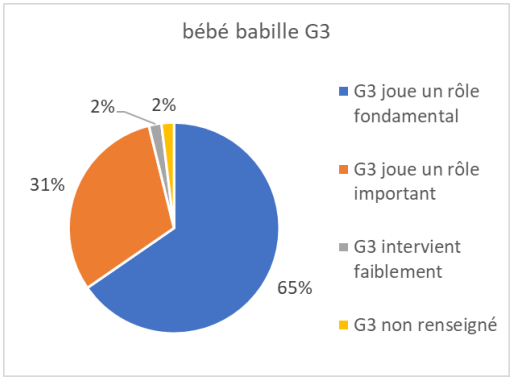
| bébé babille | |
|---|---|
| joue un rôle fondamental | 161 |
| joue un rôle important | 66 |
| intervient faiblement | 11 |
| n'intervient pas du tout | 2 |
| NSP | 4 |
| non renseigné | 14 |
| Total général | 258 |




| bébé babille | |
|---|---|
| **G1** | **132** |
| joue un rôle fondamental | 77 |
| joue un rôle important | 36 |
| intervient faiblement | 6 |
| n'intervient pas du tout | 2 |
| NSP | 4 |
| non renseigné | 7 |
| **G2** | **74** |
| joue un rôle fondamental | 50 |
| joue un rôle important | 14 |
| intervient faiblement | 4 |
| non renseigné | 6 |
| **G3** | **52** |
| joue un rôle fondamental | 34 |
| joue un rôle important | 16 |
| intervient faiblement | 1 |
| non renseigné | 1 |
| Total général | 258 |

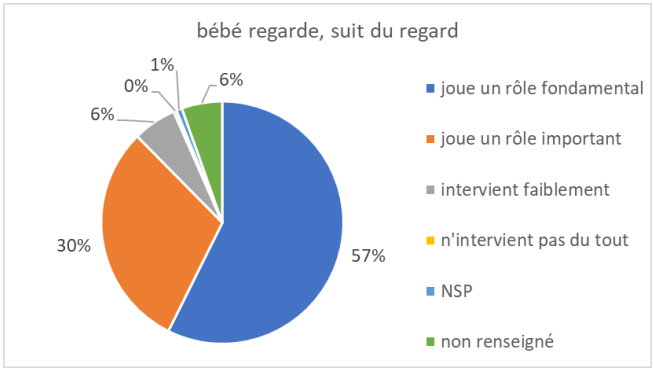


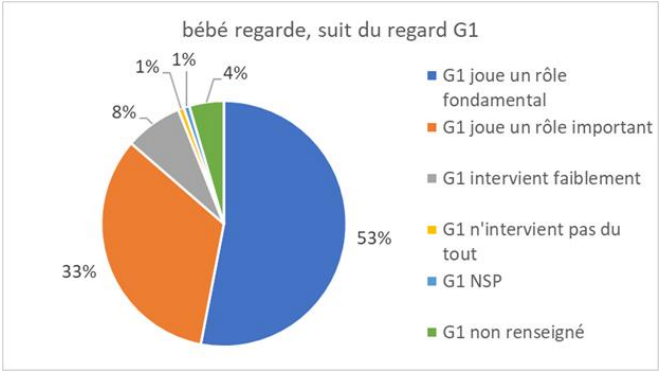



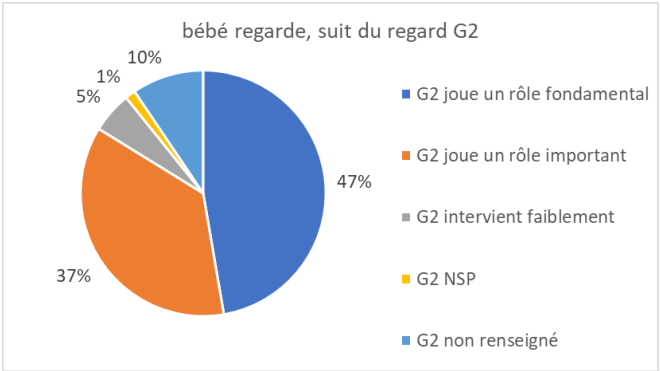
### 3.1.7 bébé regarde, suit du regard

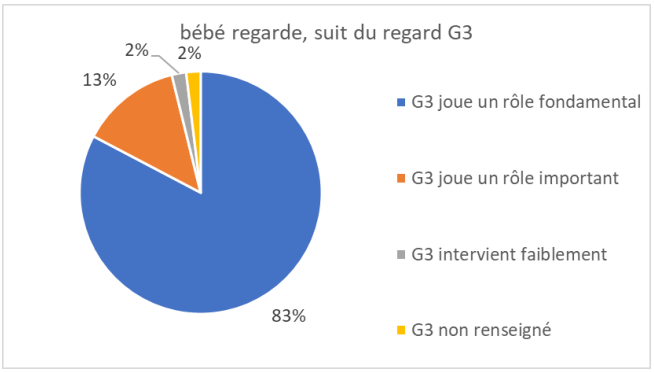
| bébé regarde, suit du regard | |
|---|---|
| joue un rôle fondamental | 148 |
| joue un rôle important | 78 |
| intervient faiblement | 15 |
| n'intervient pas du tout | 1 |
| NSP | 2 |
| non renseigné | 14 |
| Total général | 258 |




| bébé regarde, suit du regard | |
|---|---|
| G1 | 132 |
| joue un rôle fondamental | 70 |
| joue un rôle important | 44 |
| intervient faiblement | 10 |
| n'intervient pas du tout | 1 |
| NSP | 1 |
| non renseigné | 6 |
| G2 | 74 |
| joue un rôle fondamental | 35 |
| joue un rôle important | 27 |
| intervient faiblement | 4 |
| NSP | 1 |
| non renseigné | 7 |
| G3 | 52 |
| joue un rôle fondamental | 43 |
| joue un rôle important | 7 |
| intervient faiblement | 1 |
| non renseigné | 1 |
| Total général | 258 |

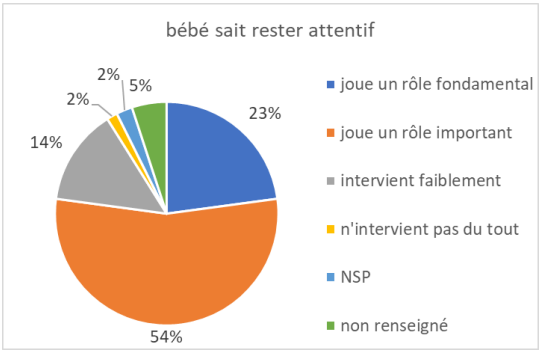


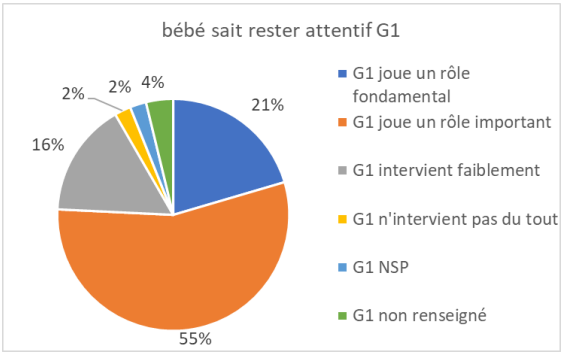



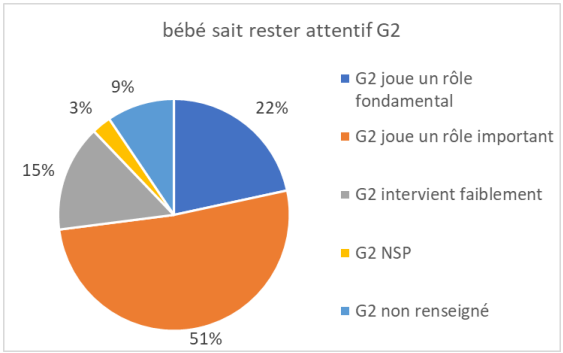
### 3.1.8 bébé sait rester attentif (lors d'une lecture, d'une activité par exemple)

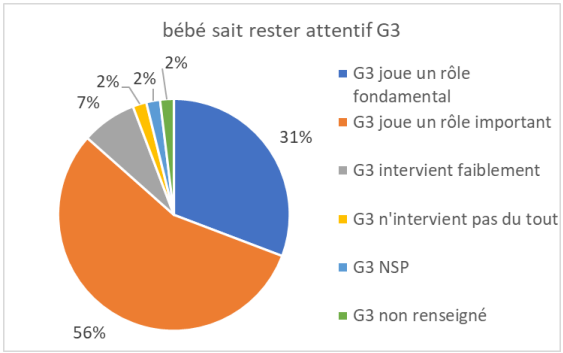
| bébé sait rester attentif | |
|---|---|
| joue un rôle fondamental | 59 |
| joue un rôle important | 140 |
| intervient faiblement | 36 |
| n'intervient pas du tout | 4 |
| NSP | 6 |
| non renseigné | 13 |
| Total général | 258 |




| bébé sait rester attentif | |
|---|---|
| G1 | 132 |
| joue un rôle fondamental | 27 |
| joue un rôle important | 73 |
| intervient faiblement | 21 |
| n'intervient pas du tout | 3 |
| NSP | 3 |
| non renseigné | 5 |
| G2 | 74 |
| joue un rôle fondamental | 16 |
| joue un rôle important | 38 |
| intervient faiblement | 11 |
| NSP | 2 |
| non renseigné | 7 |
| G3 | 52 |
| joue un rôle fondamental | 16 |
| joue un rôle important | 29 |
| intervient faiblement | 4 |
| n'intervient pas du tout | 1 |
| NSP | 1 |
| non renseigné | 1 |
| Total général | 258 |

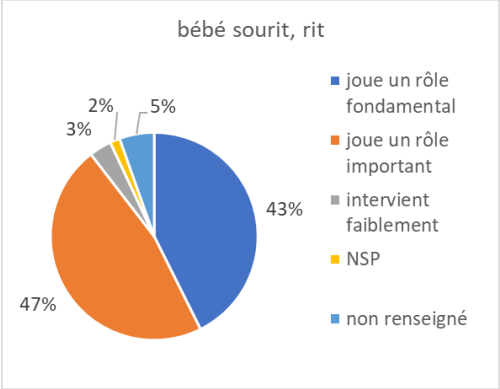


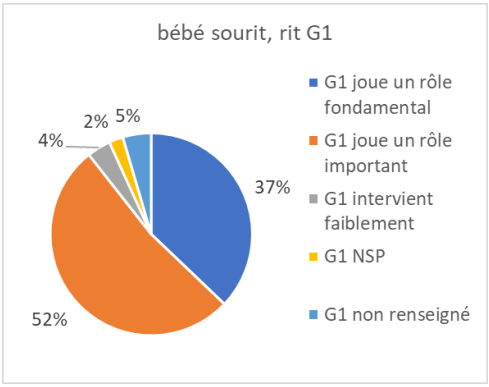



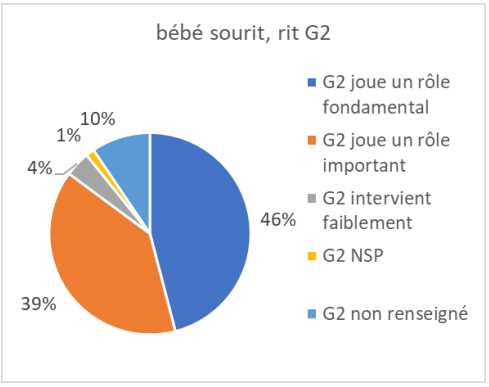
### 3.1.9 bébé sourit, rit

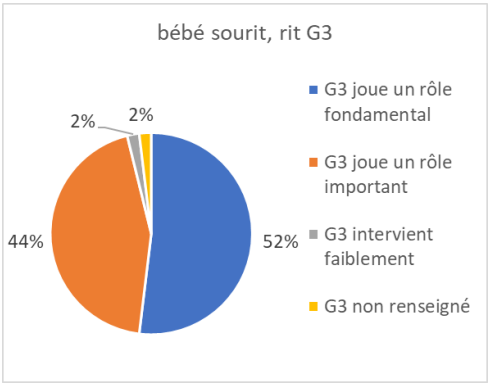
| bébé sourit, rit | |
|---|---|
| joue un rôle fondamental | 110 |
| joue un rôle important | 121 |
| intervient faiblement | 9 |
| NSP | 4 |
| non renseigné | 14 |
| Total général | 258 |




| bébé sourit, rit | |
|---|---|
| G1 | 132 |
| joue un rôle fondamental | 49 |
| joue un rôle important | 69 |
| intervient faiblement | 5 |
| NSP | 3 |
| non renseigné | 6 |
| G2 | 74 |
| joue un rôle fondamental | 34 |
| joue un rôle important | 29 |
| intervient faiblement | 3 |
| NSP | 1 |
| non renseigné | 7 |
| G3 | 52 |
| joue un rôle fondamental | 27 |
| joue un rôle important | 23 |
| intervient faiblement | 1 |
| non renseigné | 1 |
| Total général | 258 |

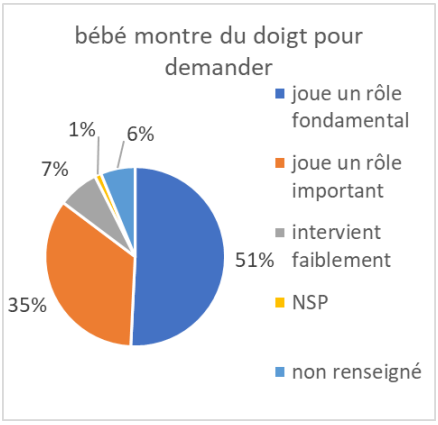


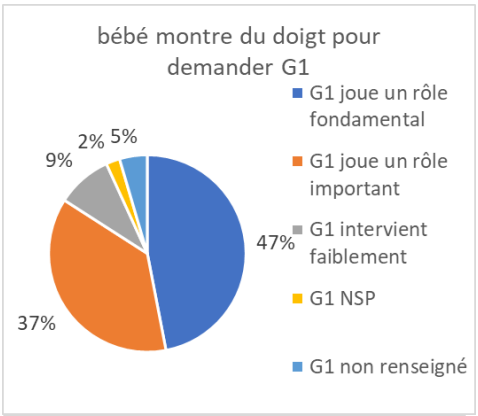



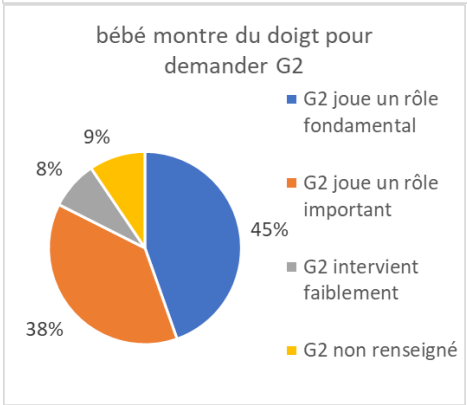
### 3.1.10 bébé montre du doigt pour demander

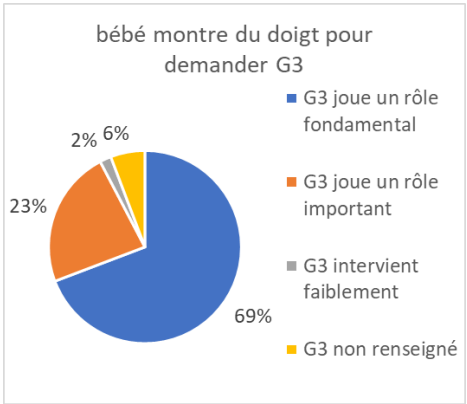
| bébé montre du doigt pour demander | |
|---|---|
| joue un rôle fondamental | 131 |
| joue un rôle important | 89 |
| intervient faiblement | 19 |
| NSP | 3 |
| non renseigné | 16 |
| Total général | 258 |




| bébé montre du doigt pour demander | |
|---|---|
| G1 | 132 |
| joue un rôle fondamental | 62 |
| joue un rôle important | 49 |
| intervient faiblement | 12 |
| NSP | 3 |
| non renseigné | 6 |
| G2 | 74 |
| joue un rôle fondamental | 33 |
| joue un rôle important | 28 |
| intervient faiblement | 6 |
| non renseigné | 7 |
| G3 | 52 |
| joue un rôle fondamental | 36 |
| joue un rôle important | 12 |
| intervient faiblement | 1 |
| non renseigné | 3 |
| Total général | 258 |

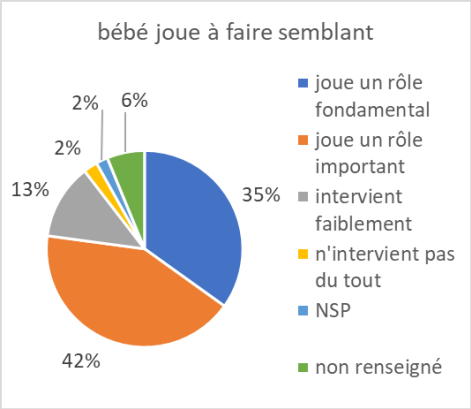


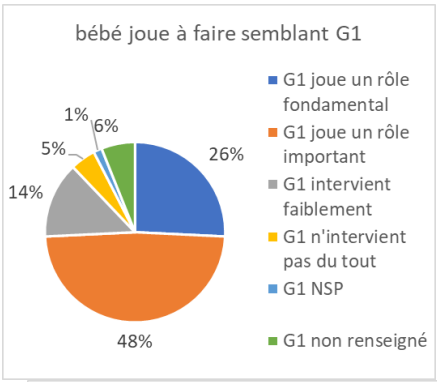



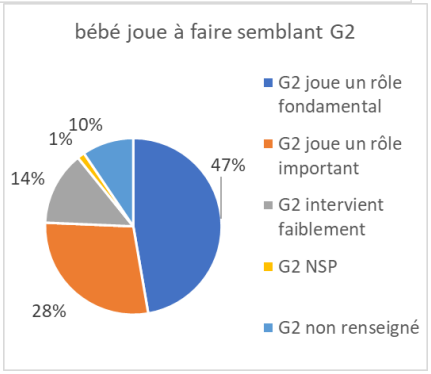
### 3.1.11 bébé joue à faire semblant

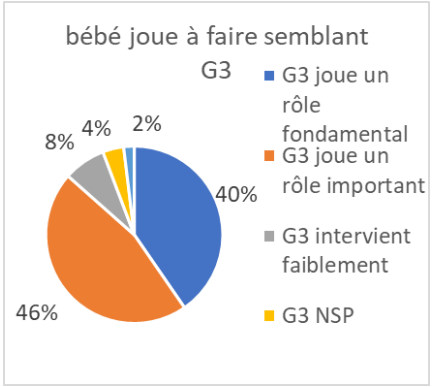
| bébé joue à faire semblant | |
|---|---|
| joue un rôle fondamental | 90 |
| joue un rôle important | 109 |
| intervient faiblement | 32 |
| n'intervient pas du tout | 6 |
| NSP | 5 |
| non renseigné | 16 |
| Total général | 258 |




| bébé joue à faire semblant | |
|---|---|
| G1 | 132 |
| joue un rôle fondamental | 34 |
| joue un rôle important | 64 |
| intervient faiblement | 18 |
| n'intervient pas du tout | 6 |
| NSP | 2 |
| non renseigné | 8 |
| G2 | 74 |
| joue un rôle fondamental | 35 |
| joue un rôle important | 21 |
| intervient faiblement | 10 |
| NSP | 1 |
| non renseigné | 7 |
| G3 | 52 |
| joue un rôle fondamental | 21 |
| joue un rôle important | 24 |
| intervient faiblement | 4 |
| NSP | 2 |
| non renseigné | 1 |
| Total général | 258 |

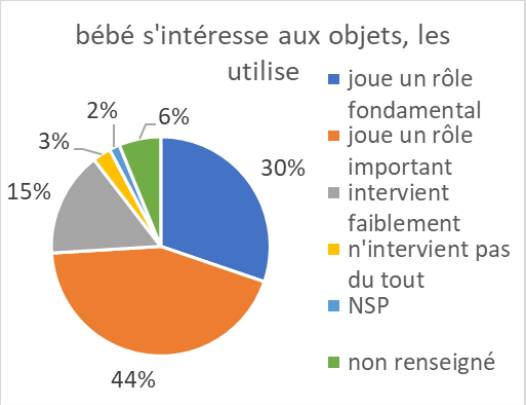


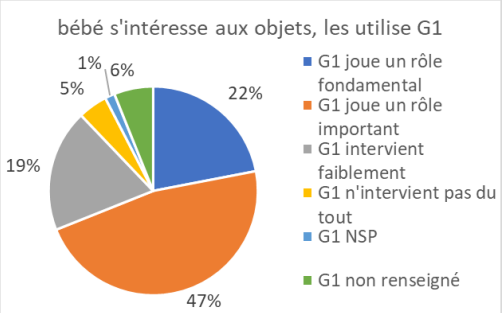



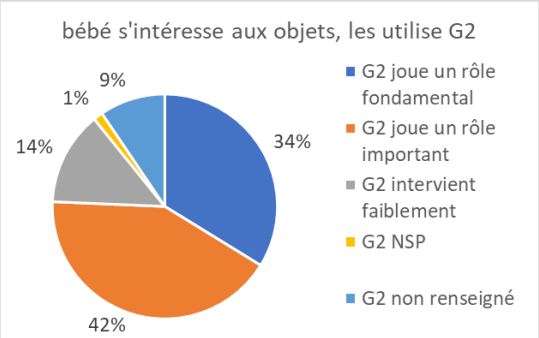
### 3.1.12 bébé s'intéresse aux objets, les utilise

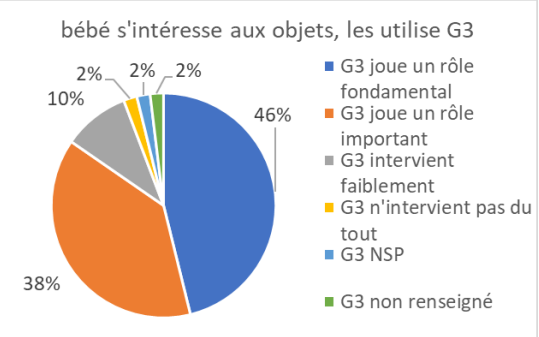
| bébé s'intéresse aux objets, les utilise | |
|---|---|
| joue un rôle fondamental | 78 |
| joue un rôle important | 113 |
| intervient faiblement | 40 |
| n'intervient pas du tout | 7 |
| NSP | 4 |
| non renseigné | 16 |
| Total général | 258 |




| bébé s'intéresse aux objets, les utilise | |
|---|---|
| G1 | 132 |
| joue un rôle fondamental | 29 |
| joue un rôle important | 62 |
| intervient faiblement | 25 |
| n'intervient pas du tout | 6 |
| NSP | 2 |
| non renseigné | 8 |
| G2 | 74 |
| joue un rôle fondamental | 25 |
| joue un rôle important | 31 |
| intervient faiblement | 10 |
| NSP | 1 |
| non renseigné | 7 |
| G3 | 52 |
| joue un rôle fondamental | 24 |
| joue un rôle important | 20 |
| intervient faiblement | 5 |
| n'intervient pas du tout | 1 |
| NSP | 1 |
| non renseigné | 1 |
| Total général | 258 |



## 3.2 B2 : Repères d'âge

| d'après vous, vers quel âge, bébé : | 0-6 mois | 6-12 mois | 12-24 mois | 24-36 mois | non renseigné |
|---|---|---|---|---|---|
| Vous regarde quand vous lui parlez | 92% | 7% | 0% | 0% | 2% |
| Montre du doigt pour demander quelque chose | 3% | 59% | 33% | 2% | 4% |
| Commence à dialoguer : il gazouille en réponse quand vous lui parlez | 52% | 40% | 7% | 0% | 2% |
| Dit ses premiers mots | 2% | 30% | 65% | 2% | 2% |
| Babille : « bababa » « mamama » « dadada » | 17% | 73% | 7% | 0% | 2% |
| Reconnait la voix de sa maman | 90% | 4% | 1% | 0% | 5% |
| Comprend des petites phrases en contexte : | 5% | 51% | 40% | 2% | 3% |
| S'exprime par des pleurs, des cris | 94% | 4% | 1% | 0% | 1% |
| Montre l'image sur un livre :« où est le chat ? tu le vois ? montre-moi », | 0% | 16% | 72% | 10% | 2% |
| Réagit à son prénom | 29% | 63% | 4% | 0% | 4% |
| Dit "balle" pour "je veux la balle" ou "c'est ma balle" ou "où est la balle ? " | 0% | 7% | 68% | 22% | 2% |
| Comprend le "non" | 6% | 50% | 35% | 7% | 3% |
| Vocalise (aaaaaa, êêêêê) | 77% | 19% | 2% | 0% | 2% |

## 3.3 B3 : Signes d'appel et repérage en situation

| Face à cette situation, vous êtes : | serein | vigilant | inquiet | alerté | ne sais pas | non renseigné | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vers 3-4 mois : bébé pleure quand il a faim ou sommeil. Le reste du temps c'est un bébé très calme et silencieux | **180** | **73** | **3** | | | 2 | 258 |
| Vers 6-9 mois : Un avion de chasse passe au-dessus de la crèche en faisant un bruit de tonnerre. Vous êtes face à bébé, il n'a pas manifesté de surprise et continue tranquillement de vous sourire | **26** | **140** | **66** | **20** | **2** | **4** | 258 |
| Des parents étrangers, arrivés en France depuis peu, décident de ne parler que français à bébé | **68** | **70** | **59** | **6** | **45** | **10** | 258 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A 9 mois, bébé regarde le petit avion devant lui mais ne le suit pas des yeux quand vous le faites voler | **7** | **93** | **112** | **38** | **2** | **6** | 258 |
| A 12 mois, bébé ne produit aucun son | | **14** | **92** | **148** | **1** | **2** | 257 |
| Vers 15 mois, bébé dit quelques mots compréhensibles (maman, papa, dodo, lolo, pomme). Sur le livre, il vous montre l'image du chat en disant « ta ». | **188** | **56** | **7** | | **2** | **5** | 258 |
| Bébé a souvent le nez pris et enchaine les otites mais il n'a pas l'air de souffrir | **4** | **96** | **102** | **47** | **3** | **6** | 258 |
| A 18 mois, bébé n'a pas encore dit ses premiers mots | **5** | **88** | **96** | **63** | **1** | **5** | 258 |
| A 24 mois, bébé ne dit pas "je" pour parler de lui | **112** | **98** | **30** | **3** | **5** | **10** | 258 |
| A 18 mois, vous avez l'impression qu'il régresse, il ne dit plus certains mots qu'il disait avant. | **15** | **121** | **81** | **36** | **1** | **4** | 258 |
| Les parents sont inquiets. Ils ont l'impression que leur bébé ne les regarde pas et ont du mal à entrer en relation avec lui ; leur entourage notamment les grands parents les rassurent en leur disant que bébé a du caractère. | **1** | **73** | **73** | **100** | **7** | **4** | 258 |
| Vers 24-28 mois, il veut parler mais se bloque, hésite, répète plusieurs fois le début du mot | **23** | **74** | **109** | **49** | | **3** | 258 |
| Vers 26 mois, il dit une dizaine de mots et ne fait pas encore de combinaisons de 2 mots (papa parti, maman dodo etc.) | **26** | **102** | **92** | **32** | **1** | **5** | 258 |
| A 18 mois, bébé joue à des jeux sur la tablette | **1** | **12** | **81** | **152** | **7** | **5** | 258 |

Réponses par groupe

| G1 | serein | vigilant | inquiet | alerté | ne sais pas | non renseigné | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vers 3-4 mois : bébé pleure quand il a faim ou sommeil. Le reste du temps c'est un bébé très calme et silencieux | 92 | 37 | 2 | | | 1 | 132 |
| Vers 6-9 mois : Un avion de chasse passe au-dessus de la crèche en faisant un bruit de tonnerre. Vous êtes face à bébé, il n'a pas manifesté de surprise et continue tranquillement de vous sourire | 15 | 65 | 37 | 11 | 1 | 3 | 132 |
| Des parents étrangers, arrivés en France depuis peu, décident de ne parler que français à bébé | 39 | 32 | 28 | 4 | 25 | 4 | 132 |
| A 9 mois, bébé regarde le petit avion devant lui mais ne le suit pas des yeux quand vous le faites voler | 6 | 50 | 53 | 19 | 2 | 2 | 132 |
| A 12 mois, bébé ne produit aucun son | | 8 | 51 | 71 | 1 | 1 | 132 |
| Vers 15 mois, bébé dit quelques mots compréhensibles (maman, papa, dodo, lolo, pomme). Sur le livre, il vous montre l'image du chat en disant « ta ». | 95 | 30 | 4 | | 1 | 2 | 132 |
| Bébé a souvent le nez pris et enchaine les otites mais il n'a pas l'air de souffrir | 3 | 51 | 45 | 29 | 2 | 2 | 132 |
| A 18 mois, bébé n'a pas encore dit ses premiers mots | 3 | 44 | 49 | 34 | | 2 | 132 |
| A 24 mois, bébé ne dit pas "je" pour parler de lui | 57 | 49 | 17 | 1 | 3 | 5 | 132 |
| A 18 mois, vous avez l'impression qu'il régresse, il ne dit plus certains mots qu'il disait avant. | 7 | 66 | 38 | 18 | 1 | 2 | 132 |
| Les parents sont inquiets. Ils ont l'impression que leur bébé ne les regarde pas et ont du mal à entrer en relation avec lui ; leur entourage notamment les grands parents les rassurent en leur disant que bébé a du caractère. | 1 | 39 | 35 | 50 | 4 | 3 | 132 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vers 24-28 mois, il veut parler mais se bloque, hésite, répète plusieurs fois le début du mot | 5 | 46 | 58 | 22 | | 1 | 132 |
| Vers 26 mois, il dit une dizaine de mots et ne fait pas encore de combinaisons de 2 mots (papa parti, maman dodo etc.) | 10 | 60 | 41 | 19 | 1 | 1 | 132 |
| A 18 mois, bébé joue à des jeux sur la tablette | | 7 | 41 | 77 | 4 | 3 | 132 |

| G2 | serein | vigilant | inquiet | alerté | **ne sais pas** | non renseigné | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vers 3-4 mois : bébé pleure quand il a faim ou sommeil. Le reste du temps c'est un bébé très calme et silencieux | 53 | 20 | | | | 1 | 74 |
| Vers 6-9 mois : Un avion de chasse passe au-dessus de la crèche en faisant un bruit de tonnerre. Vous êtes face à bébé, il n'a pas manifesté de surprise et continue tranquillement de vous sourire | 4 | 49 | 16 | 3 | 1 | 1 | 74 |
| Des parents étrangers, arrivés en France depuis peu, décident de ne parler que français à bébé | 23 | 22 | 12 | | 14 | 3 | 74 |
| A 9 mois, bébé regarde le petit avion devant lui mais ne le suit pas des yeux quand vous le faites voler | 1 | 23 | 36 | 13 | | 1 | 74 |
| A 12 mois, bébé ne produit aucun son | | 4 | 24 | 44 | | 2 | 74 |
| Vers 15 mois, bébé dit quelques mots compréhensibles (maman, papa, dodo, lolo, pomme). Sur le livre, il vous montre l'image du chat en disant « ta ». | 50 | 21 | 2 | | | 1 | 74 |
| Bébé a souvent le nez pris et enchaine les otites mais il n'a pas l'air de souffrir | 1 | 30 | 29 | 10 | 1 | 3 | 74 |
| A 18 mois, bébé n'a pas encore dit ses premiers mots | 1 | 25 | 28 | 17 | 1 | 2 | 74 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A 24 mois, bébé ne dit pas "je" pour parler de lui | 31 | 27 | 10 | 1 | 2 | 3 | 74 |
| A 18 mois, vous avez l'impression qu'il régresse, il ne dit plus certains mots qu'il disait avant. | 5 | 33 | 26 | 9 | | 1 | 74 |
| Les parents sont inquiets. Ils ont l'impression que leur bébé ne les regarde pas et ont du mal à entrer en relation avec lui ; leur entourage notamment les grands parents les rassurent en leur disant que bébé a du caractère. | | 21 | 24 | 25 | 3 | 1 | 74 |
| Vers 24-28 mois, il veut parler mais se bloque, hésite, répète plusieurs fois le début du mot | 7 | 17 | 32 | 16 | | 2 | 74 |
| Vers 26 mois, il dit une dizaine de mots et ne fait pas encore de combinaisons de 2 mots (papa parti, maman dodo etc.) | 8 | 24 | 35 | 6 | | 1 | 74 |
| A 18 mois, bébé joue à des jeux sur la tablette | | 1 | 28 | 41 | 3 | 1 | 74 |

| G3 | serein | vigilant | inquiet | alerté | **ne sais pas** | non renseigné | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vers 3-4 mois : bébé pleure quand il a faim ou sommeil. Le reste du temps c'est un bébé très calme et silencieux | 35 | 16 | 1 | | | | 52 |
| Vers 6-9 mois : Un avion de chasse passe au-dessus de la crèche en faisant un bruit de tonnerre. Vous êtes face à bébé, il n'a pas manifesté de surprise et continue tranquillement de vous sourire | 7 | 26 | 13 | 6 | | | 52 |
| Des parents étrangers, arrivés en France depuis peu, décident de ne parler que français à bébé | 6 | 16 | 19 | 2 | 6 | 3 | 52 |
| A 9 mois, bébé regarde le petit avion devant lui mais ne le suit pas des yeux quand vous le faites voler | | 20 | 23 | 6 | | 3 | 52 |
| A 12 mois, bébé ne produit aucun son | | 2 | 17 | 33 | | | 52 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vers 15 mois, bébé dit quelques mots compréhensibles (maman, papa, dodo, lolo, pomme). Sur le livre, il vous montre l'image du chat en disant « ta ». | 43 | 5 | 1 | | 1 | 2 | 52 |
| Bébé a souvent le nez pris et enchaine les otites mais il n'a pas l'air de souffrir | | 15 | 28 | 8 | | 1 | 52 |
| A 18 mois, bébé n'a pas encore dit ses premiers mots | 1 | 19 | 19 | 12 | | 1 | 52 |
| A 24 mois, bébé ne dit pas "je" pour parler de lui | 24 | 22 | 3 | 1 | | 2 | 52 |
| A 18 mois, vous avez l'impression qu'il régresse, il ne dit plus certains mots qu'il disait avant. | 3 | 22 | 17 | 9 | | 1 | 52 |
| Les parents sont inquiets. Ils ont l'impression que leur bébé ne les regarde pas et ont du mal à entrer en relation avec lui ; leur entourage notamment les grands parents les rassurent en leur disant que bébé a du caractère. | | 13 | 14 | 25 | | | 52 |
| Vers 24-28 mois, il veut parler mais se bloque, hésite, répète plusieurs fois le début du mot | 11 | 11 | 19 | 11 | | | 52 |
| Vers 26 mois, il dit une dizaine de mots et ne fait pas encore de combinaisons de 2 mots (papa parti, maman dodo etc.) | 8 | 18 | 16 | 7 | | 3 | 52 |
| A 18 mois, bébé joue à des jeux sur la tablette | 1 | 4 | 12 | 34 | | 1 | 52 |

# 4 Résultats : partie C : oralité alimentaire

## 4.1 C1 : Connaissances générales sur l'oralité alimentaire

Fréquence des mots associés à la prise alimentaire

Au biberon

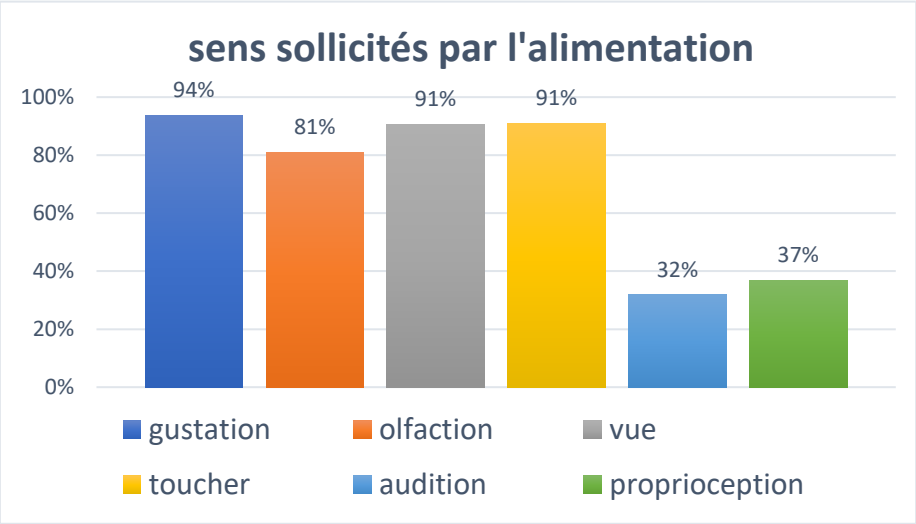
| Termes | Fréquence |
|---|---|
| **Installation de l'adulte** | 135 |
| **Matériel, outil** | 56 |
| **Posture, installation de l'enfant** | 127 |
| **Température** | 109 |
| **Aliment adapté** | 18 |
| **Faim** | 4 |
| **Aspects médicaux** | 22 |
| **Implication** | 7 |
| **Narration** | 87 |
| **Regard** | 92 |
| **Rythme** | 60 |
| **Succion, reflux** | 31 |

A la cuillère :

| Termes | Fréquence |
|---|---|
| **Aliment adapté** | 13 |
| **Mastication** | 30 |
| **Rythme** | 71 |
| **Regard** | 51 |
| **Narration** | 115 |
| **Autonomie** | 45 |
| **Aspects médicaux** | 14 |
| **Outil** | 49 |
| **Faim** | 4 |
| **Texture** | 17 |
| **Température** | 117 |
| **Environnement** | 24 |
| **Installation de l'enfant** | 138 |

## 4.2 C2 : sens sollicités

| gustation | olfaction | vue | toucher | audition | proprioception |
|---|---|---|---|---|---|
| 242 | 209 | 234 | 235 | 82 | 95 |
| **94%** | **81%** | **91%** | **91%** | **32%** | **37%** |




## 4.3 C3 : Repères d'âge

### 4.3.1 C3 : grandes étapes dans l'alimentation du jeune enfant

Répartition des réponses : 0 = non adéquates ; 1 = en adéquation avec les recommandations actuelles.

| Repères d'âges | Score | G1 | G2 | G3 | Total général |
|---|---|---|---|---|---|
| passage à la cuillère | **0** | 25 | 20 | 28 | **72** |
| passage à la cuillère | **1** | 107 | 54 | 24 | **186** |
| diversification alimentaire | **0** | 17 | 9 | 7 | **33** |
| diversification alimentaire | **1** | 115 | 65 | 45 | **225** |
| alimentation exclusive au lait maternel | **0** | 13 | 8 | 8 | **17** |
| alimentation exclusive au lait maternel | **1** | 119 | 66 | 44 | **241** |
| introduction de morceaux | **0** | 67 | 39 | 34 | **140** |
| introduction de morceaux | **1** | 65 | 35 | 18 | **118** |
| introduction de texture écrasée | **0** | 69 | 41 | 37 | **147** |
| introduction de texture écrasée | **1** | 63 | 33 | 15 | **111** |

### 4.3.2 C4 : notion de période sensible

| Faut il respecter ces repères d'âge? | G1 | G2 | G3 | Total |
|---|---|---|---|---|
| non | 95 | 60 | 38 | 193 |
| non renseigné | 2 | 2 | 2 | 6 |
| ne sait pas | 3 | 1 | | 4 |
| oui | 31 | 11 | 12 | 54 |
| Total général | 131 | 74 | 52 | 256 |

## 4.4 C5 : Identifier les signes d'alerte

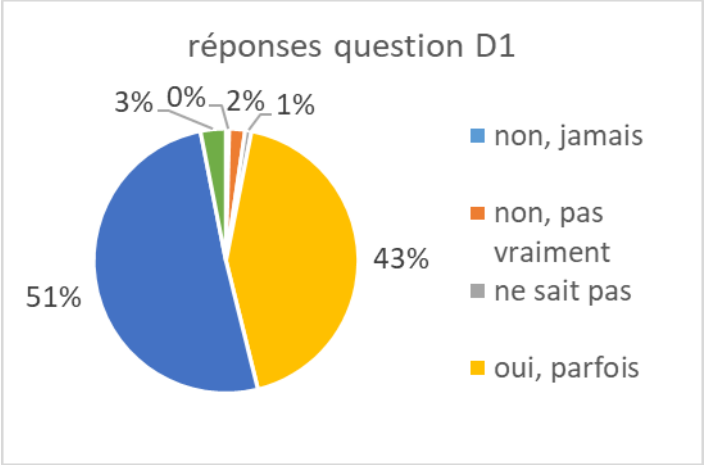
| Parmi les situations suivantes lesquelles paraissent problématiques sur le plan de l'oralité alimentaire: | G1 | % G1 | G2 | % G2 | G3 | % G3 | total | % total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bébé ne met pas d'objet à la bouche | 88 | 67% | 45 | 61% | 49 | 94% | 182 | 71% |
| Bébé refuse les nouveaux aliments | 51 | 39% | 24 | 32% | 20 | 38% | 95 | 37% |
| Bébé avale tout rond | 89 | 67% | 43 | 58% | 38 | 73% | 170 | 66% |
| Bébé tourne la tête pour refuser la cuillère | 37 | 28% | 15 | 20% | 17 | 33% | 69 | 27% |
| Bébé met plus de 30 min pour prendre son biberon | 29 | 22% | 29 | 39% | 25 | 48% | 83 | 32% |
| Bébé met plus de 30 min pour finir son repas à la cuillère | 16 | 12% | 10 | 14% | 18 | 35% | 44 | 17% |
| Aux ateliers cuisine ou pâte à modeler bébé veut goûter à tout | 127 | 96% | 72 | 97% | 51 | 98% | 250 | 97% |
| Aux ateliers cuisine, pâte à modeler ou peinture, bébé refuse de toucher | 54 | 41% | 22 | 30% | 25 | 48% | 101 | 39% |
| Bébé garde des aliments en bouche pendant les repas | 87 | 66% | 48 | 65% | 32 | 62% | 167 | 65% |
| Bébé bave quand il gazouille ou vocalise | 125 | 95% | 70 | 95% | 48 | 92% | 243 | 94% |
| Bébé garde la langue sortie | 97 | 73% | 51 | 69% | 40 | 77% | 188 | 73% |
| Alors que bébé aime manger, il recrache les morceaux | 40 | 30% | 8 | 11% | 23 | 44% | 71 | 28% |
| Les parents s'inquiètent car bébé ne prend pas de poids | 68 | 52% | 40 | 54% | 35 | 67% | 143 | 55% |
| Les parents s'inquiètent car ils trouvent que les repas sont difficiles | 38 | 29% | 26 | 35% | 28 | 54% | 92 | 36% |
| Bébé veut manger tout seul mais en met partout | 129 | 98% | 73 | 99% | 51 | 98% | 253 | 98% |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bébé mange de très petites quantités | 112 | 85% | 69 | 93% | 45 | 87% | 226 | 88% |
| Bébé se laisse nourrir passivement | 69 | 52% | 44 | 59% | 40 | 77% | 153 | 59% |
| A la maison, bébé regarde la télévision ou joue sur la tablette en mangeant | 121 | 92% | 65 | 88% | 48 | 92% | 234 | 91% |

# 5 Résultats partie D : pratiques professionnelles

## 5.1 D1 : Vous êtes-vous déjà interrogé(e) sur le langage, la communication, l'alimentation d'un enfant en garde dans votre établissement

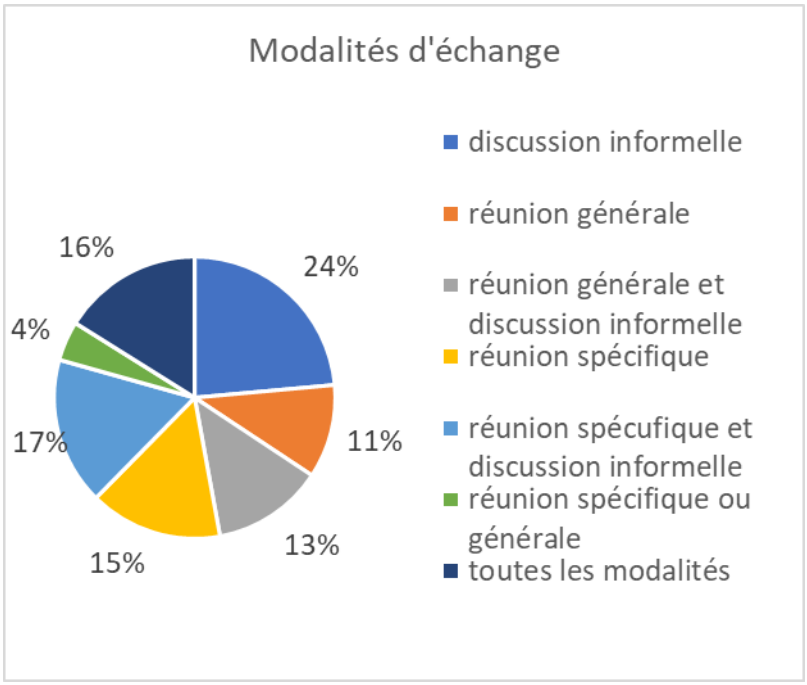
| Réponses D1 | |
|---|---|
| non, jamais | 1 |
| non, pas vraiment | 5 |
| ne sait pas | 2 |
| oui, parfois | 111 |
| oui souvent | 131 |
| non renseigné | 8 |
| **Total général** | **258** |




## 5.2 D2 : avez-vous pu partager votre questionnement en équipe ?

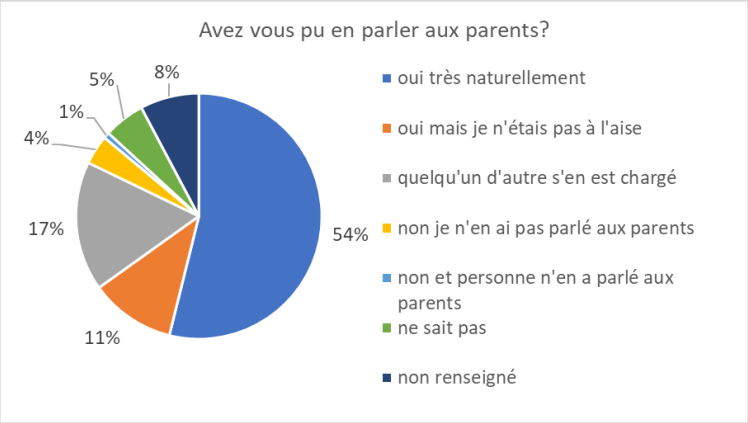
| Répartition des réponses | |
|---|---|
| Oui de manière informelle | 57 |
| NON | 6 |
| non renseigné | 10 |
| Au cours d'une réunion générale | 26 |
| Au cours d'une réunion générale et de manière informelle | 31 |
| Au cours d'une réunion spécifique | 37 |
| Au cours d'une réunion spécifique et de manière informelle | 41 |
| Au cours d'une réunion spécifique et/ ou de réunion générale | 11 |
| A travers les trois modalités | 39 |

Parmi les réponses oui : répartition selon les modalités




## 5.3 D3 : avez-vous pu en parler aux parents

| question D3 | Nombre de D3 |
|---|---|
| oui très naturellement | 139 |
| oui mais je n'étais pas à l'aise | 29 |
| quelqu'un d'autre s'en est chargé | 44 |
| non je n'en ai pas parlé aux parents | 10 |
| non et personne n'en a parlé aux parents | 2 |
| ne sait pas | 14 |
| non renseigné | 20 |
| Total général | 258 |

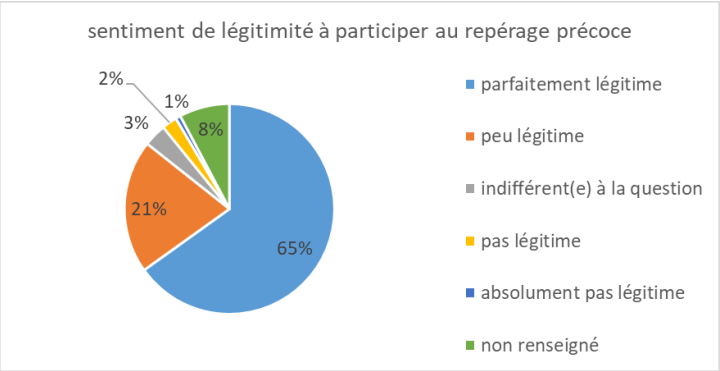


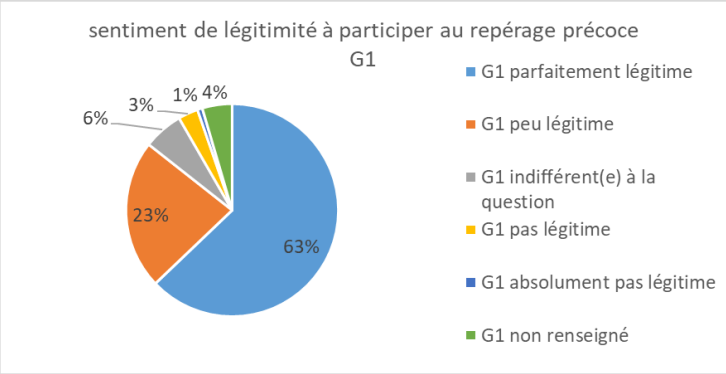
## 5.4 D4 Quelles ont été les retombées de ce repérage ?

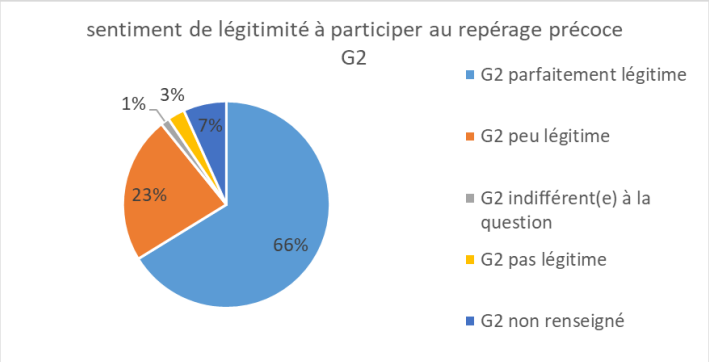
| Retombées du repérage et orientation | |
|---|---|
| intervention du médecin de crèche | 121 |
| orientation vers le pédiatre, le médecin de PMI | 84 |
| orientation vers un médecin spécialiste | 42 |
| orientation vers l'orthophoniste | 56 |
| orientation vers une structure spécialisée | 13 |
| orientation vers le psychologue ou le pédopsychiatre | 50 |
| orientation vers le psychomotricien | 24 |
| autre | 23 |

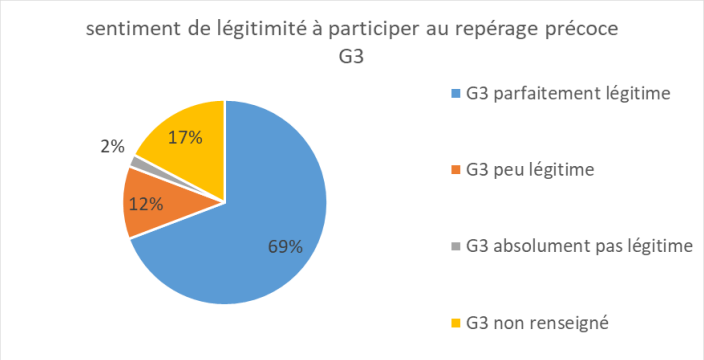
## 5.5 D5 : vous sentez vous légitime pour participer au repérage précoce

| vous sentez vous légitime pour participer au repérage précoce | total | G1 | G2 | G3 |
|---|---|---|---|---|
| parfaitement légitime | 168 | 83 | 49 | 36 |
| peu légitime | 53 | 30 | 17 | 6 |
| indifférent(e) à la question | 9 | 8 | 1 | |
| pas légitime | 6 | 4 | 2 | |
| absolument pas légitime | 2 | 1 | | 1 |
| non renseigné | 20 | 6 | 5 | 9 |
| Total général | 258 | 132 | 74 | 52 |



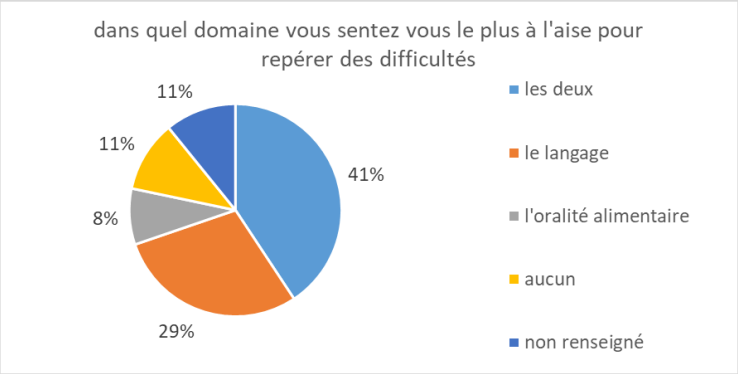


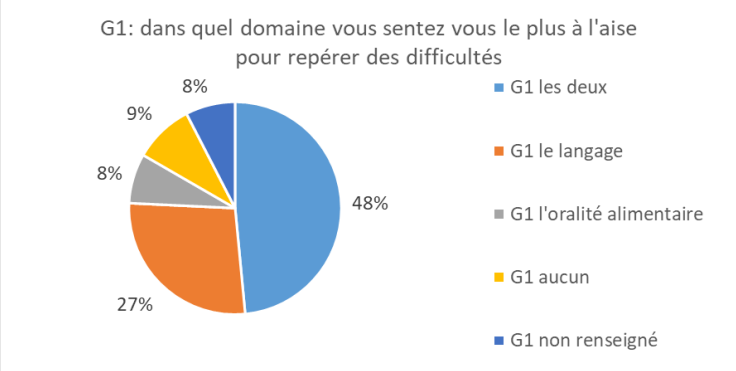



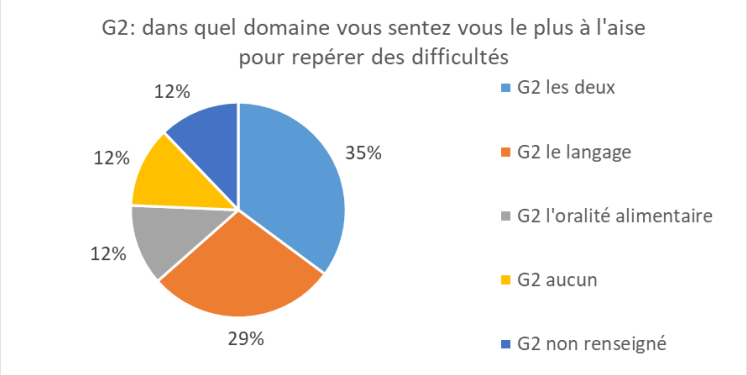



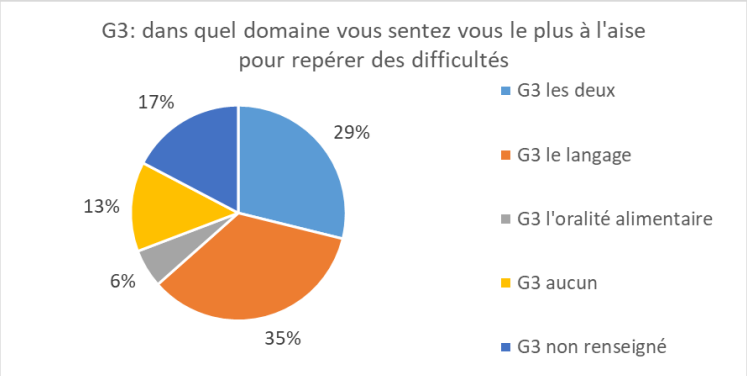

## 5.6 D6 : dans quel domaine vous sentez-vous le plus à l'aise pour repérer des difficultés

| domaine | Total | G1 | G2 | G3 |
|---|---|---|---|---|
| les deux | 105 | 64 | 26 | 15 |
| le langage | 75 | 36 | 21 | 18 |
| l'oralité alimentaire | 22 | 10 | 9 | 3 |
| aucun | 28 | 12 | 9 | 7 |
| non renseigné | 28 | 10 | 9 | 9 |
| Total général | 258 | 132 | 48 | 52 |


dans quel domaine vous sentez vous le plus à l'aise pour repérer des difficultés
11%
11%
8%
41%
29%
les deux
le langage
l'oralité alimentaire
aucun
non renseigné


G1: dans quel domaine vous sentez vous le plus à l'aise pour repérer des difficultés
8%
9%
8%
48%
27%
G1 les deux
G1 le langage
G1 l'oralité alimentaire
G1 aucun
G1 non renseigné


G2: dans quel domaine vous sentez vous le plus à l'aise pour repérer des difficultés
12%
12%
12%
35%
29%
G2 les deux
G2 le langage
G2 l'oralité alimentaire
G2 aucun
G2 non renseigné


G3: dans quel domaine vous sentez vous le plus à l'aise pour repérer des difficultés
17%
13%
6%
29%
35%
G3 les deux
G3 le langage
G3 l'oralité alimentaire
G3 aucun
G3 non renseigné

### 5.7 D7 : vous avez trouvé ce questionnaire

| | |
|---|---|
| inintéressant | 4 |
| intéressant | 217 |
| non renseigné | 37 |
| Total général | 258 |

| | |
|---|---|
| difficile | 45 |
| facile | 27 |
| non renseigné | 186 |
| Total général | 258 |

### 5.8 Vous avez rempli ce questionnaire

| | |
|---|---|
| seul(e) | 219 |
| avec l'aide de vos collègues | 22 |
| autre | 4 |
| non renseigné | 13 |
| Total général | 258 |

# 6 Traitement statistique

### 6.1 Scores : tableaux de statistiques descriptives

| Variable | All Groups Descriptive Statistics (Feuille de données262) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Valid N | Mean | Minimum | Maximum | Std.Dev. |
| B1 précurseurs LO | 247 | 27,26721 | 8,00000 | 36,00000 | 4,978149 |
| C2 sens sollicités | 250 | 4,38800 | 1,00000 | 6,00000 | 1,163991 |
| B2 RA LO | 256 | 8,35938 | 2,00000 | 12,00000 | 1,904522 |
| C3 RA OA | 249 | 3,50201 | 0,00000 | 5,00000 | 1,234989 |
| B3 SA LO | 257 | 4,72763 | 0,00000 | 13,00000 | 2,101835 |
| C5 SA OA | 253 | 10,92490 | 5,00000 | 17,00000 | 2,596986 |
| score total | 234 | 59,25214 | 19,00000 | 78,00000 | 8,359447 |

| Variable | groupe=G1 Descriptive Statistics (Feuille de données262) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Valid N | Mean | Minimum | Maximum | Std.Dev. |
| B1 précurseurs LO | 127 | 26,32283 | 8,00000 | 36,00000 | 4,884186 |
| C2 sens sollicités | 127 | 4,22835 | 1,00000 | 6,00000 | 1,203098 |
| B2 RA LO | 131 | 8,23664 | 2,00000 | 12,00000 | 1,884479 |
| C3 RA OA | 129 | 3,65891 | 0,00000 | 5,00000 | 1,234252 |
| B3 SA LO | 132 | 4,61364 | 0,00000 | 10,00000 | 2,215999 |
| C5 SA OA | 129 | 10,67442 | 5,00000 | 17,00000 | 2,503631 |
| score total | 122 | 57,64754 | 19,00000 | 78,00000 | 8,475460 |

| Variable | groupe=G2 Descriptive Statistics (Feuille de données262) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Valid N | Mean | Minimum | Maximum | Std.Dev. |
| B1 précurseurs LO | 69 | 27,49275 | 10,00000 | 36,00000 | 5,118086 |
| C2 sens sollicités | 72 | 4,51389 | 1,00000 | 6,00000 | 1,186699 |
| B2 RA LO | 73 | 8,53425 | 3,00000 | 12,00000 | 2,088874 |
| C3 RA OA | 72 | 3,52778 | 1,00000 | 5,00000 | 1,233022 |
| B3 SA LO | 73 | 4,46575 | 1,00000 | 10,00000 | 1,856536 |
| C5 SA OA | 73 | 10,32877 | 5,00000 | 17,00000 | 2,427017 |
| score total | 64 | 59,12500 | 32,00000 | 75,00000 | 7,560339 |

| Variable | groupe=G3 Descriptive Statistics (Feuille de données262) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Valid N | Mean | Minimum | Maximum | Std.Dev. |
| B1 précurseurs LO | 51 | 29,31373 | 19,00000 | 36,00000 | 4,424885 |
| C2 sens sollicités | 51 | 4,60784 | 2,00000 | 6,00000 | 0,981396 |
| B2 RA LO | 52 | 8,42308 | 3,00000 | 12,00000 | 1,684371 |
| C3 RA OA | 48 | 3,04167 | 0,00000 | 5,00000 | 1,147770 |
| B3 SA LO | 52 | 5,38462 | 3,00000 | 13,00000 | 2,030685 |
| C5 SA OA | 51 | 12,41176 | 6,00000 | 17,00000 | 2,554811 |
| score total | 48 | 63,50000 | 46,00000 | 78,00000 | 7,729468 |

## 6.2 Normalité des données

| Variable | Tests of Normality (Feuille de données262) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | max D | K-S p | Lilliefors p | W | p |
| B1 précurseurs LO | 247 | 0,108036 | p < ,01 | p < ,01 | 0,950897 | 0,000000 |
| C2 sens sollicités | 250 | 0,189440 | p < ,01 | p < ,01 | 0,903079 | 0,000000 |
| B2 RA LO | 256 | 0,186392 | p < ,01 | p < ,01 | 0,945165 | 0,000000 |
| C3 RA OA | 249 | 0,174685 | p < ,01 | p < ,01 | 0,896726 | 0,000000 |
| B3 SA LO | 257 | 0,133271 | p < ,01 | p < ,01 | 0,960925 | 0,000002 |
| C4 SA OA | 253 | 0,092563 | p < ,05 | p < ,01 | 0,980822 | 0,001715 |
| score total | 234 | 0,069020 | p > .20 | p < ,01 | 0,969644 | 0,000066 |