



Université de Montpellier
Faculté de Médecine
Département Universitaire d'Orthophonie

**PREVENTION PRIMAIRE : INTERET DE
LA DISTRIBUTION D'UN LIVRET
« OBJECTIF LANGAGE » EN MATERNITE**

MEMOIRE

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

par

Mégane ALLART

Le 8 juin 2020

Jury :

- Rapportrices : Mme Marie-Pierre AMANIEU, Orthophoniste
Mme Feny GRECO, Orthophoniste
- Examinatrice : Mme Odile PLAN, Pédiatre
- Directrices : Mme Clémantine TRINQUESSE, Orthophoniste
Mme Pauline CAYREL, Orthophoniste



Université de Montpellier
Faculté de Médecine
Département Universitaire d'Orthophonie

**PREVENTION PRIMAIRE : INTERET DE
LA DISTRIBUTION D'UN LIVRET
« OBJECTIF LANGAGE » EN MATERNITE**

MEMOIRE

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

par

Mégane ALLART

Le 8 juin 2020

Jury :

- Rapportrices : Mme Marie-Pierre AMANIEU, Orthophoniste
Mme Feny GRECO, Orthophoniste
- Examinatrice : Mme Odile PLAN, Pédiatre
- Directrices : Mme Clémantine TRINQUESSE, Orthophoniste
Mme Pauline CAYREL, Orthophoniste

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je souhaiterais dans un premier temps remercier mes directrices de mémoire, Clémantine TRINQUESSE et Pauline CAYREL, orthophonistes, pour leur patience, leur grande disponibilité et surtout leurs judicieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je remercie également mon jury de lecture, Feny GRECO et Marie-Pierre AMANIEU, orthophonistes, pour le temps qu'elles ont consacré à relire ce mémoire et pour leurs encouragements.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance à Odile PLAN, pédiatre, qui a accepté de faire partie de mon jury de soutenance.

J'adresse mes sincères remerciements à ma responsable pédagogique, Sylvie Moritz, pour son incroyable implication au sein du centre de formation en orthophonie de Montpellier durant ces cinq années d'études.

Je tiens ensuite à remercier toutes les familles ayant accepté de participer à ce mémoire pour leur confiance et leur intérêt ainsi que les équipes des différentes maternités pour leur chaleureux accueil.

Enfin, je témoigne toute ma gratitude à ma famille et mes amis pour leur soutien inestimable.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je soussignée Mégane ALLART 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 18 avril 2019

Signature

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Mégane Allart', written in a cursive style.

Sommaire

INTRODUCTION	1
CADRE THEORIQUE.....	3
1. L'émergence de la communication et du langage chez l'enfant	4
1.1. Les précurseurs à la communication	4
1.1.1. Définitions	4
1.1.2. Modèle théorique de référence.....	4
1.1.3. Les comportements précurseurs formels	5
1.1.4. Les comportements précurseurs sémantiques	6
1.1.5. Les comportements précurseurs pragmatiques	6
1.2. Le développement langagier	7
1.2.1. Le développement du lexique	7
1.2.2. Le développement des connaissances sémantiques	8
1.2.3. Le développement de la syntaxe	8
1.3. Les facteurs facilitant l'émergence du langage et de la communication.....	9
1.3.1. Le rôle des interactions précoces adultes-enfants	9
1.3.2. La qualité des interactions	10
1.3.3. L'utilisation de gestes associés à la parole	10
1.3.4. Les livres et la lecture	11
1.4. Les éventuels facteurs de risque.....	12
1.4.1. Le bilinguisme	12
1.4.2. Les conditions de vie des milieux défavorisés.....	13
1.4.3. La société	15
1.4.4. La surexposition aux écrans.....	16
2. L'importance de la prévention dès la petite enfance	17

2.1.	Quelques définitions.....	17
2.1.1.	La promotion de la santé.....	17
2.1.2.	La prévention en santé publique	18
2.2.	La prévention en orthophonie	18
2.2.1.	Une compétence des orthophonistes.....	18
2.2.2.	Le rôle des orthophonistes dans la prévention.....	20
2.2.3.	L'importance d'une prévention précoce pour le développement du langage	21
2.3.	Les intérêts du dépistage précoce.....	22
2.3.1.	Différencier le retard du trouble	22
2.3.2.	Endiguer les difficultés ultérieures	23
2.3.3.	Les professionnels de la petite enfance au cœur du dépistage.....	24
2.4.	Le livret Objectif Langage	26
2.4.1.	Historique.....	26
2.4.2.	L'action 1 Bébé, 1 Livre	26
2.4.3.	L'intérêt d'évaluer cette action de prévention	27
3.	Le choix d'un questionnaire pour évaluer cette action de prévention.....	28
3.1.	L'évaluation	28
3.2.	Le questionnaire	29
4.	Problématiques et hypothèses générales.....	31
4.1.	Problématiques	31
4.2.	Hypothèses générales	32
PARTIE EXPERIMENTALE		33
1.	Matériel et méthodes	34
1.1.	Population.....	34
1.2.	Matériel	35

1.2.1.	Le livret Objectif Langage	35
1.2.2.	Les questionnaires.....	35
1.3.	Protocole.....	36
1.4.	Statistiques et hypothèses opérationnelles	38
2.	Résultats	41
2.1.	Présentation de la population	41
2.2.	Résultats du premier questionnaire	42
2.2.1.	Analyses statistiques en fonction du nombre d'enfants.....	43
2.2.2.	Analyses statistiques en fonction des groupes « contrôle » et « intervention ».....	46
2.2.3.	Analyses statistiques en fonction des différentes maternités.....	47
2.2.4.	Analyses statistiques en fonction du nombre d'années d'études des parents	49
2.2.5.	Analyses statistiques en fonction de l'âge des parents	51
2.3.	Résultats du second questionnaire.....	54
2.3.1.	Analyses statistiques en fonction du nombre d'enfants.....	54
2.3.2.	Analyses statistiques en fonction des groupes « contrôle » et « intervention ».....	62
2.3.3.	Analyses statistiques en fonction des différentes maternités.....	70
2.3.4.	Analyses statistiques en fonction du nombre d'années d'études des parents	71
2.3.5.	Analyses statistiques en fonction de l'âge des parents	75
2.4.	Corrélations entre les domaines des questionnaires	78
2.5.	Analyses pour les « perdus de vue »	79
2.6.	Résultats du questionnaire en ligne.....	81
3.	Discussion.....	90
3.1.	Analyses des résultats.....	90

3.1.1.	Résultats au premier questionnaire	90
3.1.2.	Résultats au second questionnaire et comparaison avec le premier	93
3.1.3.	Résultats du questionnaire en ligne	99
3.2.	Validation des hypothèses	101
3.2.1.	Hypothèse opérationnelle 1.....	101
3.2.2.	Hypothèse opérationnelle 2.....	101
3.2.3.	Hypothèse opérationnelle 3.....	102
3.2.4.	Hypothèse opérationnelle 4.....	102
3.2.5.	Hypothèse opérationnelle 5.....	103
3.2.6.	Hypothèse opérationnelle 6.....	104
3.3.	Limites et perspectives	104
3.4.	Apports personnels et apports à l'orthophonie.....	107
CONCLUSION		108
BIBLIOGRAPHIE		111
ANNEXES		125

Résumé : Notre étude a pour objectif de mesurer l'impact d'une action de prévention « Objectif Langage » au sein de différentes maternités en Occitanie. Cette action consiste en la remise et l'explication d'un livret aux parents à la naissance de leur bébé. Celui-ci comporte de nombreux conseils autour de plusieurs thématiques : la communication, les livres, les écrans, la succion, le bilinguisme. Nous nous sommes alors demandé quelles étaient les connaissances actuelles des parents autour de ces thématiques et si la distribution du livret pouvait permettre de modifier les habitudes familiales. Pour ce faire, nous avons construit et administré un questionnaire à 188 familles dans les maternités de Montpellier (Arnaud-De-Villeneuve et Saint-Roch), Nîmes (Kenvall et Carémeau), Béziers et Sète afin que notre population d'étude soit la plus représentative de la population générale. Puis, nous avons constitué deux populations d'étude : une population « intervention » qui a reçu les conseils avec la remise du livret à la suite du premier questionnaire et une population « contrôle » n'ayant pas bénéficié de la remise du livret à la maternité. Cinq à six mois plus tard, nous avons recontacté ces familles afin de leur administrer un second questionnaire semblable au premier afin d'observer d'éventuels changements dans les réponses. Les analyses statistiques ne nous ont pas permis de conclure à une différence significative entre ces deux groupes. Cependant, toutes les familles ont amélioré leurs scores entre le premier et le second questionnaire. De ce fait, les connaissances des familles autour de la communication et du langage de l'enfant se sont affinées avec le temps. En outre, les familles accueillant leur premier enfant ont des scores inférieurs aux familles ayant déjà au moins un enfant et donc davantage d'expérience. Enfin, nous avons pu observer que l'âge des parents ainsi que leur nombre d'années d'études impactaient les scores aux questionnaires. Pour aller plus loin, il serait intéressant d'évaluer le langage des enfants de cette étude à un an voire deux ans afin d'analyser l'impact de cette action de prévention à long terme.

Mots Clés : orthophonie ; prévention ; langage ; maternité ; livret ; questionnaire

Abstract : Our study aims to measure the impact of a "Goal Language" prevention action in different maternities hospital in Occitania. This action consists of handing over and explaining a booklet to the parents at the birth of their baby. It includes many tips on several themes: communication, books, screens, suction, bilingualism. We then asked ourselves what the parents' current knowledge of these themes was and whether the distribution of the booklet could help to change family habits. To do this, we built and administered a questionnaire to 188 families in maternities hospital of Montpellier (Arnaud-De-Villeneuve and Saint-Roch), Nîmes (Kernal and Carémeau), Béziers and Sète so that our study population would be the most representative of the general population. Then, we formed two study populations: an "intervention" population that received the advice with the handing over of the booklet following the first questionnaire and a "control" population that did not benefit from the delivery of the booklet to the maternity hospital. Five to six months later, we contacted these families again to administer a second questionnaire similar to the first to observe possible changes in responses. Statistical analyses did not allow us to conclude a significant difference between these two groups. However, all families improved their scores between the first and second questionnaires. As a result, families' knowledge of the child's communication and language has been refined over time. In addition, families with their first child have lower scores than families with at least one child and therefore more experience. Finally, we observed that the age of the parents and their number of years of study affected the questionnaire scores. To go a long way, it would be interesting to evaluate the language of the children in this study at one or two years in order to analyze the impact of this long-term prevention action.

Keys words : speech therapy ; prevention ; language ; maternity ; booklet ; questionnaire

INTRODUCTION

A sa naissance, l'enfant s'éveille peu à peu au monde environnant mais pour développer son langage, il a besoin d'interactions (Sylvestre & Desmarais, 2015). Ses parents sont alors ses principaux interlocuteurs. Souvent, la communication entre eux est spontanée. Mais il arrive que des difficultés entravent son bon développement. Or, l'orthophoniste est le spécialiste de la communication et les parents sont experts de leur enfant. Un véritable partenariat parents-orthophoniste est nécessaire pour agir avant que ces difficultés ne se cristallisent.

Peu à peu, la prévention en orthophonie, l'accompagnement parental ainsi que l'intervention précoce sont valorisés dans la pratique orthophonique (Convention des orthophonistes, 2017). L'orthophoniste a pour compétence la transmission de conseils pour favoriser le bon développement du langage et de la communication de l'enfant. Il peut agir précocement, cependant, sa seule intervention ne peut avoir d'impacts sans l'implication de la famille lorsque l'enfant a moins de trois ans, période critique pour la plasticité cérébrale et donc âge clé dans le repérage de difficultés (Muller, 2002).

Ainsi, il paraît essentiel de donner à tous les parents les moyens d'accompagner leur enfant pour favoriser un bon développement langagier. L'action de prévention « Objectif Langage » s'inscrit dans cette démarche. La maternité est un passage obligé pour la grande majorité de la population, c'est l'endroit où le nouveau-né passe ses premiers jours de vie, l'endroit où les premières interactions parents-enfant naissent. Pour cette raison, mener une action de prévention à ce moment-là, en apportant des conseils aux parents sur le développement de la communication et du langage de leur bébé, semble pertinent.

CADRE THEORIQUE

1. L'émergence de la communication et du langage chez l'enfant

1.1. Les précurseurs à la communication

1.1.1. Définitions

Intersubjectivité : « vécu profond qui nous fait ressentir que soi et l'autre, cela fait deux » (Golse, 2010). Ainsi, pour communiquer, l'enfant doit comprendre qu'il se différencie de l'autre et qu'il peut créer des liens préverbaux.

Précurseurs (ou prérequis ou compétences socles ou compétences non verbales ou premières compétences de communication) : « toute manifestation, tout moyen choisi par le petit enfant dans une situation d'interaction, lui permettant d'actualiser intentionnellement ou non un acte de communication ou d'agir sur son environnement » (Théron, 2010).

1.1.2. Modèle théorique de référence

Bloom et Lahey ont fait la synthèse de différents courants qui se sont intéressés au développement de la communication et du langage. Du courant linguistique, ils dégagent la notion de « forme » du langage (précurseurs formels) ; du courant cognitif, la notion de « contenu » du langage (précurseurs sémantiques) et du courant socio-interactionniste, celle d'« utilisation » du langage (précurseurs pragmatiques). Ainsi, leur modèle considère la compétence langagière comme l'interaction de ces trois pôles (Bloom & Lahey, 1978). Leclerc (2005) a repris et précisé ce modèle.

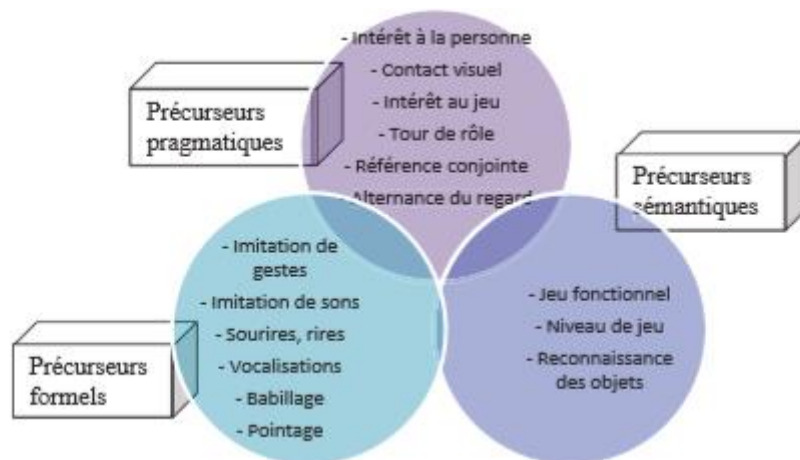


Schéma des précurseurs à la communication selon Leclerc (2005)

1.1.3. Les comportements précurseurs formels

Ils correspondent à la dimension linguistique et répondent à la question « comment dire ? ». Ils regroupent l'ensemble des moyens verbaux (toute production vocale) et non-verbaux (postures, gestes conventionnels) reposant sur un code (Coquet, 2010).

Dès la naissance, les bébés s'expriment à travers leurs cris et leurs pleurs. Très vite, vers 2/3 mois, ils vocalisent et imitent les mouvements bucco-faciaux de leur entourage. A partir de 3 mois, le babillage rudimentaire se met en place, il continue d'évoluer vers un babillage canonique (6/10 mois) puis diversifié (10/13 mois) (Inserm, 2007). En parallèle, les gestes conventionnels puis déictiques se développent. Entre 8 et 10 mois l'enfant est capable de faire « au-revoir », « bravo ». Le pointage proto-impératif (pour faire une demande) se met en place aux alentours de 11 mois tandis que le pointage proto-déclaratif (pour partager un intérêt) apparaît vers 12 mois. Vers 1 an, l'enfant prononce ses premiers mots (Théron, 2017).

1.1.4. Les comportements précurseurs sémantiques

Ils correspondent à la dimension sémantique et répondent à la question « quoi dire ? ». Ce sont les comportements non verbaux de manipulations sur objets qui permettent la découverte des objets et évènements ainsi que leurs liens de causalité (Coquet, 2010).

Ainsi, les enfants jouent un rôle actif dans leur propre développement. En effet, par la manipulation des objets les enfants développent leurs capacités cognitives et en particulier leur raisonnement. Ils explorent et découvrent les propriétés physiques des objets, les catégories et les relations entre les objets (Asmussen et al., 2018).

De plus, les formats, les « schémas d'actions structurés » (Kail & Fayol, 2000), permettent à l'enfant d'établir des relations entre les évènements, de comprendre les comportements de l'adulte et d'ajuster les siens. En outre, « l'activité conjointe de l'adulte et de l'enfant sur et avec un objet extérieur aux deux partenaires » serait le fondement de la syntaxe (Bruner, 1991).

La permanence de l'objet fait partie de ces comportements précurseurs : lorsqu'un objet ou une personne sont cachés, l'enfant comprend qu'ils ne sont pas définitivement partis et met en place des conduites de recherche (Piaget, 1968). La permanence n'est complètement atteinte que vers l'âge de 18 à 24 mois (Boyd & Bee, 2017 ; Morissette & Bouchard, 2008 ; Papalia & Martorell, 2018).

1.1.5. Les comportements précurseurs pragmatiques

Ils correspondent à la dimension pragmatique et répondent à la question « pour quoi dire ? ». Ils permettent l'adaptation à la situation, à l'interlocuteur et au message ; ils régissent l'échange. Il s'agit entre autres du contact visuel, de l'intérêt au jeu et à la personne, de l'attention conjointe, du tour de rôle, etc. (Coquet, 2010).

A sa naissance, le bébé est doté de systèmes sensoriels qui lui permettent de réagir face aux stimuli visuels et auditifs. Ainsi, le bébé réagit à la voix (notamment maternelle)

en stoppant sa succion ou en orientant sa tête et son regard. Vers 3 mois, le bébé commence à explorer son environnement et l'intérêt au jeu se développe (Thérond, 2017). A partir de 5 mois, le bébé regarde l'objet pointé par son entourage : c'est le début de l'attention conjointe. Il s'agit du « fait que l'adulte et l'enfant puissent prêter attention en même temps sur un même objet » (Kail & Fayol, 2000). Lors de moments d'attention conjointe, l'adulte nomme l'objet (ou l'élément) afin que l'enfant acquière la signification du mot grâce au contexte mais aussi qu'il apprenne à « segmenter le monde environnant » (Kail & Fayol, 2000).

Progressivement, le bébé attire l'attention sur lui et le tour de rôle se construit à travers les interactions parents-enfant. Il se caractérise par l'alternance des échanges comportementaux entre l'adulte et l'enfant. C'est à travers les jeux de routine sociale, les jeux de « à toi/à moi » et les échanges de regards et vocalisations (dès 2 mois) en alternance entre l'adulte et l'enfant que le tour de rôle se construit (Coquet, 2017). Par la suite, le pointage permettra à l'enfant de partager son intérêt (Thérond, 2017).

1.2. Le développement langagier

Le développement du langage de l'enfant suit trois étapes : d'abord, l'enfant améliore sa connaissance du lexique (mots et expressions) puis il améliore ses connaissances sémantiques (c'est-à-dire, les significations véhiculées par les mots ainsi que les rapports de sens qui peuvent s'établir entre les mots) et, enfin, l'enfant acquiert la syntaxe de sa langue, c'est-à-dire la combinaison des mots en phrases (Davialt, 2011 ; Gardner, Gardner, & Brown, 1974 ; Hoff, 2006 ; Hulit & Howard, 2002).

1.2.1. Le développement du lexique

L'enfant acquiert ses premiers mots sur un rythme constant, jusqu'à l'explosion lexicale qui correspond à l'accroissement rapide du lexique (Biemiller, 2005). Selon

plusieurs chercheurs, l'explosion lexicale surviendrait entre 16 et 19 mois, lorsque l'enfant possède environ 50 mots différents dans son répertoire (Benedict, 1979 ; Goldfield & Reznick, 1990 ; Poulin-Dubois & Graham, 1994). Pour d'autres, elle se produirait plus tardivement, entre 18 et 24 mois, juste avant l'émergence de la syntaxe (Dromi, 1987 ; Mervis & Bertrand, 1995). Cependant, l'universalité de cette explosion lexicale n'est pas prouvée, dans l'étude de Granger & Brent (2004), elle n'est visible que sur un enfant sur cinq. En revanche, entre 2 ans et demi et 5 ans, on observe un ralentissement dans l'acquisition de nouveaux mots puisque l'enfant développe davantage ses connaissances phonologiques, morphologiques et syntaxiques (Biemiller, 2005).

En outre, d'après de nombreuses études, les premiers mots produits par l'enfant font partie de la catégorie grammaticale des noms (E. Bates & Goodman, 1999 ; J. E. Bates, Marvinney, Kelly, Dodge, & et al, 1994 ; Goldfield & Reznick, 1990 ; Halliday, 1975). Ainsi, d'après ces mêmes études, l'enfant acquiert d'abord les unités qui ont une valeur référentielle donc les noms avant d'acquérir les éléments qui ont une valeur prédicative : les verbes au début, puis les adjectifs et enfin les mots grammaticaux (Kern, 2010).

1.2.2. Le développement des connaissances sémantiques

Petit à petit les représentations sémantiques de l'enfant s'affinent : il restructure le sens initial de ses premiers mots (Clark, 1974).

1.2.3. Le développement de la syntaxe

Pour évaluer le développement syntaxique de l'enfant, il est possible d'analyser la longueur moyenne des énoncés (LME). Celle-ci est calculée en effectuant le rapport du nombre total de mots ou de morphèmes sur le nombre total d'énoncés. Une augmentation de la LME est synonyme d'une augmentation de la complexité des énoncés (Gardner et

al., 1974). C'est une mesure qui permet de situer l'enfant au niveau de son développement langagier (Parisse & Le Normand, 2006).

Le développement du lexique et de la grammaire dépend de la richesse du vocabulaire (Marchman & Bates, 1994 ; Robbins & Ehri, 1994). En outre, cette richesse confère un avantage pour l'apprentissage de la lecture (Wagner et al, 1997).

1.3. Les facteurs facilitant l'émergence du langage et de la communication

1.3.1. Le rôle des interactions précoces adultes-enfants

D'après Chomsky, dès sa naissance, l'enfant est un être de communication. En effet, il est doté de compétences intrinsèques (sensorielles, motrices, cognitives, relationnelles) qui le prédisposent à communiquer (Chomsky, 1968). Cependant, en l'absence d'environnement stimulant, l'enfant ne développera pas ses compétences langagières.

Ainsi, d'après une étude de Sylvestre & Desmarais (2015), les interactions précoces entre la mère et son nouveau-né faciliteraient l'acquisition du langage de ce dernier. Plus un enfant est sollicité précocement, meilleur sera son développement langagier et communicationnel (Sylvestre & Desmarais, 2015). En effet, la mère s'adresse à son enfant d'une façon instinctive et particulière : elle ralentit son débit, hyperarticule, accentue ses propos, s'ajuste à l'enfant. C'est ce que l'on appelle le « motherese » (Boysson-Bardies, 2007) ou langage adressé à l'enfant (LAE) (Sotillo, Gallaway, & Richards, 1996) qui lui permet d'apprendre les codes de sa langue au contact de son entourage.

D'après l'enquête Elfe, lorsque les parents sont impliqués dans les activités langagières avec l'enfant telles que parler avec l'enfant, lui chanter des comptines, lui lire des livres, le langage se développe rapidement, surtout lorsque les activités sont menées par la mère (Berthomier & Octobre, 2018).

1.3.2. La qualité des interactions

La qualité des interactions affectives joue un rôle important dans le bain de langage. En effet, les parents doivent réussir à maintenir des comportements favorables à la communication et au langage : le plaisir, les activités conjointes, l'intérêt pour ce que l'enfant exprime à sa façon, les sourires, les encouragements (Coquet, 2017). En outre, les parents jouent un double rôle dans les échanges. D'une part, actif, lorsqu'ils se mettent à l'écoute, font un effort pour comprendre, proposent des reformulations et des enrichissements. D'autre part, passif, ils sont alors pourvoyeurs de modèles de la langue qu'ils présentent de la façon la plus assimilable possible (Aimard, 1996).

Lorsqu'un parent est dépressif ou affaibli psychologiquement, les interactions peuvent devenir défavorables au bon développement de l'enfant : soupirs, effondrement corporel, énervement, désintéressement, rejet... Il est donc primordial d'accompagner les parents afin que les échanges restent un plaisir (Antheunis, Ercolani-Bertrand, & Roy, 2007).

1.3.3. L'utilisation de gestes associés à la parole

Dans un premier temps, de la naissance à 7 mois, les enfants ont des comportements moteurs non communicatifs. Entre 9 et 13 mois, on voit émerger et se développer les gestes communicatifs appelés « déictiques », c'est-à-dire des gestes dont le sens ne peut être identifié que par l'intermédiaire du contexte de communication. A partir de 12 mois, les gestes sont progressivement décontextualisés, on parle alors de « gestes symboliques ». Les gestes symboliques se distinguent des déictiques car ils renvoient à un référent précis et leur signification reste stable en fonction des situations (Kern, 2001). La répétition ludique dans un contexte donné permettrait à l'enfant d'intégrer un geste (Bruner, 1987).

Ajouter des gestes sur les mots peut améliorer la compréhension du bébé mais également son expression (Rowe & Goldin-Meadow, 2009). En effet, le bébé qui n'a pas encore ses organes bucco-phonateurs matures pour lui permettre d'articuler ses besoins, va alors chercher un autre moyen pour communiquer : cris, pleurs, agitations motrices. Or d'après Kern (2001), si l'enfant est capable de comprendre et de reproduire les gestes ajoutés à la parole que ses parents utilisent avec lui, il va pouvoir s'exprimer plus facilement et sa frustration sera réduite. Un enfant qui peut exprimer ses besoins aura moins de troubles du comportement. De plus, l'utilisation du geste favorise l'émergence du langage oral. Lorsque l'enfant accède à la combinaison de deux mots, il abandonne les gestes au profit de la parole (Kern, 2001). Une étude de Rowe & Goldin-Meadow (2009) rapporte que l'utilisation des gestes à 18 mois prédit le développement du vocabulaire à 42 mois.

1.3.4. Les livres et la lecture

A travers le livre l'enfant découvre un langage différent de celui qu'il entend tous les jours, il est confronté au langage écrit (Bonnafé, 1994). De plus, l'étude de Roberts, Jergens, & Burchinal (2005) a pu démontrer que lorsque les parents proposent des activités de lecture partagée aux enfants en âge pré-scolaire, les enfants développent davantage leur langage et entrent plus aisément dans la littéracie.

Snow & Ninio (1986) ont dégagé sept caractéristiques issues des interactions autour d'un livre : la lecture partagée permettrait à l'enfant de comprendre l'usage d'un livre, de développer son attention conjointe, son lexique, ses réseaux sémantiques, de faire la distinction entre le réel et l'imaginaire, d'intégrer les notions relatives au temps et enfin de stimuler l'imagination et les réactions émotionnelles.

Coquet (2017) reprend ces caractéristiques et ajoute que le livre est aussi un objet de manipulation et qu'il est le lieu de rencontre avec l'écrit. Il permet la découverte du monde, l'expression du propre vécu de l'enfant. En ce sens, le livre est un support de verbalisation qui soutient l'émergence du langage oral.

En outre, « la situation de lecture partagée demeure le contexte le plus différencié par rapport à trois autres contextes (repas, jeux, habillages). Dans cette situation le discours maternel contient la plus grande diversité lexicale, la plus grande diversité syntaxique, le plus grand nombre de réponses adaptées au thème, la fréquence la plus élevée de questions (discours sur le langage, étiquetage), et fait partie des deux contextes, avec les situations de jeux, parmi lesquels on observe la plus grande quantité de discours maternel » (Lanoë, 2000).

Enfin, « l'exposition des nourrissons et des tout-petits aux livres favorise le développement des aptitudes d'alphabétisation précoces, y compris l'orientation du livre, la structure narrative, la capacité d'écoute, la durée d'attention, la manière de tourner les pages et la reconnaissance des caractères imprimés. » Or l'alphabétisation a une influence sur la vie professionnelle et ainsi sur le niveau de vie à l'âge adulte. Les médecins et autres professionnels de la petite enfance peuvent agir en conseillant les familles et en promouvant la lecture aux bébés et aux enfants (A Shaw ; Société canadienne de pédiatrie & Société de la pédiatrie communautaire, 2006).

1.4. Les éventuels facteurs de risque

1.4.1. Le bilinguisme

« Le bilinguisme est un processus individuel de développement de connaissances linguistiques et langagières mettant en jeu deux codes distincts qui s'élaborent sur des éléments culturels, sociologiques, psychologiques et qui permet une adaptation permanente de l'activité langagière à la situation dans laquelle elle se déroule » (Perregaux, 1994). Selon Bloomfield (1933) et Lebrun (1982), le bilinguisme correspond à la maîtrise de deux langues. Pour Macnamara (1967), il s'agirait plutôt de « la compétence minimale dans une des quatre habiletés linguistiques, à savoir, comprendre, parler, lire et écrire ».

Il existe plusieurs types de bilinguisme en fonction de l'âge d'acquisition des deux langues (bilinguisme précoce ou tardif) ou de la compétence linguistique (bilinguisme équilibré ou dominant) (Bardyn & Martin, 2011).

Le bilinguisme confère de nombreux avantages à l'enfant lorsque celui-ci est équilibré : une meilleure tolérance de l'autre (développement social), l'acquisition de deux codes phonologiques, deux systèmes lexicaux, deux systèmes morphosyntaxiques (développement linguistique). En outre, le passage d'une langue à l'autre permet de développer les fonctions exécutives, en particulier l'inhibition et la flexibilité mentale (développement cognitif) (Rivera Mindt et al., 2008).

En revanche, lorsqu'une langue devient dominante (L2), des difficultés peuvent se rencontrer : L1 s'acquiert partiellement ou se perd progressivement par insuffisance de stimulations linguistiques (valeurs attribuées aux langues). Cela peut conduire à une situation de semi-bilinguisme où le niveau linguistique de l'enfant est insuffisant dans les deux langues (vocabulaire restreint, grammaire fautive, difficultés d'expression) (Hamers & Blanc, 1983).

Cependant, le développement du langage des enfants exposés à deux langues dès la naissance ne diffère pas de celui des enfants exposés à une seule langue (Genesee, Paradies, & Crago, 2004). Le bilinguisme n'est donc pas responsable des retards de langage mais il est souvent associé à des conditions de vie précaires qui ralentissent le développement du langage (Le Normand & Kern, 2018). L'écart existant entre la culture familiale et celle de l'école peut également devenir un facteur de vulnérabilité pour l'enfant (Moro, 2002).

1.4.2. Les conditions de vie des milieux défavorisés

Le milieu défavorisé est considéré comme un facteur de risque d'apparition de retard dans le développement du langage chez l'enfant (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2001). La quantité d'échanges et d'interactions à la maison pendant la petite enfance est corrélée avec le statut socio-économique des parents

(Gilkerson et al., 2018). Or, la qualité des interactions précoces parents-enfant, particulièrement de 18 à 24 mois, est prédictive du langage d'âge scolaire et des résultats cognitifs de l'enfant. Cela souligne la nécessité de programmes d'intervention précoce où les parents sont au centre du développement linguistique harmonieux de leur enfant (Gilkerson et al., 2018).

Des études démontrent qu'un enfant entend en moyenne 1500 mots en une heure mais on observe une grande disparité : un enfant de milieu favorisé en entend 2100 tandis qu'un enfant de milieu défavorisé en entend seulement 600 (Hart & Risley, 1999). En outre, la nature des contenus varie beaucoup : le langage est plutôt fonctionnel et restreint dans les familles défavorisées alors que les discussions sont plus abstraites dans les familles favorisées (Hart & Risley, 1999). Ainsi, les milieux populaires ont un rapport principalement pratique à la langue, une représentation différente des exigences langagières que peuvent avoir les parents diplômés (Deauvieu & Terrail, 2007).

De plus, les compétences langagières des jeunes enfants sont statistiquement associées au niveau de scolarisation (notamment celui des mères) et au niveau socio-économique (Grobon, Panico, & Solaz, 2019 ; Jordan & Levine, 2009 ; Rudolph, 2017). Chez les enfants de 2 à 5 ans, le stock lexical dépend de l'éducation et du revenu des parents (Peyre et al., 2014). Ainsi, les familles de milieu favorisé offrent plus de ressources matérielles, sociales et langagières à leurs enfants en comparaison avec des familles de milieu défavorisé (Nocus, Florin, Lacroix, Lainé, & Guimard, 2016). D'après Berthomier & Octobre (2018), les parents les moins diplômés parlent davantage à leurs enfants mais ils leur lisent moins de livres et leur chantent moins de comptines.

Le rapport de De Bodman & De Chaisemartin (2017) aborde ces disparités tout en proposant des recommandations afin d'orienter la politique de la petite enfance vers les parents et les enfants qui en ont le plus besoin. A quatre ans, un enfant issu d'une famille défavorisée a entendu 30 millions de mots de moins qu'un enfant de famille aisée parce que ses parents lui ont beaucoup moins parlé à la maison. L'apprentissage ultérieur de la lecture sera lui aussi impacté (De Bodman & De Chaisemartin, 2017).

1.4.3. La société

La malnutrition culturelle

Le langage s'inscrit dans une dimension sociétale et son développement est de ce fait impacté par les comportements actuels. Marinopoulos (2019) parle de « malnutrition culturelle » qu'elle définit comme l'ensemble des comportements qui entravent la qualité du lien parent-enfant : le manque de temps accordé aux enfants, l'utilisation excessive des écrans, etc. Pour les enfants, l'accès au langage est de ce fait impacté. Il est primordial d'encourager l'appétence d'un enfant à écouter, à s'engager dans le langage, sa curiosité, sa manière de se mouvoir, d'écouter de la musique, de s'intéresser aux livres, etc. (Marinopoulos, 2019).

Les sociétés non occidentales

Le langage adressé à l'enfant diffère selon les cultures : dans certaines sociétés non occidentales, la mère ne s'adresse pas directement au bébé (Rabain-Jamin, 1998).

Pour exemple, Rabain-Jamin (1989) a mené une étude sur les interactions précoces autour du jeu chez les bébés de 10 à 15 mois dans des familles françaises et africaines. Pour les mères françaises, l'action autour d'un objet est un moyen d'échanges, de verbalisations autour de l'action et des propriétés de l'objet. Les mères permettent alors à l'enfant de faire le lien entre les comportements non verbaux et la communication verbale. Les mères africaines quant à elles donnent moins d'étayage verbal du comportement non verbal. Elles se concentrent davantage sur l'acceptation de l'action dans leur communauté plutôt que sur la construction de l'action. En effet, les normes sociétales sont fortes avec la nécessité de s'y rapporter (Rabain-Jamin, 1989).

1.4.4. La surexposition aux écrans

De nos jours, les écrans sont omniprésents, difficile d'y échapper. Pourtant, bien que certains y voient des avantages, les effets négatifs sur le développement de l'enfant ne sont plus à prouver (Desmurget, 2019).

Les écrans ont un véritable pouvoir pour capter l'attention. Cependant, ils captent l'attention involontaire (mouvements rapides, jeux de lumière) ne permettant alors pas à l'enfant de développer son attention volontaire nécessaire à la concentration et donc aux apprentissages (Christakis & Zimmerman, 2006).

Chaque heure de télévision est associée à une réduction importante d'échanges vocaux entre adulte et enfant (Desmurget, 2019). Or nous avons abordé l'importance des interactions précoces dans le développement de la communication. Si les parents et le bébé ne se regardent plus, n'échangent plus, ils ne peuvent pas construire de relation. De plus, les explorations de l'environnement par l'enfant sont empêchées. Il n'a plus le temps pour manipuler et se développer de façon harmonieuse (Duflo, 2016).

De ce fait, certains enfants, exposés trop tôt aux écrans développent des troubles de la communication importants (symptômes autistiques) ou des troubles attentionnels majeurs. Lors de la diminution, voire l'arrêt, de l'exposition aux écrans les symptômes diminuent voire disparaissent (Duflo, 2018).

Cependant, la plupart des familles se sentent démunies face à cette utilisation excessive des écrans. Les parents ont tendance à laisser les enfants devant les écrans (télévision, tablette, téléphone...) durant les moments où ils ne peuvent orienter leur attention vers l'enfant, c'est-à-dire, lorsqu'ils sont occupés et qu'ils ne veulent pas être dérangés. Une étude de l'AAP a révélé que 70% des parents avaient recours aux écrans pour occuper leurs enfants lorsqu'ils étaient pris par des tâches ménagères et 65% pour les calmer. De plus, cette même étude révèle que 96,6% d'enfants âgés de 6 mois à 4 ans utilisent les écrans et la plupart ont commencé avant l'âge de 1 an (American Association of Pediatrics, 2015).

Pour limiter l'utilisation des écrans, Duflo préconise sa méthode des « 4 Pas » : Les écrans, pas le matin, pas pendant les repas, pas avant de se coucher et pas dans la chambre de l'enfant (Duflo, 2018).

En outre, les travaux de Christakis & Zimmerman (2006) ont montré que regarder la télévision avant l'âge de 3 ans, bien que les émissions soient présentées comme « éducatives » et adaptées, entrave le développement du langage et les capacités ultérieures de l'enfant en lecture et en mathématiques. Cependant, à partir de 2 ans, des émissions de qualité peuvent représenter un moyen de favoriser le langage et le développement cognitif de l'enfant. Pour ce faire, il est primordial qu'il y ait une interaction avec l'adulte, un échange dynamique autour de ce que l'enfant regarde (Société canadienne de pédiatrie, 2017).

2. L'importance de la prévention dès la petite enfance

2.1. Quelques définitions

2.1.1. La promotion de la santé

La promotion de la santé a été définie dans la charte d'Ottawa (Organisation Mondiale de la Santé, 1986) comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. »

En somme, la promotion de la santé permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur propre santé grâce à un ensemble d'interventions destinées à améliorer la qualité de vie. La prévention fait partie de ces interventions. Elle vise le changement des comportements et des environnements néfastes pour la santé et oriente vers des comportements et des environnements sains.

Les orthophonistes sont dans une démarche de promotion de la santé. En effet, en conseillant et en informant les patients ou les parents des patients, ils peuvent agir sur leur

qualité de vie. Les orthophonistes peuvent mettre en place, auprès des familles, des projets d'éducation thérapeutique afin de mieux appréhender les troubles ou les difficultés. En outre, les prises en charge orthophoniques s'inscrivent dans une continuité des soins puisqu'elles sont réalisées en partenariat avec d'autres acteurs de santé (Rencontres d'orthophonie, Topouzkhaniyan, Sabadell, & Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie (France), 2018).

2.1.2. La prévention en santé publique

La prévention constitue l'ensemble des actions menées dans le but d'éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Il existe différentes mesures de prévention (Casellas, 2016) :

La prévention primaire agit en amont de la maladie et vise à empêcher la survenue et l'incidence d'une maladie ou d'un accident sur une population, notamment en diminuant les facteurs de risques (vaccination).

La prévention secondaire vise à diminuer la prévalence d'une maladie et recouvre les actes liés au dépistage, diagnostic et traitement précoce.

La prévention tertiaire vise à limiter les complications (rééducation).

2.2. La prévention en orthophonie

2.2.1. Une compétence des orthophonistes

La prévention fait partie intégrante de l'exercice professionnel orthophonique, elle est une compétence naturelle, courante et généraliste qui accompagne les soins (Rééducation Orthophonique, 2019). Le décret de compétences de 1983 a reconnu le droit aux

orthophonistes de pratiquer des actes de dépistage. Mais c'est en 1992 que la prévention rentre dans le champ de compétences des orthophonistes par le décret du 30 mars stipulant à l'article 2 que : « Les orthophonistes peuvent participer, par leurs actes [...], à des actions de prévention au sein d'une équipe pluridisciplinaire » (*Décret de compétences des orthophonistes—Article 2, 1992*).

C'est aujourd'hui l'article 4 du décret n°2002-721 du 2 mai 2002, qui définit l'acte de prévention orthophonique : « 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 ». Ce décret définit aussi l'orthophonie comme consistant 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 » (*Décret de compétences des orthophonistes n°2002-721—Article 4, 2002*).

De plus, la compétence : « élaborer et conduire une démarche d'intervention en santé publique : prévention, dépistage et éducation thérapeutique » apparaît lors de la formation en orthophonie (*Bulletin Officiel, 2013*).

Enfin, la prise en soin précoce en orthophonie a fait l'objet d'une revalorisation dans l'avenant 16 : majoration de 6 € par acte de rééducation, pour les enfants de moins de 3 ans et valorisation de la prise en soin des enfants de 3 à 6 ans avec une valorisation de + 0,5 point pour l'AMO 12.1, soit un AMO 12,6 pour les actes de rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral (*Convention nationale des orthophonistes, 2017*).

2.2.2. Le rôle des orthophonistes dans la prévention

En orthophonie, la prévention peut prendre diverses formes (Rencontres d'orthophonie et al., 2018) :

En ce qui concerne la **prévention primaire**, les orthophonistes peuvent transmettre des informations à travers l'accompagnement parental ; des supports théoriques et des outils pratiques destinés aux professionnels de la santé et de la petite enfance. Ils peuvent créer et diffuser des plaquettes, affiches, films, etc. reprenant des conseils de prévention. Ils peuvent animer des groupes de guidance. Le CPLOL, Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (2017), a par exemple adapté et mis en ligne sur son site des affiches de prévention comportant des conseils pour les parents sur le développement du langage dans 18 langues de l'Union Européenne.

En **prévention secondaire**, les orthophonistes mettent en place des outils de dépistage à destination des professionnels de santé et de la petite enfance.

Enfin, la **prévention tertiaire** concerne les interventions précoces : lorsque l'enfant est porteur d'un handicap ou présente un trouble, prévenir la détérioration des interactions parents-enfant, prévenir les problèmes d'ordre comportemental, affectif et relationnel, prévenir l'abandon scolaire, prévenir un développement déficitaire dans le reste de la fratrie.

De plus, il existe deux sites grand public dédiés à la prévention des troubles du langage :

fno-prévention-orthophonie : ce site a été créé par la FNO en mars 2010 (initialement nommé Info-langage). Le but de ce site est de répondre aux inquiétudes des parents. Les visiteurs du site peuvent visionner des séquences vidéo qui soulignent la richesse et la diversité des interactions et les étapes du développement sont décrites. Des planches récapitulatives des compétences de l'enfant par tranche d'âge sont disponibles. Les parents peuvent télécharger librement des documents et ils sont guidés par cinq onglets : Développement du langage, Quand s'inquiéter ?, Que faire ?, Actions, Ressources (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2019).

allo-ortho : ce site a été créé dans le but d'améliorer l'accès aux soins en orthophonie. Il permet de faire le lien entre les parents, les aidants, les patients et les orthophonistes. Il guide les parents dans leurs démarches de recherche d'informations sur les difficultés éventuelles de leur(s) enfant(s). Ce site propose aussi quelques conseils dans le but de limiter les difficultés de l'enfant. Enfin, il aide les parents à savoir si un rendez-vous chez l'orthophoniste est utile (Association Plateforme Prévention et Soins en Orthophonie, 2018).

Les orthophonistes jouent donc un rôle clé dans la prévention : ils transmettent l'information et forment les parents ou les professionnels de la petite enfance afin qu'ils puissent « favoriser l'apprentissage langagier de tous les enfants et plus particulièrement celui des enfants qui ne communiquent pas aussi facilement que les autres » (Denni-Krichel, 2001).

2.2.3. L'importance d'une prévention précoce pour le développement du langage

Le langage se développe durant les premières années de vie grâce notamment aux interactions précoces parents-enfant. Ainsi, les parents ont une place centrale dans le développement du langage de leur enfant. C'est pourquoi l'accompagnement parental est essentiel dans le travail des orthophonistes qui interviennent auprès de jeunes enfants (Antheunis et al., 2007). Plus l'action de prévention auprès des familles est précoce, plus les parents sont réactifs et donc meilleur est le développement de leur enfant (Landry, Smith, Swank, & Guttentag, 2008). Très tôt dans le développement il est possible de repérer des signes d'alerte tel qu'un retard de l'apparition du babillage qui serait prédicteur des troubles des apprentissages ultérieurs (Oller et coll., 1999).

En outre, les difficultés de nombreux enfants dans le développement du langage oral se cumulent souvent avec des inégalités sociales fortes. Chez les enfants de 3 ans, le nombre de mots connus varie du simple au double selon le milieu social des parents (Hart & Risley, 1999). La prévention précoce joue donc un rôle important dans la détection des

retards langagiers mais aussi dans la réduction des files d'attente des cabinets d'orthophonie (Fédération Nationale des Orthophonistes (France), 2018).

D'après Chevré Muller (2002), l'âge de 3 ans représente une période critique pour la plasticité cérébrale de l'enfant et est donc un âge clé dans le repérage des difficultés.

2.3. Les intérêts du dépistage précoce

« Dépister, c'est appliquer de façon indiscriminée (dépistage de masse) ou à une population sélectionnée en raison d'antécédents particuliers ou de facteurs de risque (dépistage sélectif) des techniques simples, peu coûteuses, ne nécessitant ni appareillage compliqué, ni personnel hautement spécialisé, mais cependant suffisamment fiables pour dépister parmi cette population des sujets suspects d'une anomalie » (Manciaux & Deschamps, 1978).

2.3.1. Différencier le retard du trouble

« Par trouble, il est convenu d'entendre syndrome de désorganisation d'une fonction, liée à un défaut structurel dans l'apparition, l'installation d'un ou de plusieurs éléments constitutifs du langage. [...] Le trouble est par nature durable dans le temps, résistant pour partie aux remédiations, divers dans ses formes et dans les signes associés, variable par sa gravité et par les incapacités générées. Il se distingue d'un retard du langage par les délais de récupération, par les conséquences occasionnées et souvent par l'inexistence de signe associé » (Ringard, 2000).

Le retard de langage correspond à des enfants qui présentent un écart avec leurs pairs du même âge dans leur acquisition du lexique, de la phonologie et/ou de la syntaxe, sans que ce retard ne soit dû à un déficit cognitif, sensoriel, neurologique ou socioaffectif (L. Rescorla & Lee, 1999). Les enfants situés dans la tranche d'âge 18-36 mois sont alors désignés sous le terme de *late talkers* (Masson, 2014).

Les troubles langagiers ont une origine multifactorielle. Une surdité, ou la fréquence d'otites séreuses dans la petite enfance, des troubles psychomoteurs, un trouble du spectre autistique (TSA), une épilepsie, constituent des facteurs aggravants en raison des troubles langagiers associés (Dellatolas & Peralta, 2007). La grande prématurité (enfants nés entre la 28ème et la 32ème semaine d'aménorrhée) est également un facteur de risque important : 30 à 50% des enfants nés grands prématurés présentent des troubles des apprentissages à 6 ans (Charollais, Stumpf, Beaugrand, Lemarchand, Radi, Pasquet, et al., 2010). Il existe également un terrain génétique (Moyle, Stokes & Klee, 2011).

Par ailleurs, l'âge charnière pour intervenir sur les retards de parole et de langage est de 5 ans (Zorman et al., 2011).

2.3.2. Endiguer les difficultés ultérieures

Le développement précoce du langage est associé au bien-être des enfants (Asmussen et al., 2018). Ainsi, un trouble langagier précoce est un facteur aggravant de problèmes sociaux et comportementaux ainsi que d'échec scolaire et d'illettrisme (Billard, 2001). De plus, d'après Clegg, Hollis, Mawhood, & Rutter (2005), un trouble du langage diagnostiqué dans l'enfance entraîne d'importantes difficultés d'adaptation sociale et un risque accru de troubles psychiatriques dans la vie adulte.

Chez les latetalkers, définis précédemment, on relève quelques problèmes comportementaux et émotionnels à 2 ans mais ils ne sont pas plus à risque de développer ce type de difficultés pendant l'enfance ou l'adolescence (Whitehouse, Robinson, & Zubrick, 2011). De même, les latetalkers n'ont pas un risque accru de développer un trouble de la parole et du langage ; cependant, ils obtiennent des scores faibles dans les épreuves langagières en période scolaire. Il est donc important d'accompagner les familles pour pallier les difficultés avant qu'elles ne se cristallisent (Kühn, Sachse, & von Suchodoletz, 2015). En effet, selon certains chercheurs, l'émergence tardive du langage peut être un facteur de risque des troubles langagiers ultérieurs (Poll & Miller, 2013 ; Leslie Rescorla, 2009).

Force est de constater que chez 82% des enfants identifiés à deux ans et demi par un faible stock lexical, des faiblesses morphosyntaxiques, une faible compréhension verbale et une inquiétude parentale, les troubles langagiers persistent à six ans (Miniscalco, Westerlund, & Lohmander, 2007). Pourtant, l'intervention précoce, par la plasticité cérébrale, permet à la majorité des enfants ayant un retard linguistique entre 18 et 35 mois de rattraper leurs pairs (Duff, Nation, Plunkett, & Bishop, 2015).

Enfin, les troubles du langage oral se répercutent sur les apprentissages scolaires. Or, les difficultés de lecture et d'apprentissage détectées vers 7/8 ans sont susceptibles de perdurer et d'impacter le bien-être des enfants et par la suite leur vie sociale et professionnelle (Wake, Gerner, & Gallagher, 2005). D'où l'importance des actions de prévention et du dépistage qui permettent de mettre en place des actions précoces, avant que les conséquences psychoaffectives de l'échec ne viennent compliquer considérablement, voire définitivement, la vie future de l'enfant (Billard, 2001).

2.3.3. Les professionnels de la petite enfance au cœur du dépistage

Les professionnels de la petite enfance ont exprimé le besoin d'obtenir des informations sur le développement normal de la communication et du langage afin d'être en mesure de répondre aux inquiétudes des familles et de repérer les signes d'alerte (Antheunis et al., 2007). Les orthophonistes ont donc créé des outils de prévention, de dépistage et d'intervention précoce pour les troubles de la communication et du langage oral à destination des professionnels de la santé, de la petite enfance ou de l'éducation. C'est le cas du DPL3 (Dépistage et Prévention Langage à 3 ans) (Coquet & Maetz, 1997) et de Dialogoris 0/4 ans (Antheunis et al., 2007).

Le repérage précoce des retards de langage par les professionnels de la petite enfance permet d'enrayer les problèmes sociaux ultérieurs. Il est donc nécessaire d'intervenir avant le début des apprentissages scolaires. Un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) a mené un travail pour sensibiliser les professionnels de l'enfance et les parents au développement du langage et à ses retards afin d'assurer une prise en charge la plus

précoce possible. Les informations fournies doivent être accessibles et condensées pour répondre aux interrogations et apporter des aides pour soutenir et favoriser l'émergence du langage (Masson, 2014).

Des programmes d'intervention précoce destinés à soutenir le développement langagier ont été créés, comme le programme « Parler Bambin » mis en place à Grenoble pour des enfants de 18 à 30 mois (Zorman, Duyme, Kern, Le Normand, Lequette & Pouget, 2011). Kern (2019) fait la synthèse dans son dernier ouvrage de 64 programmes réalisés depuis 2000 et permettant de prévenir les difficultés potentielles en intervenant précocement auprès d'enfants à risque.

Afin de faciliter l'accès à la prévention et aux soins, il existe depuis décembre 1998 des programmes régionaux (P.R.A.P.S.) établis pour trois ans. Ils fixent des activités prioritaires et leurs modalités de mise en œuvre et d'évaluation au niveau régional et au niveau des départements de la région. Par ailleurs, le nouveau dispositif des P.R.A.P.S. (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins) doit permettre de faciliter l'accès des populations en situation de précarité à des réseaux de professionnels (Agence Régionale de la Santé, 2018 ; Ringard, 2000).

De plus, l'école est un acteur clé dans la prévention. Une pratique pédagogique dès la maternelle, diversifiée et structurée, centrée sur l'acquisition la langue orale et écrite revêt une dimension préventive pour tous les enfants, y compris pour ceux potentiellement en difficulté ou porteurs d'un trouble du langage (Ringard, 2000). Un partenariat éducatif avec notamment des professionnels de la santé et la famille peut constituer une démarche porteuse de résultats positifs. Le rapport Ringard (2000), propose des recommandations : « développer dès l'école maternelle des actions de prévention et de repérage des enfants à risques, systématiser le dépistage précoce d'enfants potentiellement porteurs ou atteints d'un trouble du langage oral et écrit (à l'école mais aussi dans les cabinets médicaux), mieux diagnostiquer et intensifier la formation des personnels de manière pluricatégorielle et pluridisciplinaire ».

2.4. Le livret Objectif Langage

2.4.1. Historique

En 1989, Françoise Ercolani, orthophoniste à Nancy appartenant au Syndicat d'Orthophonistes de Meurthe et Moselle (S.O.M.M) crée avec son équipe la brochure « Objectif Langage » dans le but d'informer les parents de jeunes enfants sur le développement du langage et donc de prévenir et de dépister des troubles du langage et de la communication (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2011).

La brochure est aujourd'hui distribuée dans de nombreux départements : dans des maternités, chez des pédiatres libéraux ou des médecins généralistes et dans des institutions comme les Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P) ou les centres de consultation de la Protection Maternelle Infantile (P.M.I). Elle a aussi été traduite dans d'autres langues et distribuée dans certains pays tels que le Portugal, l'Espagne ou la Grèce (Fabry, 2002).

2.4.2. L'action 1 Bébé, 1 Livre

Cette initiative débute par l'engagement des orthophonistes dans la lutte contre l'illettrisme. Il s'agit une action de prévention primaire initiée par des orthophonistes d'Alsace en 2006. Ceux-ci interviennent au sein des maternités afin de sensibiliser les jeunes parents au développement du langage de leur enfant. Un livret « Objectif Langage » et un « livre-doudou » sont remis aux parents avec de nombreux conseils (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2011). Grâce à l'A.P.O.H. (Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault), l'action s'est étendue dans notre département où des orthophonistes se rendent dans plusieurs maternités afin de distribuer ces livrets Objectif Langage et les livres-doudou. L'A.P.O.H. intervient auprès du grand public, des professionnels de santé, des familles pour conduire des missions de prévention sur divers

thèmes : le développement du langage, l'importance du jeu et des manipulations, l'importance du livre et de la lecture pour les plus jeunes, les dangers de la surexposition aux écrans, etc.

2.4.3. L'intérêt d'évaluer cette action de prévention

Une action de prévention de cette ampleur demande beaucoup de temps, d'argent et d'implication de la part des orthophonistes et des partenaires (achat des livres, impression des plaquettes, distribution des livres et plaquettes...) Ainsi, il apparaît essentiel que l'action ait un impact positif en ce qui concerne la prévention (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2011). Plusieurs points sont intéressants à évaluer.

En premier lieu, il est préférable que les familles reçoivent le livret par un professionnel, en main propre et que cette remise soit accompagnée d'explications et de conseils. En effet, sans cette précaution, le livret pourrait ne pas être lu ou compris. Or, pour qu'une action de prévention soit efficace, il convient de s'assurer que les informations sont correctement transmises et comprises.

Ensuite, il convient d'évaluer si l'action de prévention et les supports proposés sont attractifs pour les familles. Plusieurs questionnaires rapportent une satisfaction proche des 100% (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2011).

Enfin, l'évaluation permettra d'ajuster les actions en fonction de leurs impacts. Si l'impact d'une action de prévention se révèle être positif, alors cette action se crédibilise, peut s'étendre et obtenir de meilleurs financements. En revanche, si l'impact se révèle être neutre ou négatif, il est nécessaire de modifier l'action en recherchant les causes de l'échec. D'après Garcia (Rééducation Orthophonique, 2019), « agir en prévention, c'est obtenir une reconnaissance de notre expertise, avoir des moyens pour mettre en œuvre les actions, les évaluer et les pérenniser ».

3. Le choix d'un questionnaire pour évaluer cette action de prévention

Ce mémoire s'inscrit dans une recherche-action qui « permet au praticien, tout en restant en contact avec le terrain, d'apprendre à identifier ses besoins et d'établir une démarche pour atteindre des objectifs de changement. Elle contribue à faciliter l'identification d'un problème ou l'émergence d'une question saillante et la résolution de ceux-ci par la mise en place de stratégies visant à l'amélioration d'une situation insatisfaisante pour chacun des participants » (Catroux, 2002). L' Association de Formation et de Recherche sur le Langage (1981) mène des recherches-actions sur le langage en impliquant davantage la population. Ses objectifs principaux sont la prévention de l'échec scolaire et la lutte contre l'illettrisme. Pour exemple, une recherche-action a rapporté que l'accompagnement parental est un moyen efficace de prévention des retards de langage (Martinez Perez et al., 2015).

3.1. L'évaluation

L'évaluation se définit globalement comme un processus d'observation et de comparaison (Collin, Giraud, & Baumann, 2001).

L'évaluation de l'impact, c'est l'impact de l'action sur les connaissances, les attitudes et les comportements du public-cible. Il s'agit surtout de vérifier dans quelle mesure les interventions spécifiques appliquées sur le terrain ont abouti aux résultats escomptés sur la population-cible (Bury, 1988).

Bien que l'évaluation soit reconnue comme un outil d'amélioration de la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé, sa perception est encore souvent négative. En effet, les enjeux qui la sous-tendent sont conflictuels et il existe de nombreuses difficultés dans sa mise en œuvre. Notamment, il est compliqué d'obtenir un consensus sur les questions auxquelles elle doit apporter des réponses, sur la méthodologie à choisir ou sur les indicateurs. En outre, il persiste des problèmes liés au

temps à y consacrer et au suivi généralement à long terme ou encore au coût de l'évaluation parfois supérieur à celui de l'action. Ces différents éléments représentent un frein certain à son développement, et rendent difficile la mise en œuvre d'évaluations adaptées et pertinentes (Sizaret & Fournier, 2005).

3.2. Le questionnaire

Le questionnaire est un recueil d'informations, basé sur la formulation de questions ou d'affirmations, couramment utilisé dans les méthodes d'investigation en sciences humaines, sociales et épidémiologiques. La construction d'un questionnaire dépend du contexte, des objectifs recherchés ainsi que du type d'informations à recueillir (Ketele, 2016). Quand un questionnaire est construit à partir d'un modèle théorique, selon une méthodologie rigoureuse, et qu'il aboutit à un score, il est appelé « échelle de mesure ». La plupart du temps, les modalités de réponses sont graduées, exprimant une fréquence, une intensité, un degré d'accord (modalités de réponse sur une échelle dite de « Likert ») (Langevin, François, Boini, & Rioua, 2011). Les échelles de Likert sont très répandues car elles sont parmi les outils les plus fiables pour mesurer les opinions, les perceptions et les comportements. En utilisant un nombre de valeurs impair, nous pouvons obtenir une valeur médiane, le nombre de propositions idéal étant cinq (Degenne, 1972).

Le questionnaire a pour fonction principale de donner à l'enquête une extension plus grande et de vérifier statistiquement jusqu'à quel point sont généralisables les informations et hypothèses préalablement constituées. Sa structure est fortement conditionnée par les objectifs et les contraintes du traitement statistique qui lui sera ultérieurement appliqué (Combessie, 2007).

Il est essentiel de veiller à la validité du questionnaire en évitant les biais, notamment ceux de désirabilité sociale (effet Bradley) et d'effet de succession de questions (effet de Halo) (Herbert, 2007). Le biais de désirabilité sociale correspond à la volonté du répondant de se montrer sous un jour favorable (Crowne & Marlowe, 1960). Ainsi la formulation des questions joue un rôle majeur (Bachelet, 2014). De plus, la longueur du

questionnaire est également un élément à prendre en compte. En effet, trop long, il peut lasser les répondants, donc nuire à la qualité des résultats (Langevin et al., 2011).

Une étude de Heerwegh & Loosveldt (2008) a mis en évidence que les réponses collectées en face à face ou par téléphone par un enquêteur sont de meilleure qualité que les réponses collectées en ligne. Cependant, la collecte administrée par un enquêteur suscite une désirabilité sociale plus importante chez le répondant que la collecte en ligne (Heerwegh & Loosveldt, 2008; Martin & Nagao, 1989). Mais au-delà de la manière de collecter les réponses, c'est surtout la présence de l'enquêteur qui engendre le biais de désirabilité sociale (Richman, Kiesler, Weisband, & Drasgow, 1999).

Enfin, d'après une étude de Feldman et al. (2000) sur la qualité des réponses dans les questionnaires, les parents avec un haut niveau socio-culturel seraient plus fiables dans leurs réponses par rapport aux parents avec un faible niveau socio-culturel qui auraient tendance à surestimer le niveau de leur enfant.

4. Problématiques et hypothèses générales

4.1. Problématiques

La prévention fait partie intégrante des compétences du métier d'orthophoniste. Nous devons transmettre les informations concernant le développement langagier des enfants aux familles à travers des outils pratiques pour prévenir les éventuels troubles ou difficultés. L'action de prévention « Objectif Langage » s'inscrit dans cette démarche. La compétence langagière s'articule autour d'aspects sémantiques, formels et pragmatiques qu'il convient d'explicitier aux parents : tout est communication. La revue de la littérature nous permet de constater l'importance des interactions précoces parents-enfant dans le développement langagier. En outre, certains facteurs environnementaux et familiaux favorisent l'émergence du langage oral (la lecture partagée, l'utilisation de gestes, un niveau socio-culturel favorisé, etc.) tandis que d'autres la compromettent (les écrans, un niveau socio-culturel défavorisé, etc.). De ce fait, il est intéressant de se questionner sur les connaissances actuelles des familles et sur l'impact de l'action de prévention « Objectif Langage » pour déterminer si les familles sont réceptives aux conseils transmis dans la plaquette. En effet, si l'impact d'une action de prévention se révèle être positif, alors cette action se crédibilise, peut s'étendre et être soutenue par les instances sanitaires. En revanche, si l'impact se révèle être neutre ou négatif, il est nécessaire de modifier l'action en recherchant les causes de l'échec. Ces réflexions amènent les problématiques suivantes :

Quelles sont les connaissances actuelles des familles à propos : du métier d'orthophoniste ? De la manière de s'adresser à leur enfant ? De l'importance des livres ? Du danger des écrans ? De l'oralité de leur enfant ? Peut-on mesurer ces connaissances à l'aide d'un questionnaire ?

La distribution des livrets Objectif Langage auprès des familles dans les maternités peut-elle permettre un changement sur les habitudes familiales et les comportements de communication autour du nouveau-né ? Quel est l'impact de cette action de prévention

primaire ? Peut-on mesurer l'impact de cette action à l'aide de questionnaires proposés avant et après la distribution du livret ?

4.2. Hypothèses générales

Les parents ont un manque de connaissances du développement langagier de leur(s) enfant(s) et des facteurs influençant celui-ci.

La distribution des livrets Objectif Langage auprès des familles dans les maternités permet un changement des habitudes familiales et des comportements de communication autour du nouveau-né.

PARTIE EXPERIMENTALE

1. Matériel et méthodes

Ce mémoire fait suite à deux autres mémoires d'orthophonie : l'un réalisé en 2000 par deux étudiantes de Nancy et l'autre réalisé par Jennifer Bourgouin en 2019 à Montpellier. Dans le premier mémoire, les étudiantes ont mesuré l'impact de la distribution de la plaquette Objectif Langage dans une maternité de Nancy, à l'aide de deux questionnaires : l'un à la naissance et l'autre 6 mois après. Cependant, elles n'ont pas pu mettre en avant une différence significative entre leurs groupes « intervention » (groupe ayant reçu la plaquette) et « témoin » (groupe n'ayant pas reçu la plaquette). Jennifer Bourgouin a décidé de réaliser la même étude à la polyclinique Saint-Roch à Montpellier mais sans population « témoin ». Elle a pu mettre en évidence une différence significative entre les familles accueillant leur premier enfant et celles accueillant au moins leur deuxième enfant.

Nous avons choisi de reprendre à notre tour cette étude pour plusieurs raisons : le livret Objectif Langage a changé depuis l'année 2000. De plus, les comportements et habitudes des familles ont eux aussi évolué notamment avec l'essor du numérique et l'omniprésence des écrans. Comparativement au mémoire de l'année 2019, nous avons établi une population « témoin » afin de nous assurer que la modification des réponses entre nos deux questionnaires soit bien imputable à la distribution et l'explication du livret. En outre, les résultats de Jennifer Bourgouin nous ont permis d'ajuster le questionnaire. Enfin, nous avons été dans différentes maternités afin d'élargir notre population de recrutements et d'obtenir des échantillons plus représentatifs de la population générale.

1.1. Population

Les livrets Objectif Langage ont été distribués aux familles de nouveau-nés dans différentes maternités de la région : à Sète (CHU), Béziers (CHU), Nîmes (CHU Carémeau et clinique Kenval) et Montpellier (Polyclinique Saint-Roch et CHU Arnaud-

de-Villeneuve). Certaines familles n'ont pas reçu le livret lors de l'entretien afin d'établir une population contrôle. Nous avons vérifié que les familles correspondaient aux critères préalablement établis.

Critères d'inclusion et d'exclusion :

Sont incluses dans l'étude les familles ayant accueilli un nouveau-né dans les maternités citées ci-dessus entre les mois de juillet et août 2019.

Sont exclues de l'étude les familles où des complications se sont présentées durant l'accouchement compromettant notre visite et les familles non francophones ne pouvant recevoir l'explication proposée avec le livret.

Les populations « intervention » et « contrôle » devaient être idéalement composées chacune de 100 familles de nouveau-nés au départ.

1.2. Matériel

1.2.1. Le livret Objectif Langage

L'action de prévention que nous évaluons se caractérise par la remise et l'explication du livret « Objectif Langage » (Annexe 5). Il comporte 14 pages et aborde différents thèmes : grandir et apprendre, le bain de langage, plaisir et langage, le geste, les livres et la lecture, les points de repères, la télé/les écrans, le bilinguisme, la succion, le dépistage et la prévention.

1.2.2. Les questionnaires

Afin de réaliser un état des connaissances générales des parents sur le développement langagier de leurs enfants, nous avons créé deux questionnaires inspirés de ceux du mémoire de Jennifer Bourgouin.

Le premier questionnaire (Annexe 1) permet de faire un état des lieux des habitudes quotidiennes des parents. Il comporte des questions relatives aux informations administratives (notamment le nombre et l'âge des enfants, les années de naissance des parents, leur profession et niveau d'études, le mail et le numéro de téléphone) et des questions relatives aux connaissances et habitudes familiales. Il comporte 42 questions dont la majorité sont à échelle ou fermées.

Le questionnaire est découpé par domaine : le bilinguisme, la communication non verbale, la communication verbale, la lectures/les livres, les écrans, la succion, le métier d'orthophoniste. Ces domaines ont été choisis puisqu'ils sont développés dans le livret Objectif Langage.

Le second questionnaire (Annexe 2) reprend exactement les mêmes questions que le premier puisque nous souhaitons mettre en avant une évolution des réponses après la distribution et l'explication du livret Objectif Langage. Cependant, nous avons rajouté quelques questions sur la garde actuelle du bébé, la reprise ou non du travail pour la mère, l'endroit où se situe le livret actuellement et si les familles l'ont relu depuis l'action à la maternité et enfin une question pour savoir si cette action a intéressé les familles.

Nous avons choisi de publier le premier questionnaire via les réseaux sociaux afin d'obtenir un plus large panel de réponses. En effet, une grande majorité de la population est aujourd'hui connectée aux réseaux sociaux. Ainsi, nous pourrions obtenir des réponses dans toute la France. Nous pourrions alors comparer ces réponses avec celles obtenues dans les maternités avant l'explication du livret Objectif Langage.

L'action de prévention « Objectif Langage » sera évaluée grâce au même questionnaire que celui transmis sur les réseaux sociaux.

1.3. Protocole

Le recrutement de la population de cette étude s'est déroulé du 15 juillet 2019 au 25 août 2019 dans les maternités de Sète (CHU), Béziers (CHU), Nîmes (CHU Carémeau et clinique Kenval) et Montpellier (CHU Arnaud-De-Villeneuve et polyclinique Saint-

Roch). Au préalable, nous avons contacté les cadres de ces maternités par mail afin d'obtenir leur accord pour notre intervention (Annexe 4).

Le questionnaire sur les réseaux sociaux est resté en ligne pendant quatre mois de septembre 2019 à décembre 2019.

Lors de l'intervention dans les maternités, nous allions en premier lieu à la rencontre des équipes afin de convenir des chambres dans lesquelles notre action était envisageable. Avec l'accord des équipes, nous avons pu rencontrer les familles à partir de J1, à savoir, dès le lendemain de l'accouchement. Nous avons recueilli les consentements écrits des familles acceptant de participer à l'étude (Annexe 3).

Le premier questionnaire a été soumis aux familles dans les quatre premiers jours suivant la naissance de l'enfant (T0), avant la remise et l'explication du livret. Les questions ont été posées à l'oral par l'étudiante en orthophonie et les réponses ont été recueillies via un Google Form. En outre, nous avons décidé d'établir une population « contrôle ». Les familles intégrant cette population n'ont pas reçu le livret à la maternité, à la suite du premier questionnaire. Le livret leur a été envoyé par mail à la suite du second questionnaire, six mois après la naissance de leur enfant (T1).

En effet, si les résultats obtenus sont significatifs, c'est-à-dire, si l'on observe de meilleurs scores six mois après la distribution du livret dans les familles qui ont reçu le livret et l'explication à la naissance tandis que les scores restent inchangés chez les familles n'ayant pas reçu le livret et l'explication, alors la population « contrôle » permettra de mettre en évidence l'impact de cette action de prévention.

L'intervention à la maternité a duré entre 15 et 30 minutes par famille, selon la distribution ou non du livret à la suite du premier questionnaire. Les échanges et la présentation du livret se sont faits à l'oral.

Le second questionnaire a été soumis aux familles durant le mois de janvier 2020 soit cinq à six mois après la naissance de l'enfant. Les familles ont été contactées par téléphone afin que l'étudiante puisse poser les questions à l'oral et remplir les réponses via un Google Form. Ce second entretien a duré entre 10 et 20 minutes.

Les populations « intervention » et « contrôle » ont été sélectionnées au sein des différentes maternités par la méthode de la bisection : les 94 premières familles

rencontrées ont bénéficié de la remise et de l'explication du livret et les 94 suivantes n'en ont pas bénéficié. Le nombre de familles sélectionnées au sein de chaque maternité est proportionnel au nombre de naissances par jour dans la maternité. L'action a été proposée à toutes les familles qui ont choisi ou non de participer à l'étude.

La méthode choisie est donc l'essai randomisé qui consiste en la comparaison de deux groupes constitués de façon aléatoire et bénéficiant de deux interventions différentes : un groupe « intervention » bénéficiant de la distribution du livret et des explications et un groupe « contrôle » dans lequel le livret n'a pas été distribué ni expliqué.

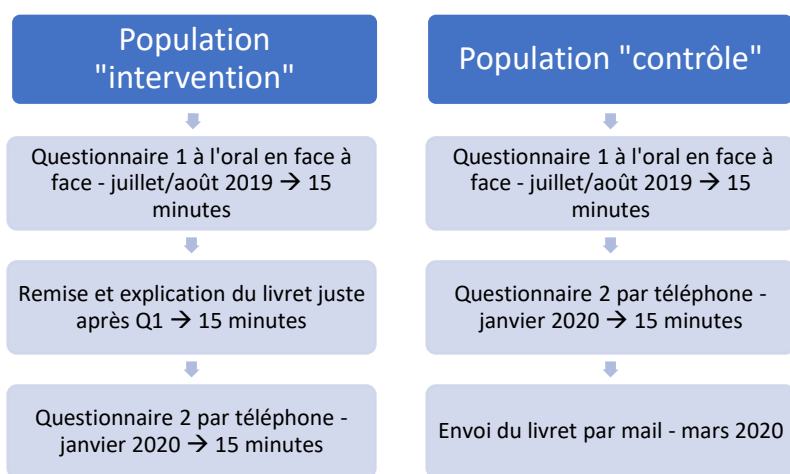


Schéma récapitulatif du protocole de l'étude

1.4. Statistiques et hypothèses opérationnelles

Il s'agit d'un essai randomisé où l'on compare les résultats entre deux groupes « intervention » et « contrôle » ainsi que d'une analyse longitudinale visant à comparer les questionnaires 1 et 2. Les données administratives et les réponses des participants ont été reportées dans un tableau Excel. Les réponses des parents ont été converties en scores selon une échelle de points. Des scores maximums par domaines ont été établis ainsi qu'un score total pour l'ensemble des questionnaires. Certaines réponses sont qualitatives, pour cette raison, elles n'ont pas été converties. Elles seront toutefois prises en compte dans l'analyse qualitative des données.

Les données ont ensuite été traitées à l'aide du logiciel Statistica. Nous avons réalisé des T-tests et des ANOVA pour mesures répétées afin de comparer les résultats entre les groupes, avant et après la distribution du livret.

Variables indépendantes :

Nombre d'enfants : E2 \rightarrow {1, 2} 1 : 1^{er} enfant, 2 : au moins 2 enfants

Groupes : G2 \rightarrow {I, C} I : intervention, C : contrôle

Temps : T2 \rightarrow {T0, T1} T0 : naissance, T1 : 6 mois

Maternités : M6 \rightarrow {A, SR, C, K, B, S} A : ADV, SR : St Roch, C : Carémeau, K : Kenval, B : Béziers, S : Sète

Nombre d'années d'études des parents : NSC6 \rightarrow { \geq 16, 15, 14, 12, 11, 9}

Age des parents : A4 \rightarrow {<20ans, [20-30[ans, [30-40[ans, \geq 40ans}

Variables dépendantes :

Scores au premier questionnaire : score total et scores par domaine

Scores au second questionnaire : score total et scores par domaine

Hypothèse opérationnelle 1 : On s'attend à ce que la population « intervention » améliore ses connaissances sur le développement du langage et les facteurs influençant celui-ci contrairement au groupe « contrôle ».

Hypothèse opérationnelle 2 : On s'attend à ce que les parents ayant un nombre d'années d'études égal à 9 aient de moins bons scores que les parents ayant un nombre d'années d'études au moins égal à 16.

Hypothèse opérationnelle 3 : On s'attend à ce que les parents ayant moins de 30 ans aient de moins bons scores que les parents ayant plus de 30 ans.

Hypothèse opérationnelle 4 : On s'attend à ce que les familles accueillant leur premier enfant aient de moins bons scores que les familles accueillant au moins leur deuxième enfant.

Hypothèse opérationnelle 5 : On s'attend à ce que les scores aux questionnaires soient différents entre les différentes maternités.

Hypothèse opérationnelle 6 : on s'attend à ce que les scores dans les domaines communication non verbale, communication verbale, livres/lecture et écrans soient corrélés.

2. Résultats

2.1. Présentation de la population

Nous avons rencontré 188 familles dans les différentes maternités.

Le Parent 1 a été désigné comme étant celui ayant porté l'enfant au cours de la grossesse, le second parent a été nommé Parent 2. 187 couples sont hétérosexuels et un homosexuel. Sur les 188 familles, 182 parents vivent en couple, 5 sont des mères isolées et il y a 1 garde partagée.

Nous avons constitué différents groupes en fonction des variables que nous souhaitons analyser :

- Le groupe 1 représente les familles accueillant leur premier nouveau-né. Il comprend 99 familles pour le premier questionnaire. Le groupe 2 représente les familles accueillant au moins leur second enfant, il comprend 89 familles.
- Les groupes « intervention », bénéficiant de la présentation du livret Objectif Langage, et « contrôle », n'en bénéficiant pas, comportent chacun 94 familles lors du premier questionnaire.
- Les différentes maternités constituent 6 groupes : St Roch, ADV, Carémeau, Kenval, Béziers, Sète et comportent respectivement 62, 32, 34, 42, 12 et 6 familles.

En outre, nous avons réparti les familles selon l'âge des parents et selon leur nombre d'années d'études dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 1 : Age des parents

Tranches d'âge	Parent 1	Parent 2
<20 ans	3	2
[20-30[ans	66	42
[30-40[ans	110	114

≥40 ans	9	30
Total	188	188

Nous constatons que la tranche d'âge la plus représentée pour les deux parents est la tranche [30-40[ans et celle la moins représentée est la tranche <20 ans. De plus, dans la tranche d'âge [20-30[ans, le nombre de parent 1 est plus important que celui de parent 2 qui est davantage représenté dans la tranche ≥ 40 ans. Ceci peut s'expliquer par le fait que le parent 2 est souvent plus âgé que le parent 1.

Tableau 2 : Nombre d'années d'études des parents

Nombre d'années d'études	Parent 1	Parent 2
≥16	50	36
15	23	15
14	22	29
12	50	49
11	26	43
9	17	16
Total	188	188

Les nombres d'années d'études les plus représentés pour le parent 1 sont ≥ 16 soit l'équivalent d'un Baccalauréat+4 au minimum et 12 soit l'équivalent d'un Baccalauréat. Le nombre d'années d'études le moins représenté pour le parent 1 correspond au niveau d'études 9 soit un niveau fin collège. Pour le parent 2, le nombre d'années d'études le plus représenté est 12 soit l'équivalent d'un Baccalauréat et celui le moins représenté correspond au niveau d'études 15 soit un Baccalauréat+3.

2.2. Résultats du premier questionnaire

L'objectif du premier questionnaire est de dresser en amont un état des lieux des connaissances des parents au sujet des thèmes que nous avons abordés dans notre partie

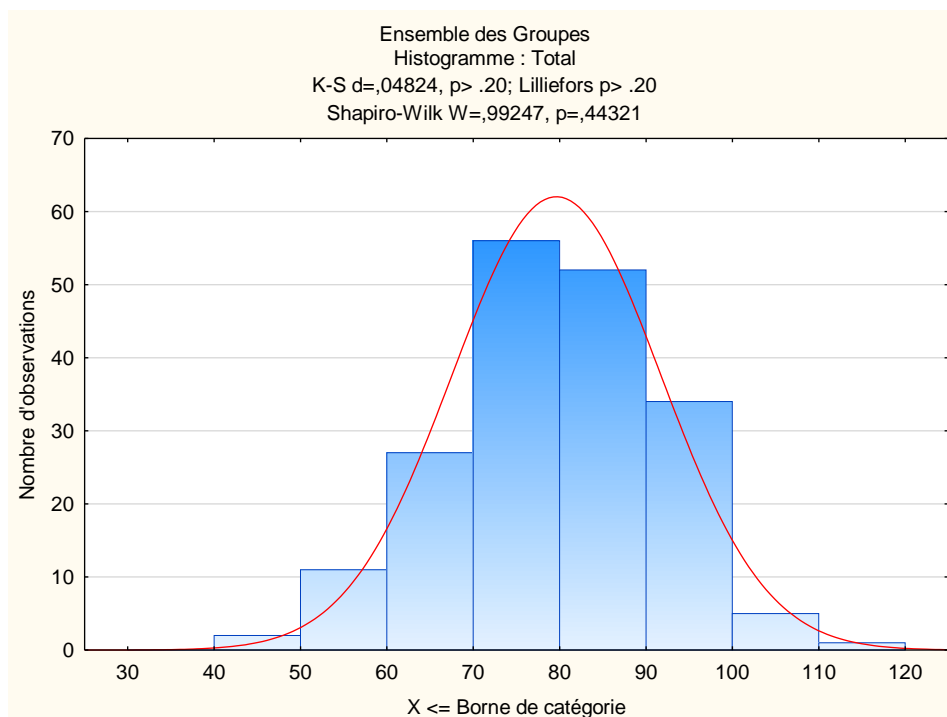
théorique et qui sont présentés dans le livret Objectif Langage. Le questionnaire 1 comporte 42 questions et nous avons choisi de convertir 28 réponses en scores selon une échelle de points, le score maximum étant attribué à la réponse la plus attendue et le score minimum à celle la moins attendue. Ainsi, nous avons établi un score total maximum de 118. Les autres questions feront l'objet d'analyses qualitatives. Des scores intermédiaires ont été calculés selon 6 domaines présents dans le livret Objectif Langage :

- Les connaissances générales sur 4.
- La communication non verbale sur 36.
- La communication verbale sur 28.
- La lecture et les livres sur 21.
- Les écrans sur 21.
- Le métier d'orthophoniste sur 8.

Dans cette analyse, nous avons recueilli les réponses des 188 familles ayant accepté de participer à notre étude. Nous avons analysé les scores totaux et les scores par domaine selon plusieurs variables indépendantes : le groupe « intervention » versus « contrôle », le nombre d'enfants « 1 » versus « au moins 2 », les maternités, le nombre d'années d'études et l'âge des parents. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et de graphiques.

2.2.1. Analyses statistiques en fonction du nombre d'enfants

Pour l'analyse entre les groupes « premier enfant » versus « au moins 2 enfants » et les groupes « intervention » versus « contrôle », nous avons utilisé un T-test pour deux échantillons indépendants afin de comparer les moyennes des deux groupes pour les scores totaux. Au préalable, nous avons vérifié la normalité des données. Les scores sont représentés dans les tableaux ci-dessous.



Histogramme 1 : Normalité des données pour les scores totaux au questionnaire 1

Tableau 3 : Moyennes, scores minimums, maximums et écart-types du groupe 1 au questionnaire 1

Groupe 1 : 1 ^{er} enfant	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
Connaissances générales (/4)	1,5	0	3	1,2
Communication non verbale (/36)	30,2	18	36	3,6
Communication verbale (/28)	20,0	11	28	3,6
Livres/lecture (/21)	9,7	2	13	2,4
Ecrans (/21)	7,9	0	16	3,5
Métier d'orthophoniste (/8)	5,4	0	8	1,6
Total (/118)	74,7	53	95	9,1

Tableau 4 : Moyennes, scores minimums, maximums et écart-types du groupe 2 au questionnaire 1

Groupe 2 : au moins 2 enfants	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
Connaissances générales (/4)	2,4	0	4	1,0
Communication non verbale (/36)	30,1	12	36	5,0

Communication verbale (/28)	20,7	6	28	4,2
Livres/lecture (/21)	15,8	0	21	4,1
Ecrans (/21)	10,5	1	20	4,0
Métier d'orthophoniste (/8)	5,7	1	8	1,5
Total (/118)	85,1	46	111	12,7

Les statistiques descriptives nous permettent d'observer des scores meilleurs pour le groupe 2 concernant le score total mais aussi les scores aux domaines connaissances générales, livres/lecture et écrans. En outre, les écart-types sont plus importants pour le groupe 2 ce qui montre un plus grand écart entre les scores minimums et les scores maximums.

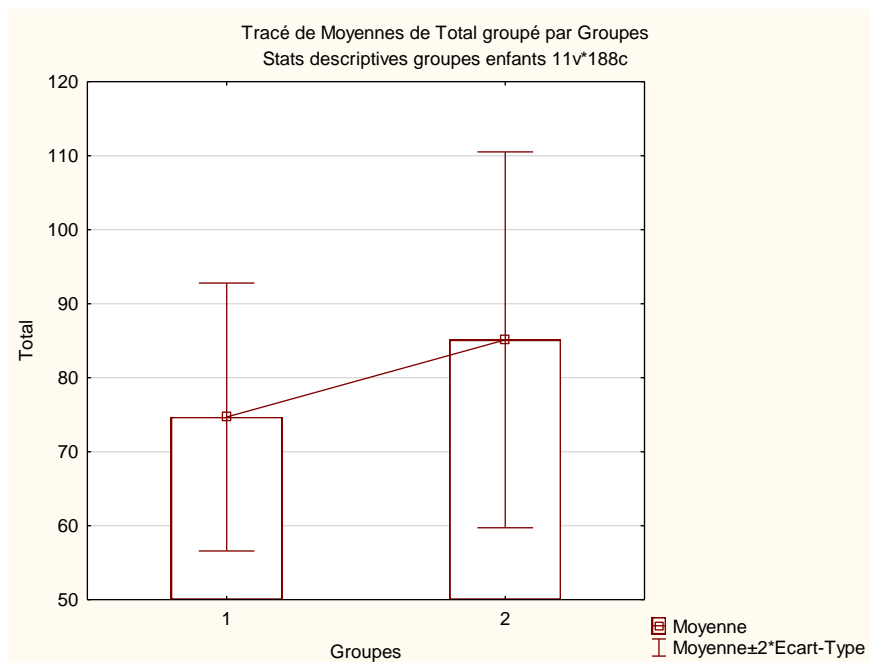


Figure 1 : Moyennes du score total au questionnaire 1 pour les groupes 1 et 2

Les résultats du T-test nous indiquent une différence significative entre les scores totaux des deux groupes avec [p=0,00*].

2.2.2. Analyses statistiques en fonction des groupes « contrôle » et « intervention »

Tableau 5 : Moyennes, scores minimums, maximums et écart-types du groupe contrôle au questionnaire 1

Groupe 1 : contrôle	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
Connaissances générales (/4)	2,1	0	3	1,1
Communication non verbale (/36)	30,3	15	36	4,1
Communication verbale (/28)	20,5	6	28	4,2
Livres/lecture (/21)	12,6	0	21	4,4
Ecrans (/21)	8,0	0	19	3,7
Métier d'orthophoniste (/8)	5,9	2	8	1,5
Total (/118)	79,3	47	104	12,2

Tableau 6 : Moyennes, scores minimums, maximums et écart-types du groupe intervention au questionnaire 1

Groupe 2 : intervention	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
Connaissances générales (/4)	1,7	0	4	1,3
Communication non verbale (/36)	30,1	12	36	4,5
Communication verbale (/28)	20,1	11	28	3,5
Livres/lecture (/21)	12,5	1	20	4,6
Ecrans (/21)	10,3	1	20	3,9
Métier d'orthophoniste (/8)	5,2	0	8	1,5
Total (/118)	80,0	46	111	12,0

Les statistiques descriptives mettent en avant des scores similaires entre les deux groupes pour les scores par domaine et pour le score total.

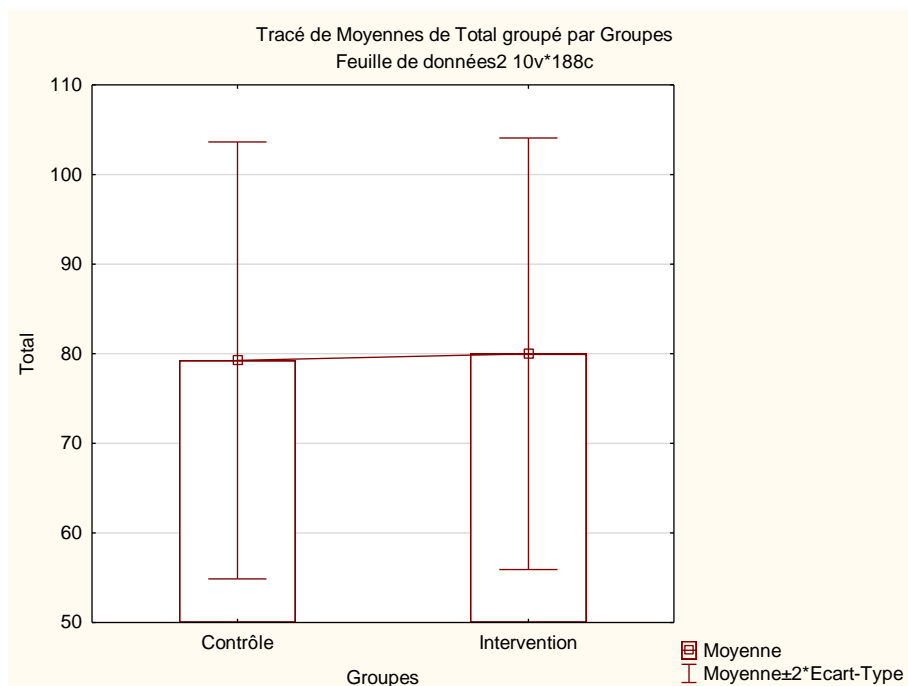


Figure 2 : Moyennes du score total au questionnaire 1 pour les groupes contrôle et intervention

Les résultats du T-test ne montrent pas de différence significative entre les deux groupes avec [p=0,67].

2.2.3. Analyses statistiques en fonction des différentes maternités

Nous nous sommes ensuite intéressés aux scores totaux en fonction de la maternité, du nombre d'années d'études et de l'âge des parents. Les données sont recueillies dans les tableaux ci-dessous. Nous avons vérifié la normalité des données et l'homogénéité des variances avec le test de Levene avant de réaliser des tests ANOVA à un Facteur sur les scores totaux.

Tableau 7 : Moyennes au questionnaire 1 en fonction des maternités

Scores moyens en fonction des maternités	St Roch	ADV	Kenval	Carémeau	Béziers	Sète
Connaissances générales (/4)	1,8	2,0	2,0	2,0	1,7	1,3
Communication non verbale (/36)	30,5	30,3	29,7	30,7	28,8	30,0
Communication verbale (/28)	20,0	21,1	20,0	20,8	19,5	20,8
Livres/lecture (/21)	12,8	12,3	13,3	12,4	10,7	11,3
Ecrans (/21)	9,5	9,0	8,8	9,3	8,3	9,0
Métier d'orthophoniste (/8)	5,5	5,3	5,7	5,7	6,0	5,2
Total (/118)	80,0	80,0	79,4	80,9	75,0	77,7

D'après ce tableau, Carémeau est la maternité où les familles obtiennent le meilleur score moyen total tandis que la maternité de Béziers obtient le moins bon score moyen total. Cependant, les scores de l'ensemble des maternités sont très similaires et les analyses statistiques ne permettent pas de mettre en évidence une différence significative entre les différentes maternités avec $[p=0,80]$.

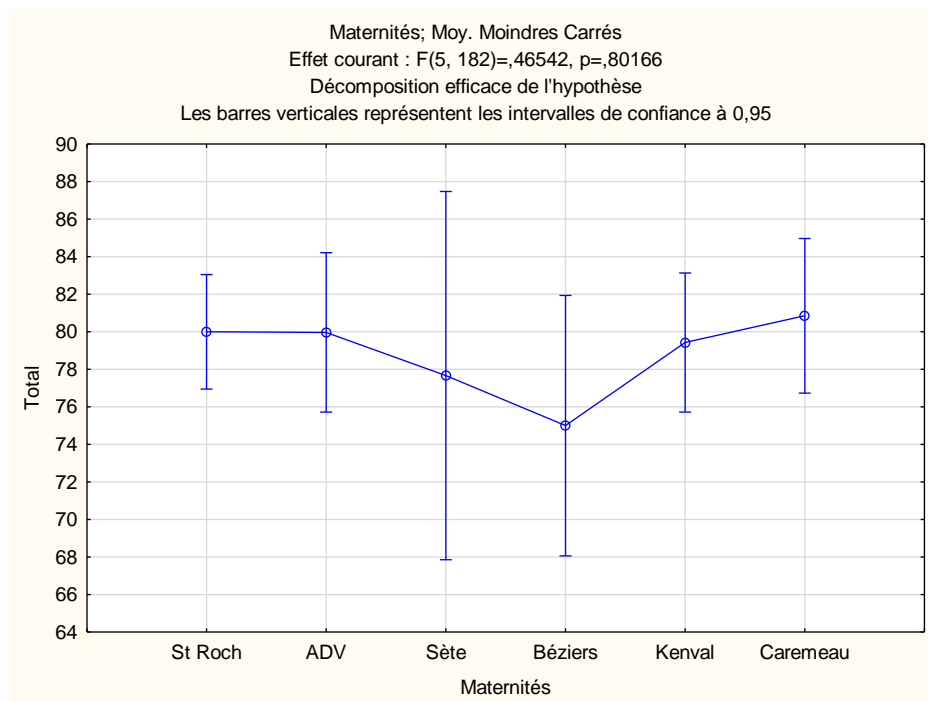


Figure 3 : Tracé des moyennes du score total au questionnaire 1 en fonction des différentes maternités

2.2.4. Analyses statistiques en fonction du nombre d'années d'études des parents

Tableau 8 : Moyennes au questionnaire 1 en fonction du nombre d'années d'études du parent 1

Scores moyens en fonction du nombre d'années d'études du parent 1	9	11	12	14	15	≥16
Connaissances générales (/4)	1,9	1,8	2,0	1,7	1,8	2,0
Communication non verbale (/36)	26,6	30,6	30,4	30,7	30,3	30,6
Communication verbale (/28)	17,9	20,2	20,4	21,1	21,3	20,4
Livres/lecture (/21)	9,5	11,6	11,4	13,0	13,0	14,8
Ecrans (/21)	8,9	8,0	8,6	9,2	8,7	10,5
Métier d'orthophoniste (/8)	4,5	5,8	5,6	5,1	5,7	5,8
Total (/118)	69,4	77,9	78,3	80,8	80,8	84,3

D'après le tableau, nous pouvons observer une amélioration des scores totaux en fonction du nombre d'années d'études du parent 1 : les scores augmentent à mesure que le nombre d'années d'études augmente. Le test ANOVA à un Facteur confirme ce constat en mettant en évidence une différence significative entre les différents groupes avec [p=0,00*]. De plus, le test de Scheffé montre une différence significative entre les groupes 9 et ≥16 avec [p=0,00*].

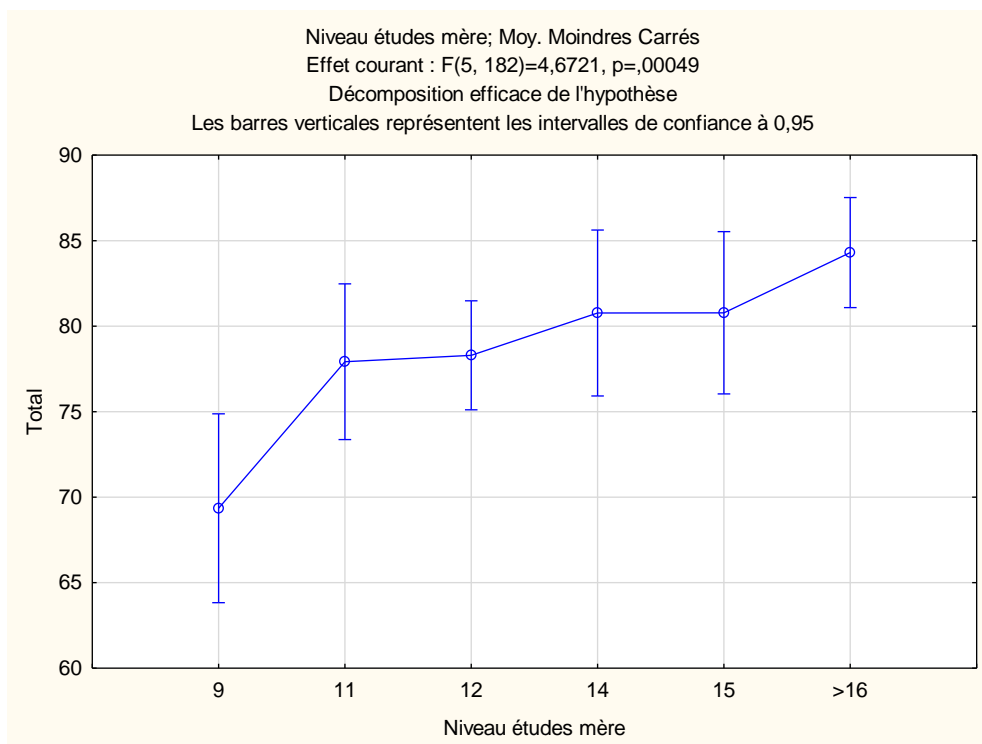


Figure 4 : Tracé des moyennes du score total au questionnaire 1 en fonction du nombre d'années d'études du parent 1

Tableau 9 : Moyennes au questionnaire 1 en fonction du nombre d'années d'études du parent 2

Scores moyens en fonction du nombre d'années d'études du parent 2	9	11	12	14	15	≥16
Connaissances générales (/4)	2,1	2,0	1,7	2,0	1,8	2,0
Communication non verbale (/36)	28,3	30,5	30,5	30,1	29,0	30,7
Communication verbale (/28)	19,8	20,3	20,8	19,6	19,6	21,1
Livres/lecture (/21)	10,2	11,8	12,4	13,4	11,9	14,4
Ecrans (/21)	8,1	8,1	9,6	9,1	6,7	11,1
Métier d'orthophoniste (/8)	5,6	5,5	5,3	5,3	5,9	6,0
Total (/118)	74,0	78,1	80,2	79,6	74,9	85,2

L'analyse statistique montre une différence significative entre les groupes avec $[p=0,012^*]$. Notons toutefois que les scores ne semblent pas dépendre du nombre

d'années d'études bien que le score le plus bas corresponde à 9 années d'études et celui le plus élevé corresponde à au moins 16 années d'études.

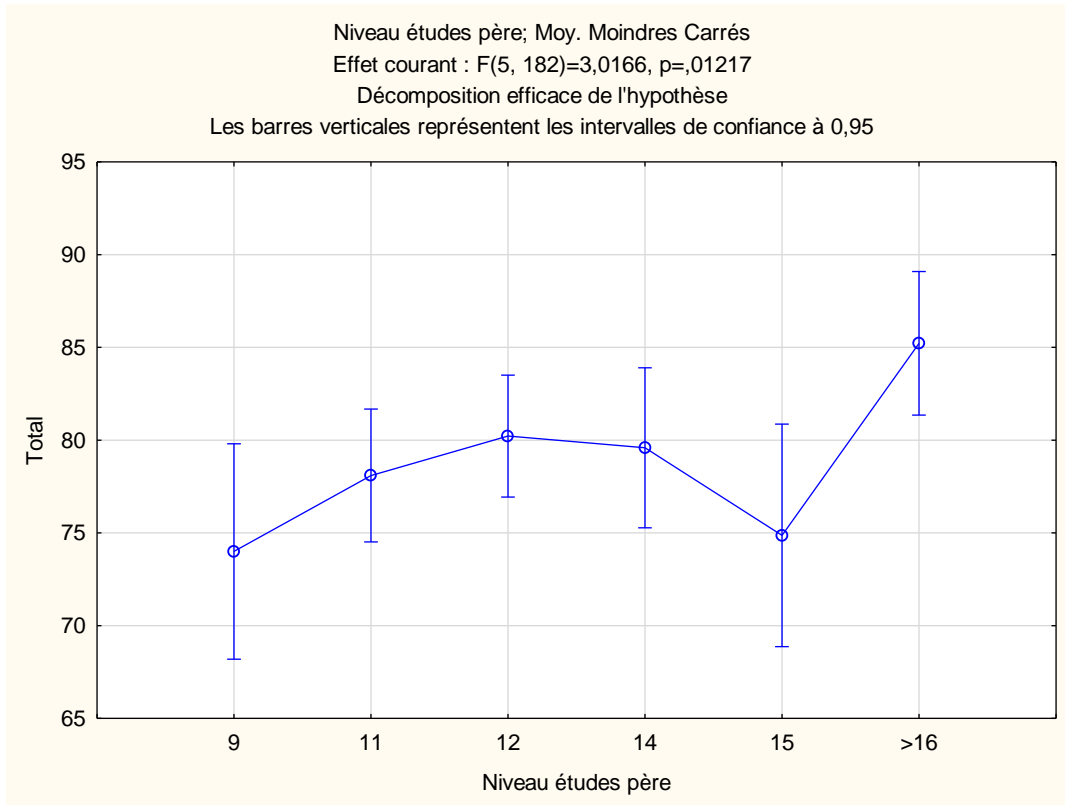


Figure 5 : Tracé des moyennes du score total au questionnaire 1 en fonction du nombre d'années d'études du parent 2

2.2.5. Analyses statistiques en fonction de l'âge des parents

Tableau 10 : Moyennes au questionnaire 1 en fonction de l'âge du parent 1

Scores moyens en fonction de l'âge du parent 1	<20ans	[20-30[ans	[30-40[ans	≥40ans
Connaissances générales (/4)	2,0	1,5	2,1	1,8
Communication non verbale (/36)	32,7	29,3	30,4	32,2
Communication verbale (/28)	22,0	19,3	20,9	20,8
Livres/lecture (/21)	7,3	10,5	13,7	15,3
Ecrans (/21)	9,3	8,1	9,8	8,2

Métier d'orthophoniste (/8)	3,3	5,3	5,7	6,3
Total (/118)	76,7	74,1	82,6	84,7

Nous notons une amélioration des scores, en particulier des scores totaux, en fonction de l'âge du parent 1 à partir de la tranche [20-30[ans. En revanche, la tranche <20ans obtient de meilleurs scores que la tranche [20-30[ans. L'analyse statistique met en évidence une différence significative entre les différentes tranches d'âge avec [p=0,00*]. Le test de Scheffé marque cette différence significative entre les tranches [20-30[ans versus [30-40[ans avec [p=0,00*].

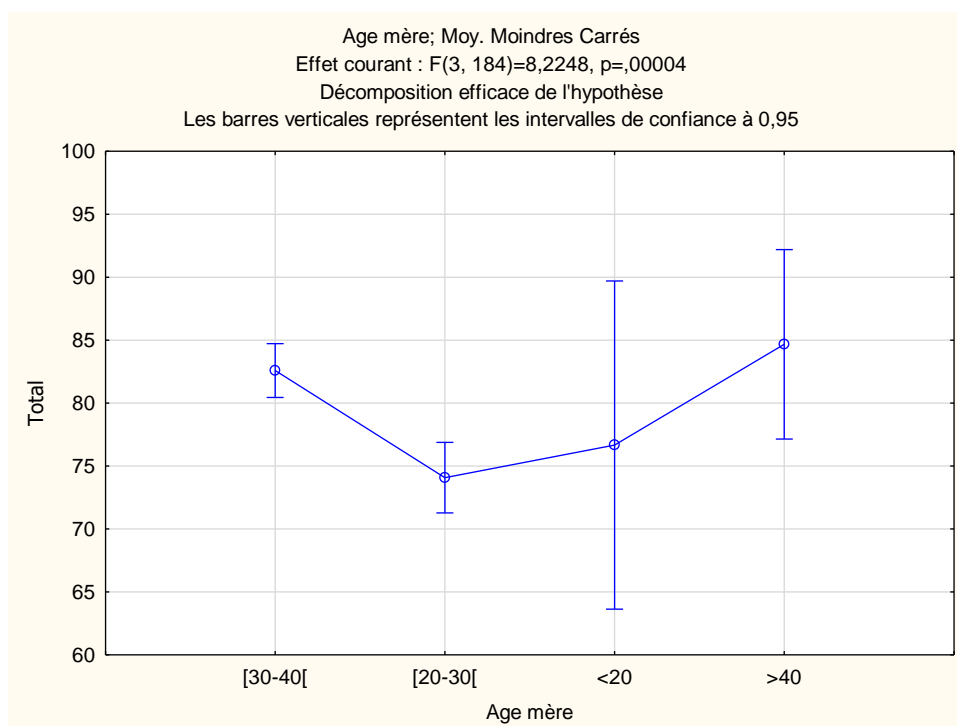


Figure 6 : Tracé des moyennes du score total au questionnaire 1 en fonction de l'âge du parent 1

Tableau 11 : Moyennes au questionnaire 1 en fonction de l'âge du parent 2

Scores moyens en fonction de l'âge du parent 2	<20ans	[20-30[ans	[30-40[ans	≥40ans
Connaissances générales (/4)	1,5	1,9	1,8	2,3

Communication non verbale (/36)	32,5	29,6	30,3	30,3
Communication verbale (/28)	22,5	19,3	20,6	21,0
Livres/lecture (/21)	7,0	11,0	12,8	14,4
Ecrans (/21)	8,0	7,6	9,8	9,0
Métier d'orthophoniste (/8)	3,0	5,5	5,5	5,8
Total (/118)	74,5	74,8	80,8	82,7

Nous relevons une amélioration des scores totaux en fonction de l'âge du parent

2. L'analyse statistique révèle une différence significative entre les différentes tranches d'âge avec [p=0,017*].

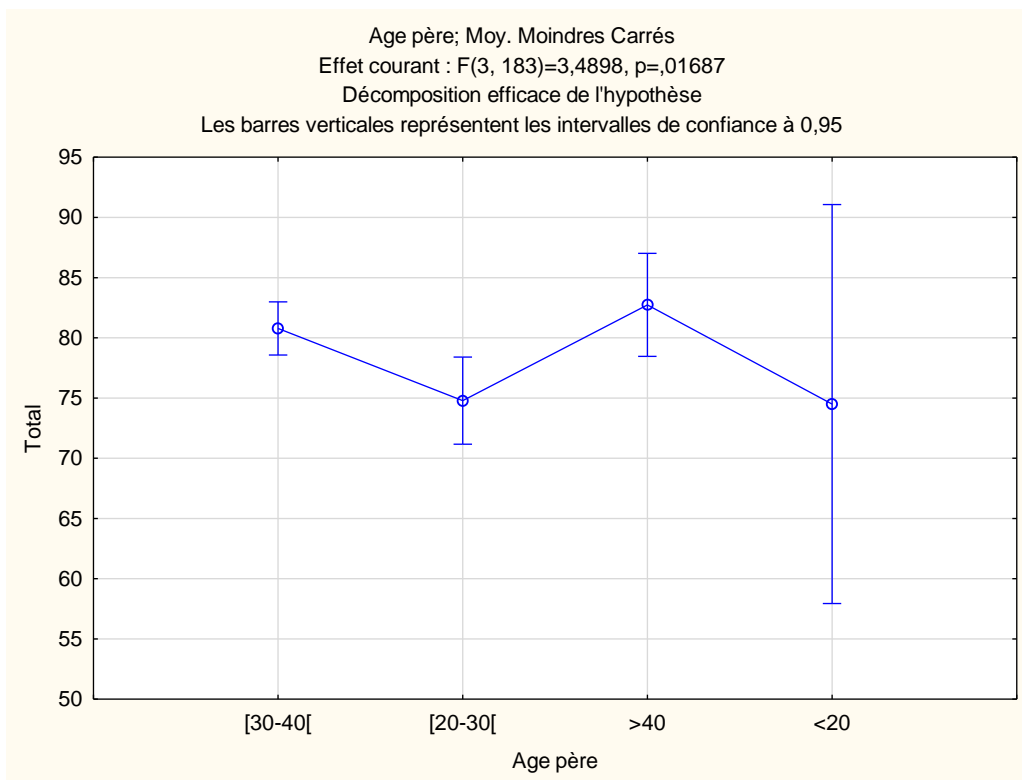


Figure 7 : Tracé des moyennes du score total au questionnaire 1 en fonction de l'âge du parent 2

2.3. Résultats du second questionnaire

Nous souhaitons observer si les familles ont modifié leurs comportements et habitudes pour favoriser le développement de la communication et du langage de leur bébé 5 à 6 mois après notre intervention à la maternité. Pour ce faire, nous avons fait passer un second questionnaire comportant 48 questions dont 28 réponses ont été converties en scores. Les questionnaires 1 et 2 sont identiques afin de permettre une comparaison des résultats obtenus, le score total du questionnaire 2 est donc lui aussi sur 118. Le questionnaire 2 comporte un domaine supplémentaire nommé « évolution depuis la naissance de votre bébé » qui comprend 6 questions qui seront analysées de manière qualitative.

Dans cette analyse, nous devons comparer les résultats du premier questionnaire de chaque groupe avec ceux obtenus au second questionnaire. Nous avons donc retenu les résultats des familles ayant répondu aux deux questionnaires soit les scores de 138 familles. Le taux de participation à l'ensemble de notre étude s'élève à 73,4%.

Nous avons analysé les scores totaux et les scores par domaine selon plusieurs variables indépendantes : le groupe « intervention » versus « contrôle », le nombre d'enfants « 1 » versus « au moins 2 », les maternités, le nombre d'années d'études et l'âge des parents. Nous avons réalisé des ANOVA sur mesures répétées. Au préalable, nous avons utilisé les tests de Levene et M de Box afin de vérifier l'homogénéité et l'hétérostatisticité des données. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et de graphiques.

2.3.1. Analyses statistiques en fonction du nombre d'enfants

Parmi les 138 familles qui ont répondu au second questionnaire, 70 familles accueillaient leur premier enfant tandis que les 68 autres familles accueillaient au moins leur deuxième enfant. Les scores obtenus sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 12 : Moyennes, scores minimums, maximums et écart-types du groupe 1 au questionnaire 2

Groupe 1 : 1 ^{er} enfant	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
Connaissances générales (/4)	2,1	0	4	1,1
Communication non verbale (/36)	32,7	24	36	2,8
Communication verbale (/28)	23,5	18	28	2,4
Livres/lecture (/21)	11,7	4	20	3,2
Ecrans (/21)	9,4	4	16	3,1
Métier d'orthophoniste (/8)	5,3	2	8	1,3
Total (/118)	84,6	63	104	8,5

Tableau 13 : Moyennes, scores minimums, maximums et écart-types du groupe 2 au questionnaire 2

Groupe 2 : au moins 2 enfants	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
Connaissances générales (/4)	2,9	1	4	0,7
Communication non verbale (/36)	32,7	25	36	2,8
Communication verbale (/28)	23,7	16	28	2,6
Livres/lecture (/21)	16,2	6	21	3,7
Ecrans (/21)	12,6	5	21	3,7
Métier d'orthophoniste (/8)	5,5	2	8	1,4
Total (/118)	93,7	73	116	9,4

D'après les tableaux ci-dessus et en les comparant aux tableaux 3 et 4, nous relevons une nette amélioration des scores entre le questionnaire 1 et le questionnaire 2 pour chacun des groupes. En outre, nous constatons que le groupe 2 obtient de meilleurs scores totaux et de meilleurs scores par domaine au questionnaire 2. Nous notons également une amélioration des scores minimums et maximums pour les deux groupes entre les questionnaires 1 et 2 ainsi qu'une réduction des écart-types.

Tableau 14 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score total pour les groupes 1 et 2

Groupe	F=14,19	p=0,000*
Temps	F=43,46	p=0,000*
Temps*Groupe	F=11,39	p=0,001*

Tableau 15 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score au domaine « connaissances générales » pour les groupes 1 et 2

Groupe	F=5,89	p=0,017*
Temps	F=14,44	p=0,000*
Temps*Groupe	F=14,44	p=0,000*

Tableau 16 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score au domaine « livres/lecture » pour les groupes 1 et 2

Groupe	F=17,11	p=0,000*
Temps	F=5,20	p=0,024*
Temps*Groupe	F=31,02	p=0,000*

Tableau 17 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score au domaine « écrans » pour les groupes 1 et 2

Groupe	F=14,10	p=0,000*
Temps	F=13,17	p=0,000*
Temps*Groupe	F=12,27	p=0,001*

Les analyses statistiques montrent un effet principal du Groupe, un effet principal du Temps et un effet d'interaction Temps*Groupe pour le score total et pour les scores aux domaines « connaissances générales », « livres/lecture » et « écrans ». Cela signifie que ces scores évoluent différemment selon le groupe et le temps.

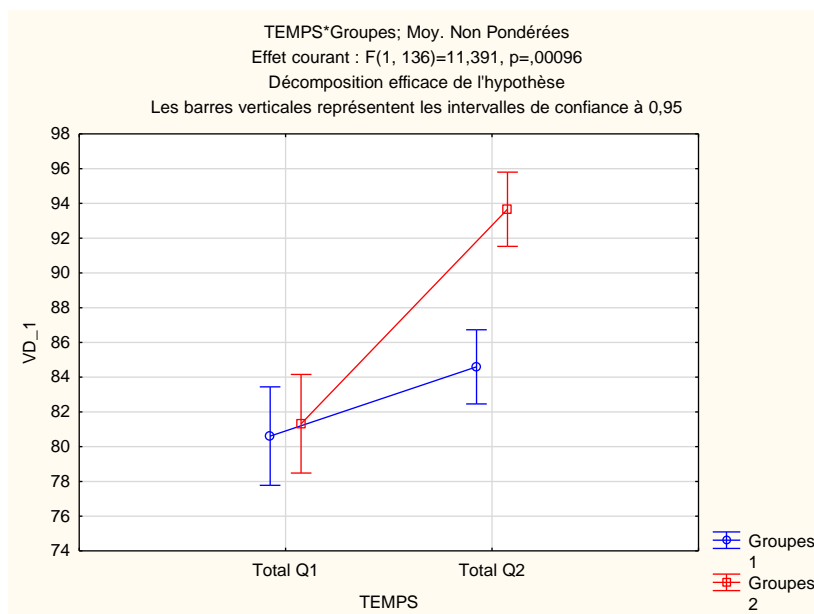


Figure 8 : Graphique représentant l'évolution des scores totaux pour les groupes 1 et 2

Le graphique montre une augmentation des scores en fonction du temps pour les deux groupes, cependant le groupe 2 améliore davantage son score total au questionnaire 2.

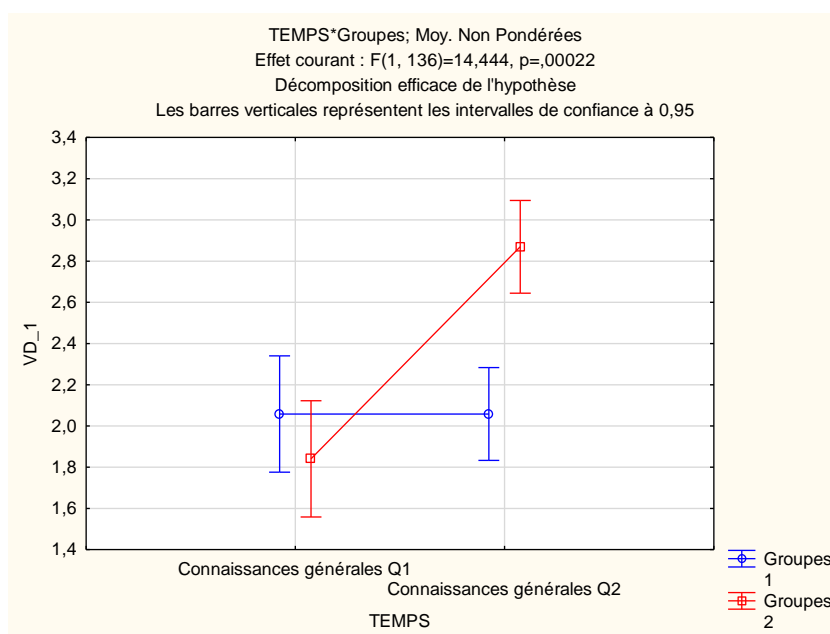


Figure 9 : Graphique représentant l'évolution des scores pour le domaine « connaissances générales » pour les groupes 1 et 2

Le score du groupe 1 reste inchangé entre les deux questionnaires tandis que le groupe 2 améliore significativement son score au questionnaire 2.

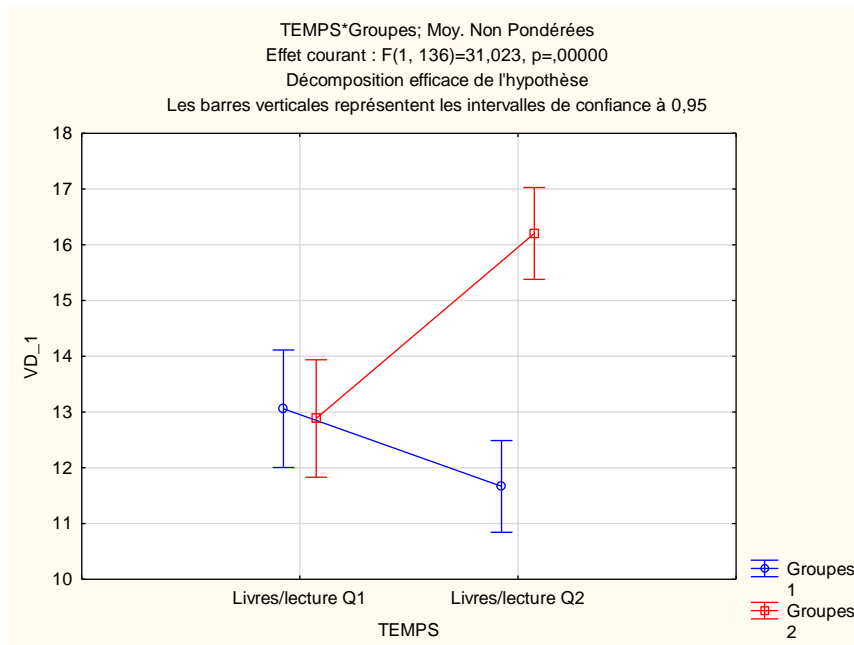


Figure 10 : Graphique représentant l'évolution des scores pour le domaine « livres/lecture » pour les groupes 1 et 2

Le graphique montre une diminution du score pour le domaine « livres/lecture » pour le groupe 1 lors du second questionnaire tandis que le groupe 2 augmente son score.

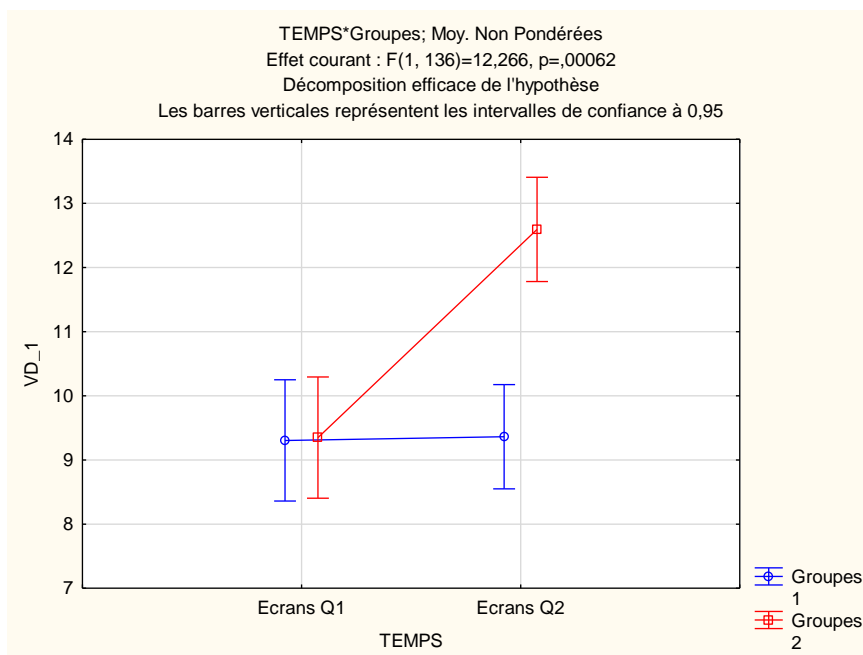


Figure 11 : Graphique représentant l'évolution des scores pour le domaine « écrans » pour les groupes 1 et 2

Le score du groupe 1 n'évolue pas entre les deux questionnaires tandis que le groupe 2 améliore significativement son score au questionnaire 2.

Tableau 18 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score au domaine « communication non verbale » pour les groupes 1 et 2

Groupe	F=0,27	p=0,604
Temps	F=26,07	p=0,000*
Temps*Groupe	F=0,13	p=0,720

Tableau 19 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score au domaine « communication verbale » pour les groupes 1 et 2

Groupe	F=1,06	p=0,306
Temps	F=63,64	p=0,000*
Temps*Groupe	F=0,16	p=0,694

Nous observons les mêmes résultats pour les domaines « communication non verbale » et « communication verbale ». Les tests mettent en évidence un effet principal du temps sur le score, indépendamment du groupe. Les scores entre le premier et le second questionnaire sont donc significativement différents mais nous n’observons pas de différence selon l’appartenance au groupe « premier enfant » ou au groupe « au moins 2 enfants ».

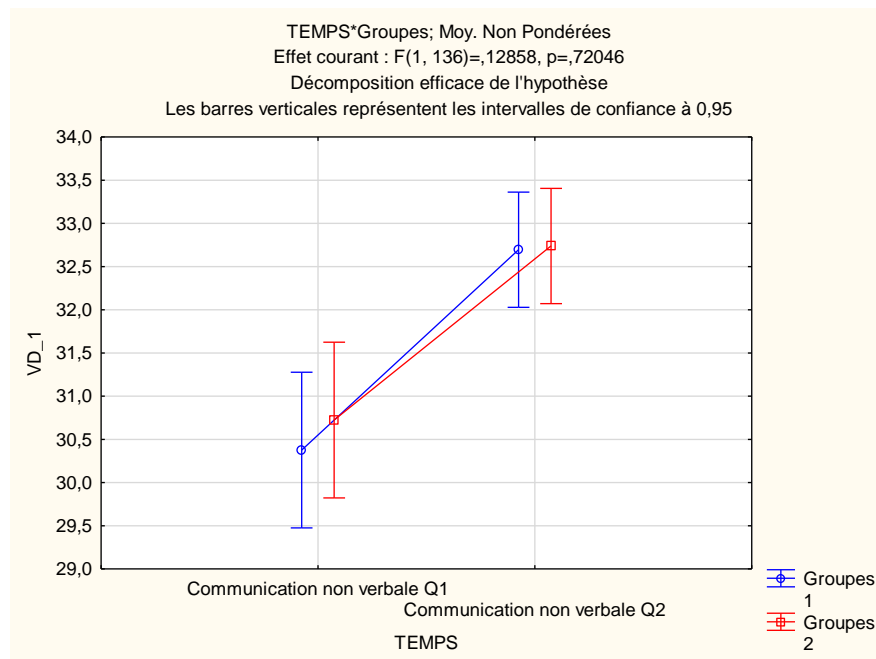


Figure 12 : Graphique représentant l’évolution des scores pour le domaine « communication non verbale » pour les groupes 1 et 2

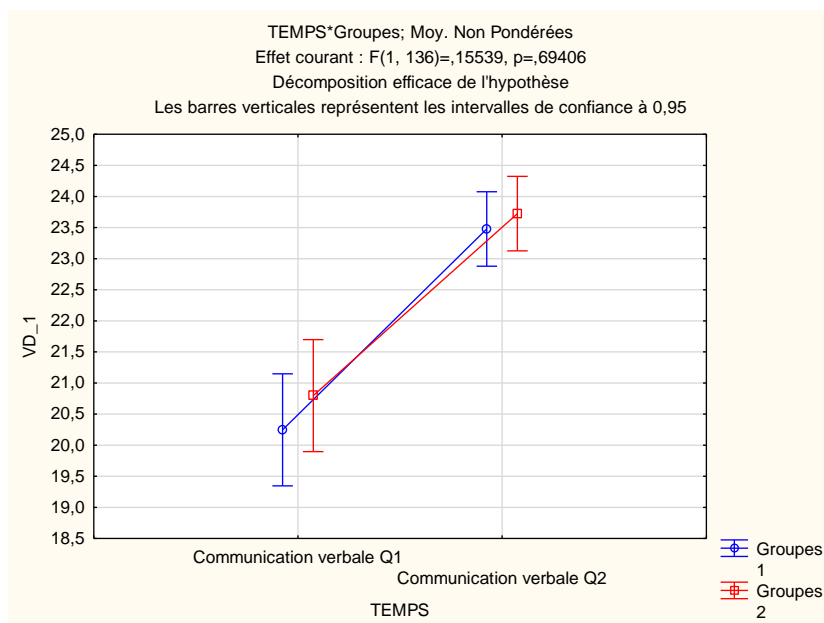


Figure 13 : Graphique représentant l'évolution des scores pour le domaine « communication verbale » pour les groupes 1 et 2

Les graphiques soulignent une évolution similaire entre les deux groupes avec une amélioration du score lors du second questionnaire.

Tableau 20 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score au domaine « métier d'orthophoniste » pour les groupes 1 et 2

Groupe	F=1,045	p=0,309
Temps	F=1,753	p=0,188
Temps*Groupe	F=0,019	p=0,891

Aucun de ces résultats n'est significatif. Il n'y a pas d'effet principal du groupe ou du temps sur le score. Il n'y a pas non plus d'effet d'interaction Temps*Groupe. Le temps et le groupe n'influencent pas les scores.

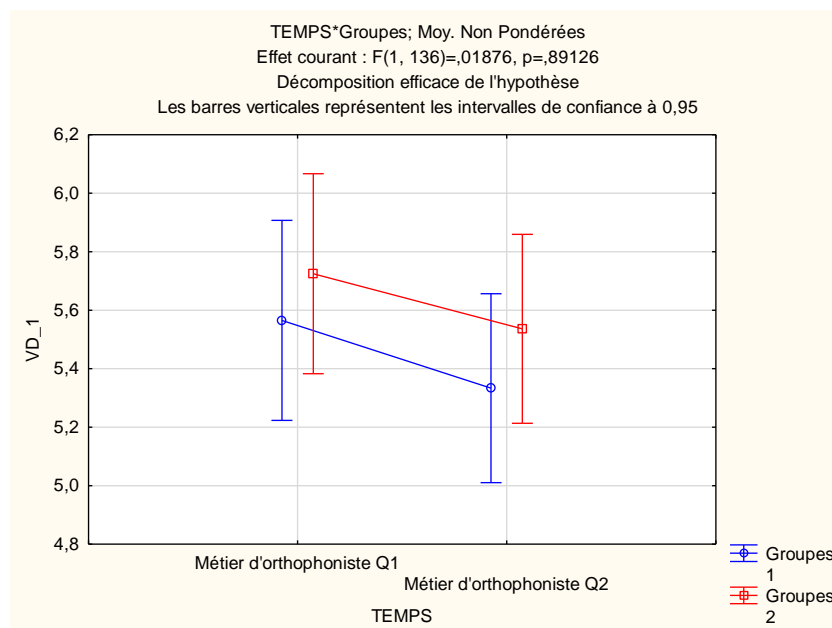


Figure 14 : Graphique représentant l'évolution des scores pour le domaine « métier d'orthophoniste » pour les groupes 1 et 2

Sur ce graphique, nous constatons une légère baisse du score lors du second questionnaire pour les deux groupes.

2.3.2. Analyses statistiques en fonction des groupes « contrôle » et « intervention »

Lors du second questionnaire, nous avons recueilli les réponses de 71 familles pour notre groupe « contrôle » et 67 familles pour notre groupe « intervention ». Les scores obtenus sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 21 : Moyennes, scores minimums, maximums et écart-types du groupe contrôle au questionnaire 2

Groupe contrôle	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
Connaissances générales (/4)	2,3	0	4	1,0

Communication non verbale (/36)	32,4	24	36	3,1
Communication verbale (/28)	23,2	16	28	2,9
Livres/lecture (/21)	14,0	4	21	4,2
Ecrans (/21)	11,1	4	20	3,9
Métier d'orthophoniste (/8)	5,2	2	7	1,3
Total (/118)	88,1	63	114	10,6

Tableau 22 : Moyennes, scores minimums, maximums et écart-types du groupe intervention au questionnaire 2

Groupe intervention	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
Connaissances générales (/4)	2,7	0	4	1,0
Communication non verbale (/36)	33,1	26	36	2,4
Communication verbale (/28)	24,0	20	28	2,0
Livres/lecture (/21)	13,9	5	21	4,1
Ecrans (/21)	10,9	4	21	3,7
Métier d'orthophoniste (/8)	5,7	2	8	1,4
Total (/118)	90,2	68	116	9,3

D'après les tableaux ci-dessus et en les comparant aux tableaux 5 et 6, nous observons une amélioration des scores entre le questionnaire 1 et le questionnaire 2 pour chacun des groupes. Nous notons également une amélioration des scores minimums et maximums pour les deux groupes ainsi qu'une réduction des écart-types. De plus, le groupe intervention obtient un score total légèrement supérieur au groupe contrôle mais les scores par domaine sont très proches. Il ne semble pas y avoir de différence significative entre les deux groupes.

Tableau 23 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score total pour les groupes contrôle et intervention

Groupe	F=2,34	p=0,129
Temps	F=40,07	p=0,000*
Temps*Groupe	F=0,00	p=0,984

Tableau 24 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score au domaine « communication non verbale » pour les groupes contrôle et intervention

Groupe	F=2,42	p=0,122
Temps	F=26,14	p=0,000*
Temps*Groupe	F=0,11	p=0,737

Tableau 25 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score au domaine « communication verbale » pour les groupes contrôle et intervention

Groupe	F=0,72	p=0,397
Temps	F=64,80	p=0,000*
Temps*Groupe	F=1,52	p=0,220

Tableau 26 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score au domaine « livres/lecture » pour les groupes contrôle et intervention

Groupe	F=0,001	p=0,973
Temps	F=4,185	p=0,043*
Temps*Groupe	F=0,152	p=0,698

Les analyses statistiques mettent en évidence un effet principal du temps sur le score, indépendamment du groupe pour le score total et pour les scores dans les domaines « communication non verbale », « communication verbale » et « livres/lecture ». Les scores entre le premier et le second questionnaire sont donc significativement différents mais nous n’observons pas de différence selon l’appartenance au groupe « contrôle » ou au groupe « intervention ».

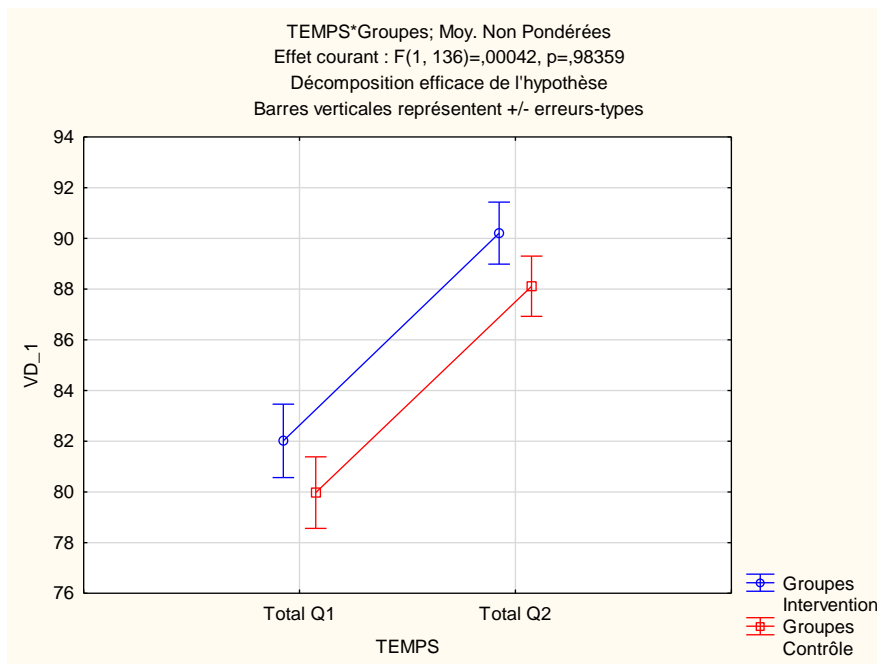


Figure 15 : Graphique représentant l'évolution des scores totaux pour les groupes contrôle et intervention

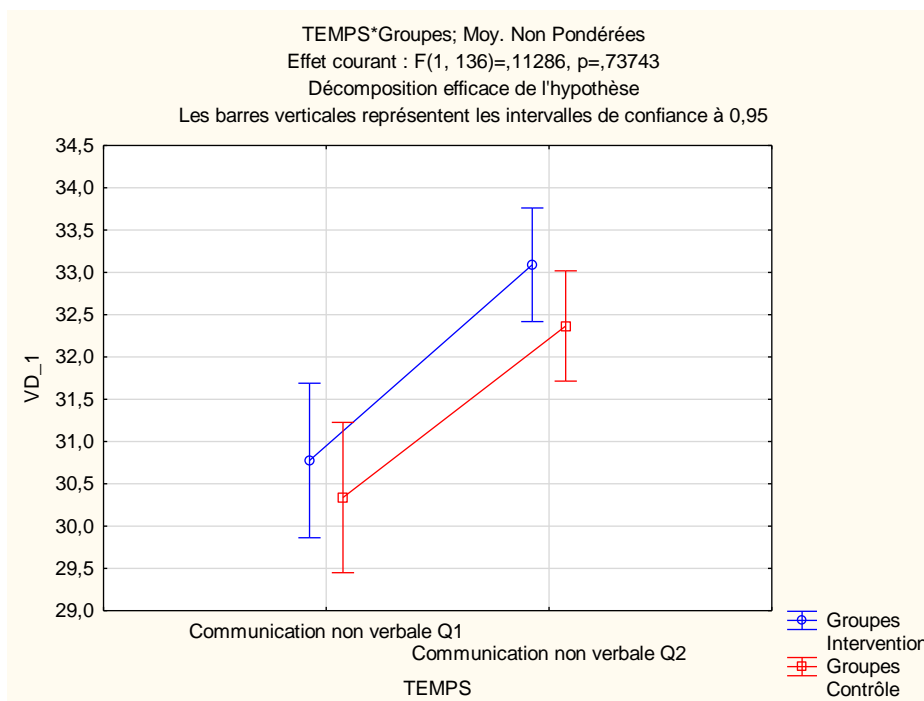


Figure 16 : Graphique représentant l'évolution des scores pour le domaine « communication non verbale » pour les groupes contrôle et intervention

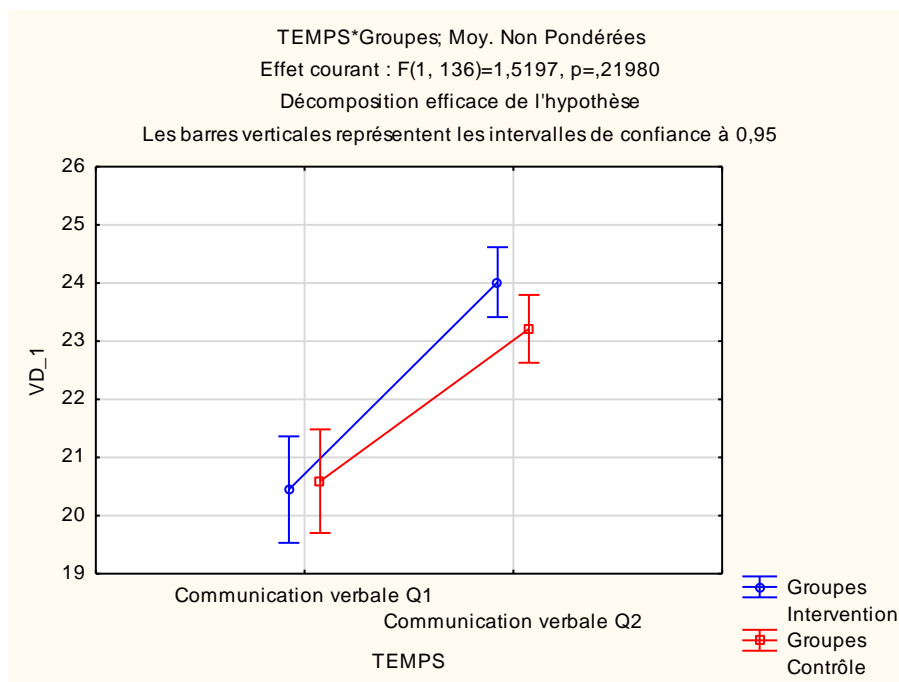


Figure 17 : Graphique représentant l'évolution des scores pour le domaine « communication verbale » pour les groupes contrôle et intervention

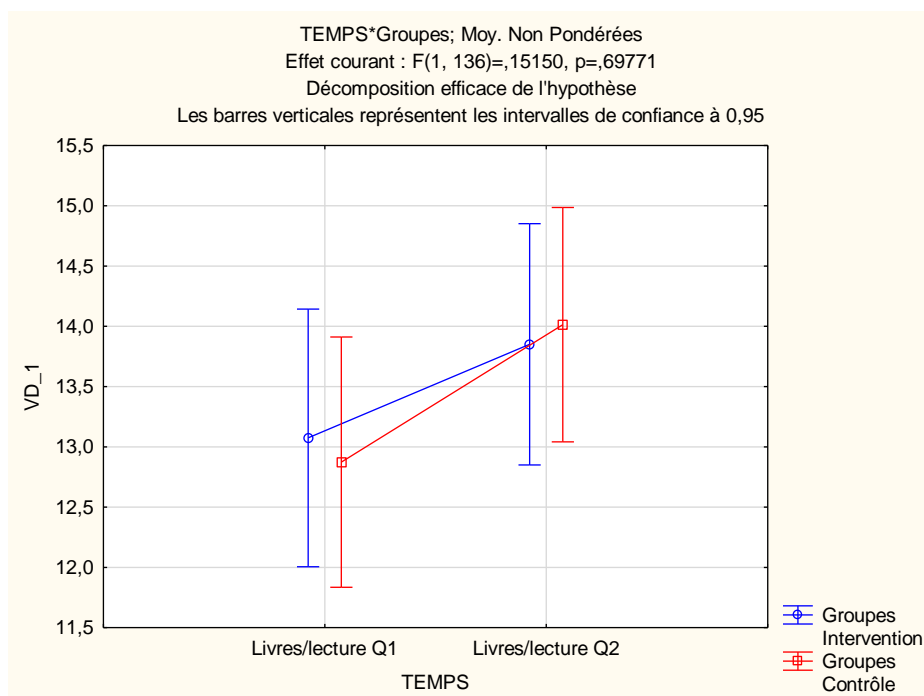


Figure 18 : Graphique représentant l'évolution des scores pour le domaine « livres/lecture » pour les groupes contrôle et intervention

Sur les graphiques ci-dessus nous notons une amélioration des scores lors du second questionnaire aussi bien pour le groupe contrôle que pour le groupe intervention.

Tableau 27 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score au domaine « connaissances générales » pour les groupes contrôle et intervention

Groupe	F=0,15	p=0,700
Temps	F=14,08	p=0,000*
Temps*Groupe	F=5,48	p=0,021*

Ces résultats témoignent d'un effet principal du Temps et d'un effet d'interaction Temps*Groupe. En revanche, il n'y a pas d'effet principal du Groupe.

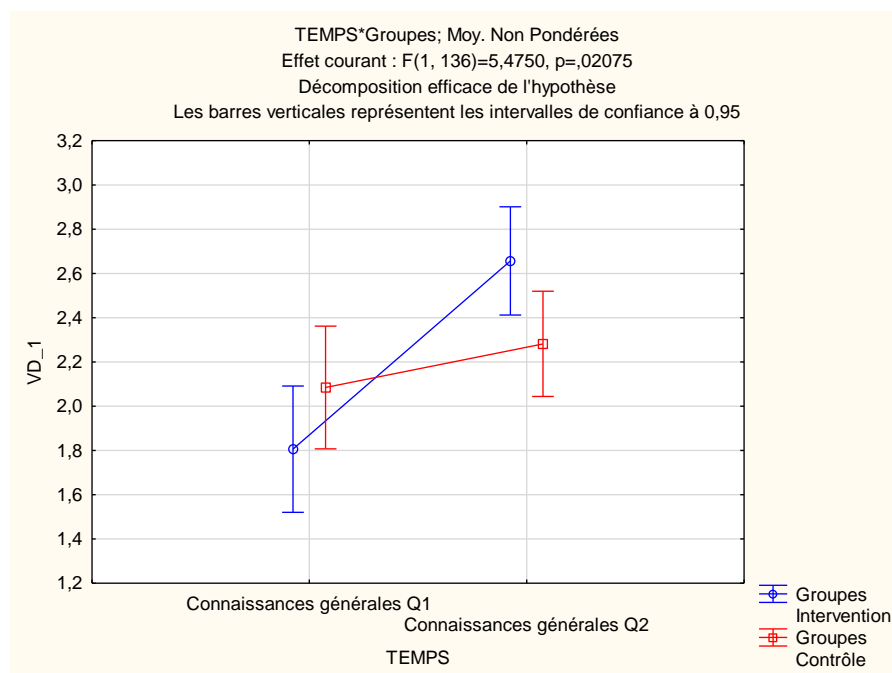


Figure 19 : Graphique représentant l'évolution des scores pour le domaine « connaissances générales » pour les groupes contrôle et intervention

Le score pour le domaine « connaissances générales » augmente pour les deux groupes en fonction du temps. Cependant, ce score augmente de façon plus importante pour le groupe « intervention ».

Tableau 28 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score au domaine « écrans » pour les groupes contrôle et intervention

Groupe	F=5,49	p=0,021*
Temps	F=12,16	p=0,001*
Temps*Groupe	F=7,20	p=0,008*

Le test révèle un effet principal du Groupe, un effet principal du Temps et un effet d'interaction Temps*Groupe. Les groupes n'évoluent donc pas de la même manière en fonction du temps.

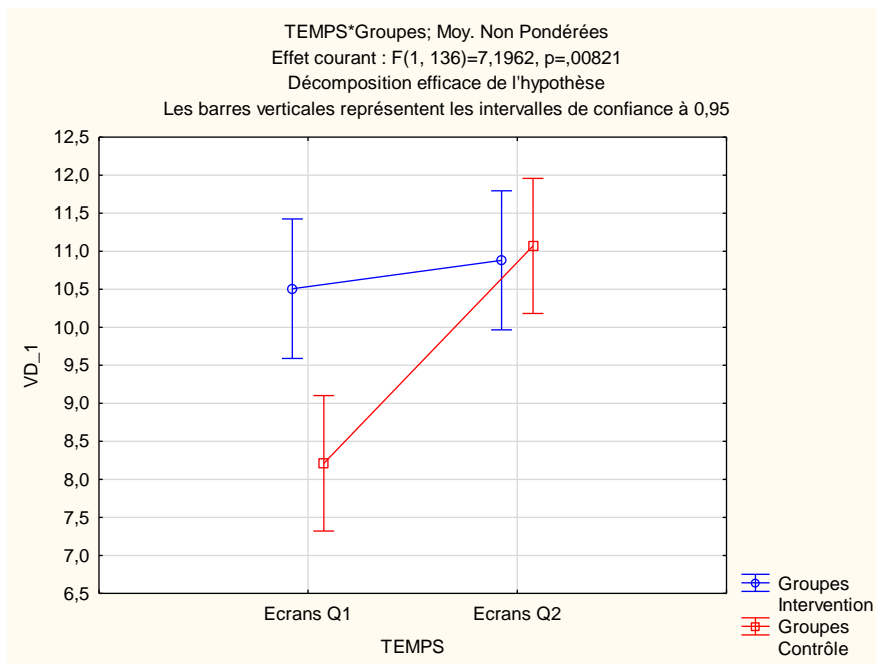


Figure 20 : Graphique représentant l'évolution des scores pour le domaine « écrans » pour les groupes contrôle et intervention

Le groupe contrôle obtient de meilleurs scores pour le domaine « écrans » que le groupe intervention au questionnaire 2 alors qu'il avait de moins bons scores lors du premier questionnaire. Les deux groupes ont vu leurs scores augmenter lors du second questionnaire, cependant l'augmentation est plus conséquente pour le groupe contrôle.

Tableau 29 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score au domaine « métier d'orthophoniste » pour les groupes contrôle et intervention

Groupe	F=0,05	p=0,829
Temps	F=1,64	p=0,203
Temps*Groupe	F=11,10	p=0,001*

Les résultats indiquent un effet d'interaction significatif du temps sur le groupe mais il n'y a pas d'effet principal du groupe ou du temps. Les scores pour le domaine « métier d'orthophoniste » obtenus aux questionnaires évoluent donc bien de manière différente selon le groupe.

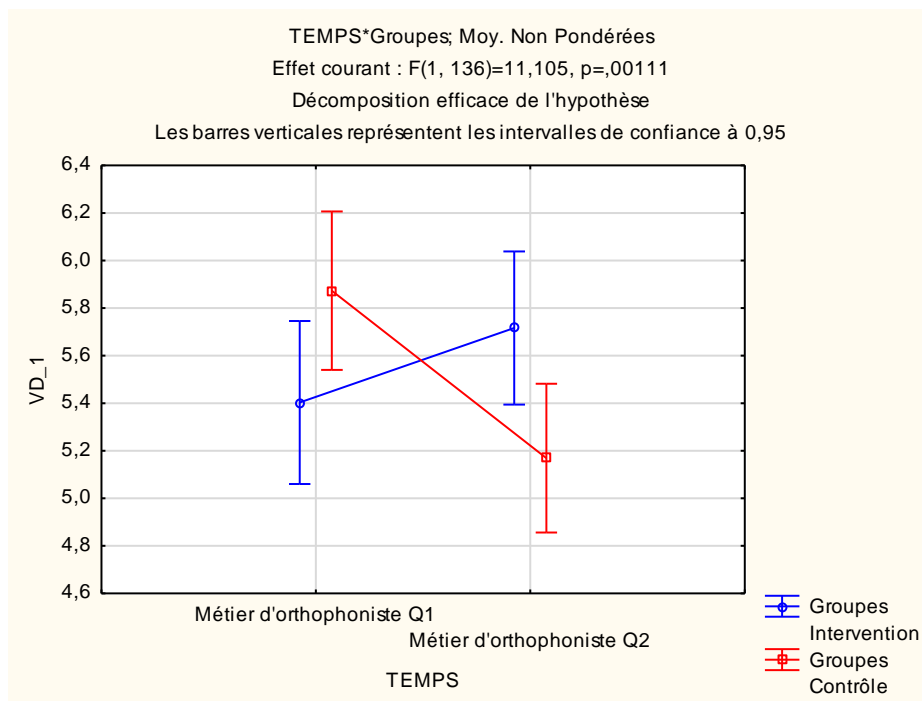


Figure 21 : Graphique représentant l'évolution des scores pour le domaine « métier d'orthophoniste » pour les groupes contrôle et intervention

Le groupe contrôle qui avait de meilleurs scores que le groupe intervention lors du premier questionnaire obtient de moins bons scores que le groupe intervention lors du second questionnaire. Le graphique indique une baisse du score en fonction du temps pour le groupe contrôle tandis que le groupe intervention améliore son score.

2.3.3. Analyses statistiques en fonction des différentes maternités

Pour le second questionnaire, nous avons recueilli les réponses de 47 familles provenant de la maternité de Saint-Roch, 24 de Arnaud-De-Villeneuve, 31 de Kenval, 24 de Carémeau, 8 de Béziers et 4 de Sète. Les scores sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 30 : Moyennes au questionnaire 2 en fonction des maternités

Scores moyens en fonction des maternités	St Roch	ADV	Kenval	Carémeau	Béziers	Sète
Connaissances générales (/4)	2,2	2,9	2,7	2,3	2,5	2,8
Communication non verbale (/36)	31,9	33,4	33,1	32,8	33,4	33,8
Communication verbale (/28)	23,0	24,0	24,0	23,4	24,8	24,3
Livres/lecture (/21)	14,1	13,1	15,3	12,8	13,5	14,8
Ecrans (/21)	10,5	11,8	11,2	10,7	11,3	10,5
Métier d'orthophoniste (/8)	5,2	5,9	5,8	5,1	4,9	5,5
Total (/118)	86,9	91,1	92,0	87,0	90,3	91,5

Comparativement au tableau 7, nous constatons une amélioration de l'ensemble des scores moyens et ce pour toutes les maternités. Les scores semblent relativement semblables entre les maternités, le plus faible étant celui de St Roch et le plus élevé étant celui de Kenval.

Tableau 31 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score total pour l'ensemble des maternités

Groupe	F=1,39	p=0,231
Temps	F=20,19	p=0,000*
Temps*Groupe	F=0,31	p=0,905

Ces résultats montrent un effet principal du temps, mais pas d'effet principal du groupe ni d'effet d'interaction Temps*Groupe. Ainsi, les scores sont significativement

différents entre le premier et le second questionnaire mais ils ne diffèrent pas en fonction de la maternité.

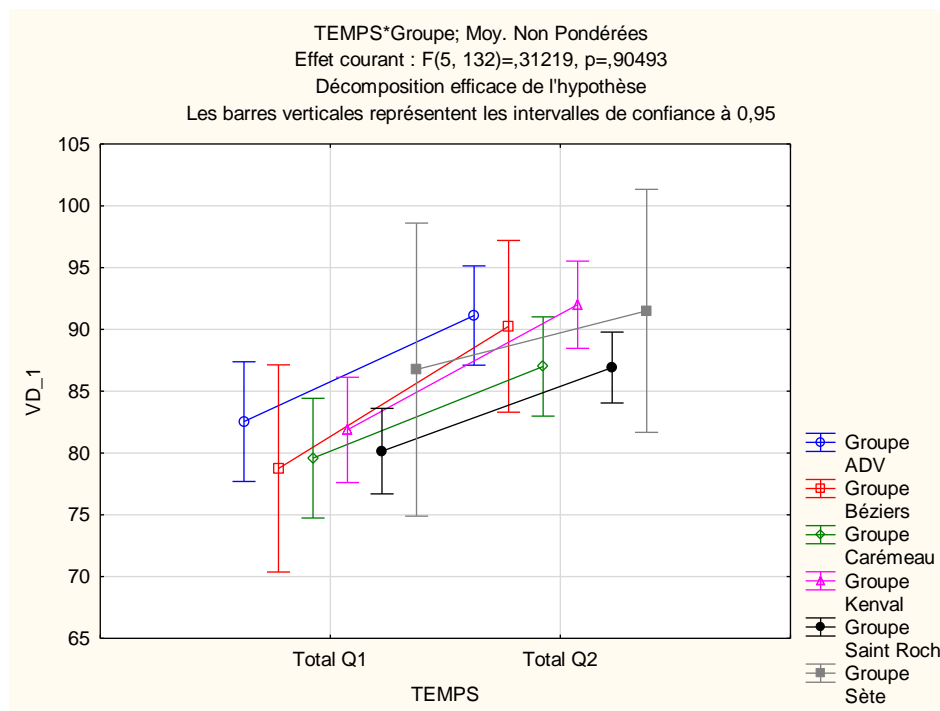


Figure 22 : Graphique représentant l'évolution des scores totaux pour les différentes maternités

Ce graphique indique une amélioration des scores totaux entre le premier et le second questionnaire pour toutes les maternités.

2.3.4. Analyses statistiques en fonction du nombre d'années d'études des parents

Tableau 32 : Répartition des parents 1 et moyennes au questionnaire 2 en fonction du nombre d'années d'études du parent 1

Scores moyens en fonction du nombre d'années d'études du parent 1	9	11	12	14	15	≥16

Nombre de parents	10	9	39	21	15	44
Connaissances générales (/4)	3,1	2,4	2,3	2,5	2,4	2,5
Communication non verbale (/36)	29,0	33,6	33,5	31,2	34,1	33,1
Communication verbale (/28)	21,9	22,9	24,0	23,2	24,0	23,9
Livres/lecture (/21)	11,5	12,6	12,7	14,3	14,1	15,5
Ecrans (/21)	9,2	9,0	10,4	11,3	10,8	12,1
Métier d'orthophoniste (/8)	4,9	5,7	5,6	4,9	5,5	5,7
Total (/118)	79,6	86,1	88,6	87,2	90,9	92,8

D'après ce tableau et en comparaison avec le tableau 8, nous relevons une augmentation des scores totaux au questionnaire 2 pour l'ensemble des groupes. En outre, les scores semblent s'améliorer en fonction du nombre d'années d'études du parent 1, le score le plus bas étant pour 9 années d'études et le score le plus élevé pour au moins 16 années d'études.

Tableau 33 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score total en fonction du nombre d'années d'études du parent 1

Groupe	F=1,02	p=0,411
Temps	F=19,32	p=0,000*
Temps*Groupe	F=2,46	p=0,036*

L'analyse statistique met en avant un effet principal du Temps, sans effet principal du Groupe. Les scores sont significativement différents entre le premier et le second questionnaire. De plus, on note un effet d'interaction Temps*Groupe indiquant une évolution différente selon le nombre d'années d'études du parent 1.

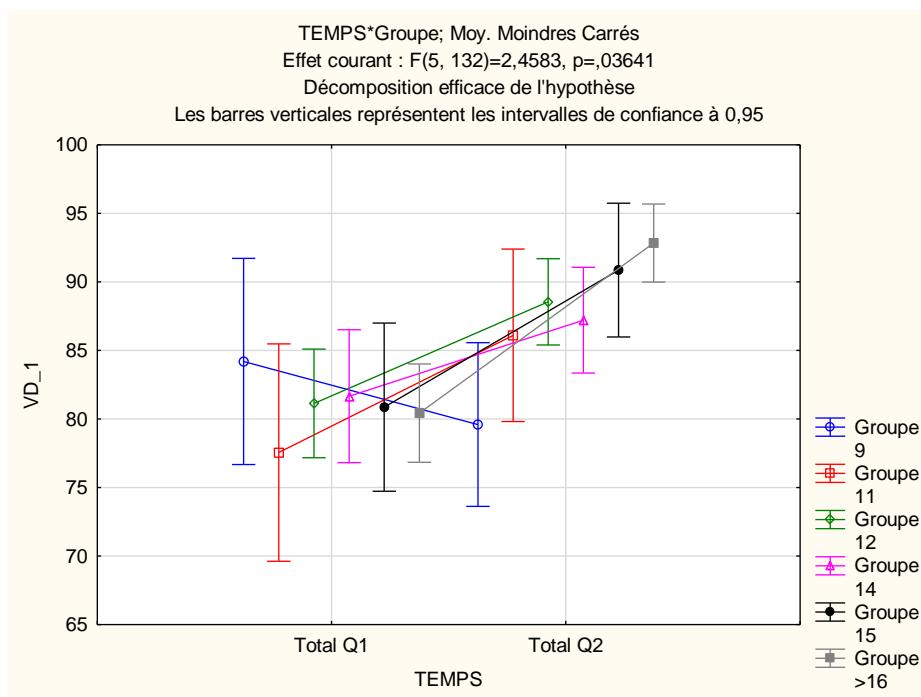


Figure 23 : Graphique représentant l'évolution des scores totaux en fonction du nombre d'années d'études du parent 1

Ce graphique illustre l'augmentation des scores entre le premier et le second questionnaire pour l'ensemble des groupes sauf pour le groupe 9 années d'études qui obtient de moins bons scores au questionnaire 2. En outre, nous notons une moindre augmentation pour les groupes 11, 12 et 14 années d'études par rapport aux groupes 15 et ≥ 16 années d'études.

Tableau 34 : Répartition des parents 2 et moyennes au questionnaire 2 en fonction du nombre d'années d'études du parent 2

Scores moyens en fonction du nombre d'années d'études du parent 2	9	11	12	14	15	≥ 16
Nombre de parents	13	22	34	25	12	32
Connaissances générales (/4)	2,5	2,3	2,5	2,3	2,3	2,7
Communication non verbale (/36)	31,4	32,2	33,2	32,9	31,9	33,3
Communication verbale (/28)	23,7	23,2	23,9	23,6	23,2	23,7
Livres/lecture (/21)	12,2	13,0	14,2	12,7	14,0	16,0
Ecrans (/21)	10,9	10,5	10,3	9,9	11,0	12,9
Métier d'orthophoniste (/8)	5,3	4,9	5,8	5,3	5,1	5,8
Total (/118)	85,9	86,0	89,8	86,7	87,5	94,4

Comparativement au tableau 9, nous observons ici une augmentation de l'ensemble des scores totaux. Le score pour le nombre d'années d'études ≥ 16 est plus élevé que les autres qui semblent assez proches. Le score le plus bas est celui correspondant à 9 années d'études.

Tableau 35 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score total en fonction du nombre d'années d'études du parent 2

Groupe	F=0,83	p=0,532
Temps	F=26,47	p=0,000*
Temps*Groupe	F=2,65	p=0,026*

Le test montre un effet principal du Temps et un effet d'interaction Temps*Groupe. Les scores évoluent donc différemment selon les groupes et sont significativement différents entre le premier et le second questionnaire.

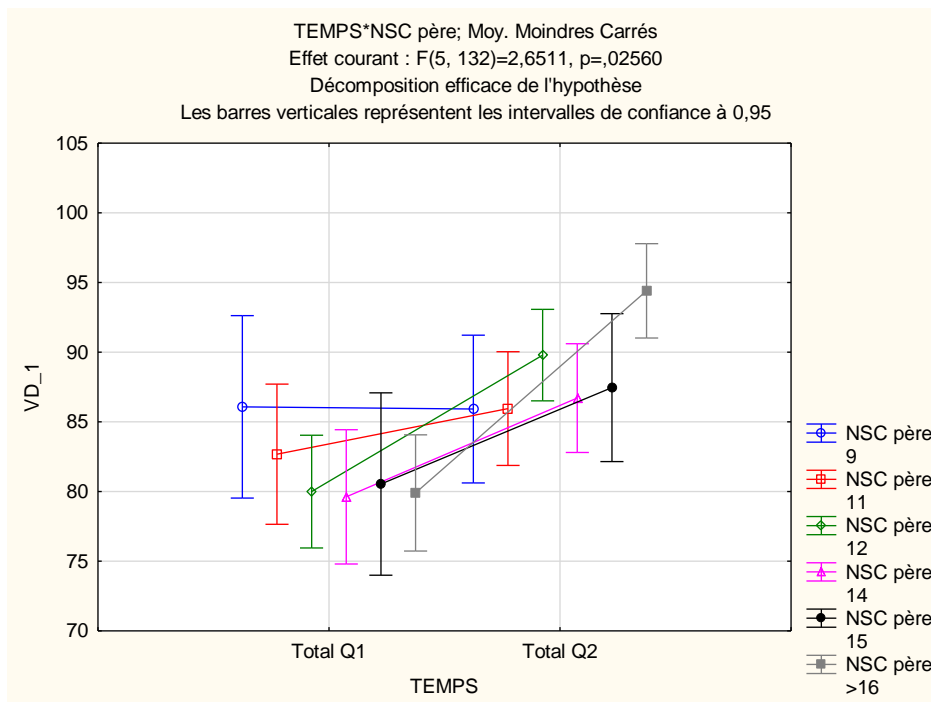


Figure 24 : Graphique représentant l'évolution des scores totaux en fonction du nombre d'années d'études du parent 2

Les scores correspondant à 9 et 11 années d'études évoluent peu entre le premier et le second questionnaire tandis qu'ils augmentent considérablement pour les autres groupes.

2.3.5. Analyses statistiques en fonction de l'âge des parents

Tableau 36 : Moyennes au questionnaire 2 en fonction de l'âge du parent 1

Scores moyens en fonction de l'âge du parent 1	<20ans	[20-30[ans	[30-40[ans	≥40ans
Nombre de parents	1	44	87	6
Connaissances générales (/4)	3,0	2,3	2,6	1,7
Communication non verbale (/36)	36,0	33,1	32,5	32,8
Communication verbale (/28)	24,0	23,4	23,7	23,0
Livres/lecture (/21)	9,0	12,2	14,8	15,2
Ecrans (/21)	5,0	9,8	11,8	9,3
Métier d'orthophoniste (/8)	6,0	5,4	5,4	5,7
Total (/118)	83,0	86,2	90,8	87,7

Les scores totaux se sont améliorés lors du second questionnaire pour tous les groupes. Le score le plus bas correspond à la tranche d'âge < 20 ans tandis que le score le plus haut correspond à la tranche [30-40[.

Tableau 37 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score total en fonction de l'âge du parent 1

Groupe	F=0,953	p=0,417
Temps	F=2,015	p=0,158
Temps*Groupe	F=0,882	p=0,452

Les résultats ne montrent aucun effet principal et aucun effet d'interaction. Ils ne sont pas significatifs et n'indiquent pas de différence selon l'âge du parent 1 et selon le temps.

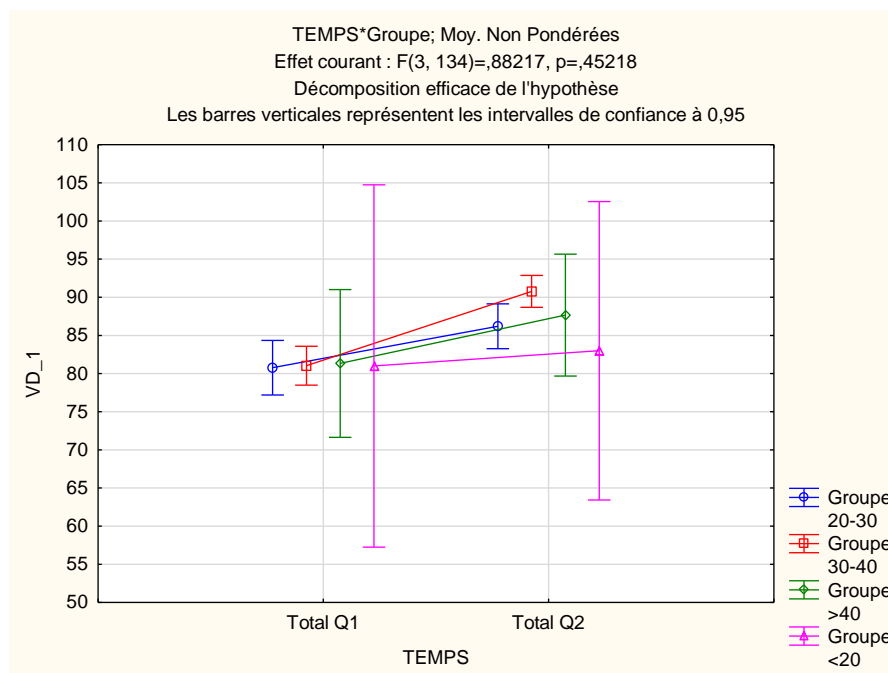


Figure 25 : Graphique représentant l'évolution des scores totaux en fonction de l'âge du parent 1

Le graphique confirme une légère amélioration des scores lors du second questionnaire pour les différentes tranches d'âge sans que cette différence soit significative.

Tableau 38 : Moyennes au questionnaire 2 en fonction de l'âge du parent 2

Scores moyens en fonction de l'âge du parent 2	[20-30[ans	[30-40[ans	≥40ans
Nombre de parents	30	85	22
Connaissances générales (/4)	2,4	2,5	2,5
Communication non verbale (/36)	33,3	32,5	32,7
Communication verbale (/28)	23,3	23,6	23,8
Livres/lecture (/21)	12,3	14,2	15,3
Ecrans (/21)	9,3	11,4	11,8

Métier d'orthophoniste (/8)	5,7	5,3	5,6
Total (/118)	86,2	89,6	91,6

En comparant ces scores au tableau 11, nous relevons une augmentation des scores totaux pour toutes les tranches d'âge. De plus, les scores semblent augmenter à mesure que l'âge augmente.

Tableau 39 : Résultats du test ANOVA pour mesures répétées pour le score total en fonction de l'âge du parent 2

Groupe	F=2,28	p=0,107
Temps	F=28,81	p=0,000*
Temps*Groupe	F=0,14	p=0,868

Le test indique un effet principal du temps soulignant une différence significative entre les scores au premier et au second questionnaire. En revanche, il n'y a pas d'effet principal du groupe ni d'effet d'interaction.

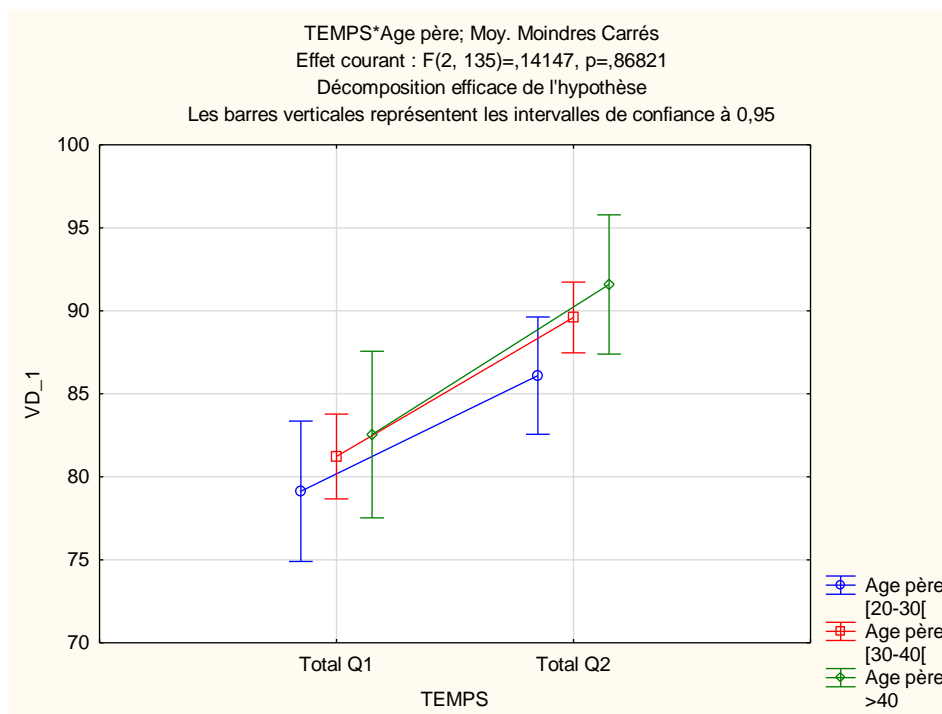


Figure 26 : Graphique représentant l'évolution des scores totaux en fonction de l'âge du parent 2

Ce graphique illustre une augmentation des scores entre le premier et le second questionnaire, évoluant de la même manière pour toutes les tranches d'âge.

2.4. Corrélations entre les domaines des questionnaires

Pour réaliser les corrélations entre les domaines, nous avons décidé d'écartier les domaines « connaissances générales » et « métier d'orthophoniste » qui sont notés sur un score maximum bas.

Tableau 40 : corrélations entre les domaines au questionnaire 1

Domaines	Communication non verbale	Communication verbale	Livres/lecture	Ecrans
Communication non verbale		[r=0,48]	[r=0,19]	[r=0,11]
Communication verbale	[r=0,48]		[r=0,27]	[r=0,21]
Livres/lecture	[r=0,19]	[r=0,27]		[r=0,38]
Ecrans	[r=0,11]	[r=0,21]	[r=0,38]	
Total	[r=0,66]	[r=0,69]	[r=0,71]	[r=0,60]

Tableau 41 : corrélations entre les domaines au questionnaire 2

Domaines	Communication non verbale	Communication verbale	Livres/lecture	Ecrans
Communication non verbale		[r=0,47]	[r=0,23]	[r=0,14]
Communication verbale	[r=0,47]		[r=0,21]	[r=0,24]
Livres/lecture	[r=0,23]	[r=0,21]		[r=0,48]
Ecrans	[r=0,14]	[r=0,24]	[r=0,48]	
Total	[r=0,60]	[r=0,61]	[r=0,77]	[r=0,71]

Pour les deux questionnaires, nous relevons une corrélation positive forte entre les scores aux domaines « communication non verbale », « communication verbale »,

« livres/lecture », « écrans » et le score total. La relation entre ces scores est donc forte, ils évoluent de la même manière. En outre, tous les domaines sont corrélés entre eux positivement, sauf les domaines « communication non verbale » et « écrans ». Ainsi, la relation entre ces deux domaines est très faible.

2.5. Analyses pour les « perdus de vue »

Afin de mieux interpréter les résultats précédemment trouvés, il nous a semblé judicieux de mieux cerner la population des « perdus de vue ».

Tableau 42 : Moyennes, scores minimums, maximums et écart-types au questionnaire 1 pour les familles ayant répondu aux deux questionnaires

Groupe Q1+Q2 (138 familles)	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
Connaissances générales (/4)	1,9	0	4	1,2
Communication non verbale (/36)	30,6	15	36	3,8
Communication verbale (/28)	20,5	11	28	3,8
Livres/lecture (/21)	13,0	0	21	4,4
Ecrans (/21)	9,3	1	20	4,0
Métier d'orthophoniste (/8)	5,6	2	8	1,4
Total (/118)	81,0	47	111	11,9

Tableau 43 : Moyennes, scores minimums, maximums et écart-types au questionnaire 1 pour les familles ayant répondu uniquement au premier questionnaire

Groupe Q1 (50 familles)	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
Connaissances générales (/4)	1,8	0	3	1,2
Communication non verbale (/36)	29,1	12	36	5,3
Communication verbale (/28)	19,9	6	28	4,1
Livres/lecture (/21)	11,4	1	20	4,5
Ecrans (/21)	8,6	0	16	4,0
Métier d'orthophoniste (/8)	5,2	0	8	1,8
Total (/118)	76,0	46	99	12,0

Ce dernier tableau renseigne sur les scores des « perdus de vue », c'est-à-dire, les familles n'ayant répondu qu'au premier questionnaire. Lors du premier questionnaire, ils obtiennent de moins bons scores totaux et de moins bons scores dans tous les domaines que les familles ayant répondu aux deux questionnaires. Les scores minimums et maximums sont également inférieurs aux scores minimums et maximums des familles ayant participé à l'ensemble de l'étude.

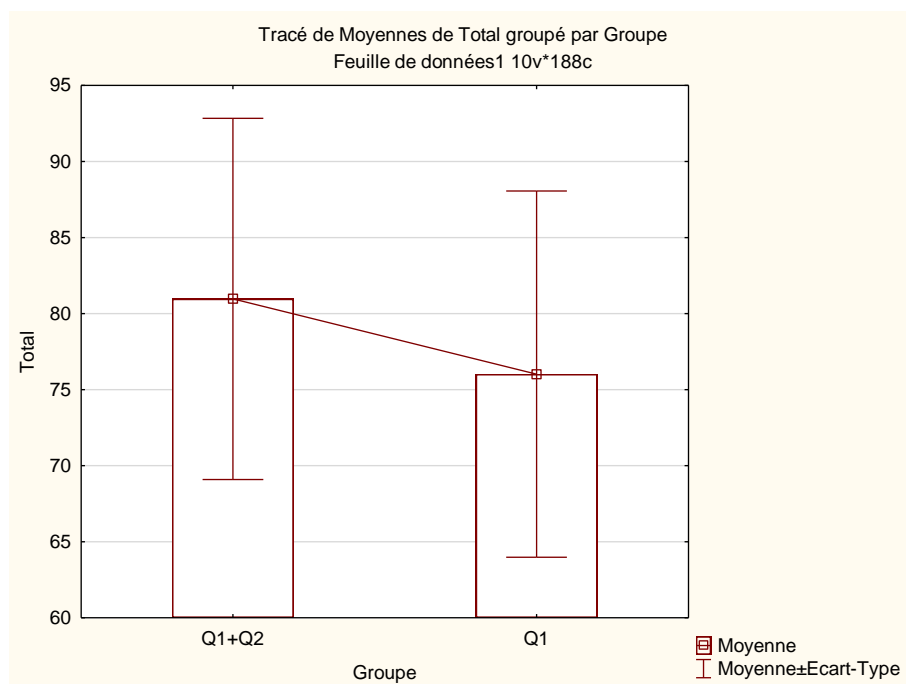


Figure 27 : Moyennes du score total au questionnaire 1 pour les groupes Q1+Q2 et Q1

Ce graphique souligne la différence de moyennes au score total pour les groupes Q1+Q2 et Q1. Ainsi, les familles ayant uniquement répondu au questionnaire 1 obtiennent un score total inférieur au score total des familles ayant participé à l'ensemble de l'étude. De plus, nous avons réalisé un T-test sur deux échantillons indépendants pour comparer les moyennes des groupes après avoir vérifié la normalité des données. Le test met en évidence une différence significative entre les groupes avec [p=0,0128*].

2.6. Résultats du questionnaire en ligne

Nous avons choisi de publier sur les réseaux sociaux le questionnaire 1 proposé aux familles dans les maternités afin d'élargir notre panel de réponses. Nous avons récolté les réponses de 89 familles dont 84 parents vivent en couple, 4 sont des mères isolées et il y a 1 garde partagée.

Lors des analyses statistiques nous avons constitué deux groupes : le groupe 1 comprend 30 familles ayant un enfant et le groupe 2 comprend 59 familles ayant au moins 2 enfants. Nous avons également réparti les familles selon l'âge et le nombre d'années d'études des parents dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 44 : Age des parents

Tranches d'âge	Parent 1	Parent 2
[20-30[ans	25	12
[30-40[ans	51	52
≥40 ans	13	25
Total	188	188

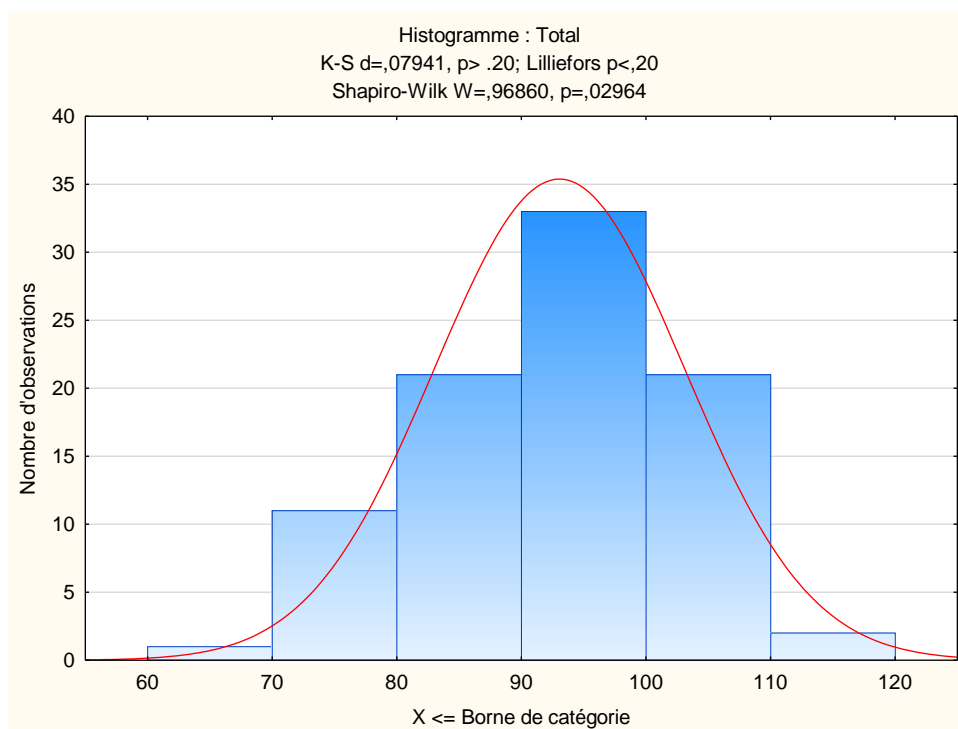
Pour les deux parents, la tranche d'âge la plus représentée est la tranche [30-40[ans tandis que les tranches les moins représentées sont ≥40 ans pour le parent 1 et [20-30[ans pour le parent 2.

Tableau 45 : Nombre d'années d'études des parents

Nombre d'années d'études	Parent 1	Parent 2
≥16	31	19
15	24	12
14	15	17
12	11	23
11	6	13
9	2	5
Total	89	89

Le nombre d'années d'études le moins représenté pour les deux parents est 9 soit l'équivalent d'un niveau fin collège. Pour le parent 1, le nombre d'années d'études le plus représenté est ≥ 16 soit l'équivalent d'au moins un Baccalauréat+4 alors qu'il est de 12 soit l'équivalent d'un Baccalauréat pour le parent 2.

Avant d'effectuer l'analyse statistique pour comparer les moyennes des scores totaux selon les groupes, nous avons vérifié la normalité des données. Celles-ci n'étant pas normales, nous avons réalisé des tests non paramétriques.



Histogramme 2 : Normalité des données pour les scores totaux au questionnaire 1

Tableau 46 : Moyennes, scores minimums, maximums et écart-types du groupe 1 au questionnaire 1

Groupe 1 : 1 ^{er} enfant	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
Connaissances générales (/4)	1,8	0	3	1,1
Communication non verbale (/36)	31,8	25	36	2,9
Communication verbale (/28)	23,2	18	28	2,4

Livres/lecture (/21)	13,3	2	21	4,7
Ecrans (/21)	10,8	5	18	3,4
Métier d'orthophoniste (/8)	5,8	4	8	1,5
Total (/118)	86,7	68	105	9,3

Tableau 47 : Moyennes, scores minimums, maximums et écart-types du groupe 2 au questionnaire 1

Groupe 2 : au moins 2 enfants	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
Connaissances générales (/4)	2,5	0	4	0,9
Communication non verbale (/36)	32,2	20	36	3,2
Communication verbale (/28)	23,1	16	27	2,5
Livres/lecture (/21)	18,1	10	21	2,5
Ecrans (/21)	14,6	1	20	3,4
Métier d'orthophoniste (/8)	5,9	2	8	1,8
Total (/118)	96,3	71	112	8,8

Les statistiques descriptives nous permettent d'observer des scores meilleurs pour le groupe 2.

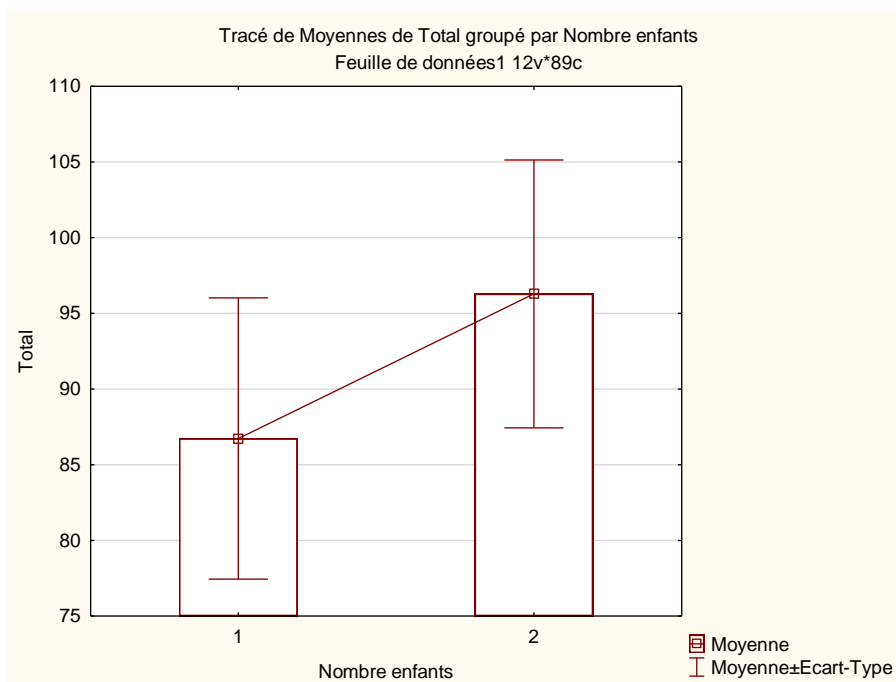


Figure 28 : Moyennes du score total au questionnaire 1 pour les groupes 1 et 2

Les résultats du test U de Mann-Whitney nous indiquent une différence significative entre les scores totaux des deux groupes avec [$p=0,00^*$].

Tableau 48 : Moyennes au questionnaire 1 en fonction du nombre d'années d'études du parent 1

Scores moyens en fonction du nombre d'années d'études du parent 1	9	11	12	14	15	≥ 16
Connaissances générales (/4)	2,5	2,3	1,5	2,2	2,4	2,3
Communication non verbale (/36)	29,5	29,2	31,1	30,9	33,7	32,5
Communication verbale (/28)	23,0	23,2	22,2	22,9	24,3	22,7
Livres/lecture (/21)	17,5	17,8	14,0	14,9	16,8	17,5
Ecrans (/21)	12,0	12,7	11,2	12,0	13,1	15,1
Métier d'orthophoniste (/8)	4,5	6,0	5,3	5,3	6,4	5,9
Total (/118)	89,0	91,2	85,3	88,1	96,7	96,1

D'après le tableau, le score moyen total le plus bas correspond à 12 années d'études tandis que le plus élevé correspond à 15 années d'études. En comparant ces scores moyens avec le test ANOVA de Kruskal-Wallis, on trouve [$p=0,004^*$]. Ce test met en évidence une différence significative entre les différents groupes.

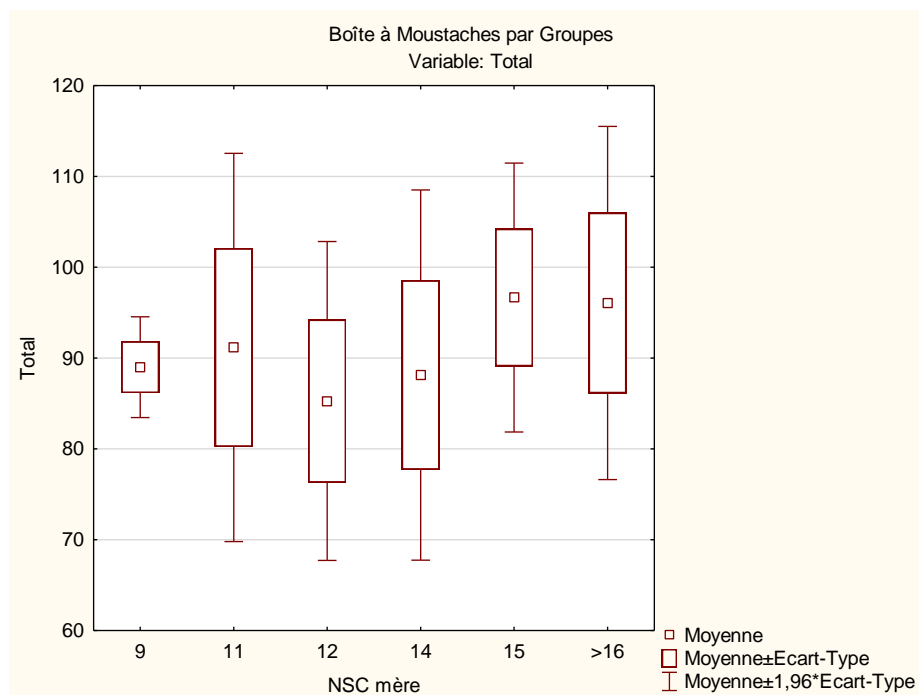


Figure 29 : Boîtes à moustaches du score total moyen au questionnaire 1 en fonction du nombre d'années d'études du parent 1

Tableau 49 : Moyennes au questionnaire 1 en fonction de l'âge du parent 1

Scores moyens en fonction de l'âge du parent 1	[20-30[ans	[30-40[ans	≥40ans
Connaissances générales (/4)	2,0	2,3	2,4
Communication non verbale (/36)	32,2	32,2	31,6
Communication verbale (/28)	23,6	22,9	23,0
Livres/lecture (/21)	15,2	17,0	17,0
Ecrans (/21)	11,4	14,0	14,3
Métier d'orthophoniste (/8)	5,6	6,0	5,9
Total (/118)	89,9	94,3	94,2

Nous observons un score total moyen inférieur pour la tranche d'âge [20-30[ans en comparaison aux deux autres tranches d'âge qui ont un score total moyen très similaire. En revanche, l'analyse statistique ne met pas en évidence une différence significative entre les différentes tranches d'âge avec [p=0,205].

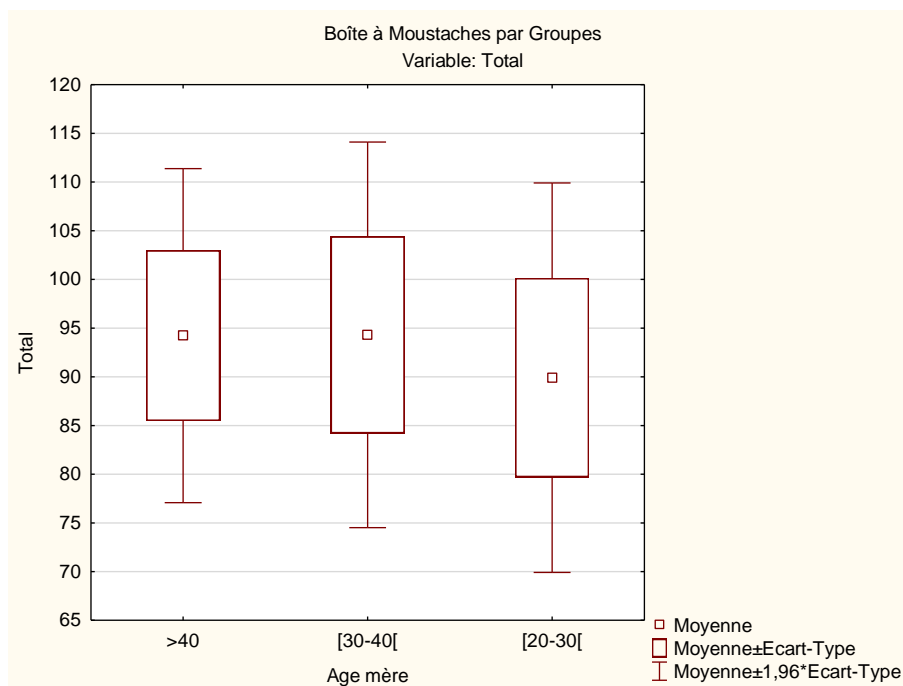


Figure 30 : Boîtes à moustaches du score total moyen au questionnaire 1 en fonction de l'âge du parent 1

Tableau 50 : Moyennes au questionnaire 1 en fonction du nombre d'années d'études du parent 2

Scores moyens en fonction du nombre d'années d'études du parent 2	9	11	12	14	15	≥16
Connaissances générales (/4)	2,6	2,4	2,3	2,1	2,0	2,2
Communication non verbale (/36)	32,2	29,3	32,2	32,7	32,1	33,3
Communication verbale (/28)	22,2	22,5	24,1	22,6	22,6	23,4
Livres/lecture (/21)	14,2	16,3	16,4	17,1	16,8	16,6
Ecrans (/21)	13,6	12,3	12,7	12,4	14,3	14,8
Métier d'orthophoniste (/8)	5,8	5,8	6,0	5,4	5,5	6,3
Total (/118)	90,6	88,6	93,8	92,3	93,2	96,5

D'après le tableau, le score moyen le plus bas correspond à 11 années d'études et le score moyen le plus élevé à au moins 16 années d'études. Cependant, les scores sont relativement proches les uns des autres et l'analyse statistique ne montre pas de différence significative entre les groupes avec [p=0,367].

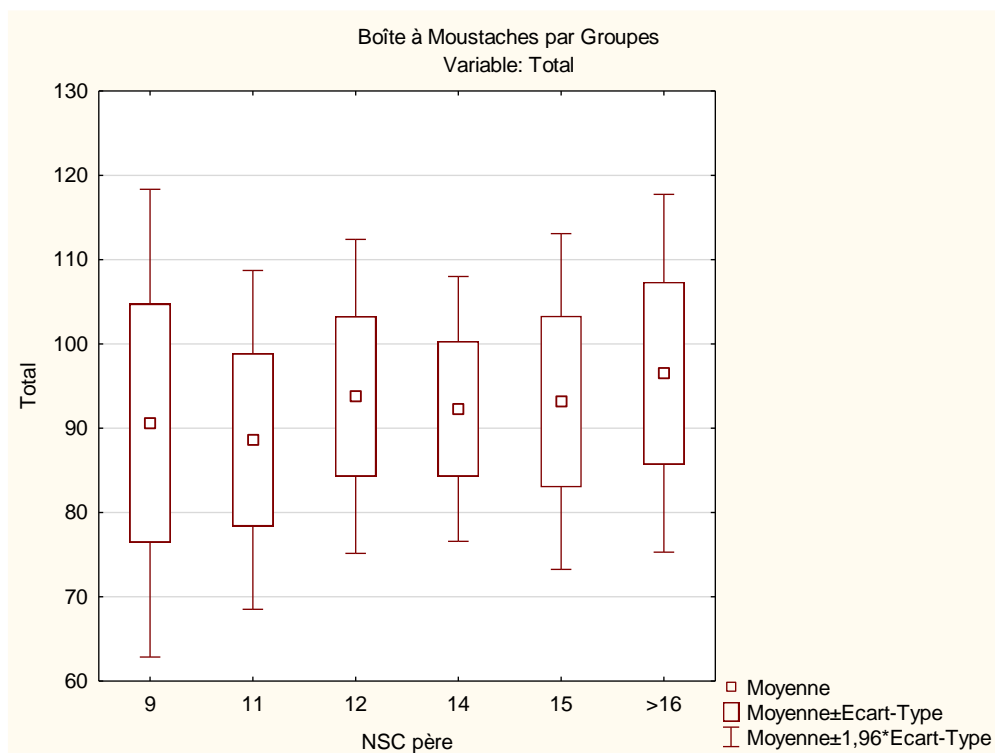


Figure 31 : Boîtes à moustaches du score total moyen au questionnaire 1 en fonction du nombre d'années d'études du parent 2

Tableau 51 : Moyennes au questionnaire 1 en fonction de l'âge du parent 2

Scores moyens en fonction de l'âge du parent 2	[20-30[ans	[30-40[ans	≥40ans
Connaissances générales (/4)	1,8	2,3	2,4
Communication non verbale (/36)	31,2	32,4	31,8
Communication verbale (/28)	24,2	22,9	23,0
Livres/lecture (/21)	13,2	17,2	16,6
Ecrans (/21)	10,5	13,6	14,0
Métier d'orthophoniste (/8)	5,8	5,7	6,2
Total (/118)	86,7	94,2	93,9

Le tableau révèle une amélioration des scores totaux en fonction de l'âge du parent 2 entre la tranche [20-30[ans et [30-40[ans. En revanche, nous ne notons pas de différence marquée entre les tranches [30-40[ans et ≥40 ans. Le test ANOVA de Kruskal-Wallis donne un $[p=0,092]$ indiquant une tendance statistique. De ce fait, nous avons réalisé un

test U de Mann-Whitney entre les tranches [20-30[ans et [30-40[ans. On obtient [p=0,036], il existe donc une différence significative entre ces deux tranches d'âge.

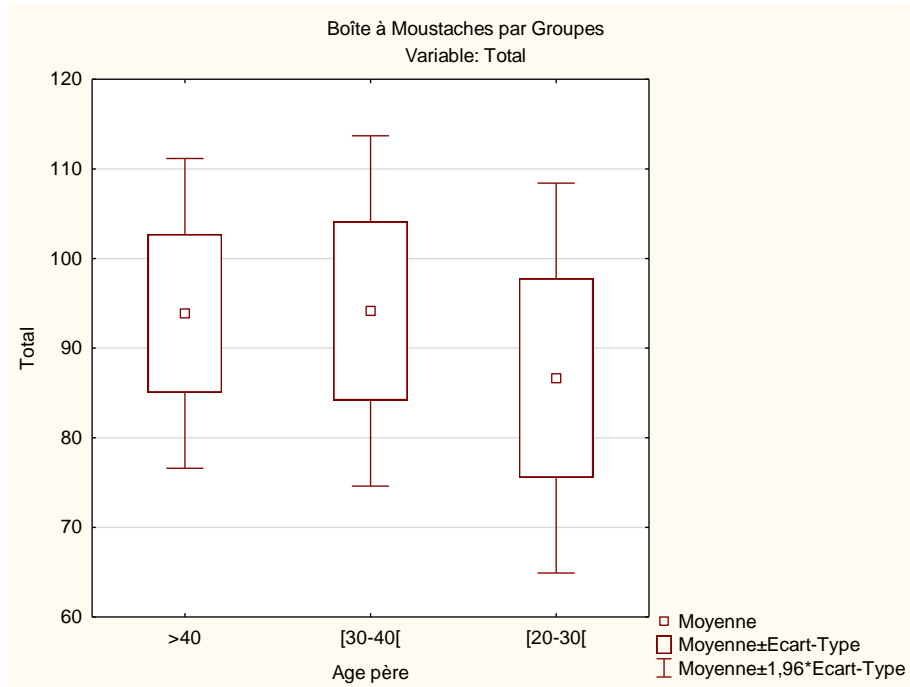
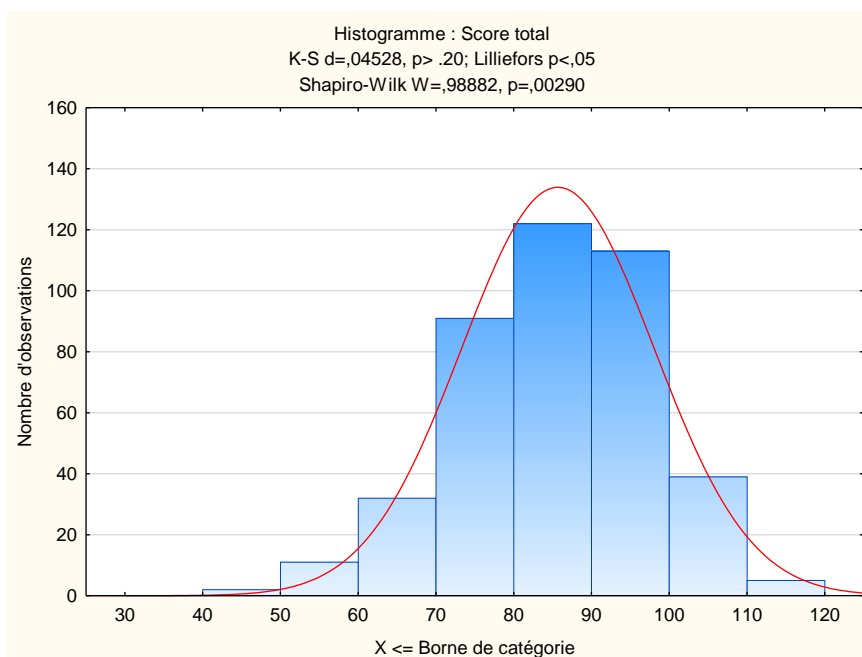


Figure 32 : Boîtes à moustaches du score total moyen au questionnaire 1 en fonction de l'âge du parent 2

Lors de l'ensemble des analyses du questionnaire sur les réseaux sociaux, nous avons constaté que les scores moyens semblaient supérieurs aux scores moyens des questionnaires pour les familles ayant participé à l'étude dans les maternités. Ainsi, nous avons voulu comparer les scores moyens de trois groupes : les familles ayant répondu au questionnaire 1 sur les réseaux sociaux, les familles ayant répondu au questionnaire 1 à la maternité, les familles ayant répondu au questionnaire 2. Nous avons vérifié la normalité des données, celle-ci n'étant pas normales, nous avons réalisé des tests non paramétriques de U Mann-Whitney afin de comparer les groupes deux à deux.



Histogramme 3 : Normalité des données pour les scores totaux aux questionnaires

Les résultats indiquent des différences significatives entre les groupes : « Réseaux » versus « Q1 » avec [p=0,000*], « Réseaux » versus « Q2 » avec [p=0,003*] et « Q1 » versus « Q2 » avec [p=0,000*].

Nous interpréterons ces résultats dans la partie discussion.

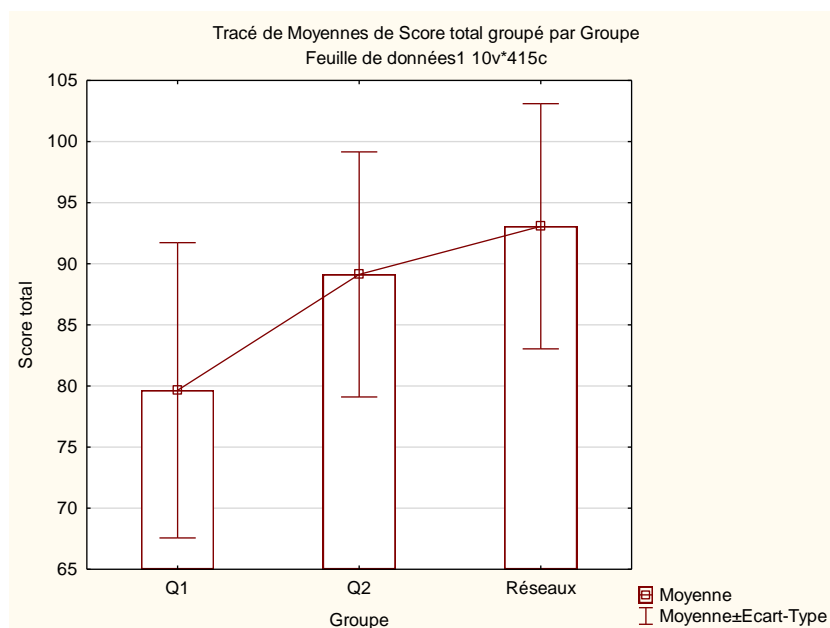


Figure 33 : Moyennes du score total aux questionnaires pour les groupes Q1, Q2 et réseaux

3. Discussion

3.1. Analyses des résultats

3.1.1. Résultats au premier questionnaire

Le score moyen total des 188 familles au premier questionnaire est de 79,6/118 soit un score plutôt satisfaisant. Cependant, le score minimum est de 46/118 et le score maximum de 111/118 donc nous constatons que les connaissances des familles sont assez hétérogènes.

Pour les connaissances générales, les 188 familles obtiennent une moyenne de 1,9/4. En majorité, les familles estiment avoir peu ou pas de connaissances sur le développement du langage de l'enfant. Pour les familles ayant répondu avoir des connaissances, soit 90 familles sur les 188, 27,8% se sont renseignés sur les sites internet, 24,4% dans les livres, 16,7% auprès de médecins, 23,3% auprès de sages-femmes, 8,9% auprès d'orthophonistes et enfin, 86,7% ont répondu « autres » à cette question. Les familles pouvaient choisir plusieurs réponses. Les familles ayant sélectionné « autres » ont précisé leur choix : leurs connaissances provenaient principalement de leur famille, leurs proches, amis, de leur propre expérience lorsqu'ils avaient déjà d'autres enfants ou encore de leur expérience professionnelle pour ceux exerçant un métier dans la petite enfance.

Pour le domaine bilinguisme, 23 parents 1 et 28 parents 2 n'ont pas le français comme langue maternelle, ils constituent 38 familles bilingues dont 26,3% pensent connaître les recommandations sur le bilinguisme. Ainsi, une majorité des familles bilingues n'est pas informée des recommandations. Malgré ce manque d'informations, 76,3% des familles bilingues parlent dans plusieurs langues à leur enfant.

Pour le domaine communication non verbale, les 188 familles obtiennent une moyenne de 30,2/36. Les scores dans ce domaine sont donc plutôt élevés nous suggérant que les moyens de communication non verbale sont assez instinctifs pour les familles. 93,6% des familles affirment que leur bébé communique et 74,5% pensent que les bébés

commencent à communiquer dans le ventre de la mère. Les bébés communiquent à travers les cris/pleurs pour 99,5% des familles, les expressions faciales pour 96,3%, les gestes pour 89,9%, les gazouillis pour 87,8% et le regard pour 81,9%.

Pour le domaine communication verbale, les 188 familles obtiennent une moyenne de 20,3/28 soit un score plutôt satisfaisant. 54,8% des familles affirment parler « Toujours » à leur bébé depuis sa naissance et 38,3% « Souvent ». En outre, 64,4% des familles estiment que leur bébé comprend. 83,5 % des familles pensent que le développement du langage de leur bébé dépend du nombre de mots qu'ils vont lui adresser et 83,5% affirment que leur bébé échange avec d'autres personnes qu'eux. 89,4% des parents décrivent leurs actions quand ils s'occupent de leur bébé et 64,4% nomment les objets que leur enfant manipule.

Pour le domaine livres/lecture, les 188 familles obtiennent une moyenne de 12,6/21. 58% des parents affirment avoir l'habitude de lire et 80,3% des familles estiment connaître la différence entre lire et raconter une histoire. 95,2% des parents pensent raconter des histoires à leur enfant, 34,6% dès la naissance et 45,7% lorsque l'enfant saura tenir le livre. Comme Jennifer Bourgoïn (2019) l'avait rapporté dans son mémoire, nous notons une forte intention de lire des livres ou raconter des histoires.

Ces résultats sont intéressants puisque Berthomier & Octobre (2018) ont montré que lorsque les parents sont impliqués dans les activités langagières avec l'enfant telles que parler avec l'enfant, lui chanter des comptines, lui lire des livres, le langage se développe rapidement, surtout lorsque les activités sont menées par la mère.

Pour le domaine écrans, les 188 familles obtiennent une moyenne de 9,1/21. Il s'agit du domaine le plus chuté. En majorité, une famille possède 4 écrans à la maison (29,26% des familles). Seulement 33,5% des familles rejoignent leur(s) enfant(s) devant un écran pour parler de ce qu'il voit. 70,2% des parents laissent un écran allumé alors qu'ils font autre chose, pourtant 67,6% estiment que la télé allumée dans la pièce où se trouve leur bébé le dérange. Enfin, 51,6% des familles pensent que les dessins animés et les jeux éducatifs sur tablette ou console peuvent aider l'enfant dans ses apprentissages alors que 19,7% des familles répondent « Ni d'accord, ni pas d'accord » à cette même question. De plus, 43,6% pensent que l'utilisation des écrans permet aux enfants de développer leur langage et 12,8% répondent « Ni d'accord, ni pas d'accord » à cette question. De ce fait,

ces deux dernières questions soulèvent beaucoup d'interrogations de la part des parents qui sont souvent indécis et en quête d'informations sur cette thématique.

Pour le domaine succion, 34,6% des familles sont inquiètes quant à l'utilisation de la tétine ou la prise du pouce. Parmi ces familles, 25,4% pensent proposer leur doigt ou les doigts du bébé, 35,2% une tétine et 39,4% ne rien proposer. En majorité, les parents souhaitent le faire quand l'enfant pleure (96,8%). Là encore, il s'agit d'une thématique ayant soulevé beaucoup d'interrogations chez les parents. Ceux-ci étaient à la recherche de conseils pour « bien faire » et nous avons pu noter que les conseils donnés par les équipes dans les différentes maternités n'étaient pas les mêmes d'une maternité à l'autre.

Pour finir, pour le domaine métier d'orthophoniste, les 188 familles obtiennent une moyenne de 5,5/8. 95,7% des familles affirment connaître l'existence du métier d'orthophoniste. 25% pensent que l'orthophoniste intervient dès la naissance, 35,1% à partir de 1 an, 29,8% à partir de 3 ans et 10,1% à partir de 6 ans. Cependant, notons que notre présence a biaisé les réponses à cette question puisque certaines familles ont répondu « Dès la naissance » en faisant le lien avec notre venue à la maternité. En outre, 62,8% des parents estiment qu'ils pourraient facilement détecter un problème de communication chez leur bébé. Enfin, 46,3% des familles ressentent le besoin d'avoir plus d'informations à la suite du premier questionnaire.

Finalement, si nous devons classer les domaines du mieux réussi au plus échoué, cela donnerait : « communication non verbale », « communication verbale », « métier d'orthophoniste », « livres/lecture », « connaissances générales » et « écrans ». Ainsi, les thématiques les plus sensibles semblent être l'importance des livres et le danger des écrans, d'où l'importance d'actions de prévention.

De plus, les résultats statistiques ont pu mettre en évidence une différence significative entre les familles accueillant leur premier enfant et les familles accueillant au moins leur deuxième enfant, d'autant plus pour les domaines « connaissances générales », « livres/lecture » et « écrans ». Ainsi, nous pouvons supposer que ces familles sont davantage renseignées sur le développement du langage et de la communication du fait de leur expérience personnelle avec leur(s) aîné(s). En outre, l'habitude de raconter des histoires aux aînés incite les familles à partager ces moments avec le nouveau-né, plus tôt donc que les familles accueillant leur premier enfant. Enfin,

les parents déjà confrontés à la thématique des écrans du fait de leur(s) aîné(s) ont pu être davantage sensibilisés. Ces résultats confortent ceux mis en évidence par Jennifer Bourgouin (2019), à savoir, les parents accueillant un premier enfant ont des représentations et comportements différents des parents accueillant au moins leur deuxième enfant.

En revanche, les résultats statistiques ne révèlent pas de différence significative entre les différentes maternités, nous pouvons donc conclure que ces maternités accueillent des familles ayant des connaissances similaires autour de la communication et du langage de l'enfant. En outre, nous ne relevons pas de différence significative entre nos groupes « intervention » et « contrôle » lors du premier questionnaire, notre échantillonnage est donc correct puisqu'à ce moment-là aucune des familles n'a bénéficié de la remise et de l'explication du livret. Enfin, l'âge des parents et leur nombre d'années d'études semblent influencer les réponses au questionnaire. Cela semble corroborer les résultats d'études abordées dans notre cadre théorique affirmant que les compétences langagières des jeunes enfants sont statistiquement associées au niveau de scolarisation des parents (Grobon, 2019 ; Jordan, 2009 ; Rudolph, 2017). En outre, les milieux populaires ont un rapport principalement pratique à la langue, une représentation différente des exigences langagières que peuvent avoir les parents diplômés (Deauvieu & Terrail, 2007).

3.1.2. Résultats au second questionnaire et comparaison avec le premier

Lors du second questionnaire, nous avons recueilli les réponses de 138 familles sur les 188. Le taux de participation à l'ensemble de notre étude s'élève donc à 73,4%. De plus, l'analyse statistique des « perdus de vue » montre que les familles n'ayant pas participé à l'ensemble de l'étude étaient les familles obtenant des scores inférieurs lors du premier questionnaire. Cependant, nous n'avons pas trouvé de corrélations avec le nombre d'années d'études ou l'âge des parents, ni avec le nombre d'enfants dans la famille.

Le score total moyen au second questionnaire est de 89,1/118. Ainsi, nous constatons que les scores entre le premier et le second questionnaire ont augmenté. D'après les analyses statistiques, ils sont significativement différents. Les familles ont amélioré leurs

connaissances sur le développement du langage de l'enfant et les facteurs influençant celui-ci entre la naissance de leur enfant et ses 5/6 mois. Ce constat est visible dans toutes les maternités, peu importe le nombre d'enfants dans la famille et aussi bien pour notre population « intervention » que pour notre population « contrôle ». Ainsi, nous ne pouvons imputer cette augmentation des scores à la seule distribution et explication du livret. Bien que les scores semblent meilleurs pour la population « intervention » lors du second questionnaire, les analyses statistiques n'ont pas mis en évidence de différence significative entre les groupes. Nous nous interrogeons alors sur les raisons de l'amélioration des scores entre le premier et le second questionnaire. Nous pouvons faire l'hypothèse que le premier questionnaire ait soulevé des interrogations dans les familles et que la non-remise du livret ait poussé ces familles à se renseigner davantage sur les thématiques abordées. En outre, nous pouvons supposer que les connaissances des familles sur le développement de leur enfant évoluent spontanément à mesure que l'enfant grandit. Dans son mémoire, Jennifer Bourgoïn (2019) a trouvé des résultats similaires entre le premier et le second questionnaire pour les familles accueillant un nouveau-né n'étant pas le premier né. Dans notre étude en revanche, les résultats s'améliorent significativement pour ce groupe comme pour l'ensemble de la population étudiée.

5 à 6 mois après la naissance de leur enfant, 75 mères sur les 138 ont repris le travail, soit 54,3%. Le mode de garde privilégié pour le bébé est à la maison avec au moins l'un des parents pour 50,7% des familles, chez une nourrice pour 26,1%, à la crèche pour 17,4% et auprès de la famille pour 5,8%. L'entretien à la maternité a intéressé 93,5% des parents. De plus, lors des entretiens téléphoniques, nous avons eu beaucoup de retours positifs des parents et les échanges ont été riches et pleins de questionnements. Les parents sont avides de conseils et souhaitent faire au mieux pour leur bébé. En outre, certains nous ont demandé de leur envoyer les résultats de notre étude. Pour la population « intervention », 36 familles sur les 67 affirment avoir relu le livret après notre entretien soit 53,7%. Pour 29,9% d'entre elles, le livret se trouve actuellement dans un dossier spécial bébé, il se situe dans le carnet de santé du bébé pour 26,9%, dans la chambre du bébé pour 10,4% et dans un autre endroit tel que les affaires personnelles des parents pour 13,4%. Enfin, 19,4% des familles ont jeté ou perdu le livret.

Pour le domaine connaissances générales, les familles obtiennent une moyenne de 2,5/4. Globalement, les familles ont amélioré leur score dans ce domaine. Il s'agit d'un

domaine où les familles auto-évaluent leur niveau de connaissances sur le développement du langage et de la communication de l'enfant. Force est de constater qu'à 5 ou 6 mois après notre premier questionnaire, les familles estiment avoir de meilleures connaissances. Ce résultat est donc encourageant. En outre, l'évolution de ce score est d'autant plus marquée pour notre population « intervention » passant d'une moyenne de 1,7/4 à une moyenne de 2,7/4.

Lors du second questionnaire, 34 familles sont bilingues sur les 38 initialement donc presque la totalité de ces familles ont participé à l'ensemble de l'étude. Parmi elles, 55,9% pensent connaître les recommandations sur le bilinguisme contre 26,3% lors du premier questionnaire. Ainsi, à la suite de notre entretien, les parents bilingues se sont renseignés sur les recommandations.

Pour le domaine communication non verbale, les familles obtiennent une moyenne de 32,7/36 soit un score très satisfaisant. 98,6% des parents affirment que leur bébé communique. Nous avons généré des nuages de mots afin de montrer la différence entre le premier et le second questionnaire à la question ouverte « comment votre bébé communique ? ». Ils sont présentés ci-dessous.



Figure 34 : Nuage de mots représentant la fréquence des réponses concernant les moyens de communication du nouveau-né lors du premier questionnaire



Figure 35 : Nuage de mots représentant la fréquence des réponses concernant les moyens de communication du nouveau-né lors du second questionnaire

Dans ces figures, plus un mot apparaît en grands caractères, plus il est représenté dans les réponses des familles. Nous remarquons que pour les deux questionnaires, les mots qui reviennent le plus souvent sont « gestes », « regard » et « pleurs ». En revanche, lors du second questionnaire, de nouveaux moyens de communication émergent tels que « babillage » et « gazouillis ».

Pour le domaine communication verbale, les familles obtiennent une moyenne de 23,6/28, là encore, un score très satisfaisant. 89,9% des parents affirment parler « Toujours » à leur enfant et 78,3% estiment que leur bébé comprend ce qu'ils lui disent. 98,6% des familles pensent que leur bébé échange avec d'autres personnes qu'eux. 97,8% des parents décrivent leurs actions lorsqu'ils s'occupent de leur enfant et 97,1% nomment les objets que leur enfant manipule. Contrairement au premier questionnaire, la quasi-totalité des familles interagit grandement avec leur bébé lors du second questionnaire. Le bébé ayant investi peu à peu de nouveaux moyens de communication tels que les vocalisations, les mimiques, les gestes, l'imitation, nous supposons que les familles se sentent davantage en interaction avec lui. En somme, ces nouveaux outils facilitent les échanges parents-enfant.

Pour le domaine livres/lecture, les familles obtiennent une moyenne de 13,9/21. 92% des familles pensent lire des histoires à leur enfant, ce qui est moins que lors du premier questionnaire mais parmi elles, 82,6% ont déjà commencé à le faire. Ainsi, si certaines familles ont changé d'avis, la plupart se sont engagées dans cette routine. En

revanche, nous ne notons pas de différence entre les familles ayant reçu le livret et celles ne l'ayant pas reçu. Cette habitude semble se développer par elle-même, ce qui est plutôt de bon augure. La majorité des parents de notre étude commence à lire des histoires à leurs enfants avant 6 mois et de manière régulière, c'est-à-dire, une fois par jour en moyenne. L'étude de Roberts, Jergens, & Burchinal (2005) a pu démontrer que lorsque les parents proposent des activités de lecture partagée aux enfants en âge pré-scolaire, les enfants développent davantage leur langage et entrent plus aisément dans la littéracie

Pour le domaine écrans, les familles obtiennent une moyenne de 11/21, ce score reste le plus chuté. La prévention pour lutter contre les dangers des écrans nous paraît donc primordiale. 47,8% des parents affirment rejoindre leur enfant lorsque celui-ci est devant un écran pour parler de ce qu'il voit, soit une amélioration par rapport au premier questionnaire mais un pourcentage qui reste encore bas. En outre, en passant de 70,2% à 55,8%, le pourcentage de parents laissant un écran allumé alors qu'ils font autre chose a considérablement baissé, ce qui est positif bien qu'il reste élevé. A contrario les familles pensent désormais en majorité que l'écran allumé dans la pièce où se trouve leur bébé ne le dérange pas à 53,6%. Enfin, 31,9% des familles estiment que les dessins animés et les jeux éducatifs sur tablette ou console aident l'enfant dans ses apprentissages et 20,3% pensent que l'utilisation des écrans permet aux enfants de développer leur langage. Ces deux pourcentages sont en baisse par rapport au premier questionnaire mais les parents restent très indécis face à ces questions et la majorité, 38,8%, répond « Ni d'accord, ni pas d'accord ». Les familles ayant reçu le livret ont des scores similaires aux familles n'ayant pas reçu de conseils. Ainsi nous pouvons faire l'hypothèse que les conseils transmis n'ont pas convaincu les familles ou que l'omniprésence des écrans est un frein à la prise en compte des recommandations. Par ailleurs, les résultats des recherches scientifiques sur ce sujet peuvent parfois être mal interprétés laissant place aux ouïes-dire et aux contradictions. La Société canadienne de pédiatrie (2017), affirme que des émissions de qualité peuvent représenter un moyen de favoriser le langage et le développement cognitif de l'enfant mais Christakis & Zimmerman (2006) expliquent que bien que les émissions soient présentées comme « éducatives » et adaptées, elles entravent le développement du langage de l'enfant.

Pour le domaine succion, 25,4% des familles restent inquiètes quant à l'utilisation de la tétine ou la prise du pouce. La majorité de ces familles a finalement opté pour

l'utilisation de la tétine, majoritairement lorsque l'enfant pleure ou lorsqu'il dort. Thématique préoccupant tout de même ¼ des familles, il semble essentiel d'apporter davantage de conseils.

Pour le domaine métier d'orthophoniste, les familles obtiennent une moyenne de 5,4/8. Il s'agit du seul domaine où les scores n'ont pas augmenté entre le premier et le second questionnaire. Pour la population « intervention », les parents ont répondu en majorité que l'orthophoniste prend en charge les patients dès la naissance (50,7%) tandis que les familles de la population « contrôle » ont répondu à 36,6% que la prise en charge débutait à partir de 1 an et à 35,2% à partir de 3 ans. Ainsi, il semble que notre action ait eu un impact positif sur cette question. De plus, 53,6% des parents pensent qu'ils pourraient facilement détecter un problème de communication chez leur bébé. Pour finir, 29,7% des familles souhaitent obtenir plus d'informations sur les thématiques abordées dans le questionnaire, c'est moins que lors du premier questionnaire. Nous supposons que les familles ont pu se renseigner par elles-mêmes ou augmenter leurs connaissances du fait de leur expérience auprès de leur bébé. Les nuages de mots ci-dessous représentent les domaines où les familles sont avides de conseils.



Figure 36 : Nuage de mots représentant la fréquence des réponses concernant les thématiques où les parents souhaitent obtenir plus d'informations lors du premier questionnaire



Figure 37 : Nuage de mots représentant la fréquence des réponses concernant les thématiques où les parents souhaitent obtenir plus d'informations lors du second questionnaire

Lors du premier questionnaire, les familles souhaitent obtenir davantage d'informations sur le langage de l'enfant, mais aussi sur la communication et le développement en général. En outre, la thématique des écrans interroge souvent les parents. De plus, ils sont curieux d'en apprendre davantage sur les compétences des orthophonistes et aimeraient connaître les signes d'alerte afin de repérer les éventuelles difficultés de leur(s) enfant(s). Lors du second questionnaire, les mêmes thématiques ressortent, en particulier celle du « développement ». Nous voyons également surgir l'inquiétude sur la tétine et la thématique « signes » qui correspond au langage des signes que nombre de parents aimeraient mettre en place avec leur bébé.

3.1.3. Résultats du questionnaire en ligne

Le questionnaire en ligne conforte certains des résultats précédents. En effet, les familles accueillant leur premier enfant ont des scores significativement différents des familles accueillant au moins leur deuxième enfant. Ainsi, les familles accueillant leur premier bébé possèdent moins de connaissances sur le développement du langage et de la communication.

En outre, les scores sont significativement différents en fonction du nombre d'années d'études du parent 1. Globalement, les mères ayant effectué un plus grand nombre d'années d'études ont de meilleures connaissances que les mères ayant peu d'années

d'études. En revanche, si nous observons une tendance similaire pour le parent 2, les analyses statistiques ne permettent pas de mettre en évidence une différence significative selon le nombre d'années d'études.

De même, nous relevons de meilleurs scores et donc de meilleures connaissances sur le développement du langage et de la communication pour les parents âgés de plus de 30 ans. Cependant, si l'analyse statistique a confirmé cette différence pour le parent 2, elle n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative pour le parent 1.

Enfin, les analyses statistiques ont montré des scores significativement différents entre les familles ayant répondu sur les réseaux sociaux et les familles ayant répondu à la maternité ou par téléphone. En effet, nous notons des scores bien meilleurs pour les familles ayant répondu sur les réseaux sociaux. Il nous a donc semblé essentiel de comprendre d'où provenait cette différence, les questions étant similaires et les familles présentes sur les réseaux sociaux n'ayant bénéficié d'aucune intervention. Nous nous questionnons alors sur le profil des familles répondant à un questionnaire en ligne. En premier lieu, nous pouvons faire l'hypothèse que seules les familles estimant avoir de bonnes connaissances ont accepté de répondre au questionnaire en ligne, les autres familles ayant la crainte d'être jugées. Ensuite, en répondant en ligne, les familles ont pu prendre le temps qu'elles souhaitent et ont pu chercher les informations au fur et à mesure du questionnaire. Nous savons que le biais de désirabilité sociale est fort. Les réponses sont donc moins spontanées et plus réfléchies. D'autre part, nous avons vu dans le cadre théorique que les réponses collectées en face à face ou par téléphone sont de meilleures qualités que les réponses collectées en ligne (Heerwegh & Loosveldt, 2008). Finalement, cette expérience de publication du questionnaire en ligne nous donne des pistes pour d'éventuelles suites à ce mémoire de fin d'études. En effet, pour notre étude, il semble préférable d'administrer les questionnaires en face à face ou par téléphone.

3.2. Validation des hypothèses

3.2.1. Hypothèse opérationnelle 1

On s'attend à ce que la population « intervention » améliore ses connaissances sur le développement du langage et les facteurs influençant celui-ci entre le premier et le second questionnaire contrairement au groupe « contrôle ».

Cette hypothèse est partiellement validée puisque les deux groupes « intervention » et « contrôle » ont amélioré leurs connaissances sur le développement du langage et les facteurs influençant celui-ci. Comme nous l'avons vu précédemment, nous supposons que notre présence en tant qu'étudiante en orthophonie et la passation du premier questionnaire ont soulevé des interrogations chez notre population « contrôle » qui ont pu pousser ces familles à se renseigner. Pour autant, nous faisons l'hypothèse que la distribution et l'explication du livret ont permis à notre population « intervention » d'améliorer ses connaissances. En effet, nous avons eu de bons retours de ces familles nous affirmant avoir trouvé cette action et ces conseils utiles.

De plus, il nous semble évident que les familles acquièrent spontanément de nouvelles connaissances à mesure que leur enfant grandit. En effet, elles se forment leur propre expérience et construisent de nouveaux savoir-être et savoir-faire. En parallèle, leur enfant développe de nouvelles compétences, de nouveaux moyens de communication qui facilitent les interactions parents-enfant.

3.2.2. Hypothèse opérationnelle 2

On s'attend à ce que les parents ayant un nombre d'années d'études égal à 9 aient de moins bons scores que les parents ayant un nombre d'années d'études au moins égal à 16.

Nous avons validé cette hypothèse. Les familles les plus vulnérables semblent être celles ayant un faible nombre d'années d'études. En effet, ces familles ont moins de connaissances sur le développement du langage et les facteurs influençant celui-ci. Auprès de cette population, l'action de prévention s'avère essentielle.

3.2.3. Hypothèse opérationnelle 3

On s'attend à ce que les parents ayant moins de 30 ans aient de moins bons scores que les parents ayant plus de 30 ans.

Nous avons validé cette hypothèse. Les parents jeunes, qui ont moins de 30 ans, semblent posséder moins de connaissances sur le développement du langage et de la communication de leur enfant. En outre, nous pouvons faire le parallèle avec le nombre d'enfants dans la fratrie, c'est-à-dire, avec l'hypothèse opérationnelle suivante. En effet, la plupart des parents ayant moins de 30 ans accueillent leur premier enfant. Ils manquent donc d'expériences personnelles qui enrichissent leurs connaissances sur les thématiques abordées dans les questionnaires.

3.2.4. Hypothèse opérationnelle 4

On s'attend à ce que les familles accueillant leur premier enfant aient de moins bons scores que les familles accueillant au moins leur deuxième enfant.

Nous avons validé cette hypothèse. Lors du premier comme du second questionnaire, les familles accueillant leur premier enfant obtiennent des scores significativement différents des familles accueillant au moins leur deuxième enfant. Ces scores sont inférieurs, attestant de moindres connaissances sur le développement de la communication et du langage de l'enfant. Pour autant, toutes les familles ont amélioré leur score total entre les deux questionnaires, elles ont donc été sensibles à notre

intervention. Cependant, les familles accueillant au moins leur deuxième enfant ont plus nettement amélioré leurs connaissances à 5/6 mois. Il semble que notre action ait plus d'impact auprès de ces familles. Lors de notre intervention nous avons pu constater que ces parents semblaient moins anxieux et plus confiants du fait de leur expérience avec leurs aînés. Ils étaient donc plus disposés à écouter et recevoir nos conseils. De plus, ces parents pouvaient davantage se projeter puisque ces conseils reflétaient probablement leur quotidien avec leur(s) aîné(s). Les parents accueillant leur premier nouveau-né avaient des préoccupations autres que le développement du langage dans un premier temps. Ils ont probablement été moins attentifs lors de notre intervention.

3.2.5. Hypothèse opérationnelle 5

On s'attend à ce que les scores aux questionnaires soient différents entre les différentes maternités.

Nous n'avons pas validé cette hypothèse. Les scores sont similaires entre les différentes maternités. Nous pensions qu'il pouvait y avoir une différence de population entre les différentes maternités, selon qu'il s'agisse d'une clinique privée ou d'un CHU. Mais nos analyses n'ont pas mis en évidence de différence significative. Nous pouvons alors conclure que toutes les maternités ont le même besoin autour de cette action de prévention. Cependant, rappelons que dans nos critères d'exclusion, nous avons les familles ne parlant pas le français. Or, dans les CHU, une grande partie des familles n'a pas pu participer à notre étude pour cette raison. Ainsi, il serait intéressant de distribuer les livrets dans différentes langues afin de toucher un plus grand nombre de familles. Il est en effet dommage que certaines familles ne puissent bénéficier de la remise du livret alors qu'il y a fort à penser que ces familles seraient les plus vulnérables.

3.2.6. Hypothèse opérationnelle 6

On s'attend à ce que les scores dans les domaines communication non verbale, communication verbale, livres/lecture et écrans soient corrélés.

Cette hypothèse est partiellement validée puisque tous ces domaines sont corrélés entre eux sauf « communication non verbale » et « écrans ». Cela signifie qu'un score bas dans un de ces domaines entraînera un score bas dans les autres domaines ainsi qu'un score total bas. Les familles obtenant des scores totaux faibles manquent donc de connaissances sur l'ensemble des domaines.

3.3. Limites et perspectives

Pour notre étude, nous avons réussi à recruter 188 familles dont 138 ont participé à l'ensemble. Pour améliorer la précision des résultats, nous aurions pu recruter une plus grande population d'étude. Par ailleurs, nous sommes intervenus dans six maternités différentes et là encore, nous aurions pu nous déplacer dans davantage de maternités, notamment dans les maternités situées dans des régions sous-dotées afin d'y mesurer les besoins en termes de prévention. Cependant, nous avons pu le constater en intervenant à la maternité de Sète, les naissances sont moins fréquentes dans les petites maternités et impliquent donc des déplacements importants si l'on souhaite obtenir une population suffisante.

Nous nous sommes également questionnés sur la pertinence de proposer cette intervention à la maternité, après la naissance de l'enfant. En effet, certaines familles ne sont pas disponibles à ce moment-là ou pour d'autres, les préoccupations sont grandes et sans leur attention, les conseils ne sont que peu investis. Nous pourrions envisager une remise et une explication du livret lors des échographies obligatoires dans le suivi de la grossesse, en partenariat avec les gynécologues par exemple ou lors de cours de préparation à l'accouchement, en partenariat avec les sages-femmes.

De plus, nous avons constaté que les « perdus de vue » de cette étude étaient les familles obtenant les moins bons scores lors du premier questionnaire et de ce fait, les parents les plus vulnérables. Nous savons que le biais de désirabilité sociale est présent dans notre étude, les parents souhaitent donner des réponses acceptables et attendues même si elles ne reflètent pas leur réalité (Crowne & Marlowe, 1960). Nos résultats sont donc à nuancer. Pour nos « perdus de vue », il est probable qu'ils n'aient pas souhaité poursuivre l'étude par manque de connaissances justement. En outre, d'après une étude de Feldman et al. (2000) sur la qualité des réponses dans les questionnaires, les parents avec un haut niveau socio-culturel seraient plus fiables dans leurs réponses par rapport aux parents avec un faible niveau socio-culturel qui auraient tendance à surestimer le niveau de leur enfant.

Nous aurions également pu privilégier un autre mode de collecte des réponses pour le second questionnaire, nous aurions peut-être collecté plus de réponses. Cependant, il nous paraissait important que l'échange soit plus spontané. Les parents étaient ravis de pouvoir échanger librement par téléphone. Notons toutefois que certains entretiens ont duré plus de 30 minutes, ce mode de collecte des réponses demande donc un investissement personnel important. Par ailleurs, notre présence lors de la passation des questionnaires a pu biaiser les résultats (Richman, Kiesler, Weisband, & Drasgow, 1999). Notre attitude et notre discours ne peuvent être parfaitement identiques d'une famille à l'autre. De plus, ma présence en tant qu'étudiante en orthophonie a pu inciter notre population « contrôle » à se renseigner sur les thématiques abordées dans les questionnaires.

Ensuite, nous avons élaboré le questionnaire et en ce sens, nous ne pouvons prétendre à une parfaite évaluation de ce que nous souhaitions évaluer. La formulation des questions (Bachelet, 2014) et la longueur du questionnaire (Langevin et al., 2011) influencent les réponses. Nous pouvons donc nous demander si nos résultats reflètent réellement les connaissances des parents sur le développement du langage et les facteurs influençant celui-ci.

Enfin, il existe des biais liés aux conditions de passation et à la disponibilité des parents. Bien qu'ayant l'accord des parents pour intervenir, les conditions n'étaient pas toujours optimales et elles différaient d'une famille à l'autre. En effet, certaines mères allaitaient en même temps, d'autres s'occupaient des aînés qui leur demandaient de

l'attention, d'autres encore étaient très fatiguées. D'autre part, certaines familles ont répondu à deux au questionnaire tandis que d'autres parents étaient seuls. Par ailleurs, certaines chambres étaient calmes, d'autres bruyantes avec notamment la télévision allumée ou la présence de proches. Ainsi, il est difficile de faire la part des choses entre ce que la distribution et l'explication du livret a apporté aux familles et les changements spontanés dans les habitudes familiales. Autrement dit, quels changements proviennent réellement de l'action de prévention « Objectif Langage » ?

Quoi qu'il en soit, notre étude révèle une amélioration des connaissances sur le développement du langage et les facteurs influençant celui-ci dans les six premiers mois suivant la naissance de l'enfant. Bien que cette amélioration soit à nuancer à la suite des nombreux biais occasionnés dans cette étude, nous savons que plus une action de prévention auprès des familles est précoce, plus les parents sont réactifs (Landry, Smith, Swank, & Guttentag, 2008). Nous conseillons donc aux professionnels et étudiants réalisant cette action de prévention de questionner les parents avant de leur remettre le livret puisque ce fonctionnement suscite l'intérêt et l'investissement des familles.

En outre, l'action pourrait s'étendre dans les services de néonatalogie où les familles sont vulnérables et avides de conseils (Maiffret et al., 2008). D'autre part, il serait intéressant d'évaluer l'intérêt de la distribution du livret « Objectif Langage » dans les cabinets pédiatriques, dans les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce et dans les centres de Protection Maternelle et Infantile. Enfin, il paraît essentiel que chaque famille puisse obtenir les mêmes conseils, pour cette raison, le livret peut être rédigé dans plusieurs langues et plus largement distribué afin de ne pas laisser les familles vulnérables devenir encore plus vulnérables. En effet, le bilinguisme est souvent associé à des conditions de vie précaires qui ralentissent le développement du langage (Le Normand & Kern, 2018).

Enfin, notre délai de cinq à six mois entre le premier et le second questionnaire est relativement court pour observer de réels changements dans les habitudes de vie des familles. Le langage se met en place à partir de la première année de vie de l'enfant et il serait de ce fait intéressant d'évaluer à nouveau les connaissances des parents à ce moment-là.

3.4. Apports personnels et apports à l'orthophonie

Ce travail de recherche demande un investissement important mais il permet surtout de se questionner sur notre future pratique professionnelle et de se remettre en question. Les recherches effectuées pour la réalisation de la partie théorique m'ont permis d'enrichir mes connaissances sur le bilinguisme, l'oralité, la communication, l'importance des livres, le danger des écrans, la place de la prévention en orthophonie. Je me sens ainsi en mesure de transmettre des conseils pertinents aux familles. De plus, j'ai pris conscience de l'importance de continuer à se former, à se renseigner sur les thématiques autour de notre profession car les connaissances évoluent sans cesse et nous nous devons d'être experts dans notre domaine. En outre, lors de mes passations, j'ai pris plaisir à rencontrer les familles dans les différentes maternités et à échanger avec elles. Ces rencontres en autonomie m'ont permis d'être dans une posture professionnelle et d'acquérir une certaine aisance dans la relation avec les familles et ainsi de gagner en confiance. De plus, j'ai réalisé l'intérêt du travail pluridisciplinaire puisque mes interventions étaient supervisées par les sages-femmes. Ces interventions auprès des familles sont extrêmement riches, elles permettent de se rendre compte des différences interindividuelles en côtoyant tout type de population et elles apportent une gratification puisque les familles sont reconnaissantes. D'ailleurs, je souhaite intégrer pleinement la prévention dans mon exercice professionnel parce que je suis convaincue qu'elle permet de limiter les difficultés ultérieures.

Finalement, en soulignant les thématiques les plus problématiques pour les familles et en mettant en évidence les populations vulnérables, ce mémoire pourrait davantage orienter les actions de prévention mises en place par les orthophonistes.

CONCLUSION

Notre étude a permis de montrer une évolution des connaissances sur le développement du langage et de la communication autour du bébé dans les six premiers mois suivant la naissance. Il semblerait que les familles acquièrent de nouvelles connaissances et améliorent ainsi leurs scores.

En effet, les parents perçoivent davantage de moyens de communication chez leur bébé et sont de ce fait plus à même d'interagir avec lui. Par ailleurs, 82,6% des familles ont commencé à lire ou raconter des histoires à leur bébé dans les six premiers mois suivant la naissance et nous avons constaté que les parents laissent moins les écrans allumés alors qu'ils font autre chose. De plus, à la suite de notre intervention, les recommandations sur le bilinguisme sont davantage connues. En revanche, la thématique des écrans préoccupe encore beaucoup les familles qui sont à la recherche de réponses sur les bienfaits ou les dangers. Enfin, ¼ des parents restent inquiets par rapport à l'utilisation de la tétine ou la prise du pouce, la thématique de la succion est donc importante à aborder auprès des familles.

Nous n'avons pas pu montrer que cette évolution était due à la distribution et à l'explication du livret puisque nos deux populations « intervention » et « contrôle » ont évolué de la même manière. Quoiqu'il en soit, les résultats obtenus sont encourageants puisqu'ils soulignent un impact positif de notre intervention. En outre, les familles ayant bénéficié des conseils et de la remise du livret à la suite du premier questionnaire apprécient davantage le champ de compétences des orthophonistes et pourront de ce fait mieux orienter leur enfant en cas de besoin. Enfin, la quasi-totalité des familles a montré un intérêt pour cette action.

Par ailleurs, cette étude a pu permettre de cibler davantage les populations dites à risque, c'est-à-dire, obtenant de moins bons scores et donc possédant de moindres connaissances sur le développement de la communication et du langage. Il s'agit des parents accueillant leur premier enfant, des parents âgés de moins de 30 ans et des parents ayant 9 années d'études soit un niveau fin collège. De ce fait, l'action « Objectif Langage » peut davantage insister auprès de ces familles. En outre, les perdus de vue de cette étude semblent être les familles les plus vulnérables et il serait donc intéressant de pouvoir les repérer en amont afin de leur assurer un suivi puisque nous savons que la

prévention précoce joue un rôle important dans la détection des retards langagiers mais aussi dans la réduction des files d'attente des cabinets d'orthophonie (Fédération Nationale des Orthophonistes (France), 2018).

BIBLIOGRAPHIE

A Shaw ; Société canadienne de pédiatrie, & Société de la pédiatrie communautaire.

(2006). *Lisez, parlez, chantez : La promotion de l'alphabétisation au cabinet du médecin*. Paediatr Child Health.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (2001). *L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans*.

Agence Régionale de la Santé. (2018). *Programme régional d'accès à la prévention et aux soins*. Consulté à l'adresse https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2018/08/ars-occitanie_projet-régional-de-sant_programme-régional-dacces--la-prvention-et-aux-soins-prcarit.pdf

Aimard, P. (1996). *Les débuts du langage chez l'enfant*. Paris: Dunod.

American Association of Pediatrics. (2015). *Exposure and use of mobile media devices by young children*.

Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S. (2007). L'accompagnement parental au coeur des objectifs de prévention de l'orthophoniste : Le travail avec les outils Dialogoris 0/4 ans et Dialogoris 0/4 ans Orthophoniste. *Contraste*, 26(1), 303. <https://doi.org/10.3917/cont.026.0303>

Asmussen, K., Law, J., Charlton, J., Acquah, D., Brims, L., Pote, I., & McBride, T. (2018). Key competencies in early cognitive development Things, people, numbers and words. *Early Intervention Foundation*.

Association de Formation et de Recherche sur le Langage. (1981). AsFoReL.

- Association Plateforme Prévention et Soins en Orthophonie. (2018). Allo ortho.
- Bachelet, R. (2014, mai). *Recueil, analyse & traitement de données : Le questionnaire*.
Présenté à Lille. Lille.
- Bardyn, N., & Martin, C. (2011). *Variables prédictives de la récupération chez cinq patients aphasiques bilingues tardifs* (P. Gatignol, Éd.). [S.l.]: [s.n.].
- Bates, E., & Goodman, J. C. (1999). On the emergence of grammar from the lexicon. In *The emergence of language* (p. 29-79).
- Bates, J. E., Marvinney, D., Kelly, T., Dodge, K. A., & et al. (1994). Child care history and kindergarten adjustment. *Developmental Psychology*, 30(5), 690-700.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.30.5.690>
- Benedict, H. (1979). Early lexical development : Comprehension and production. *Journal of Child Language*, 6(2), 183-200. <https://doi.org/10.1017/S0305000900002245>
- Berthomier, N., & Octobre, S. (2018). Primo-socialisation au langage : Le rôle des interactions langagières avec les parents durant les 365 premiers jours de l'enfant d'après l'enquête Elfe. *Culture Etudes*, 2(2), 1.
<https://doi.org/10.3917/cule.182.0001>
- Biemiller, A. (2005). Size and sequence in vocabulary development : Implications for choosing words for primary grade vocabulary instruction. In *Teaching and Learning Vocabulary : Bringing Research To Practice* (p. 223-242).
- Billard, C. (2001). Le dépistage des troubles du langage chez l'enfant. Une contribution à la prévention de l'illettrisme. *Archives Pédiatriques*, (8), 86-91.
- Bloom, L., & Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York: Wiley.
- Bloomfield, L. (1933). *Language*.

- Bonnafé, M. (1994). *Les livres c'est bon pour les bébés*.
- Boyd, D., & Bee, H. (2017). *Les âges de la vie* (5^e éd.). Montréal, Québec.
- Bruner, J. S. (1987). *Comment les enfants apprennent à parler* (R. Watson & J. Piveteau, Éd.). Paris: Retz.
- Bruner, J. S. (1991). *Le développement de l'enfant savoir faire, savoir dire* (M. Deleau & J. Michel, Éd.).
- Bulletin Officiel*. (2013).
- Bury, J. (1988). *L'éducation pour la santé. Concepts, enjeux et planification*.
- Casellas, C. (2016). *Cours santé publique L1 orthophonie*.
- Catroux, M. (2002). Introduction à la recherche-action : Modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique. *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité - Cahiers de l'APLIUT*, (Vol. XXI N° 3), 8-20.
<https://doi.org/10.4000/apliut.4276>
- Chevrie Muller, C. (2002). Le retard d'acquisition du langage : Dépistage précoce ou repérage. *ANAE*, (66), 29-37.
- Chomsky, N. (1968). *L'analyse formelle des langues naturelles*. Paris: Gauthier-Villiers.
- Christakis, D., & Zimmerman, F. (2006). *The Elephant In The Living Room : Make Television Work for Your Kids*. Consulté à l'adresse <https://www.hoopladigital.com/title/11442928>
- Clark, E. (1974). Some aspects of the conceptual basis for first language acquisition. In *University Park Press. Language perspectives : Acquisition, retardation and intervention*. Baltimore.
- Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L., & Rutter, M. (2005). Developmental language disorders—A follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial

- outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 128-149.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00342.x>
- Collin, J.-F., Giraudo, S., & Baumann, M. (2001). Outil d'aide à l'évaluation de performance des actions de santé : L'exemple du programme de prévention de l'alcoolisme en Lorraine. *Santé Publique*, 13(2), 179.
<https://doi.org/10.3917/spub.012.0179>
- Combessie, J.-C. (2007). III. *Le questionnaire*. In *Repères: Vol. 5e éd.* (p. 33-44). Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-33.htm>
- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne. (2017). CPLOL. Consulté à l'adresse CPLOL website: <https://cplol.eu/documents/prevention/posters-about-developing-language.html>
- Convention nationale des orthophonistes. (2017, juillet 18). *Avenant 16*.
- Coquet, F. (2010). *Premières découvertes à propos du monde et des objets*. (244), 139-148.
- Coquet, F., & Maetz, B. (1997). Le DPL3 Dépistage et prévention langage à 3 ans. In *Rééducation orthophonique* (p. 153-162).
- Coquet, Françoise. (2017). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent les parents au coeur de l'intervention orthophonique*.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349-354.
<https://doi.org/10.1037/h0047358>
- Daviault, D. (2011). *L'émergence et le développement du langage chez l'enfant*.

- De Bodman, F., & De Chaisemartin, C. (2017). *Investissons dans la petite enfance—L'égalité des chances se joue avant la maternelle.*
- de Boysson-Bardies, B. (2007). Comment la parole vient à l'enfant. *Revue française de psychanalyse*, 71(5), 1473. <https://doi.org/10.3917/rfp.715.1473>
- Deauvieux, J., & Terrail, J.-P. (2007). *Les sociologues, l'école et la transmission des savoirs.* Paris.
- Décret de compétences des orthophonistes n°2002-721—Article 4.* (2002, mai 2).
- Décret de compétences des orthophonistes—Article 2.* (1992, mars 30).
- Degenne, A. (1972). Alexandre V., Les échelles d'attitude. *Revue française de sociologie*, 279-280. Consulté à l'adresse Persée <http://www.persee.fr>.
- Denni-Krichel, N. (2001). La prévention des troubles du langage : Un objectif prioritaire des orthophonistes à l'école. *Enfances & Psy*, 16(4), 150-153. <https://doi.org/10.3917/ep.016.0150>
- Desmurget, M. (2019). *La fabrique du crétin digital : Les dangers des écrans pour nos enfants.*
- Dromi, E. (1987). *Early lexical development.*
- Duff, F. J., Nation, K., Plunkett, K., & Bishop, D. (2015). Early prediction of language and literacy problems : Is 18 months too early? *PeerJ*, 3, e1098. <https://doi.org/10.7717/peerj.1098>
- Duflo, S. (2016). L'enfant et les écrans : Entre addiction et temps volé. *Médecine et enfance*, (7), 194-198.
- Duflo, Sabine. (2018). *Quand les écrans deviennent neurotoxiques.*
- Fabry, M. (2002). *Validation d'un questionnaire de repérages des risques de troubles de la communication et du langage à destination de parents d'enfants de 24 à 36*

mois évaluation de l'impact de la distribution de la brochure" objectif langage"

(Université de Nancy I. Faculté de médecine, Éd.). [S.l.]: [s.n.].

Fédération Nationale des Orthophonistes. (2011). « 1 Bébé, 1 Livre » Une identité particulière. *L'Orthophoniste*, (305).

Fédération Nationale des Orthophonistes. (2019). Fno prévention.

Fédération Nationale des Orthophonistes (France). (2018). *La prévention* (F. Garcia-Ducrocq, Éd.).

Feldman, H. M., Dollaghan, C. A., Campbell, T. F., Kurs-Lasky, M., Janosky, J. E., & Paradise, J. L. (2000). Measurement Properties of the MacArthur Communicative Development Inventories at Ages One and Two Years. *Child Development*, 71(2), 310-322. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00146>

Gardner, R. A., Gardner, B. T., & Brown, R. (1974). A First Language : The Early Stages. *The American Journal of Psychology*, 87(4), 729. <https://doi.org/10.2307/1421982>

Genesee, F., Paradies, J., & Crago, M. (2004). *Dual language development and disorders*.

Gilkerson, J., Richards, J. A., Warren, S. F., Oller, D. K., Russo, R., & Vohr, B. (2018). Language Experience in the Second Year of Life and Language Outcomes in Late Childhood. *Pediatrics*, 142(4), e20174276. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4276>

Goldfield, B. A., & Reznick, J. S. (1990). Early lexical development : Rate, content and the vocabulary spurt. *Journal of Child Language*, 17, 171-183.

Golse, B. (2010). *L'émergence du langage et la métaphore de l'araignée*. (244), 5-12.

Granger, J., & Brent, M. R. (2004). Reexamining the vocabulary spurt. *Developmental Psychology*, 621-632.

- Grobon, S., Panico, L., & Solaz, A. (2019). *Inégalités socioéconomiques dans le développement langagier et moteur des enfants à 2 ans*. Consulté à l'adresse http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/1/2019_1_1.html
- Halliday, M. K. (1975). *Learning how to mean : Explorations in the development of language*.
- Hamers, J., & Blanc, M. (1983). *Bilinguisme et bilinguisme*. Bruxelles: Pierre Mardaga Editeur.
- Hart, B., & Risley, T. R. (1999). *The social world of children learning to talk*. Baltimore London Toronto [etc.]: P.H. Brookes Publ.
- Heerwegh, D., & Loosveldt, G. (2008). Face-To-Face versus Web Surveying in a High-Internet-Coverage Population : Differences in Response Quality. *Oxford University Press*, 72(5), 836-846.
- Herbert, M. (2007). *Que se passe-t-il lorsque les répondants à un questionnaire tentent de deviner l'objectif de recherche ? Le biais du répondant : Conceptualisation, mesure et étude d'impact*. Actes du Congrès de l'AFM.
- Hoff, E. (2006). Language Experience and Language Milestones During Early Childhood. In K. McCartney & D. Phillips (Éd.), *Blackwell Handbook of Early Childhood Development* (p. 232-251). <https://doi.org/10.1002/9780470757703.ch12>
- Hulit, L. M., & Howard, M. R. (2002). Born to Talk. In *UCL Press. The development of language* (p. 73-97). London.
- Inserm. (2007). *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie : Bilan des données scientifiques, chapitre I. Acquisition du langage oral : Repères chronologiques*. (p. 842). Paris.

- Jordan, N. C., & Levine, S. C. (2009). Socioeconomic variation, number competence, and mathematics learning difficulties in young children. *Developmental Disabilities Research Reviews, 15*(1), 60-68. <https://doi.org/10.1002/ddrr.46>
- Kail, M., & Fayol, M. (Éd.). (2000). *L'acquisition du langage [Volume 1] Le langage en émergence, de la naissance à 3 ans.*
- Kern, S. (2001). *Le langage en émergence.*
- Kern, Sophie. (2010). Les premiers mots du jeune enfant français : Analyse quantitative et qualitative du vocabulaire réceptif et productif des deux premières années de vie. In *Rééducation orthophonique* (p. 149-165).
- Kern, Sophie. (2019). *Le développement du langage chez le jeune enfant : Théorie, clinique, pratique.*
- Ketele, J.-M. de. (2016). *Méthodologie du recueil d'informations : Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents.* De Boeck Supérieur.
- Kühn, P., Sachse, S., & von Suchodoletz, W. (2015). Sprachentwicklungsverzögerung : Was wird aus Late Bloomern? *Klinische Pädiatrie, 227*(04), 213-218. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1547310>
- Landry, S. H., Smith, K. E., Swank, P. R., & Guttentag, C. (2008). A responsive parenting intervention : The optimal timing across early childhood for impacting maternal behaviors and child outcomes. *Developmental Psychology, 44*(5), 1335-1353. <https://doi.org/10.1037/a0013030>
- Langevin, V., François, M., Boini, S., & Rioua, A. (2011). Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail. *Documents pour le médecin du travail, (129)*, 13.

- Lanoë, C. (2000). *La situation de lecture partagée : Une routine pour l'acquisition du langage, de la lecture et de l'écriture*. (2), 70-93.
- Lebrun, Y. (1982). L'aphasie chez les polyglottes. *Linguistique*, 18, 129-144.
- Leclerc, M.-C. (2005). Les précurseurs pragmatiques de la communication chez les bébés. *Rééducation orthophonique*, 221, 157-170.
- Le Normand, M.-T., & Kern, S. (2018). Suivi du langage d'enfants bilingues issus de milieux sociaux défavorisés : Enjeux cliniques, pédagogiques et sociaux. *Devenir*, 30(1), 43-55. <https://doi.org/10.3917/dev.181.0043>
- Macnamara, J. (1967). The Effects of Instruction in a Weaker Language. *Journal of Social Issues*, 23(2), 121-135. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1967.tb00580.x>
- Maiffret C., Meulien C. (2008). Conduites orales à 7 ans chez des anciens grands prématurés réanimés à la naissance : poursuite de l'étude débutée en 2004. Mémoire d'orthophonie, Université Lille II.
- Manciaux, M., & Deschamps, J.-P. (1978). Examens préventifs chez le jeune enfant. *Concours médical*.
- Marchman, V. A., & Bates, E. (1994). Continuity in lexical and morphological development : A test of the critical mass hypothesis. *Journal of Child Language*, 21(2), 339-366. <https://doi.org/10.1017/S0305000900009302>
- Marinopoulos, S. (2019). *Promouvoir et pérenniser l'éveil culturel et artistique de l'enfant de la naissance à 3 ans*. Ministre de la Culture.
- Martin, C. L., & Nagao, D. H. (1989). Some effects of computerized interviewing on job applicant responses. *Journal of Applied Psychology*, 74(1), 72-80. <https://doi.org/10.1037//0021-9010.74.1.72>
- Martinez Perez, T., Leclercq, A.-L., Thomas, N., Sonck, T., Melice, N., Goetghebuer, T., & Maillart, C. (2015). La guidance parentale : Un outil pour soutenir le

- développement langagier des enfants entre 18 et 30 mois. *Journal du Pédiatre Belge*, 18(2), 179-181.
- Masson, C. (2014). *Repérage précoce des retards de langage : Enjeux de la prévention et élaboration d'une action autour de l'identification des troubles du langage au sein d'un Centre d'Action Médico Sociale Précoce (CAMSP)*.
- Mervis, C. B., & Bertrand, J. (1995). Early lexical acquisition and the vocabulary spurt : A response to Goldfield & Reznick. *Journal of Child Language*, 22(2), 461-468.
<https://doi.org/10.1017/S0305000900009880>
- Miniscalco, C., Westerlund, M., & Lohmander, A. (2007). Language skills at age 6 years in Swedish children screened for language delay at 2½ years of age : Follow-up of children screened for LD at age 2½ y. *Acta Paediatrica*, 94(12), 1798-1806.
<https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2005.tb01856.x>
- Morissette, P., & Bouchard, C. (2008). J'apprends à comprendre le monde : Le développement cognitif de 0 à 3 ans. In *Les Presses de l'Université du Québec. Le développement global de l'enfant de 0 à 5 ans en contextes éducatifs*. Québec.
- Moro, M. R. (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs : Naître et grandir en France*. Paris: La Découverte.
- Nocus, I., Florin, A., Lacroix, F., Lainé, A., & Guimard, P. (2016). Les effets de dispositifs de prévention des difficultés langagières dans des contextes monolingues et plurilingues. *Enfance*, 2016(01), 113-133.
<https://doi.org/10.4074/S0013754516001087>
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*.

- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2018). *Psychologie du développement de l'enfant* (9^e éd.). Montréal, Québec.
- Parisse, C., & Le Normand, M.-T. (2006). Une méthode pour évaluer la production du langage spontané chez l'enfant de 2 à 4 ans. *Glossa*, 97, 20-41.
- Perregaux, C. (1994). *Les enfants à deux voix des effets du bilinguisme sur l'apprentissage de la lecture*.
- Peyre, H., Bernard, J. Y., Forhan, A., Charles, M.-A., De Agostini, M., Heude, B., & Ramus, F. (2014). Predicting changes in language skills between 2 and 3 years in the EDEN mother-child cohort. *PeerJ*, 2, 335. <https://doi.org/10.7717/peerj.335>
- Piaget, J. (1968). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant* (7^e éd.). Neuchatel, Suisse.
- Poll, G. H., & Miller, C. A. (2013). Late talking, typical talking, and weak language skills at middle childhood. *Learning and Individual Differences*, 26, 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2013.01.008>
- Poulin-Dubois, D., & Graham, S. (1994). Infant categorization and early object word meaning. In *Early Child Development in the French tradition*.
- Rabain-Jamin, J. (1998). Usage du langage et contexte culturel : Le langage de la mère adressé à l'enfant. In *Armand Colin. De l'usage des gestes et des mots chez l'enfant*. Paris.
- Rabain-Jamin, Jacqueline. (1989). Culture and early social interactions. The example of mother-infant object play in African and native French Families. *European Journal of Psychology of Education*, 4(2), 295-306. <https://doi.org/10.1007/BF03172613>
- Rééducation Orthophonique. (2019). *La prévention*.

- Rencontres d'orthophonie, Topouzkhianian, S., Sabadell, V., & Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie (France) (Éd.). (2018). *Prévention, dépistage, éducation thérapeutique du patient : Quelles spécificités en orthophonie ?*
- Rescorla, L., & Lee, E. C. (1999). Language impairments in young children. In *Nature: Vol. I. Handbook of early language impairment in children* (Delmar, p. 1-38). New York.
- Rescorla, Leslie. (2009). Age 17 Language and Reading Outcomes in Late-Talking Toddlers : Support for a Dimensional Perspective on Language Delay. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 52*(1), 16-30. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/07-0171\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/07-0171))
- Richman, W. L., Kiesler, S., Weisband, S., & Drasgow, F. (1999). A meta-analytic study of social desirability distortion in computer-administered questionnaires, traditional questionnaires, and interviews. *Journal of Applied Psychology, 84*(5), 754-775. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.84.5.754>
- Ringard, J. C. (2000). *Un plan d'action pour une meilleure prise en charge des enfants dysphasiques et dyslexiques.*
- Rivera Mindt, M., Arentoft, A., Kubo Germano, K., D'Aquila, E., Scheiner, D., Pizzirusso, M., ... Gollan, T. H. (2008). Neuropsychological, cognitive, and theoretical considerations for evaluation of bilingual individuals. *Neuropsychology Review, 18*(3), 255-268. <https://doi.org/10.1007/s11065-008-9069-7>

- Robbins, C., & Ehri, L. C. (1994). Reading storybooks to kindergartners helps them learn new vocabulary words. *Journal of Educational Psychology*, 86(1), 54-64. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.86.1.54>
- Roberts, J., Jergens, J., & Burchinal, M. (2005). The Role of Home Literacy Practices in Preschool Children's Language and Emergent Literacy Skills. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 48(2), 345-359. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2005/024\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2005/024))
- Rowe, M. L., & Goldin-Meadow, S. (2009). Differences in Early Gesture Explain SES Disparities in Child Vocabulary Size at School Entry. *Science*, 323(5916), 951-953. Consulté à l'adresse JSTOR.
- Rudolph, J. M. (2017). Case History Risk Factors for Specific Language Impairment : A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(3), 991-1010. https://doi.org/10.1044/2016_AJSLP-15-0181
- Sizaret, A., & Fournier, C. (2005). *Evaluation, mode d'emploi*. Inpes.
- Snow, C. E., & Ninio, A. (1986). *The contracts of literacy : What children learn from learning to read books*.
- Société canadienne de pédiatrie. (2017). *Le temps d'écran et les jeunes enfants : Promouvoir la santé et le développement dans un monde numérique*.
- Sotillo, S. M., Gallaway, C., & Richards, B. J. (1996). Input and Interaction in Language Acquisition. *Language*, 72(1), 192. <https://doi.org/10.2307/416833>
- Sylvestre, A., & Desmarais, C. (2015). *Stimuler le développement langagier des jeunes enfants : État des connaissances sur l'intervention précoce en orthophonie*. (Vol. 27).

- Théron, B. (2010). *Les comportements précurseurs de la communication : Précurseurs pragmatiques, précurseurs formels, précurseurs sémantiques*. (244), 111-120.
- Théron, B. (2017). *Synthèse enfant 0-12 mois*. Graine de langage.
- Wake, M., Gerner, B., & Gallagher, S. (2005). Does Parents' Evaluation of Developmental Status at School Entry Predict Language, Achievement, and Quality of Life 2 Years Later? *Ambulatory Pediatrics*, 5(3), 143-149. <https://doi.org/10.1367/A04-162R.1>
- Whitehouse, A. J. O., Robinson, M., & Zubrick, S. R. (2011). Late Talking and the Risk for Psychosocial Problems During Childhood and Adolescence. *PEDIATRICS*, 128(2), e324-e332. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2782>
- Zorman, M., Duyme, M., Kern, S., Le Normand, M. T., Lequette, C., & Pouget, G. (2011). « Parler Babin » un programme de prévention du développement précoce du langage. *ANAE*, 112-113.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire 1

Annexe 2 : Questionnaire 2

Annexe 3 : Formulaire de consentement de participation à l'étude pour la population
« intervention »

Annexe 3 bis : Formulaire de consentement de participation à l'étude pour la population
« contrôle »

Annexe 4 : Demande d'intervention aux maternités

Annexe 5 : Extraits du livret Objectif Langage

Annexe 6 : Détail des réponses au questionnaire 1

Annexe 7 : Détail des réponses au questionnaire 2

Connaissances générales (/4)

1. Vous avez des connaissances sur le développement du langage de l'enfant :

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

2. Si oui, comment vous êtes-vous renseignés ?

Sites internet Livres Sages-femmes Médecins
Orthophonistes Autres (précisez) Non concerné

Bilinguisme

3. Est-ce que le français est votre langue maternelle ?

OUI NON

4. Pour votre conjoint ?

OUI NON

5. Vous et votre conjoint, avez-vous la même langue maternelle ?

OUI NON

6. Connaissez-vous les recommandations sur le bilinguisme ?

OUI NON

7. Au sein de votre foyer vous parlez :

En français Dans votre langue maternelle uniquement
Dans la langue maternelle de votre conjoint (si différente du français)
Dans plusieurs langues

8. Vous pensez parler à votre enfant :

En français Dans votre langue maternelle uniquement
Dans la langue maternelle de votre conjoint (si différente du français)
Dans plusieurs langues

Communication non verbale (/36)

9. Pensez-vous que votre bébé communique ?

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

10. Si oui, comment ?

11. A partir de quand pensez-vous que les bébés communiquent ?

Dans le ventre de la mère (4) A la naissance (3) Lorsqu'ils commencent à babiller (2) Lorsqu'ils commencent à marcher (1) Lorsqu'ils commencent à parler (0)

12. D'après vous, les bébés communiquent à travers :

Les gestes : Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3)
Tout à fait (4)

Les expressions faciales : Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2)
Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

Les gazouillis : Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3)
Tout à fait (4)

Les cris, pleurs : Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3)
Tout à fait (4)

Le regard : Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3)
Tout à fait (4)

13. Vous pensez accompagner vos paroles de gestes dans la vie de tous les jours :

Jamais (0) Rarement (1X/mois) (1) Parfois (1X/semaine) (2) Souvent (1X/jour) (3)
Toujours (plusieursX/jour) (4)

14. Vous pensez proposer des comptines ou histoires mimées à votre nouveau-né :

Jamais (0) Rarement (1X/mois) (1) Parfois (1X/semaine) (2) Souvent (1X/jour) (3)
Toujours (plusieursX/jour) (4)

Communication verbale (/28)

15. Vous parlez à votre enfant depuis sa naissance :

Jamais (0) Rarement (1) Parfois (2) Souvent (3) Toujours (4)

16. Pensez-vous que votre bébé comprend ce que vous dites ?

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

17. Le développement du langage de votre bébé dépend du nombre de mots que vous lui adressez :

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

18. Vous êtes-vous surpris à parler avec une intonation « gaga » et des mimiques exagérées depuis la naissance de votre enfant ?

Jamais (0) Rarement (1) Parfois (2) Souvent (3) Toujours (4)

19. Pensez-vous que votre enfant échange avec d'autres personnes ?

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

20. Dans le quotidien, vous décrivez/vous pensez décrire vos actions lorsque vous vous occupez de votre bébé (ex : Dans le bain : « Je frotte tes petits pieds ») :

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

21. Vous nommez/vous pensez nommer les objets que votre enfant manipule (« La girafe ! Tu veux la girafe ? ») :

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

Livres/lecture (/21)

22. Avez-vous l'habitude de lire ?

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

23. Connaissez-vous la différence entre lire et raconter une histoire ?

OUI (1) NON (0)

24. Pensez-vous lire des livres ou raconter des histoires à votre enfant ?

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

25. Si oui, vous pensez lire des livres avec votre enfant :

Dès la naissance (4) Lorsqu'il saura tenir le livre (3)

Lorsqu'il commencera à parler (2) Lors de l'entrée à l'école (1)

Lorsqu'il commencera à savoir lire (0) Non concerné (0)

26. (Si fratrie) Vous avez lu/lisez des livres à votre/vos enfants :

Avant 6 mois (4) Vers 12 mois (3) Vers 2 ans (2) Vers 3 ans (1)

Après 5 ans (0) Non concerné (0)

27. A quelle fréquence ?

Rarement (1X/mois) (1) Parfois (1X/semaine) (2) Régulièrement (1X/jour) (3)

Toujours (plusieursX/ jour) (4) Non concerné (0)

Ecrans (/21)

28. Combien d'écrans (téléphone, télévision, tablettes...) possédez-vous dans votre foyer ?

29. (Si fratrie) Vos enfants possèdent-ils des écrans personnels ?

OUI (0) NON (1) Non concerné (0)

30. Lorsque votre enfant regarde un écran, vous arrive-t-il de le rejoindre et de parler de ce qu'il voit ?

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)
Non concerné (0)

31. Vous arrive-t-il de laisser un écran allumé dans une pièce lorsque vous faites autre chose (ex : le ménage, le repas) ?

Pas du tout (4) Plutôt non (3) Ne sait pas (2) Plutôt oui (1) Tout à fait (0)

32. Pensez-vous que la télé allumée dans la pièce où est bébé (sieste, jeux d'éveils, repas) le dérange ?

Pas du tout d'accord (0) Plutôt pas d'accord (1) Ni d'accord, ni pas d'accord (2)
Plutôt d'accord (3) Tout à fait d'accord (4)

33. Selon vous, les dessins animés et les jeux éducatifs sur tablette ou console peuvent aider/aident l'enfant dans ses apprentissages :

Pas du tout d'accord (4) Plutôt pas d'accord (3) Ni d'accord, ni pas d'accord (2)
Plutôt d'accord (1) Tout à fait d'accord (0)

34. Selon vous, l'utilisation des écrans permet aux enfants de développer leur langage/la langue française :

Pas du tout d'accord (4) Plutôt pas d'accord (3) Ni d'accord, ni pas d'accord (2)
Plutôt d'accord (1) Tout à fait d'accord (0)

Succion

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

Pas du tout Plutôt non Ne sait pas Plutôt oui Tout à fait

36. Vous pensez proposer à votre enfant :

Votre doigt/son doigt Une tétine Un doudou Un autre objet Rien
(choix enfant)

37. A quel(s) moment(s) de la journée ?

Quand il pleure Quand il dort Quand il est dans la poussette
Quand il joue (moments d'éveil)

Métier d'orthophoniste (/8)

38. Connaissez-vous l'existence du métier d'orthophoniste ?

OUI (1) NON (0)

39. L'orthophoniste prend en charge des patients :

Dès la naissance (3) A partir d'un an (2) A partir de 3 ans (1)
A partir de 6 ans (0)

40. Avez-vous l'impression que vous pourriez facilement détecter un problème de communication chez votre bébé ?

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

41. Ressentez-vous le besoin d'avoir plus d'informations sur les différentes thématiques abordées dans ce questionnaire ?

OUI NON

42. Si oui, sur lesquelles ?

QUESTIONNAIRE 2

Maternité :

Informations administratives

1. Nom de l'enfant :
2. Prénom de l'enfant :
3. Sexe :
4. Date de naissance de l'enfant :
5. Primipare : OUI NON
6. Si NON : Nombre d'enfants :
7. Ages des enfants :
8. Année de naissance des parents : a. b.
9. Lieu d'habitation : ville village campagne /
maison appartement
10. Situation familiale : vie en couple avec l'enfant garde partagée parent seul
11. Profession de la mère :
12. Niveau d'études de la mère :
fin collège secondaire bac bac +2 bac +3 plus
13. Profession du père :
14. Niveau d'études du père :
fin collège secondaire bac bac +2 bac +3 plus
15. Adresse mail :
16. Numéro de téléphone :

Evolution depuis la naissance de votre bébé

1. Avez-vous repris le travail ?

OUI NON

2. Si OUI, quel âge avait votre bébé ?

3. Quel est le mode de garde actuel ?

A la maison avec au moins l'un des parents Nourrice Crèche
Dans la famille

4. Le livret Objectif Langage reçu lors de ma visite à la maternité se situe :

Dans le carnet de santé du bébé Dans un dossier spécial pour le bébé
Dans la chambre de l'enfant Vous l'avez perdu ou jeté Autre

5. L'avez-vous relu depuis mon intervention à la maternité ?

OUI NON

6. L'entretien à la maternité vous a intéressé :

Pas du tout Plutôt non Ne sait pas Plutôt oui Tout à fait

Connaissances générales (/4)

7. Vous avez des connaissances sur le développement du langage de l'enfant :

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

8. Si oui, comment vous êtes-vous renseignés ?

Sites internet Livres Sages-femmes Médecins
Orthophonistes Autres (précisez) Non concerné

Bilinguisme

9. Est-ce que le français est votre langue maternelle ?

OUI NON

10. Pour votre conjoint ?

OUI NON

11. Vous et votre conjoint, avez-vous la même langue maternelle ?

OUI NON

12. Connaissez-vous les recommandations sur le bilinguisme ?

OUI NON

13. Au sein de votre foyer vous parlez :

En français Dans votre langue maternelle uniquement
Dans la langue maternelle de votre conjoint (si différente du français)
Dans plusieurs langues

14. Vous parlez à votre enfant :

En français Dans votre langue maternelle uniquement
Dans la langue maternelle de votre conjoint (si différente du français)
Dans plusieurs langues

Communication non verbale (/36)

15. Pensez-vous que votre bébé communique ?

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

16. Si oui, comment ?

17. A partir de quand pensez-vous que les bébés communiquent ?

Dans le ventre de la mère (4) A la naissance (3)
Lorsqu'ils commencent à babiller (2)
Lorsqu'ils commencent à marcher (1) Lorsqu'ils commencent à parler (0)

18. D'après vous, les bébés communiquent à travers :

Les gestes : Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3)
Tout à fait (4)

Les expressions faciales : Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2)
Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

Les gazouillis : Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3)
Tout à fait (4)

Les cris, pleurs : Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3)
Tout à fait (4)

Le regard : Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3)
Tout à fait (4)

19. Vous accompagnez vos paroles de gestes dans la vie de tous les jours :

Jamais (0) Rarement (1X/mois) (1) Parfois (1X/semaine) (2) Souvent (1X/jour) (3)
Toujours (plusieursX/jour) (4)

20. Vous proposez des comptines ou histoires mimées à votre nouveau-né :

Jamais (0) Rarement (1X/mois) (1) Parfois (1X/semaine) (2) Souvent (1X/jour) (3)
Toujours (plusieursX/jour) (4)

Communication verbale (/28)

21. Vous parlez à votre enfant depuis sa naissance :

Jamais (0) Rarement (1) Parfois (2) Souvent (3) Toujours (4)

22. Pensez-vous que votre bébé comprend ce que vous dites ?

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

23. Le développement du langage de votre bébé dépend du nombre de mots que
vous lui adressez :

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

24. Vous êtes-vous surpris à parler avec une intonation « gaga » et des mimiques
exagérées depuis la naissance de votre enfant ?

Jamais (0) Rarement (1) Parfois (2) Souvent (3) Toujours (4)

25. Pensez-vous que votre enfant échange avec d'autres personnes ?

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

26. Dans le quotidien, vous décrivez vos actions lorsque vous vous occupez de votre bébé (ex : Dans le bain : « Je frotte tes petits pieds ») :

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

27. Vous nommez les objets que votre enfant manipule (« La girafe ! Tu veux la girafe ? ») :

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

Livres/lecture (/21)

28. Avez-vous l'habitude de lire ?

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

29. Connaissez-vous la différence entre lire et raconter une histoire ?

OUI (1) NON (0)

30. Pensez-vous lire des livres ou raconter des histoires à votre enfant ?

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

31. Si oui, vous pensez lire des livres avec votre enfant :

Dès la naissance (4) Lorsqu'il saura tenir le livre (3)

Lorsqu'il commencera à parler (2) Lors de l'entrée à l'école (1)

Lorsqu'il commencera à savoir lire (0) Non concerné (0)

32. (Si fratrie) Vous avez lu/lisez des livres à votre/vos enfants :

Avant 6 mois (4) Vers 12 mois (3) Vers 2 ans (2) Vers 3 ans (1)

Après 5 ans (0) Non concerné (0)

33. A quelle fréquence ?

Rarement(1X/mois) (1) Parfois(1X/semaine) (2) Régulièrement (1X/jour) (3)
Toujours (plusieursX/ jour) (4) Non concerné (0)

Ecrans (/21)

34. Combien d'écrans (téléphone, télévision, tablettes...) possédez-vous dans votre foyer ?

35. (Si fratrie) Vos enfants possèdent-t-ils des écrans personnels ?

OUI (0) NON (1) Non concerné (0)

36. Lorsque votre enfant regarde un écran, vous arrive-t-il de le rejoindre et de parler de ce qu'il voit ?

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)
Non concerné (0)

37. Vous arrive-t-il de laisser un écran allumé dans une pièce lorsque vous faites autre chose (ex : le ménage, le repas) ?

Pas du tout (4) Plutôt non (3) Ne sait pas (2) Plutôt oui (1) Tout à fait (0)

38. Pensez-vous que la télé allumée dans la pièce où est bébé (sieste, jeux d'éveils, repas) le dérange ?

Pas du tout d'accord (0) Plutôt pas d'accord (1) Ni d'accord, ni pas d'accord (2)
Plutôt d'accord (3) Tout à fait d'accord (4)

39. Selon vous, les dessins animés et les jeux éducatifs sur tablette ou console peuvent aider/aident l'enfant dans ses apprentissages :

Pas du tout d'accord (4) Plutôt pas d'accord (3) Ni d'accord, ni pas d'accord (2)
Plutôt d'accord (1) Tout à fait d'accord (0)

40. Selon vous, l'utilisation des écrans permet aux enfants de développer leur langage/la langue française :

Pas du tout d'accord (4) Plutôt pas d'accord (3) Ni d'accord, ni pas d'accord (2)
Plutôt d'accord (1) Tout à fait d'accord (0)

Succion

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

Pas du tout Plutôt non Ne sait pas Plutôt oui Tout à fait

42. Vous proposez à votre enfant :

Votre doigt/son doigt Une tétine Un doudou Un autre objet Rien
(choix enfant)

43. A quel(s) moment(s) de la journée ?

Quand il pleure Quand il dort Quand il est dans la poussette
Quand il joue (moments d'éveil)

Métier d'orthophoniste (/8)

44. Connaissez-vous l'existence du métier d'orthophoniste ?

OUI (1) NON (0)

45. L'orthophoniste prend en charge des patients :

Dès la naissance (3) A partir d'un an (2) A partir de 3 ans (1)
A partir de 6 ans (0)

46. Avez-vous l'impression que vous pourriez facilement détecter un problème de communication chez votre bébé ?

Pas du tout (0) Plutôt non (1) Ne sait pas (2) Plutôt oui (3) Tout à fait (4)

47. Ressentez-vous le besoin d'avoir plus d'informations sur les différentes thématiques abordées dans ce questionnaire ?

OUI NON

48. Si oui, sur lesquelles ?

Annexe 3 : Formulaire de consentement de participation à l'étude pour la population

« intervention »

»

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études d'orthophonie, je procède à l'évaluation de l'action « Objectif Langage » (qui consiste en une remise d'un livret et un entretien lors de votre séjour à la maternité). Je souhaite déterminer l'impact de cette démarche pour les familles.

Participer à cette étude consiste à :

1. Répondre à un questionnaire portant sur votre quotidien familial actuel
2. Recevoir une présentation du livret « Objectif Langage »
3. Répondre à un questionnaire par téléphone six mois plus tard

Les données recueillies au cours de cette étude seront exploitées à des fins statistiques, de façon confidentielle, uniquement par l'étudiante chargée de l'enquête dans le cadre de son mémoire de fin d'études ainsi que ses collaborateurs.

Votre participation à l'étude est totalement volontaire, vous êtes libres d'accepter ou de refuser.

Cordialement,

Mégane ALLART

Etudiante en 5ème année d'orthophonie

Pour toute précision vous pouvez me contacter au 06 50 53 33 83 ou allart.megane@gmail.com

N° :

Formulaire de consentement

Je soussigné.....

Consens à participer à l'étude de l'action « Objectif Langage ».

J'ai bien noté que j'aurai à répondre à un questionnaire six mois après ma sortie de la maternité.

A..... Le...../...../.....

Signature :

Annexe 3 bis : Formulaire de consentement de participation à l'étude pour la population
« contrôle »

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études d'orthophonie, je procède à l'évaluation de l'action « Objectif Langage » (qui consiste en une remise d'un livret et un entretien lors de votre séjour à la maternité). Je souhaite déterminer l'impact de cette démarche pour les familles.

Participer à cette étude consiste à :

1. Répondre à un questionnaire portant sur votre quotidien familial actuel
2. Répondre à un questionnaire par téléphone six mois plus tard
3. Recevoir le livret « Objectif Langage »

Les données recueillies au cours de cette étude seront exploitées à des fins statistiques, de façon confidentielle, uniquement par l'étudiante chargée de l'enquête dans le cadre de son mémoire de fin d'études ainsi que ses collaborateurs.

Votre participation à l'étude est totalement volontaire, vous êtes libres d'accepter ou de refuser.

Cordialement,

Mégane ALLART

Etudiante en 5ème année d'orthophonie

Pour toute précision vous pouvez me contacter au 06 50 53 33 83 ou
allart.megane@gmail.com

N° :

Formulaire de consentement

Je soussigné.....

Consens à participer à l'étude de l'action « Objectif Langage ».

J'ai bien noté que j'aurai à répondre à un questionnaire six mois après ma sortie de la maternité.

A..... Le...../...../.....

Signature :

Annexe 4 : Demande d'intervention aux maternités

ALLART Mégane

2 Lotissement les Aires

34160 CAMPAGNE

allart.megane@gmail.com

06.50.53.33.83

Montpellier, le 03/06/2019

Objet : demande d'intervention dans la maternité pour un mémoire de recherche de fin d'études sur la prévention en orthophonie

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement étudiante en 4ème année à l'école d'orthophonie de Montpellier. Dans le cadre de mon mémoire de recherche de fin d'études, je souhaite procéder à l'évaluation de l'action « Objectif Langage ». En 1989, Françoise Ercolani, orthophoniste à Nancy appartenant au Syndicat d'Orthophonistes de Meurthe et Moselle (S.O.M.M) crée avec son équipe la brochure « Objectif Langage » dans le but d'informer les parents de jeunes enfants sur le développement du langage et donc de prévenir et de dépister des troubles du langage et de la communication. Mon mémoire s'inscrit dans la continuité d'un autre mémoire de recherche effectué par une étudiante en orthophonie en 2018/2019.

Au sein de votre maternité, vous permettez que des orthophonistes interviennent ponctuellement lors de l'action de prévention « 1 Bébé, 1 Livre ». Cette action permet de sensibiliser les jeunes parents au développement du langage de leur enfant. Un livret « Objectif Langage » et un « livre-doudou » leur sont remis avec de nombreux conseils.

Mon intervention vise à déterminer l'impact de cette démarche auprès des familles. Nous inclurons dans l'étude les familles ayant accueilli un nouveau-né entre les mois de juillet et août 2019, une demande d'accord sera remplie. Seront exclues de l'étude les familles ayant refusé d'y participer, les familles où des complications se sont présentées durant l'accouchement compromettant notre visite et les familles non francophones ne pouvant recevoir l'explication proposée avec le livret.

La méthode choisie pour ce mémoire est l'essai randomisé qui consiste en la comparaison de deux groupes constitués de façon aléatoire et bénéficiant de deux interventions différentes : un groupe « intervention » bénéficiant de la distribution du livret et des explications et un groupe « témoin » dans lequel le livret n'aura pas été distribué ni expliqué. Les groupes seront sélectionnés en fonction de la date d'accouchement.

L'évaluation de l'action se fera grâce à deux questionnaires :

-Pour la population « intervention » : un questionnaire proposé avant l'explication du livret Objectif Langage à la maternité et l'autre proposé 6 mois après l'entretien par contact téléphonique.

-Pour la population « témoin » : un questionnaire proposé à la maternité et l'autre proposé 6 mois après le 1er questionnaire. Pour cette population, le livret sera envoyé à la suite du 2nd questionnaire.

Ainsi, à travers cette lettre, je vous demande votre accord pour pouvoir intervenir au sein de votre maternité sur les mois de juillet et août 2019. Je souhaiterais rencontrer les familles dans leur chambre à J2/J3/J4 afin de réaliser les entretiens. Mon intervention durera environ 30 minutes par famille et celles-ci seront libres d'accepter ou de refuser cette intervention. Pourriez-vous m'indiquer sur quels horaires mon intervention serait envisageable ?

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma demande,

Je reste à votre disposition si vous souhaitez me rencontrer ou échanger par téléphone ou mail afin d'en savoir plus sur la problématique de mon sujet de recherche de fin d'études,

ALLART Mégane

Annexe 5 : Extraits du livret Objectif Langage

Le bain de langage

« Naître, c'est entrer dans le langage »

Votre bébé ne parle pas encore, mais il est entouré d'êtres humains qui vont lui parler : le langage s'acquiert dans le plaisir et l'échange.

Dès maintenant, vous son papa, sa maman, ...

- Parlez calmement, chaleureusement à votre bébé,
- Chantez-lui des comptines,
- Appelez-le,
- Riez avec lui,
- Chuchotez-lui des mots tendres,
- Expliquez-lui les bruits qu'il entend : dans la rue, à la maison, ...
- Nommez les personnes et les choses qui l'entourent,
- Racontez-lui ce que vous faites,
- Provoquez des échanges, langagiers ou non, avec d'autres personnes que les proches.

Il évoluera ainsi naturellement dans ce qu'on appelle le « bain de langage ».



 Ne confondez pas !
La télévision, la radio, la chaîne hi-fi ne sont souvent qu'une ambiance sonore pour l'enfant.

Ces médias risquent de capter votre attention au détriment d'une vraie communication.

Comment faire?

Parlez normalement.

Employez des mots simples, mais pas simplifiés.
Faites des phrases, correctement construites.

Plus tard, s'il prononce mal ou construit mal son discours, redonnez-lui la forme correcte du mot ou de la phrase, sans pour autant l'obliger à répéter.

Enrichissez son vocabulaire peu à peu. Expliquez-lui les mots qu'il ne comprend pas. Aidez-le à préciser sa pensée, ses sentiments.



 Un enfant vit très mal que l'on se moque de sa façon de parler : ne l'imitiez pas sur un ton moqueur.

De même, ne lui faites pas répéter la forme correcte : l'apprentissage de la parole et du langage nécessite bien des tâtonnements.

Redonnez-lui le modèle correct
(ex. : « tamion tassé », « oui le camion, il est cassé ! »).

Le geste

Les comptines, les histoires enfantines, les fables et les chansons sont propices à des situations mimées.

Le geste aidera votre enfant :

- à mieux comprendre ce qu'on lui dit,
- à découvrir les possibilités de son corps,
- à mieux intégrer le langage que vous lui transmettez.

 Les grands frères et sœurs ont un rôle à jouer. Ils sont souvent motivés et fiers de montrer leur savoir. Ils sont des modèles recherchés par les petits.



 **A NOTER :**
Ce sont vos gestes et vos reformulations qui sont très importants pour le développement du langage de l'enfant (lorsque vous reprenez ce que dit l'enfant en « corrigeant » et en ajoutant de l'information, sans lui demander de répéter et sans dire qu'il a fait une erreur !).

Les livres et la lecture

Les livres

Faites découvrir très tôt les livres à votre enfant. Dès 6 mois, proposez des livres en carton, en tissu ou en plastique.

Sous votre surveillance, confiez-lui aussi des magazines qu'il déchirera et froissera pour le plaisir de toucher et d'entendre. Les couleurs et les formes intéressent votre bébé.

Bientôt il tournera lui-même les pages et « lira » les images, ce sera un excellent moyen de l'amener au plaisir de la lecture. Faites confiance aux éditeurs qui indiquent les tranches d'âge visées par leurs ouvrages.

La lecture

Votre enfant va, peu à peu, maîtriser de multiples apprentissages. Il va intégrer des notions nécessaires à une bonne acquisition de la lecture.

Par exemple, il saura se repérer :

- dans le temps,
- dans l'espace.

Papa et maman qui racontent pour la centième fois la petite histoire toujours réclamée... développeront chez leur enfant l'envie de lire. Ils facilitent, sans contrainte, l'apprentissage de la langue écrite.

La langue écrite est une forme de communication qui prend ses racines dans le langage oral, et les expériences qui s'y rattachent.



 Les enfants sont sensibles à l'exemple : lisez pour eux et devant eux.

La télé / les écrans

Attention !

N'oubliez pas que le temps que votre enfant passe devant la télé ou les écrans, c'est autant de temps qu'il ne passe pas à utiliser ses mains, jouer, bricoler, construire, se servir de ses cinq sens, parler...

Il faut savoir que la télé :

- Rend l'enfant passif ; il subit des images vives, rapides, ...

- Peut engendrer des difficultés de langage ; seuls les échanges et les interactions avec d'autres (notamment les adultes) permettent au tout petit de développer son langage. La télé ne remplace pas cela, car elle ne corrige pas ses erreurs, ne donne pas de retours positifs sur ce qu'il dit, il reste passif.



- engendre des troubles du sommeil et de l'attention car elle excite le cerveau.

- provoque une dépendance aux écrans.

- enfin, elle surexpose l'enfant à la publicité! Tout est fait pour qu'il devienne un « hyper consommateur ».

Le bilinguisme

C'est pour lui une chance formidable. Il pourra communiquer avec tous les membres de sa famille et s'enrichira des représentations de plusieurs cultures.

Votre enfant fera très vite la différence entre les langues qu'il entend. Il peut développer une ou plusieurs langues, naturellement.

Parlez-lui dans votre langue maternelle (ou dans celle qui vous est la plus naturelle) car plus cette langue se sera développée grâce à vous, plus il aura de facilités à apprendre le français à l'école.

Ne vous inquiétez pas s'il a tendance à mélanger les langues au début car c'est une étape normale dans l'apprentissage bilingue. N'hésitez pas à reformuler ses propos dans une seule langue afin qu'il entende des mots qu'il ne connaît peut-être pas encore.

Offrez-lui la possibilité de parler avec des personnes monolingues (qui n'ont qu'une seule langue) pour qu'il ressent le besoin de séparer les langues.

Acceptez qu'une langue devienne dominante (en général celle du milieu extérieur, c'est-à-dire de l'école). Montrez à votre enfant votre intérêt pour votre langue et aussi pour le français.



La succion

La tétine? oui. Mais pas de façon systématique !

Attention :

- La tétine, le biberon (ou le sein) ne doivent pas être la seule réponse aux pleurs d'un bébé.

- Votre enfant pleure pour des raisons diverses : il ne se sent pas bien, il a peur, il s'ennuie, il est sale, il ne peut pas attraper quelque chose, ...

- Vous essayez de le comprendre et de lui répondre au mieux.

- Mais le plus souvent, il a besoin d'être câliné, rassuré, bercé, ... et surtout il a envie qu'on lui explique, qu'on mette des mots, bref qu'on lui parle !



Essayez de combattre les mauvaises habitudes :

- Encouragez votre enfant à abandonner le biberon et/ou la tétine avant l'âge de 30 mois.
- Aidez-le à cesser la succion du pouce dès l'âge de six ans, à la mise en place des dents définitives.

Le sevrage doit être accepté par l'enfant qui doit être sensibilisé à ce problème.

Dépistage et prévention

Et si malgré vos soins attentifs, vos sollicitations, votre amour, le langage de votre enfant ne se mettrait pas harmonieusement en place ? Quel que soit l'âge de votre enfant, parlez de vos inquiétudes à votre médecin.

Réunissez des informations auprès des personnes qui connaissent votre enfant : parents, nounou, enseignants... Peut-être ont-ils relevé des indices qui pourront vous aider à comprendre son attitude face au langage, ...

Très souvent avant l'âge de 4 ans, des conseils judicieux et personnalisés aux parents suffisent à éviter l'installation de troubles de la communication.

ATTENTION !

Une déficience auditive peut entraîner des difficultés dans l'acquisition de l'articulation de la parole et du langage. Ces retards peuvent ensuite être responsables de problèmes lors de l'apprentissage de la lecture et/ou de l'orthographe.



Il y a une « sensibilité génétique » à bégayer. Lorsqu'un enfant jeune démarre un bégaiement, les parents doivent consulter un(e) orthophoniste compétente dans ce domaine. Souvent une (ou deux) séance(s) d'accompagnement familial suffisent à le faire cesser. L'intervention est d'autant plus efficace qu'elle est précoce.

Si votre enfant présente une pathologie ou un handicap particulier, parlez-en à un spécialiste. Vous verrez avec lui ce qui est le plus adapté.

Annexe 6 : Détail des réponses au questionnaire 1

Connaissances générales		
Vous avez des connaissances sur le développement du langage de l'enfant	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	0	2
Plutôt oui	49	39
Ne sait pas	12	5
Plutôt non	22	30
Pas du tout	11	18

Communication non verbale		
Pensez-vous que votre bébé communique ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	55	57
Plutôt oui	35	29
Ne sait pas	2	1
Plutôt non	2	2
Pas du tout	0	5
A partir de quand pensez-vous que les bébés communiquent ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Dans le ventre de la mère	69	71
A la naissance	21	16
Lorsqu'ils commencent à babiller	4	5
Lorsqu'ils commencent à marcher	0	1
Lorsqu'ils commencent à parler	0	1
D'après vous, les bébés communiquent à travers les gestes	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	64	67
Plutôt oui	20	18
Ne sait pas	3	3
Plutôt non	7	4
Pas du tout	0	2
D'après vous, les bébés communiquent à travers les expressions faciales	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	72	75
Plutôt oui	18	16

Ne sait pas	0	0
Plutôt non	4	2
Pas du tout	0	1
D'après vous, les bébés communiquent à travers les gazouillis	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	58	59
Plutôt oui	26	22
Ne sait pas	2	6
Plutôt non	8	5
Pas du tout	0	2
D'après vous, les bébés communiquent à travers les cris, les pleurs	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	88	92
Plutôt oui	5	2
Ne sait pas	1	0
Plutôt non	0	0
Pas du tout	0	0
D'après vous, les bébés communiquent à travers le regard	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	57	65
Plutôt oui	19	13
Ne sait pas	6	5
Plutôt non	11	7
Pas du tout	1	4
Vous pensez accompagner / vous accompagnez vos paroles de gestes dans la vie de tous les jours	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Jamais	6	8
Rarement	6	14
Parfois	27	27
Souvent	41	34
Toujours	14	11
Vous pensez proposer / vous proposez des comptines ou histoires mimées à votre bébé	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Jamais	1	5
Rarement	2	3
Parfois	32	19
Souvent	49	50
Toujours	10	17

Communication verbale		
Vous parlez à votre enfant depuis sa naissance	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Jamais	0	0
Rarement	0	3
Parfois	4	6
Souvent	34	38
Toujours	56	47
Pensez-vous que votre bébé comprend ce que vous dites ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	17	31
Plutôt oui	39	34
Ne sait pas	14	2
Plutôt non	19	15
Pas du tout	5	12
Le développement du langage de votre bébé dépend du nombre de mots que vous lui adressez	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	48	41
Plutôt oui	31	37
Ne sait pas	7	4
Plutôt non	7	7
Pas du tout	1	5
Vous êtes-vous surpris à parler avec une intonation « gaga » et des mimiques exagérées depuis la naissance de votre enfant ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Jamais	14	23
Rarement	13	8
Parfois	23	20
Souvent	38	27
Toujours	6	16
Pensez-vous que votre enfant échange avec d'autres personnes ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	42	45
Plutôt oui	38	32
Ne sait pas	6	9
Plutôt non	4	2
Pas du tout	4	6
Dans le quotidien, vous pensez décrire / vous décrivez vos actions	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »

lorsque vous vous occupez de votre bébé (ex : Dans le bain : « Je frotte tes petits pieds »)		
Tout à fait	52	63
Plutôt oui	32	21
Ne sait pas	0	0
Plutôt non	4	7
Pas du tout	6	3
Vous nommez les objets que votre enfant manipule ("La girafe ! Tu veux la girafe ?")	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	28	25
Plutôt oui	42	26
Ne sait pas	4	25
Plutôt non	8	8
Pas du tout	12	10

Livres/lecture		
Avez-vous l'habitude de lire ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	25	26
Plutôt oui	33	25
Ne sait pas	0	0
Plutôt non	20	28
Pas du tout	16	15
Connaissez-vous la différence entre lire et raconter une histoire ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Oui	78	73
Non	16	21
Pensez-vous lire des livres ou raconter des histoires à votre enfant ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	61	72
Plutôt oui	27	19
Ne sait pas	3	2
Plutôt non	2	0
Pas du tout	1	1
Si oui, vous pensez lire des livres avec votre enfant	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Dès la naissance	32	33

Lorsqu'il saura tenir le livre	44	42
Lorsqu'il commencera à parler	14	13
Lors de l'entrée à l'école	2	3
Lorsqu'il commencera à savoir lire	0	2
Non concerné	2	1
Si vous avez d'autres enfants, vous avez lu/lisez des livres à votre/vos enfants	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Avant 6 mois	18	22
Vers 12 mois	23	15
Vers 2 ans	1	2
Vers 3 ans	1	2
Après 5 ans	0	1
Non concerné	51	52
A quelle fréquence ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Rarement	1	3
Parfois	15	9
Régulièrement	21	16
Toujours	6	14
Non concerné	51	52

Ecrans		
Si vous avez d'autres enfants, possèdent-ils des écrans personnels ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Oui	17	12
Non	26	30
Non concerné	51	52
Lorsque votre enfant regarde un écran, vous arrive-t-il de le rejoindre et de parler de ce qu'il voit ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	14	13
Plutôt oui	19	17
Ne sait pas	0	0
Plutôt non	4	2
Pas du tout	6	10
Non concerné	51	52

Vous arrive-t-il de laisser un écran allumé dans une pièce lorsque vous faites autre chose (ex : le ménage, le repas) ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	49	48
Plutôt oui	19	16
Ne sait pas	0	0
Plutôt non	10	10
Pas du tout	16	20
La télé allumée dans la pièce où est bébé (sieste, jeux d'éveils, repas) le dérange	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait d'accord	36	49
Plutôt d'accord	22	20
Ni d'accord, ni pas d'accord	6	8
Plutôt pas d'accord	13	7
Pas du tout d'accord	17	10
Selon vous, les dessins animés et les jeux éducatifs sur tablette ou console peuvent aider/aident l'enfant dans ses apprentissages	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait d'accord	21	9
Plutôt d'accord	39	28
Ni d'accord, ni pas d'accord	16	21
Plutôt pas d'accord	18	17
Pas du tout d'accord	0	19
Selon vous, l'utilisation des écrans permet aux enfants de développer leur langage/la langue française	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait d'accord	33	7
Plutôt d'accord	18	24
Ni d'accord, ni pas d'accord	12	12
Plutôt pas d'accord	31	24
Pas du tout d'accord	0	27

Métier d'orthophoniste		
Connaissez-vous l'existence du métier d'orthophoniste ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Oui	93	87
Non	1	7
L'orthophoniste prend en charge des patients	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Dès la naissance	26	21
A partir d'un an	37	29
A partir de 3 ans	23	33
A partir de 6 ans	8	11
Avez-vous l'impression que vous pourriez facilement détecter un problème de communication chez votre bébé ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	11	13
Plutôt oui	41	53
Ne sait pas	14	15
Plutôt non	25	7
Pas du tout	3	6

Annexe 7 : Détail des réponses au questionnaire 2

Connaissances générales		
Vous avez des connaissances sur le développement du langage de l'enfant	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	4	8
Plutôt oui	33	41
Ne sait pas	17	10
Plutôt non	13	3
Pas du tout	4	5

Communication non verbale		
Pensez-vous que votre bébé communique ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	58	55
Plutôt oui	13	10
Ne sait pas	0	1
Plutôt non	0	1
Pas du tout	0	0
A partir de quand pensez-vous que les bébés communiquent ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Dans le ventre de la mère	48	56
A la naissance	19	9
Lorsqu'ils commencent à babiller	4	2
Lorsqu'ils commencent à marcher	0	0
Lorsqu'ils commencent à parler	0	0
D'après vous, les bébés communiquent à travers les gestes	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	52	63
Plutôt oui	18	3
Ne sait pas	1	1
Plutôt non	0	0
Pas du tout	0	0
D'après vous, les bébés communiquent à travers les expressions faciales	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	56	61
Plutôt oui	15	5

Ne sait pas	0	1
Plutôt non	0	0
Pas du tout	0	0
D'après vous, les bébés communiquent à travers les gazouillis	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	57	60
Plutôt oui	12	5
Ne sait pas	2	2
Plutôt non	0	0
Pas du tout	0	0
D'après vous, les bébés communiquent à travers les cris, les pleurs	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	62	64
Plutôt oui	9	3
Ne sait pas	0	0
Plutôt non	0	0
Pas du tout	0	0
D'après vous, les bébés communiquent à travers le regard	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	56	62
Plutôt oui	14	5
Ne sait pas	1	0
Plutôt non	0	0
Pas du tout	0	0
Vous pensez accompagner / vous accompagnez vos paroles de gestes dans la vie de tous les jours	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Jamais	1	1
Rarement	3	3
Parfois	5	5
Souvent	24	25
Toujours	38	33
Vous pensez proposer / vous proposez des comptines ou histoires mimées à votre bébé	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Jamais	2	4
Rarement	4	8
Parfois	28	12
Souvent	19	26
Toujours	18	17

Communication verbale		
Vous parlez à votre enfant depuis sa naissance	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Jamais	0	0
Rarement	0	0
Parfois	1	0
Souvent	8	5
Toujours	62	62
Pensez-vous que votre bébé comprend ce que vous dites ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	23	24
Plutôt oui	31	30
Ne sait pas	12	9
Plutôt non	4	3
Pas du tout	1	1
Le développement du langage de votre bébé dépend du nombre de mots que vous lui adressez	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	32	37
Plutôt oui	21	18
Ne sait pas	13	8
Plutôt non	3	2
Pas du tout	2	2
Vous êtes-vous surpris à parler avec une intonation « gaga » et des mimiques exagérées depuis la naissance de votre enfant ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Jamais	2	0
Rarement	6	7
Parfois	20	27
Souvent	27	18
Toujours	16	15
Pensez-vous que votre enfant échange avec d'autres personnes ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	45	47
Plutôt oui	24	20
Ne sait pas	2	0
Plutôt non	0	0
Pas du tout	0	0
Dans le quotidien, vous pensez décrire / vous décrivez vos actions	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »

lorsque vous vous occupez de votre bébé (ex : Dans le bain : « Je frotte tes petits pieds »)		
Tout à fait	39	43
Plutôt oui	29	24
Ne sait pas	1	0
Plutôt non	2	0
Pas du tout	0	0
Vous nommez les objets que votre enfant manipule ("La girafe ! Tu veux la girafe ?")	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	42	51
Plutôt oui	25	16
Ne sait pas	0	0
Plutôt non	4	0
Pas du tout	0	0

Livres/lecture		
Avez-vous l'habitude de lire ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	26	18
Plutôt oui	28	28
Ne sait pas	1	1
Plutôt non	11	17
Pas du tout	5	3
Connaissez-vous la différence entre lire et raconter une histoire ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Oui	64	65
Non	7	2
Pensez-vous lire des livres ou raconter des histoires à votre enfant ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	35	42
Plutôt oui	29	21
Ne sait pas	4	2
Plutôt non	2	2
Pas du tout	1	0
Si oui, vous pensez lire des livres avec votre enfant	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Dès la naissance	34	40

Lorsqu'il saura tenir le livre	21	19
Lorsqu'il commencera à parler	9	5
Lors de l'entrée à l'école	2	1
Lorsqu'il commencera à savoir lire	2	0
Non concerné	3	2
Si vous avez d'autres enfants, vous avez lu/lisez des livres à votre/vos enfants	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Avant 6 mois	22	18
Vers 12 mois	14	12
Vers 2 ans	3	2
Vers 3 ans	1	0
Après 5 ans	0	0
Non concerné	31	35
A quelle fréquence ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Rarement	0	2
Parfois	14	4
Régulièrement	27	23
Toujours	7	8
Non concerné	23	30

Ecrans		
Si vous avez d'autres enfants, possèdent-ils des écrans personnels ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Oui	26	12
Non	14	25
Non concerné	31	30
Lorsque votre enfant regarde un écran, vous arrive-t-il de le rejoindre et de parler de ce qu'il voit ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	22	15
Plutôt oui	13	16
Ne sait pas	2	3
Plutôt non	3	6
Pas du tout	0	0
Non concerné	31	27

Vous arrive-t-il de laisser un écran allumé dans une pièce lorsque vous faites autre chose (ex : le ménage, le repas) ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	8	9
Plutôt oui	32	28
Ne sait pas	0	1
Plutôt non	11	13
Pas du tout	20	16
La télé allumée dans la pièce où est bébé (sieste, jeux d'éveils, repas) le dérange	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait d'accord	19	17
Plutôt d'accord	15	13
Ni d'accord, ni pas d'accord	17	17
Plutôt pas d'accord	10	9
Pas du tout d'accord	10	11
Selon vous, les dessins animés et les jeux éducatifs sur tablette ou console peuvent aider/aident l'enfant dans ses apprentissages	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait d'accord	2	0
Plutôt d'accord	20	22
Ni d'accord, ni pas d'accord	29	26
Plutôt pas d'accord	13	11
Pas du tout d'accord	7	8
Selon vous, l'utilisation des écrans permet aux enfants de développer leur langage/la langue française	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait d'accord	1	1
Plutôt d'accord	14	12
Ni d'accord, ni pas d'accord	27	25
Plutôt pas d'accord	13	16
Pas du tout d'accord	16	13

Métier d'orthophoniste		
Connaissez-vous l'existence du métier d'orthophoniste ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Oui	68	66
Non	2	1
L'orthophoniste prend en charge des patients	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Dès la naissance	18	34
A partir d'un an	26	14
A partir de 3 ans	25	16
A partir de 6 ans	2	3
Avez-vous l'impression que vous pourriez facilement détecter un problème de communication chez votre bébé ?	Nombre de réponses dans la population « contrôle »	Nombre de réponses dans la population « intervention »
Tout à fait	5	7
Plutôt oui	29	33
Ne sait pas	27	19
Plutôt non	6	6
Pas du tout	4	2

Résumé : Notre étude a pour objectif de mesurer l'impact d'une action de prévention « Objectif Langage » au sein de différentes maternités. Cette action consiste en la remise et l'explication d'un livret aux parents à la naissance de leur bébé. Celui-ci comporte de nombreux conseils autour de plusieurs thématiques : la communication, les livres, les écrans, la succion, le bilinguisme. Nous nous sommes alors demandé quelles étaient les connaissances actuelles des parents autour de ces thématiques et si la distribution du livret pouvait permettre de modifier les habitudes familiales. Pour ce faire, nous avons construit et administré un questionnaire à 188 familles dans différentes maternités afin que notre population d'étude soit la plus représentative de la population générale. Puis, nous avons constitué deux populations d'étude : une population « intervention » qui a reçu les conseils avec la remise du livret à la suite du premier questionnaire et une population « contrôle » n'ayant pas bénéficié de la remise du livret à la maternité. Cinq à six mois plus tard, nous avons recontacté ces familles afin de leur administrer un second questionnaire semblable au premier afin d'observer d'éventuels changements dans les réponses. Les analyses statistiques ne nous ont pas permis de conclure à une différence significative entre ces deux groupes. Cependant, toutes les familles ont amélioré leurs scores entre le premier et le second questionnaire. De ce fait, les connaissances des familles autour de la communication et du langage de l'enfant se sont affinées avec le temps. En outre, les familles accueillant leur premier enfant ont des scores inférieurs aux familles ayant déjà au moins un enfant et donc davantage d'expérience. Enfin, nous avons pu observer que l'âge des parents ainsi que leur nombre d'années d'études impactaient les scores aux questionnaires. Pour aller plus loin, il serait intéressant d'évaluer le langage des enfants de cette étude à un an voire deux ans afin d'analyser l'impact de cette action de prévention à long terme.

Mots clés : orthophonie ; prévention ; langage ; maternité ; livret ; questionnaire

Abstract : Our study aims to measure the impact of a "Goal Language" prevention action in different maternities hospital. This action consists of handing over and explaining a booklet to the parents at the birth of their baby. It includes many tips on several themes: communication, books, screens, suction, bilingualism. We then asked ourselves what the parents' current knowledge of these themes was and whether the distribution of the booklet could help to change family habits. To do this, we built and administered a questionnaire to 188 families in different maternities hospital so that our study population would be the most representative of the general population. Then, we formed two study populations: an "intervention" population that received the advice with the handing over of the booklet following the first questionnaire and a "control" population that did not benefit from the delivery of the booklet to the maternity hospital. Five to six months later, we contacted these families again to administer a second questionnaire similar to the first to observe possible changes in responses. Statistical analyses did not allow us to conclude a significant difference between these two groups. However, all families improved their scores between the first and second questionnaires. As a result, families' knowledge of the child's communication and language has been refined over time. In addition, families with their first child have lower scores than families with at least one child and therefore more experience. Finally, we observed that the age of the parents and their number of years of study affected the questionnaire scores. To go a long way, it would be interesting to evaluate the language of the children in this study at one or two years in order to analyze the impact of this long-term prevention action.

Keys words : speech therapy ; prevention ; language ; maternity ; booklet ; questionnaire