



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Laurie GAILLARD et Cloé GUIET

soutenu publiquement en juin 2014 :

**De l'observation vers la prévention : apports
d'un partenariat entre orthophonistes et
professionnels de la petite enfance**
**Enquête auprès des professionnels pour définir des
signes d'appel**

MEMOIRE dirigé par :

Anne LORENDEAU, Orthophoniste à l'ITEP de Croix (59)

Lille – 2014

Remerciements

Nous remercions Madame Lorendeau, notre directrice de mémoire, pour avoir su nous guider tout en nous laissant progresser librement dans notre réflexion.

Nous adressons nos remerciements aux structures d'accueil de la petite enfance d'Ardèche et du Nord-Pas-de-Calais pour leur implication, leur participation et leurs nombreuses discussions autour du projet.

Merci également aux équipes de PMI pour nous avoir accueillies, et aux parents pour avoir partagé avec nous les moments de vie de leur enfant.

Nous remercions chaleureusement nos familles pour leurs encouragements durant ces quatre années, et plus particulièrement David et Nicolas, pour leur soutien infallible.

Résumé :

Lorsque l'orthophoniste reçoit lors d'une première rencontre l'enfant et sa famille, des signes précoces d'un trouble du développement peuvent parfois être évoqués lors de l'anamnèse : troubles moteurs, sensoriels, du contact, du comportement, de l'attachement, d'émergence du langage ... Cependant, ne sachant vers qui s'orienter, c'est souvent l'école, lors de l'entrée en maternelle, qui conseille aux parents de consulter certains spécialistes.

Les professionnels de la petite enfance, eux, s'appuient sur leur expérience quotidienne pour évaluer le développement de l'enfant, mais les connaissances théoriques manquent à leur formation.

Ce double constat nous a amenées à nous interroger sur les modalités d'un partenariat avec les acteurs de la vie de l'enfant : comment les parents perçoivent-ils le développement de la communication de leur enfant ? Quelles sont les attentes des professionnels de la petite enfance dans le cadre d'un partenariat autour de la communication ? Comment informer parents et professionnels ?

De ces interrogations, nous en sommes venues à contacter des structures d'accueil collectif et des centres de Protection Maternelle et Infantile, afin de réaliser une enquête sur la perception des parents et des professionnels de la petite enfance sur le développement de la communication de l'enfant et ses signes d'appel et d'établir les premières modalités d'un partenariat.

Notre regard, croisé avec celui de ces différents intervenants de la vie de l'enfant, nous a permis de nous rendre compte de la nécessité d'une observation globale des tout-petits dans une démarche de prévention.

Mots-clés :

Orthophonie, Communication, Prévention, Jeune enfant (0 à 3 ans), Crèche, PMI.

Abstract :

When the speech therapist receives the child and his family for the first meeting, every signs of a disorder development can be sometimes, evoked during the anamnesis : moteur function disorders, sensory disorders, the contact, the behavior, the attachment, emergence of the language ... However, not knowing towards who turn, it is often school, at the beginnig of the nursery school, that advises parents to consult specialists.

The professionals of the early childhood, them, use their daily experience to estimate the development of the child, but the theoretical knowledge misses at their formation.

This double review brought us to question about the modalities of a partnership with the actors of the child life: how do the parents perceive the development of their child communication? What are the expectations of the early childhood's professionals as part of a partnership around the communication? How to inform parents and professionals?

Result from these questionings, we deceide to contact nurseries and centers of Mother and child care, to realize a survey on the development of the child communication and its call signs and establish the first modalities of a partnership.

Our look, crossed with one of the differents participants of the child life, allowed us to show the necessity of a toddlers global observation in an prevention approach.

Keywords :

Speech therapy, Communication, Prevention, Toddler (0-3 years old child), Nursery, PMI

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	3
1.Parallèle entre développement normal et signes d'appel	4
1.1.Développement psychomoteur	4
1.1.1.Développement psychomoteur de l'enfant	5
1.1.1.1.De 0 à 6 mois	5
1.1.1.2.De 7 à 12 mois	5
1.1.1.3.De 13 à 24 mois	6
1.1.2.Evaluations spécifiques	7
1.1.2.1.Le test de Bayley.....	7
1.1.2.2.La BLR.....	7
1.2.Développement sensoriel	8
1.2.1.Vision.....	8
1.2.1.1.Développement normal	8
1.2.1.2.Evaluations spécifiques.....	8
1.2.2.Audition.....	9
1.2.2.1.Développement normal	9
1.2.2.2. Evaluations spécifiques	10
1.3.Communication.....	10
1.3.1.Développement normal.....	11
1.3.1.1.De 0 à 3 mois : communication émotionnelle.....	11
1.3.1.2.De 4 à 6 mois : début d'attention conjointe.....	11
1.3.1.3.De 7 à 9 mois : comprendre et s'adapter à son environnement	12
1.3.1.4.De 10 à 12 mois : début d'utilisation de gestes.....	12
1.3.1.5.De 13 à 18 mois : association entre pointage, regard et vocalisation	13
1.3.1.6.De 19 à 24 mois : diminution de l'utilisation des gestes au profit du langage	13
1.3.2.Evaluations spécifiques.....	14
1.3.2.1.Le protocole CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) de Baron-Cohen (1992)	14
1.3.2.2.L' IFDC.....	14
1.3.2.3.L'ECSP.....	15
1.3.2.4.L' EVALO BB.....	15
1.3.2.5.Dialogoris 0/4 ans	16
1.4.Verbalisation	16
1.4.1.Développement normal.....	16
1.4.1.1.De 0 à 3 mois : sons végétatifs.....	16
1.4.1.2.De 4 à 6 mois : babillage rudimentaire.....	16
1.4.1.3.De 7 à 9 mois : babillage canonique	17
1.4.1.4.De 10 à 12 mois : du jasis vers les premiers mots.....	17
1.4.1.5.De 13 à 18 mois : apparition de la syntaxe	17
1.4.1.6.De 19 à 24 mois : explosion lexicale	17
1.4.2.Evaluations spécifiques.....	18
1.4.2.1.Le test de Brunet et Lezine.....	18
1.4.2.2.L'IFDC.....	19
1.4.2.3.L'EVALO BB.....	19
1.5.Attachement	19
1.5.1.Développement normal.....	19
1.5.2.Evaluations spécifiques.....	21

2.Prévention.....	22
2.1.Définition.....	22
2.2.La prévention	22
2.3.Le dépistage	23
2.3.1.Outils d'aide au repérage.....	24
2.3.2. Avantages et inconvénients d'un dépistage précoce.....	24
2.3.3.Vers un diagnostic	24
2.4.Diagnostic et prise en charge	25
3.Objectifs et axes de travail de notre mémoire	26
3.1.Choix du sujet.....	26
3.2.Objectifs.....	26
3.3.Hypothèses et axes de travail.....	27
Sujets, matériel et méthode.....	28
1 Description des structures	29
1.1.Les crèches.....	29
1.1.1 Crèches du Nord-Pas-de-Calais.....	29
1.1.1.1 Crèche n°1.....	29
1.1.1.2 Crèche n°2.....	29
1.1.1.3 Crèche n°3.....	29
1.1.2 Crèches d'Ardèche.....	30
1.1.2.1 Crèche n°4.....	30
1.1.2.2 Crèche n°5.....	30
1.2.La Maison d'Assistantes Maternelles (MAM).....	30
1.3.Les centre de Protection maternelle et infantile (PMI).....	31
1.3.1 PMI du Nord-pas-de-Calais.....	31
1.3.2 PMI d'Ardèche.....	31
2 Entretiens avec les professionnels de la petite enfance	32
2.1.Objectifs généraux.....	32
2.1.1 Élaboration de la grille	32
2.1.1.1 Attentes.....	32
2.1.1.2 Construction	32
2.1.2 Élaboration des questions en vue de l'entretien	33
2.2. Déroulement des entretiens.....	33
3 Entretien semi-directif à destination des parents	35
3.1.Objectifs généraux.....	35
3.2.Élaboration	35
3.3.Déroulement des entretiens	35
Résultats.....	36
1 Entretiens en crèche.....	37
1.1.Les réponses obtenues aux entretiens	37
1.2.Les signes d'appel relevés par les professionnels de la petite enfance	39
2 Entretiens en PMI.....	41
2.1.Les réponses obtenues aux entretiens	41
2.2.Les signes d'appel relevés par les parents.....	44
3 Retour en crèche.....	45
3.1.L'intervention.....	45
3.1.1 Attentes des crèches et objectifs.....	45
3.1.2 Préparation.....	45
3.1.3 Matériel.....	47
3.1.4 Déroulement	47
3.1.4.1 Crèche n°1.....	47
3.1.4.2 Crèche n°2	48

3.2.Retour écrit	49
Discussion.....	50
1 Discussion à propos de notre démarche	51
1.1.Rappel de nos hypothèses.....	51
1.2.Les spécificités des crèches et des PMI au regard de notre démarche	51
1.2.1 Le choix d'une démarche en crèche.....	51
1.2.2 Le choix d'une démarche en PMI	52
1.3.Discussion autour de l'évolution de notre démarche	53
1.4.Discussion à propos du choix des lieux d'accueil	53
1.4.1 Les centres de PMI.....	53
1.4.2 Les crèches	53
1.5.Discussion à propos des entretiens	54
1.5.1 La grille d'observation à destination des professionnels de la petite enfance	54
1.5.2 La réalité des questionnaires	55
1.5.3 Notre ressenti durant les entretiens	56
1.5.3.1 Les entretiens menés en crèche.....	56
1.5.3.2 Les entretiens menés en PMI	57
2 Mise en lien entre les résultats et la partie théorique.....	58
2.1.La réalité du terrain en crèche.....	58
2.1.1 Le manque de personnel.....	58
2.1.2 Les rares possibilités d'être seul face à l'enfant.....	59
2.1.3 Formations pas toujours adaptées.....	59
2.1.4 Ce qui reste à faire auprès des crèches en regard de notre contexte théorique.....	60
2.1.5 Manque d'informations sur les évaluations de la communication pouvant être réalisées par des professionnels de la petite enfance.....	61
2.2.Ce qui pourrait être fait auprès des parents.....	61
2.3.Discussion autour de la demande d'intervention.....	62
3 Ce que ce travail nous a apporté	64
4 Ouverture vers une suite à donner.....	65
Conclusion.....	66
Bibliographie.....	68
Liste des annexes.....	73
Annexe n°1 : Grille d'observation à destination des crèches.....	74
Annexe n°2 : Exemple de grille remplie	74
Annexe n°3 : Trame d'entretien avec les professionnels de la petite enfance.....	74
Annexe n°4 : Exemple d'entretien avec les professionnels de la petite enfance ..	74
Annexe n°5 : Trame d'entretien semi-directif pour les parents.....	74
Annexe n°6 : Exemple d'entretien semi-directif avec les parents	74
Annexe n°7 : DVD « Les clés du langage ».....	74
Annexe n°8 : Livret à destination des professionnels de crèche.....	74

Introduction

La politique actuelle concernant la prise en charge des troubles du développement de l'enfant s'oriente vers une dynamique de prévention, et de nombreuses réflexions ont été menées en ce sens. Cependant, nous constatons que, généralement, seuls les enfants présentant des troubles avérés du développement sont orientés précocement vers les structures telles que les Centres d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) , les Centres Médico-Psychologiques (CMP) ... Les orthophonistes libéraux reçoivent de plus en plus des enfants envoyés par l'école, autour de 3 ans, alors que les parents rapportent parfois leurs observations sur des signes d'appel constatés dès les premiers mois.

Nous avons pu constater lors de nos stages en crèche les interrogations des professionnels de la petite enfance comme des parents sur le développement de la communication de l'enfant, et des signes qu'ils pourraient relever pour orienter l'enfant vers les professionnels spécialisés adaptés.

Les objectifs de ce mémoire sont de constater la façon dont les parents perçoivent le développement langagier de leur enfant et de relever les questionnements des professionnels de la petite enfance sur les signes d'appel d'un problème de communication et sur leur rôle dans une démarche préventive. Cette démarche a entraîné une volonté d'établir un partenariat avec les équipes de crèches, en leur apportant des informations sur le développement de la communication du jeune enfant et les troubles qui peuvent être perçus avant 3 ans.

L'exposé de notre travail commencera par un rappel du développement du jeune enfant et des signes d'appel d'un trouble dans les différents domaines. Nous rappellerons également la place de la prévention dans notre démarche. Puis, nous continuerons sur la présentation de notre enquête et sur la manière dont elle a influencé notre travail et notre réflexion. Enfin, nous discuterons autour des observations que nous avons pu réaliser, sur l'évolution de notre démarche et sur l'importance de la prévention au sein des structures comme les crèches.

Contexte théorique, buts et hypothèses

La connaissance des étapes du développement normal de l'enfant est nécessaire dans le cadre de la prévention précoce. L'observation de l'enfant doit se faire en référence à ces normes, tout en gardant à l'esprit que chaque personne se développe à son rythme et que tous les domaines ne seront pas investis de la même manière et au même moment chez deux individus différents.

La comparaison des observations cliniques avec ces normes développementales pourra amener à relever des signes d'appel et à orienter l'enfant et sa famille vers des spécialistes et des évaluations adaptés.

1. Parallèle entre développement normal et signes d'appel

En ce qui concerne le développement du bébé, Bullinger (2004) nous décrit la double tâche du bébé, qui consiste non seulement à se développer, mais également à répondre aux attentes de son milieu. Lorsqu'il est porteur d'un déficit, l'enfant aura un fonctionnement particulier qui constitue le handicap, défini par l'auteur comme l'écart entre la réalité du fonctionnement d'un individu et les représentations que le milieu a élaborées à son égard.

Le développement du jeune enfant, et notamment celui du langage, "repose sur une interaction permanente entre ses compétences intrinsèques, sensorielles, neurologiques, motrices et l'apport environnemental. » (Crunelle, 2010).

Les causes d'un retard ou d'une non-acquisition du langage sont donc à rechercher du côté de ces différents pôles, dont un dysfonctionnement peut être à l'origine du problème. En effet, comme l'explique Billard (2004), "les troubles du langage n'ont pas une valeur univoque : ils peuvent s'inscrire dans une autre pathologie primitive (comme la surdité, la déficience mentale ou les troubles envahissants du développement), ou bien être isolés, primitifs et spécifiques."

La liste des évaluations spécifiques présentée ci-dessous dans les différents pôles du développement est non-exhaustive.

1.1. Développement psychomoteur

Le développement psychomoteur de l'enfant est le résultat de la maturation du système nerveux qui débute in utero et permet au nourrisson de faire les grandes acquisitions que sont la marche, le développement de la préhension manuelle, la

sensorialité,...

1.1.1. Développement psychomoteur de l'enfant

1.1.1.1. De 0 à 6 mois

Durant cette période, l'enfant « a perfectionné ses premiers réflexes, mais ne fait pas encore de gestes volontaires, intentionnels. » (Dictionnaire d'orthophonie) Ainsi, à la naissance, ses activités motrices principales sont surtout liées au sommeil et à l'alimentation, et il présente des réflexes archaïques. Vers deux mois, l'enfant est capable de se tenir sur les avant-bras lorsqu'il est à plat ventre, il commence à jouer avec ses mains et peut suivre des yeux sur 180 degrés un gros objet placé près de lui (contre 90 degrés à un mois). A trois mois, il peut redresser la tête quand il est à plat ventre et peut la maintenir lorsqu'il est assis, ainsi que la tourner pour suivre un objet des yeux.

A 4 mois, l'enfant peut rouler du dos sur le côté, et peut tendre les bras vers un objet dans une tentative de préhension. Il peut également tourner la tête vers la personne qui le regarde. A 5 mois, il peut tenir assis sans soutien et cela lui permet d'appréhender le monde sous un nouvel angle. Il commence à explorer les objets de son environnement de manière buccale. A 6 mois, l'enfant commence à ramper pour se déplacer. La préhension volontaire se précise, avec une apparition du pouce en opposition.

Signes d'appel

Certains signes peuvent alerter les parents ou l'entourage de l'enfant sur un retard ou une déviance du développement psychomoteur. Lors du premier semestre, certains parents observent parfois un bébé mou, ou à l'inverse parfois raide, lorsqu'ils le prennent dans les bras. Jusqu'à six mois, ils peuvent repérer un bébé avec un retard au niveau du maintien de sa tête. Ils observent également une station assise qui tarde à se mettre en place et une absence ou un défaut d'ajustement postural (impression d'une poupée de son). Ils détectent une absence ou un retard d'attitude anticipatrice, et une absence d'agrippement.

1.1.1.2. De 7 à 12 mois

A 7 mois, la préhension devient plus fine avec une pince pouce/auriculaire, et il peut transférer des objets d'une main à l'autre, souvent en passant par la bouche.

A 8 mois, sa tenue assise est assurée. Lorsqu'il se met sur le ventre, il peut se soulever pour se tenir sur les pieds et les mains.

A 9 mois, il peut ramper pour se déplacer, et il commence à se tenir debout, ce qui lui permet à nouveau de changer de point de vue sur le monde qui l'entoure. Il commence à se servir de son index pour toucher les objets (précurseur au pointage).

A 10 mois, l'enfant peut se mettre debout et faire quelques pas avant de tomber. Puis il commence à marcher en s'aidant des meubles ou lorsqu'il est tenu par les deux mains. Il commence à pointer de l'index.

A 12 mois, l'enfant peut marcher lorsqu'il est tenu par une seule main. Lorsqu'il est debout, il peut se baisser pour ramasser un objet.

Durant cette période, les déplacements de l'enfant lui permettent donc d'explorer de plus en plus le monde qui l'entoure, et l'amélioration de sa préhension lui permet de nombreuses expériences sur les objets.

Signes d'appel

Au deuxième semestre l'hypotonie peut perdurer. On peut également observer un retard de la station assise et de la station debout, et une particularité au niveau de sa posture (l'enfant se maintient à distance dans les bras de l'adulte, se penche en arrière...).

1.1.1.3. De 13 à 24 mois

A 15 mois, l'enfant peut marcher seul. Ses actions sur les objets se diversifient : il peut les jeter, les envoyer, les pousser, faire des tours avec deux cubes. La préhension fine et le relâchement sont plus précis.

A 18 mois, l'enfant commence à courir, avec les bras et les jambes écartés, mais tombe encore souvent. Lorsqu'il se déplace, il peut tirer un objet derrière lui, ou encore pousser un ballon avec le pied sans tomber. Au niveau de la motricité manuelle, il peut boire seul, se servir de sa cuillère, déboucher et reboucher une bouteille. Il commence également une activité graphique et peut laisser quelques traces sur la feuille (sous forme de gribouillis).

Vers 19 mois, il peut sauter sur les deux pieds, grimper, et changer rapidement de position. Il est capable d'ouvrir une porte et d'allumer la lumière, de se laver seul le visage et d'enlever ses chaussures. Au niveau du jeu, il peut encastrier toutes les formes simples, taper dans un ballon, faire du tricycle. En ce qui concerne les

activités graphiques, il peut désormais recopier des traits horizontaux et verticaux. Il peut manger seul et proprement vers deux ans.

L'enfant explore le monde et agit dessus. Il peut coordonner différents gestes pour réaliser des activités. Les gestes qu'il a appris depuis sa naissance sont désormais fluides et il est à l'aise sur le plan moteur.

Signes d'appel

Durant la deuxième année, il peut s'établir un retard ou un arrêt de la marche, ou si l'enfant marche, une motricité particulière de sa démarche et de son corps : il se déplace sur la pointe des pieds, balance ses bras, ... L'enfant peut également avoir une préhension archaïque et une mauvaise coordination oculo-manuelle.

1.1.2. Evaluations spécifiques

Lorsqu'une interrogation se présente, il est important d'en parler aux parents et de les orienter vers les spécialistes adaptés : les PMI, les Centres Médico-Psychologiques (CMP), le médecin traitant ou le pédiatre qui orientera vers le psychomotricien ...

Ces professionnels seront à même de réaliser les diagnostics ou évaluations des troubles à partir de tests tels que les suivants :

1.1.2.1. Le test de Bayley

Le test de Bayley, le Bayley Scales of Infant Development (BSID-III), développé en 1969 par Nancy Bayley, est étalonné pour des enfants âgés de quelques mois à trente mois. Il est basé sur l'évaluation des échanges et interactions entre l'enfant et les examinateurs. Une échelle motrice permet d'évaluer le degré de contrôle du corps du bébé, la coordination des mouvements, la motricité fine, et l'équilibre.

→ Il est utilisé par les *pédiatres* et les *psychologues*.

1.1.2.2. La BLR

L'échelle de développement psychomoteur de la petite enfance, établie par Brunet et Lézine, a été révisée en 2001, et évalue le développement de la petite enfance en relation avec plusieurs domaines, dont la posture et la coordination (mouvements de l'enfant dans diverses positions, coordination oculo-manuelle ...).

→ Cette échelle est souvent utilisée par les *rééducateurs* (psychomotriciens, orthophonistes), par les *pédiatres*, et par les *psychologues*.

1.2. Développement sensoriel

Un bon développement sensoriel, notamment visuel et auditif, est indispensable pour que le nouveau-né puisse communiquer avec son entourage, la communication du jeune enfant se basant essentiellement sur l'aspect perceptif. Un trouble de l'un des canaux sensoriels peut donc la perturber, voire la rendre impossible. Il est alors important de pouvoir orienter la famille vers les spécialistes adaptés, dès que l'on remarque des signes d'appel.

1.2.1. Vision

1.2.1.1. Développement normal

A la naissance, la vision de l'enfant lui permet de distinguer les contours du visage de sa mère lorsque celle-ci le porte. Sa vision s'améliorera en grandissant, et il utilisera préférentiellement la vision focale (qui permet de voir les détails) plutôt que la vision périphérique (qui permet entre autres de percevoir le mouvement et qui, utilisée de manière préférentielle, donne la sensation d'un regard fuyant). Il établira précocement un lien entre les mouvements articulatoires et la voix de l'adulte (Brigaudiot et Danon-Boileau, 2002).

L'enfant reconnaîtra sa mère, aux environs de 6 mois, et pourra se forger une représentation d'elle en son absence : le regard lui permet donc de construire la permanence de l'objet. Cette dépendance à la vision de sa mère entraînera une période d'angoisse vis-à-vis des étrangers (Spitz, cité par Brigaudiot et Danon-Boileau en 2002) autour du huitième mois.

Signes d'appel

Certains parents évoquent parfois un bébé avec des anomalies du regard tant en quantité qu'en qualité (strabisme, regard vide, défaut du contact visuel, pas ou peu de poursuite du mouvement, manque d'attention visuelle ...). Lorsqu'un enfant présente ces signes, il est important d'éliminer en premier lieu un handicap visuel tel que la malvoyance,...

1.2.1.2. Evaluations spécifiques

→ Si l'on suspecte des troubles visuels chez un jeune enfant, il faut immédiatement

orienter les parents vers un *ophtalmologiste*. Il pourra alors établir si l'origine du trouble est d'ordre purement visuel, ou si elle est à rechercher par d'autres spécialistes.

1.2.2. Audition

1.2.2.1. Développement normal

En l'absence de problèmes, le système auditif est mature et fonctionnel à la naissance.

Signes d'appel

De 0 à 6 mois, on peut suspecter un trouble auditif s'il y a une absence de réaction aux bruits forts ou soudains, si l'enfant ne tourne pas la tête en présence d'une voix ou d'un bruit, s'il ne s'intéresse ni aux jouets sonores, ni aux bruits familiers ou aux bruits extérieurs hors de sa vue. Il ne répond pas non plus à l'appel de son prénom. L'enfant ne porte pas attention aux objets quand on les nomme. Le babil, présent avant 6 mois, disparaît par la suite.

De 12 à 24 mois, les troubles s'avèreront par une incompréhension des demandes simples. L'enfant possède alors moins d'une douzaine de mots et ne les combine pas. Il ne localise pas non plus la provenance d'un son ou d'une voix en dehors de son champ de vision. Il ne porte aucun intérêt aux histoires, à la télévision, à la radio. Il n'est pas dans l'imitation des sons. La marche est acquise tardivement, car la privation du canal auditif entraîne des troubles de l'équilibre et un retard global des acquisitions.

De 24 à 36 mois, on suspectera les troubles s'il présente de grosses difficultés à exprimer ses besoins oralement : selon le degré de la perte auditive, l'enfant pourra utiliser quelques mots simples et concrets, ou alors ne pas utiliser du tout le langage oral pour s'exprimer. Il utilisera alors majoritairement la communication gestuelle.

A tout âge, l'enfant avec trouble auditif, selon le degré de perte, se retire peu à peu de la communication. Des troubles du comportement peuvent apparaître, avec des colères inexplicables, un repli sur soi ou une anxiété. On pourra observer des particularités du regard, avec soit un regard fuyant, soit au contraire aimanté sur le visage de l'interlocuteur. La relation de l'enfant avec ses parents pourra également être perturbée par une communication et des échanges précoces difficiles et peu investis de part et d'autre.

Le développement global de l'enfant sera donc touché en cas de perte auditive. La sévérité des difficultés sera fonction du degré de la perte sensorielle.

Le dépistage précoce de la surdité pose cependant plusieurs problèmes. Selon le degré de perte auditive, les signes seront plus ou moins évidents. La question se pose dans le cadre de surdités légères ou moyennes, pour lesquelles l'enfant réagit bien aux bruits forts et à la voix dans un contexte calme. De même, tous ces signes peuvent évoquer une surdité, mais le diagnostic différentiel avec d'autres pathologies comme les troubles envahissants du développement (TED), la dysphasie ou la déficience intellectuelle est à évoquer, car ces pathologies peuvent présenter le même type de tableaux.

1.2.2.2. Evaluations spécifiques

En ce qui concerne les troubles auditifs, ils sont parfois plus difficiles à détecter, selon le degré de la perte.

Comme le dit Alain de Broca (2012), "Le développement du langage et le développement cognitif perturbés par la surdité apparaissent significativement meilleurs lorsque l'enfant atteint d'une surdité permanente néonatale est pris en charge avant l'âge de 6 mois. "

La surdité de l'enfant devrait être dépistée en période néonatale car tous les enfants passent en maternité: ils pourraient donc être décelés de manière systématique.

Alain de Broca explique que " le meilleur dépistage est un examen clinique complet, avec écoute attentive des signes décrits par le parent présent, avec vérification simple de l'absence de bouchon de cérumen dans les oreilles et avec l'étude de la réactivité comportementale avec des outils faciles d'utilisation ".

→ A partir des inquiétudes des parents, une objectivation des symptômes peut être réalisée à la *protection maternelle infantile* (PMI), chez le *pédiatre* ou *l'ORL*.

1.3. Communication

La communication est définie par le Dictionnaire d'Orthophonie par « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu ».

En effet, comme l'explique Delion en 2004, des études ont démontré que les bébés avaient "des compétences remarquables bien avant l'avènement du langage et, qui

plus est, en facilitaient l'émergence, ou, au contraire, en cas de difficultés dans l'exercice de ces compétences, en obéraient l'utilisation dans la relation puis dans la construction de sa pensée."

La communication du jeune enfant s'appuie donc essentiellement sur les aspects non-verbaux, et est présente dès la naissance, lorsqu'il interagit avec sa mère. Elle passe par différents canaux, tels que la posture, le sourire, le regard, les mimiques, les gestes (symboliques, référentiels ou de pointage), les vocalisations ...

Même si chaque enfant évolue à son rythme, on note cependant certaines étapes importantes dans le développement de cette communication, qui sont notamment reprises par Denni-Krichel et Kremer (2010) et qui, si elles sont absentes ou retardées, doivent faire l'objet d'une observation clinique plus approfondie.

1.3.1. Développement normal

1.3.1.1. De 0 à 3 mois : communication émotionnelle

L'enfant est sensible à la voix et aux variations prosodiques et rythmiques, avec une préférence pour la voix maternelle. A deux mois, l'enfant commence à imiter les mimiques de son interlocuteur. Comme l'explique Suarez (2011), « les nourrissons semblent être sensibles aux manifestations de type émotionnel depuis la naissance ». L'auteur rapporte qu'en 1977, l'équipe de Meltzoff et Moore a ainsi démontré qu'un bébé de moins d'un mois avait des réponses imitatives lorsqu'il est régulièrement exposé à certains mouvements faciaux d'un adulte. Le bébé devient capable de diverses démonstrations de joie, dégoût, tristesse, surprise ou intérêt par le biais de la mimique dès 2 mois et demi. A 3 mois, le nourrisson montre une préférence pour certaines expressions faciales, notamment la joie qui retient leur intérêt plus que n'importe quel autre sentiment, d'après une étude de Kuchuk et al. (1986).

On voit également apparaître le premier sourire réponse, qui est très attendu par les parents et repris dans leur discours à l'enfant.

1.3.1.2. De 4 à 6 mois : début d'attention conjointe

A cet âge, l'enfant va commencer à mettre en place une attention conjointe avec sa figure maternelle. L'attention conjointe, telle qu'elle est conçue par Bruner (1983), est définie par Peres-Al Halaby et Adrien (2011) comme « la capacité à partager avec autrui un événement, à attirer et maintenir son attention vers un objet, une personne. » Elle est indispensable pour la mise en place du langage, car elle permet

aux objets de devenir des référents à propos desquels on peut parler et partager des connaissances. Il va également apprendre à réagir au « non » et à son prénom, car sa compréhension contextuelle du langage s'améliore.

1.3.1.3. De 7 à 9 mois : comprendre et s'adapter à son environnement

L'enfant commence à donner un objet sur commande verbale, et comprend lorsqu'on lui dit « non », « au revoir » et « bravo », ainsi que certaines mimiques. En effet, à partir de l'âge de 8 mois, l'enfant peut modifier son comportement en fonction de l'état émotionnel reflété par le visage de sa mère, qui va lui permettre de passer l'étape de «l'angoisse de l'étranger» (ou «angoisse du huitième mois») avec un accompagnement adéquat. On constate ainsi que l'enfant aura plus tendance à sourire à une personne étrangère si sa mère lui sourit également ; il adapte donc son comportement en fonction de ce qu'il observe des sentiments de sa mère, et peut ainsi profiter de son expérience de l'environnement.

1.3.1.4. De 10 à 12 mois : début d'utilisation de gestes

L'enfant passe d'une compréhension uniquement contextuelle à une compréhension hors-contexte de certains éléments. Il va peu à peu utiliser des petits gestes conventionnels pour se faire comprendre, comme le «non» de la tête, le «bravo» ou le «au revoir».

« L'utilisation des gestes conventionnels est possible quand un émetteur et un récepteur ont un message à transmettre sans recourir à la parole ou seulement à elle. »(Jakobson, 1963, cité par Bigouret et Plaza en 2011). Ils sont parfois considérés comme un moyen plus rapide et efficace de transmettre une information que par l'utilisation de la parole, ce qui en fait un canal très propice à la communication, utilisable dès le plus jeune âge. Selon Bigouret et Plaza (2011), « les enfants commenceraient à produire des gestes vers la fin de leur première année, voire vers 6/8 mois pour certains, et la diminution de la production gestuelle s'amorcerait vers 20/22 mois ».

L'enfant commence également à pointer de l'index autour de 12 mois : cela lui permet de se référer au monde qui l'entoure et d'en faire un objet dont on peut parler. Le pointage est considéré comme « le début d'une activité référentielle à partir de laquelle s'élaborera la capacité de donner des noms aux choses » (Dictionnaire d'Orthophonie). Il peut avoir deux fonctions : proto-impérative (l'enfant se sert de l'adulte pour obtenir un objet qu'il désire) ou proto-déclarative (l'enfant se sert de

l'objet pour avoir un échange avec l'adulte).

1.3.1.5. De 13 à 18 mois : association entre pointage, regard et vocalisation

L'enfant comprend désormais entre 100 et 150 mots, ainsi que quelques petites phrases en situation. Il utilise les gestes en parallèle du langage pour renforcer la communication : ainsi, l'enfant adressera un regard vers l'adulte pour s'assurer de son attention avant de pointer un objet qui l'intéresse vers 15 mois, alors qu'à 12 mois, il pointait avant de regarder l'adulte. La grande majorité des pointages, et même la totalité selon une étude de Franco et Butterworth (1996) citée par Mathiot (2010), sont associés à une vocalisation, laquelle est rendue signifiante par les parents, et associée à un mot.

1.3.1.6. De 19 à 24 mois : diminution de l'utilisation des gestes au profit du langage

A cet âge, l'enfant est en pleine phase d'explosion langagière, et la production de gestes diminuera en faveur de celle de mots, même si elle ne disparaîtra jamais totalement. Il utilise le pointage pour montrer d'abord des objets, puis des images, montrant une généralisation des apprentissages et une évolution vers l'abstraction. Il comprend maintenant plus de 200 mots, et peut obéir à des consignes courtes sans que l'adulte n'ait à recourir à un support gestuel.

Signes d'appel

Certains signes peuvent alerter l'entourage de l'enfant sur une communication absente ou déviante.

Les étapes ci-dessous, lorsqu'elles sont absentes, peuvent être évocatrices de certaines pathologies et doivent faire l'objet d'un dépistage précoce :

regard : absence de contact œil à œil dès la naissance, strabisme, préférence pour l'utilisation de la vision périphérique plutôt que focale, évitement du regard ou regard trop intense, pas de mise en place de l'attention conjointe vers 4 mois

mimiques : visage peu expressif, pas d'imitation des mimiques de l'adulte, pas de sourire-réponse vers 2 mois

gestes : absence de pointage à 18 mois, pas d'utilisation de petits gestes symboliques (coucou, au revoir, bravo) à 12 mois

Au niveau du comportement, certains signes peuvent mener à des interrogations : l'enfant ne s'intéresse pas aux personnes autour de lui, il s'isole, il n'a pas d'angoisse de séparation, pas de réaction anxieuse en présence d'un étranger. Il fait preuve d'une sagesse particulière, ou exprime de violentes colères. L'enfant ignore les jouets ou détourne anormalement leur utilisation.

1.3.2. Evaluations spécifiques

Différents outils permettent le dépistage précoce des troubles de la communication et d'orienter si besoin vers un diagnostic et une prise en charge adaptée. La liste ci-dessous est non-exhaustive mais présente un éventail d'outils différents.

1.3.2.1. Le protocole CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) de Baron-Cohen (1992)

Il permet d'évaluer les enfants de 18 à 36 mois. Le protocole comporte neuf questions destinées aux parents (sur le jeu physique, l'intérêt social, le développement moteur, le jeu social, le jeu de faire-semblant, les pointages proto-impératifs puis proto-déclaratifs, le jeu fonctionnel et l'attention conjointe) ainsi que cinq items d'observation dédiés au personnel soignant (médecin, puéricultrice ...) qui explorent le contrôle et le suivi du regard, le jeu de faire semblant, le pointage proto-déclaratif et le jeu fonctionnel. Il n'est pas suffisant pour affirmer qu'un enfant est atteint de troubles envahissants du développement, mais permet de détecter les enfants à risque pour les orienter vers les professionnels adaptés.

→ Ce protocole peut être utilisé par des *soignants qui ne sont pas spécialisés en autisme*, comme le médecin généraliste de la famille, et le rendent donc facilement réalisable.

1.3.2.2. L' IFDC

L'Inventaire Français du Développement Communicatif, développé par Sophie Kern et Frédérique Gayraud, est un outil de dépistage des troubles de la communication étalonné pour les enfants de 8 à 30 mois. Il observe le développement gestuel et langagier du bébé et du jeune enfant. L'IFDC est composé de deux questionnaires, l'un "mots et gestes" pour les enfants de 8 à 16 mois (évaluant la compréhension, l'imitation, les jeux symboliques, les gestes conventionnels ou déictiques utilisés par l'enfant, le rapport à l'objet) et l'autre "mots et phrases" pour les enfants de 16 à 30 mois (nombre de mots utilisés, rapport aux événements passés, développements

morphologique et syntaxique).

→ Il est utilisable par le *pédiatre* ou les *professionnels de la petite enfance*. Les questionnaires courts sont des outils préliminaires, pratiques et fiables pour le dépistage d'un éventuel retard de communication. Ils sont facilement accessibles et imprimables sur différents sites internet.

1.3.2.3. L'ECSP

L'échelle d'Evaluation de la Communication Sociale et Précoce a été conçue par Guidetti et Tourrette en 1993, et a pour but d'évaluer les fonctions communicatives et les niveaux de développement de l'enfant de 3 à 30 mois. Au cours d'activités ludiques (utilisation d'objets sociaux, jeux d'échange, chansons mimées,...), on observe la régulation du comportement de l'enfant ayant pour but de modifier l'attitude d'autrui, l'interaction sociale de l'enfant avec autrui, et l'attention conjointe lors d'un partage d'intérêt pour un objet, une personne ou un événement. Cette échelle évalue donc les comportements interactifs de l'enfant.

→ Les professionnels pouvant utiliser l'ECSP sont les *psychologues*, les *pédopsychiatres*, les *orthophonistes*, soit une population professionnelle avertie en ce qui concerne les comportements de communication du jeune enfant.

1.3.2.4. L' EVALO BB

Cet outil, établi par François Coquet, Pierre Ferrand, et Jacques Roustit propose d'évaluer et d'observer la communication de l'enfant âgé de moins de 36 mois. Il comporte trois protocoles: un protocole anamnèse/observation (anamnèses générale et spécifique du patient, audibilité, motricité orale, interaction avec l'environnement) , un protocole standardisé en référence aux enfants de 20 mois (relations aux autres, communication, tour de rôle, demande, mime, imitation, rapport aux objets, compréhension par la désignation de parties du corps, d'objets, d'images, de la lumière, la réalisation d'un ordre simple, expression verbale et non-verbale) et un protocole standardisé en référence aux enfants de 27 mois (rapport aux autres, rapport aux objets, compréhension, expression, praxies bucco-faciales et linguales). Cette batterie d'évaluations comporte également une grille d'observation pour les parents, un tableau de recueil des comportements et productions en situation de vie, et un tableau des interactions parents/enfant.

Ce test permet donc d'observer l'enfant dans ses comportements et ses capacités de communication dans une situation d'échange et de jeu, il donne une ligne de base et

définir des profils de développement et de compétence de l'enfant, et peut mettre en évidence des signes d'appel dirigeant vers une suspicion de difficultés, de retard ou de trouble. Enfin il établit un projet d'accompagnement parental et de suivi thérapeutique.

→ Cette évaluation est à destination des *orthophonistes*.

1.3.2.5. Dialogoris 0/4 ans

Il a été établi par Paulette Antheunis, Françoise Ercolani-Bertrand et Stéphanie Roy. Cet outil permet de répondre aux interrogations des professionnels sur le terrain : Quelles sont les étapes du développement de la communication et du langage chez le jeune enfant ? Comment aborder le sujet avec les parents ? A partir de quels signes et comment intervenir ? Comment convaincre les parents de consulter les professionnels adaptés ?

Cet outil comporte également un récapitulatif des compétences-socles du jeune enfant, de ses compétences de communication non-verbale, pré-linguistique et linguistique, de ses compétences motrices, de ses compétences cognitives et enfin de ses compétences affectives. Une liste de tests, d'échelles, de grilles adaptées au jeune enfant est aussi à l'intérieur de ce classeur, avec des explications sur la priorité donnée au dépistage précoce.

→ la version décrite ici est destinée aux *professionnels de la petite enfance*. Une autre existe à destination des *orthophonistes*.

1.4. Verbalisation

1.4.1. Développement normal

1.4.1.1. De 0 à 3 mois : sons végétatifs

A la naissance, l'immaturation du système phonatoire de l'enfant ne lui permet pas de contrôler les organes liés à la production vocale (système respiratoire, larynx, pharynx, langue). Les sons produits sont donc d'ordre végétatif et ne sont pas contrôlés par le nourrisson. Ils marquent son état de confort ou d'inconfort. Vers deux mois, il est en capacité de jouer avec ses différents résonateurs et produira alors des sons vocaliques (« oooh », « aaah »).

1.4.1.2. De 4 à 6 mois : babillage rudimentaire

Peu à peu, le contrôle des différents effecteurs de la parole vont lui permettre

d'accéder à une nouvelle phase, appelée « babillage rudimentaire ». Il s'agit de l'association de sons vocaliques et de sons consonantiques, avec variations des paramètres de la voix (intensité, hauteur ...).

L'enfant va commencer à imiter les intonations de ses parents et « répondre » à son prénom par une vocalisation.

1.4.1.3. De 7 à 9 mois : babillage canonique

Ce babillage sera ensuite qualifié de « canonique » lorsque l'enfant produira des suites de syllabes formées d'une consonne occlusive et d'une voyelle ouverte et répétées plusieurs fois (« papapa », « mamama »). Le babillage se diversifiera plus tard, avec l'association de différentes syllabes se rapprochant du système phonétique de sa langue maternelle.

1.4.1.4. De 10 à 12 mois : du jasis vers les premiers mots

Lorsqu'il a 9 ou 10 mois, l'enfant commence à adapter ses vocalisations à la situation dans laquelle il se trouve. Ainsi, Konopczynski (1991), cité par Marte et Leroy-Collombel, parle de « jasis » lorsque l'enfant explore ses capacités vocales seul, avec de grandes variations mélodiques, et de « proto-langage » lorsqu'il échange avec l'adulte, avec des courbes mélodiques et un choix phonétique se rapprochant de ceux de son interlocuteur.

L'adulte va peu à peu identifier des mots dans le babillage de l'enfant, et leur attribuer une signification par un feed-back positif. Cela permettra à l'enfant de développer à partir de 12 mois ses premiers mots, avec un référent connu dans le monde. Ils seront cependant très dépendants du contexte d'énonciation au début : par exemple : le mot « chien » renverra seulement au chien de la famille au début. Plus tard, il désignera n'importe quel chien, lorsque l'enfant aura la capacité de se décentrer de la situation d'énonciation.

1.4.1.5. De 13 à 18 mois : apparition de la syntaxe

Les premiers mots sont apparus, et, vers 16 mois, il peut en produire une cinquantaine (surtout des noms). Les holophrases apparaissent, marquant les premiers emplois de structures syntaxiques. Il va également juxtaposer deux mots pour augmenter la précision de son message verbal.

1.4.1.6. De 19 à 24 mois : explosion lexicale

L'enfant commence à répondre « non » et à répéter des mots. Son répertoire de mots augmente et intègre de plus en plus de verbes (phase d'explosion lexicale). Il

peut également faire des petites phrases agrammatiques de 2 ou 3 mots.

Signes d'appel

Chez un enfant, l'absence ou le retard de parole est un signe qui inquiète l'entourage. Lors du premier semestre certains parents remarquent un enfant qui ne gazouille pas, ou peu, et qui ne dit pas de petites syllabes. D'autres observeront un enfant qui crie dès qu'on s'occupe de lui, qui exprime beaucoup de colère.

Lors du deuxième semestre, l'enfant a un babillage pauvre et idiosyncrasique. La prosodie, le rythme, le volume de sa parole peuvent être monotones, étranges, et en inadéquation avec le contexte. Certains parents remarquent également des écholalies verbales immédiates ou différées, ou des répétitions verbales dénuées de sens. L'enfant ne désigne pas ses jouets favoris par leur nom, il n'essaie pas de reproduire des mots simples.

Lors de sa deuxième année, l'enfant possède moins d'une douzaine de mots et ne les combine pas. Il n'est pas dans l'imitation des sons.

Lors de sa troisième année, l'enfant a des difficultés importantes à exprimer ses besoins oralement. Il ne possède pas plus de 200 mots, son langage oral est peu varié.

1.4.2. Evaluations spécifiques

Lorsque des difficultés de langage oral sont observées, un bilan orthophonique est recommandé. Celui-ci sera prescrit par le médecin traitant.

Dans tout bilan de langage oral, l'anamnèse est cruciale. En effet, comme l'expliquent Georgieff et al. (2013), "l'entretien avec les parents fournit des informations sur le développement psychologique et cognitif de l'enfant pendant la petite enfance et sur son comportement et ses relations sociales au sein de la famille, avec les adultes ou avec ses pairs."

1.4.2.1. Le test de Brunet et Lezine

Ce test utilisé pour évaluer le développement psychomoteur comporte également des épreuves permettant d'observer le langage de l'enfant : on recherchera avant 18 mois ses vocalises et son degré de compréhension, et après 18 mois son langage, ses conduites d'adaptation et sa relation à l'objet.

1.4.2.2. L'IFDC

L'Inventaire Français du Développement Communicatif permet également de retracer le développement langagier du nourrisson et du jeune enfant. Dans le premier questionnaire "mots et gestes" établi pour les enfants de 8 à 16 mois, on recherche si l'enfant répète certains mots, certaines phrases, s'il dénomme, et quels mots il est capable d'employer. Dans le deuxième questionnaire "mots et phrases" établi pour les enfants de 16 à 30 mois, la première partie permet de dénombrer les mots utilisés par l'enfant, répartis en catégories sémantiques, et interroge sur la fréquence à laquelle l'enfant fait référence aux événements passés et futurs, et aux objets et événements absents. La deuxième partie évalue les développements morphologique et syntaxique de l'enfant.

1.4.2.3. L'EVALO BB

Le protocole standardisé en référence aux enfants de 20 mois permet d'évaluer l'expression avec comme épreuve la dénomination d'objets, et la dénomination d'images. Le deuxième protocole standardisé en référence aux enfants de 27 mois évalue l'expression à l'aide de désignation de parties du corps, d'objets, la programmation morphosyntaxique, et l'expression sur image.

1.5. Attachement

La théorie de l'attachement renvoie à "la manière dont se nouent les premières relations entre le jeune enfant et son parent." (Morales, 2013) .

Cette théorie explique également, comme le rapporte Guedeney (2011), que l'enfant va devoir, tout au long de sa vie, vivre des périodes d'attachement puis de séparation avec différents individus, ce qui le mènera à l'individuation et à la possibilité de découvrir le monde qui l'entoure.

1.5.1. Développement normal

La première figure d'attachement de l'enfant est la figure maternelle, et il passera par différents stades dans le processus : orientation, focalisation puis attachement préférentiel.

Le langage est une faculté qui permet à l'enfant de se détacher progressivement de sa figure d'attachement, car il apporte une distance et permet à l'enfant de se placer en tant que personne à part entière, et non plus comme un prolongement de sa mère. Il ne peut émerger correctement que si l'attachement avec ses parents est

« sécuritaire », car l'enfant se sent alors compris et peut alors accéder à l'intersubjectivité, laquelle est une condition nécessaire à l'apparition du langage.

La relation mère-enfant se construit autour de et grâce à ces premières interactions. Le bébé est reconnu comme un partenaire à part entière dans leur mise en place, et elles tournent autour de trois axes. Les interactions comportementales désignent la manière dont l'enfant et sa mère régulent leur comportement et leur posture en fonction de l'autre. Elles peuvent être visuelles, vocales ou corporelles. Les interactions affectives désignent le fait que chacun des deux partenaires s'adapte à l'état psychique de l'autre, et Stern (1989), cité par Crunelle en 2010, parle alors « d'accordage affectif ». Enfin, les interactions fantasmatiques concernent toutes les pensées et les désirs que les parents ont eus autour de la grossesse, du désir d'enfant, et de la rencontre avec le bébé réel, qui se confrontent alors au bébé fantasmé.

De ces interactions précoces et leur déroulement dépend la qualité de l'attachement, et la possibilité ou non d'émergence du langage en tant que séparateur de la mère et de l'enfant et témoin de l'intersubjectivité qui se développe lorsque l'enfant grandit.

En effet, comme l'explique Guedeney, « la qualité de la sensibilité maternelle favorise un lien d'attachement de type sécuritaire chez l'enfant. La sécurité de l'attachement facilite la gestion des émotions négatives, le développement de relations de qualité avec ses pairs et le développement de ses compétences cognitives (la compétence) » (2011)

Signes d'appel

Si la majorité des attachements sont « sécuritaires », 40 % d'entre eux ne le sont pas. M. Ainsworth a ainsi développé une expérience permettant de mettre en avant les différents types d'attachement. De ce dispositif sont ressorties trois formes d'attachement, dont deux qui peuvent alerter : évitant (enfants qui ne manifestent pas d'émotions au départ de leur mère et maintiennent une distance avec elle lors des retrouvailles) et ambivalent (lorsque l'enfant obtient des réponses inconstantes à ses stimuli).

On observera alors des comportements « d'évitement, de résistance », (Crunelle, 2010) qui peuvent même aller jusqu'à une désorganisation psychique avec des manifestations telles que l'inhibition, l'angoisse, l'instabilité psychique, les phobies ... Les troubles peuvent également atteindre chacune des composantes du langage

(articulation, parole, pragmatique, lexique ...)

1.5.2. Evaluations spécifiques

S'il n'existe pas de tests étalonnés dans ce domaine, des signes cliniques peuvent être repérés.

→ *Tout professionnel de la petite enfance* peut déceler des troubles de l'attachement par le biais du dialogue avec les parents, et l'observation directe de la relation parents/enfant. En effet, comme l'explique Morales "l'observation des interactions entre l'enfant et le parent devra permettre d'évaluer la disponibilité émotionnelle de ce dernier et sa "sensibilité" aux besoins de l'enfant".

La diversité clinique des signes indiquant un trouble de l'attachement complique son repérage. Ainsi, un enfant dont les manifestations sont actives (colères, angoisses ...) est plus facilement repérable que celui dont les manifestations sont plus discrètes. Un enfant particulièrement sage, qui a tendance à se faire « oublier » peut exprimer par ces attitudes des troubles de l'attachement.

On peut donc passer à côté d'une problématique lorsque les signes sont difficilement interprétables. De plus, il est parfois compliqué de distinguer signes comportementaux manifestant un trouble et personnalité de l'enfant (enfant calme, timide, colérique ...).

L'observation des différents pôles du développement de l'enfant permet donc de relever d'éventuels signes d'appel d'un trouble et de s'orienter vers les professionnels adaptés. Ces derniers sauront évaluer la nature des difficultés, leur origine et la conduite à adopter en réponse à ces observations.

La prise en charge précoce des enfants présentant des signes d'appel de troubles du développement s'inscrit dans une démarche de prévention, laquelle est au cœur des préoccupations en matière de santé publique.

2. Prévention

Tous les spécialistes de l'enfance reconnaissent l'importance de l'intervention précoce, et ce dès les premiers mois de la vie. Ceci est particulièrement important avec l'enfant porteur d'un déficit, afin de maximiser ses potentialités, d'aider les parents à les reconnaître et de maintenir l'appétence à la communication.

2.1. Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Cette définition date de 1948 mais est toujours valable aujourd'hui, car elle reste au cœur des problématiques actuelles.

Trois types de prévention sont mis en avant selon le moment d'intervention. La prévention primaire regroupe des moyens mis en œuvre en amont de la pathologie pour empêcher son apparition (informations, accompagnement parental,..), la prévention secondaire inclut les actions de dépistage précoce puis de diagnostic et de traitement et la prévention tertiaire vise à réduire les conséquences de la pathologie.

Dans le cadre de notre mémoire nous nous intéressons plus particulièrement aux étapes primaires et secondaires.

2.2. La prévention

La prévention primaire regroupe les différentes étapes avant l'apparition d'une pathologie ou d'un trouble, dans le but d'en diminuer les facteurs de risque et donc l'apparition. Les auteurs de Dialogoris expliquent ainsi que "la notion de prévention repose sur le principe qu'il est possible d'agir sur les conditions d'émergence du langage afin de prévenir des difficultés de développement de celui-ci". Dans le cadre de troubles de la communication et du langage, il peut s'agir de campagnes d'informations ou d'un travail de guidance parentale mené par des professionnels.

Tout d'abord, les professionnels de la petite enfance côtoyant l'enfant régulièrement, comme les auxiliaires de puériculture de sa crèche par exemple, peuvent observer sur le long terme le comportement de l'enfant, et noter d'éventuels problèmes ou interrogations. Des réunions concernant chaque enfant sont régulièrement

organisées, et toute remarque peut alors être abordée en présence des puéricultrices, de la directrice, ou d'autres intervenants de la crèche (médecin, psychomotricien, psychologue ...) qui peuvent être amenés à venir observer l'enfant dans la crèche. Si l'équipe pense qu'il est nécessaire de rapporter les difficultés de l'enfant aux parents, un rendez-vous leur est proposé au cours duquel le responsable de l'équipe leur fait un compte-rendu des observations menées. Une orientation vers les professionnels adaptés et/ou un travail de guidance parentale seront alors entrepris.

Les enfants, à certains âges clés, sont également amenés à faire des bilans dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Ils sont généralement reçus par un médecin pédiatre, une infirmière et éventuellement un psychologue et un psychomotricien. Si les parents ont des interrogations sur le développement de la communication de leur enfant, il est possible d'aborder le sujet avec l'un de ses professionnels, afin d'avoir la meilleure attitude possible face aux inquiétudes parentales.

Le médecin traitant de la famille peut également orienter la famille si besoin. Il pourra prescrire un bilan auprès de divers spécialistes (orthophoniste, psychologue, psychomotricien, ORL, ophtalmologiste...), dont il recevra un compte-rendu confirmant ou infirmant les problèmes suspectés.

Ainsi, de nombreux professionnels peuvent intervenir dans la prévention et le dépistage des troubles de communication de l'enfant. Afin d'adopter la meilleure conduite face aux observations de chacun, un partenariat est indispensable entre ces divers professionnels, qui interviennent tous dans des cadres divers autour de l'enfant et ont chacun le regard éclairé de leur spécialité.

Le but de notre mémoire est de montrer l'importance de ce lien entre les orthophonistes, spécialistes de la communication, et les professionnels de la petite enfance que sont le personnel de crèche et les équipes de PMI. En effet, ils sont amenés à échanger avec les parents autour du développement de leur enfant, notamment de la communication, et effectuent un travail de guidance.

2.3. Le dépistage

Selon Billard (2004), le dépistage doit répondre à différents critères : avoir pour objectif de limiter les conséquences néfastes d'un déficit en le révélant précocement, faire suivre tout dépistage positif d'une prise en charge immédiate, et « ne pas

étiqueter de façon péjorative une population à risque alors qu'une partie seulement de cette population se révélera ultérieurement en difficulté. »

2.3.1. Outils d'aide au repérage

Le repérage se fera dans le milieu de vie habituel du sujet, où l'on observera les facteurs qui interpellent. De nombreux outils peuvent permettre l'observation de ces éléments : questionnaire, compte-rendu parental, grille d'observation, entretien semi-directif,... On cherchera ainsi à repérer d'éventuels signes d'appel d'un dysfonctionnement ou d'une pathologie.

Selon les outils, le repérage peut être effectué par les professionnels de crèche, par les médecins de PMI, les médecins pédiatres, les orthophonistes ...

2.3.2. Avantages et inconvénients d'un dépistage précoce

Le dépistage précoce d'un trouble présente des avantages mais aussi des inconvénients.

En effet, il permet de pouvoir mettre en place le plus tôt possible les interventions ou les traitements nécessaires, d'accompagner les parents dans le processus diagnostique et de coller à la notion de période critique pour les grandes acquisitions (au delà de laquelle il est difficile voire impossible de réaliser certains apprentissages). Cependant, il peut également entraîner une perturbation de l'attachement de la mère à son enfant par l'annonce d'une pathologie dès les premiers mois de la vie, un risque accru de dépister des « faux positifs » (personne « saine » ayant répondu positif au test) et donc d'inquiéter « inutilement » certains parents. De plus, le dépistage précoce étiquette les enfants concernés, alors que le diagnostic différentiel entre certaines pathologies ne peut être confirmé qu'après un certain stade de développement.

Cependant, malgré ces risques, les bénéfices apportés font du dépistage précoce une priorité dans les politiques actuelles de la santé. De grandes campagnes de dépistages de certaines pathologies sont organisées et sont l'enjeu de nombreux débats.

2.3.3. Vers un diagnostic

Les enfants qui auront été dépistés « positifs » à telle pathologie seront ensuite redirigés vers les professionnels compétents, qui écarteront les phénomènes de faux positifs pour poser un diagnostic avéré et débiter une prise en charge.

« Un dépistage précoce des troubles du développement du langage oral est une

condition essentielle à une action efficace sur le cercle vicieux de l'échec scolaire et de ses conséquences psychoaffectives." (Billard, 2004)

2.4. Diagnostic et prise en charge

La prévention tertiaire a pour finalité de réduire au maximum les conséquences secondaires de la pathologie. Cette étape se situe après le diagnostic.

Suite à la suspicion d'un trouble chez un enfant, l'étape diagnostique démarre donc, avec différents bilans pluridisciplinaires qui permettront de poser un diagnostic et de mettre en place la conduite à tenir suite aux résultats constatés.

Des prises en charges thérapeutiques seront alors proposées au patient, (médicamenteuses ou non). Dans le cadre de troubles de la communication, elle concerne les suivis orthophoniques et psychologiques par exemple.

Dans le cadre des troubles du langage et de la communication, un suivi orthophonique est souvent préconisé. Chez le très jeune enfant, le travail s'axe particulièrement autour des interactions entre l'enfant et ses parents, et l'orthophoniste pourra ainsi réaliser un accompagnement familial en faisant remarquer aux parents les attitudes positives qu'ils peuvent apporter pour le bon développement du langage, et les attitudes à éviter.

Les actions de dépistage devraient être plus systématiques, car le résultat qu'on peut obtenir avec une prise en charge précoce des difficultés observées "justifie une politique cohérente de dépistage, qui permette de mettre en place des actions précoces, avant que les conséquences psychoaffectives de l'échec, incontournables chez l'enfant en difficulté quand on ne lui apporte pas de réponse appropriée, ne viennent compliquer considérablement, voire définitivement, le problème." (Billard, 2004).

3. Objectifs et axes de travail de notre mémoire

3.1. Choix du sujet

Dans le cadre de nos études, nous avons pu réaliser un stage d'observation de deux semaines dans une crèche en deuxième année. Cela nous a permis de suivre les professionnels au contact direct avec les enfants, comme les auxiliaires de puériculture, les puéricultrices ou les médecins de PMI qui interviennent régulièrement dans la structure. En discutant avec ces différents acteurs de la vie de l'enfant, nous avons pu relever un sentiment d'impuissance face aux difficultés concernant la communication et le développement du langage des enfants, et beaucoup de questions ont été soulevées. Les professionnels regrettaient ainsi une absence de connaissance fiable des signes d'appel des troubles de la communication, devant se fier à leur expérience pour relever tel ou tel comportement qui leur semblait suspect. Egalement, les professionnels ont pu nous faire part de leur volonté d'avoir des informations sur la marche à suivre lorsqu'un comportement de communication vu comme déviant était relevé. Vers quels professionnels se tourner ? Que dire aux parents ? Quelles attitudes et quelles aides apporter à l'enfant au sein de la crèche ? Les intervenants de PMI rencontrés étaient quant à eux plutôt surpris de la présence de stagiaires en orthophonie dans une crèche, et nous ont interrogées sur les missions précises de l'orthophoniste auprès des très jeunes enfants, d'âge préscolaire. Ils ont pu nous parler des problèmes qu'ils rencontraient avec certaines familles, et des difficultés qu'ils pouvaient avoir en terme de guidance parentale quand un problème surgissait.

Nous avons donc décidé, lorsqu'il a fallu choisir un sujet de mémoire, de nous diriger vers ces différents questionnements et observations relevés lors de ce stage en crèche.

3.2. Objectifs

Nos objectifs ont été d'établir un début de partenariat avec quelques crèches ayant souhaité participer à notre recherche, et interroger les parents fréquentant les centres de PMI afin de recueillir leur avis sur le développement de la communication de leur enfant, et ainsi nous rendre compte des normes qu'ils connaissent ou des attitudes qu'ils considèrent comme facilitatrices dans ce développement langagier.

3.3. Hypothèses et axes de travail

Afin de réaliser les objectifs que nous nous sommes fixés, nous avons suivi plusieurs axes de travail répondant à nos hypothèses.

Hypothèse 1 : Les intervenants de la petite enfance manquent d'informations sur les signes d'appel d'un trouble de la communication. Notre premier axe de travail s'orientera donc vers des entretiens avec les professionnels de la petite enfance et les parents autour de la communication de l'enfant de moins de trois ans.

Hypothèse 2 : Les acteurs de la vie quotidienne de l'enfant ont des connaissances implicites des normes de développement, mais sont en demande d'informations sur les signes d'appel d'un écart à ces normes. Nous nous attellerons ensuite à l'élaboration d'un listing basique de signes d'appel des troubles de la communication du jeune enfant.

Hypothèse 3 : Un partenariat sous forme d'échanges, de réunions d'information et création de supports d'informations avec un orthophoniste permettra de sensibiliser les professionnels de la petite enfance. Notre travail nous amènera à l'organisation de réunions d'informations selon les demandes des équipes de crèche.

Ces différentes étapes dans notre réflexion et notre travail nous mèneront ensuite à la création d'un support écrit d'informations suite aux réunions.

Sujets, matériel et méthode

1 Description des structures

1.1. Les crèches

Les crèches qui nous ont reçues ont chacune leur spécificité et leur organisation. Les projets d'établissement sont différents, ce qui explique que l'attention des équipes soit axée sur des domaines divers. Les enfants y sont accueillis jusque trois ans révolus.

1.1.1 Crèches du Nord-Pas-de-Calais

1.1.1.1 Crèche n°1

Nous avons contacté cette crèche par le biais du service « petite enfance » de la ville de Lille. Nous leur avons expliqué notre démarche, et ce sont eux qui nous ont mis en contact avec cette crèche.

Les équipes sont composées d'une directrice, d'éducatrices de jeunes enfants (EJE), d'auxiliaires de puériculture et d'agents d'entretiens. La crèche est divisée en plusieurs groupes, selon l'âge des enfants.

C'est une crèche très sensible au langage et à la communication, en attente de participer au programme PARLER BAMBIN de la ville de Lille.

1.1.1.2 Crèche n°2

Un premier contact téléphonique a été établi avec la directrice de la crèche, qui a accepté le projet. Les membres de l'équipe ont pu s'inscrire sur la base du volontariat.

La crèche se compose d'une directrice, d'EJE et d'auxiliaires puéricultrices. Une psychomotricienne assure également des permanences dans la semaine.

En effet, C'est une crèche très axée sur l'aspect moteur, avec une salle de psychomotricité utilisée chaque jour par les enfants.

1.1.1.3 Crèche n°3

Nous connaissions déjà l'équipe de cette structure, car elle nous avait accueillies pour le stage obligatoire en crèche de deuxième année. Lorsque nous leur avons

proposé de participer à notre travail, les professionnelles ont donc accepté, car elles nous connaissaient et des échanges riches avaient déjà eu lieu lors de ce stage.

Cette crèche est divisée en trois mini-crèches dans lesquelles on retrouve des enfants de tout âge. On y retrouve une équipe équivalente dans sa composition que dans les deux crèches précédentes.

1.1.2 Crèches d'Ardèche

1.1.2.1 Crèche n°4

Nous avons été accueillies dans cette crèche par le biais du service « petite enfance » de la mairie d'Aubenas. Après avoir discuté de notre démarche par téléphone, ce service nous a mises en relation avec plusieurs structures de petite enfance, et l'une d'elles a répondu favorablement. L'équipe se compose d'une directrice EJE et d'assistantes de puériculture, ainsi que d'agents d'entretien. Cette crèche dispose d'une grande quantité de matériel pour le développement moteur de l'enfant.

1.1.2.2 Crèche n°5

Nous avons contacté cette crèche par téléphone, et après avoir rencontré l'équipe et expliqué notre projet, cette structure a accepté notre collaboration. Pendant trois demi-journées, nous avons pu interroger les professionnels de la petite enfance. L'équipe est composée d'EJE, d'assistantes puéricultrices et de personnel ménager. Elle a un fonctionnement particulier, puisqu'elle est ouverte de 6h15 à 21h45. Elle est ouverte toute l'année, mis à part quatre semaine au mois d'août. Elle travaille en partenariat avec l'association Pôle Ressources du conseil général, qui permet l'intervention de tiers en cas de demande particulière concernant le jeune enfant.

1.2. La Maison d'Assistantes Maternelles (MAM)

Une MAM d'Ardèche a souhaité participer à notre étude. Nous l'avions contactée par téléphone et lui avons exposé notre démarche. Cette structure réunit des assistantes maternelles indépendantes dans un lieu commun. Les horaires et le mode de fonctionnement sont décidés par chacune d'entre elles.

1.3. Les centre de Protection maternelle et infantile (PMI)

1.3.1 PMI du Nord-pas-de-Calais

Deux PMI de Lille ont accepté de participer à l'étude. La première est composée d'un pédiatre, d'une infirmière, d'une psychologue, d'une psychomotricienne et de deux secrétaires. La seconde d'un médecin généraliste, d'un pédiatre, d'une psychologue et d'une secrétaire.

1.3.2 PMI d'Ardèche

La PMI est composée d'un pédiatre, de deux secrétaires, d'un pédopsychiatre et d'une psychomotricienne, laquelle était amenée à assurer des permanences.

2 Entretiens avec les professionnels de la petite enfance

2.1. Objectifs généraux

Nous avons construit notre grille et notre questionnaire afin de répondre à nos objectifs, à savoir :

- connaître la place du langage dans les préoccupations des professionnels de la petite enfance
- se renseigner sur les formations qui leur sont proposées à ce sujet
- analyser ce qu'elles peuvent repérer comme déviance du développement normal de la communication du jeune enfant
- les inciter à se poser des questions sur des points plus spécifiques du développement d'un enfant en particulier, enfant qu'elles connaissent plus dans sa globalité
- comprendre la place qu'occupe leur point de vue dans les interrogations des parents au sujet de leur enfant

2.1.1 Élaboration de la grille

2.1.1.1 Attentes

Nous avons décidé de demander à chaque professionnel de remplir deux grilles, en se référant à deux enfants de la crèche laissés à leur libre choix.

Cette grille nous permettra d'établir un dialogue concret, car elle s'appuie sur la relation de l'éducatrice à un enfant particulier. Elle sera utile pour étayer les questions plus générales de l'entretien.

2.1.1.2 Construction

La grille est composée de 25 items répartis en quatre catégories : comportement général, compréhension (verbale, non-verbale, attention conjointe), expression (non-verbale, vocale, pointage) et intérêts. Nous avons essayé de couvrir tous les champs du développement normal de l'enfant tout en proposant un outil assez court.

Nous nous sommes inspirées du questionnaire de l'EVALO BB, de la grille du Dialogoris, de l'échelle de la communication spontanée de Schuler, de l'ECSP et de la liste des fonctions de communication adaptée de Wetherby et Prutting.

Nous avons également demandé aux professionnels de renseigner l'âge de l'enfant ainsi que l'ancienneté de sa présence dans la structure.

Pour chaque affirmation, nous avons proposé aux personnes interrogées de cocher parmi quatre niveaux de fréquence, de jamais à toujours (cf Annexes 1 et 2).

2.1.2 Élaboration des questions en vue de l'entretien

Une simple grille ne nous semblait pas suffisante au regard des informations que nous cherchions à obtenir, et nous avons donc décidé de réaliser des entretiens en face à face, pour la richesse de la discussion que cela pouvait nous apporter. Nous avons donc élaboré des questions complémentaires (cf Annexe 3).

Ce questionnaire est divisé en deux parties :

- une première concerne spécifiquement les deux enfants observés par le professionnel et aborde plus le côté « interaction » de la relation qu'il a avec cet enfant
- une seconde composée de questions plus générales

Nous avons choisi ces questions supplémentaires parce qu'il ne s'agissait pas d'informations que l'on pouvait insérer dans une grille, tant les réponses attendues étaient personnelles et diverses.

Nous leur avons également demandé des renseignements plus administratifs, comme leur profession (éducateur de jeunes enfants ou auxiliaire de puériculture) , leur nombre d'années d'exercice, le type de structures dans lequel ils ont exercé et leurs éventuelles formations continues.

2.2. Déroulement des entretiens

Quelques semaines avant le déroulement des entretiens, nous nous sommes rendues dans les différentes structures pour remettre aux professionnels de la petite enfance les grilles et leur expliquer la manière dont nous allions procéder.

Les jours d'entretien, nous avons reçu les professionnels en individuel. Après une présentation du sujet de notre étude et du déroulement de l'entretien, nous avons

observé conjointement les grilles préalablement remplies et en avons discuté, puis abordé les questions supplémentaires concernant chaque enfant observé, et enfin les questions plus générales sur leur expérience professionnelle.

Les rencontres ont été enregistrées sur accord pour une discussion plus naturelle et éviter le côté « interrogatoire ». Les professionnels ont été informés que leur anonymat, ainsi que celui des enfants, seraient respectés (cf Annexe 4).

3 Entretien semi-directif à destination des parents

3.1. Objectifs généraux

A partir de nos questions, nous voulions observer la relation des parents à leur enfant, la place des activités communes, la place du jeu et de la télévision, la manière dont le langage est stimulé, la place de l'alimentation et de l'oralité, la comparaison du développement de la communication au sein de fratrie et les ajustements qu'ils ont dû mettre en place pour optimiser le développement des plus jeunes, et évaluer l'opportunité d'une démarche à effectuer sur l'information aux parents quant aux mécanismes de développement du langage

Pour mieux comprendre le contexte familial qui entourait les parents interrogés, nous leur avons demandé l'âge de l'enfant, sa place dans la fratrie et le mode de garde.

3.2. Élaboration

Nous avons souhaité six grandes parties dans notre entretien : intérêts de l'enfant (ce qu'il aime faire seul et en présence de ses parents, ce qui le calme, ...), oralité (alimentaire et plaisir), communication non-verbale (expression et compréhension), communication verbale pour les plus grands (expression et compréhension), différences de développement au sein de la fratrie, connaissances sur les mécanismes de développement du langage (cf Annexe 5).

3.3. Déroulement des entretiens

Nous avons contacté différentes PMI, et fixé des rendez-vous pour les entretiens sur plusieurs journées. Dans le Nord-Pas-de-Calais, un bureau était à notre disposition pour recevoir les parents dans un contexte intime. En revanche, en Ardèche, les rencontres se sont déroulées dans la salle d'attente, au milieu d'autres parents (cf Annexe 6).

Résultats

1 Entretiens en crèche

Nous avons pu mener 39 entretiens dans les structures d'accueil de la petite enfance.

1.1. Les réponses obtenues aux entretiens

Nous allons maintenant nous intéresser aux réponses obtenues aux questions générales de nos entretiens en crèche. Nous allons analyser, pour chaque question, les éléments saillants qui nous ont été amenés par les professionnels de la petite enfance.

Qu'est-ce qui intéresse les enfants ?

La majorité des professionnels interrogés nous ont répondu que ce qui intéressait le plus les bébés est tout ce qui a trait au visuel, ce que l'enfant peut observer, suivre du regard (les couleurs, les lumières, les objets, tout ce qui gravite autour d'eux), également ce qui concerne le toucher (le contact avec différentes textures, différents matériaux,...), ainsi que tous les objets qui font du bruit. Enfin, l'activité favorite du bébé reste le fait d'explorer par la bouche les objets qui passent entre ses mains.

Pour les plus grands, les professionnels nous ont essentiellement répondu que ce qui intéresse le plus les enfants sont les activités centrées autour de la musique : écoute de chansons, comptines, instruments, danse ... Les jeux symboliques ont également une grande place dans les activités quotidiennes (dînette, poupées ...), ainsi que la lecture d'albums.

Pour les crèches dont l'organisation sépare les petits des grands en deux groupes, la présence de l'adulte est observée comme très rassurante chez les plus jeunes et à l'origine de découvertes au sein de la crèche.

On constate que les jeux axés autour de la motricité sont également appréciés par les enfants (comme les encastrement, le transvasement,...).

Avez-vous déjà rencontré un enfant particulier ?

Toutes sortes de situations ont été évoquées par les professionnels. Le plus souvent, ce sont des situations autour du langage qui ont été amenées. Nous avons ainsi eu des descriptions d'enfants avec, selon les professionnels, un retard de langage, des problèmes d'articulation, une voix nasale, un bégaiement ou une surdité. En retour,

elles nous ont posé de nombreuses questions, desquelles nous sommes parties pour préparer notre intervention.

Des enfants à problèmes moteurs ont également été décrits (handicap, prématurité ...), ainsi qu'avec des troubles comportementaux (trop calmes, agressifs ou enfants répétitifs à la fois dans leur langage et leur comportement, enfants dont on ne capte pas le regard et dont l'entrée en relation semble compliquée,..). Des enfants au comportement émotionnel particulier nous ont aussi été décrits : certains continuellement tristes, d'autres qui ne communiquent qu'avec le cri... Enfin, des difficultés au niveau de l'alimentation (enfant qui ne mange pas, ou qui n'arrive pas à manger avec la cuillère) ont pu être relatées, ainsi que des difficultés d'attachement, de relation et de séparation, et des questions liées aux divergences culturelles (place de la fille et du garçon, autorité, alimentation particulière ...)

Avez-vous des « trucs » pour savoir si un enfant va bien ?

La grande majorité des professionnels ont répondu à cette question que c'était le comportement de l'enfant qui permettait de voir s'il allait bien ou non. C'est leur observation des changements de leurs habitudes qui leur permet de détecter un éventuel problème (par exemple un enfant qui dort mal ou qui ne mange plus, un enfant qui pleure énormément ou alors qui devient plus turbulent ,...). Quelques-uns ont également évoqué des signes cliniques objectifs, comme la température, la toux, ou les yeux brillants. Enfin, les professionnels encadrant les enfants nous ont tous expliqué qu'ils analysaient l'état de chacun selon un ressenti personnel, et qu'avant de prévenir les parents ils en discutaient en équipe et jugeaient ensemble s'il était nécessaire ou non de les avertir.

Que concernent les inquiétudes des parents au sujet de leur enfant ?

Le déroulement de la journée est le sujet principal des demandes des parents : a-t-il bien dormi ? Le repas s'est-il bien déroulé ? A quoi a-t-il joué ?

On constate également que chez les plus grands, c'est la propreté qui interpelle le plus les parents, car c'est un des enjeux principaux de la scolarisation. L'une des employées d'une crèche a rapporté qu'elle tentait d'expliquer aux parents que sans langage, il était difficile pour l'enfant d'accéder à la propreté (demande du pot ...) mais que cette notion n'était pas toujours comprise par les parents.

Chez les plus jeunes, ce sont surtout les aspects moteurs qui inquiètent, notamment

si un camarade de leur enfant fait des choses que lui-même ne fait pas encore (marcher, se retourner ...). Les équipes expliquent alors aux parents que chaque enfant se développe à son rythme et que, si certains sont plus dans des acquisitions motrices à un âge donné, un autre enfant du même âge sera plus dans une dynamique de communication et d'acquisition du langage.

Malgré ces explications, les parents s'inquiètent encore peu du déroulement de l'acquisition du langage par leur enfant. Les quelques inquiétudes formulées à ce sujet concernent surtout le fait que l'enfant « ne parle pas bien », et les professionnels se sentent démunis pour leur répondre et les orienter éventuellement.

Est-ce qu'on vous propose des formations sur le langage ?

La majorité des personnes interrogées ont répondu que non, de telles formations n'étaient pas proposées. Les autres ne savaient pas, ou supposaient que cela devait l'être, sans en être certaines.

A la question sur l'utilité d'une telle formation, seuls les employés d'une crèche ont majoritairement répondu que cela ne le serait pas car si, d'un point de vue théorique, de telles informations seraient intéressantes, ils ne pourraient rien appliquer de manière concrète dans leur établissement avec la population reçue.

Les autres professionnels montrent un grand intérêt pour une formation de ce type et décrivent le genre de questions auxquelles ils souhaiteraient avoir des réponses : Quelles sont les normes du développement langagier ? Quels sont les signes indiquant un retard de langage ? Quelles peuvent en être les origines ? Comment l'enfant apprend-il à parler ? Quelles attitudes avoir avec un enfant ayant des difficultés langagières ? Quelles sont les missions d'un orthophoniste avec des enfants si jeunes ?

1.2. Les signes d'appel relevés par les professionnels de la petite enfance

Nous pouvons conclure de ces résultats obtenus lors des entretiens avec les professionnels de la petite enfance que ceux-ci relèvent plusieurs signes d'appel en ce qui concerne le développement du jeune enfant.

En effet, les aspects moteurs occupent une place importante dans les préoccupations de l'entourage de l'enfant, avec des observations liées aux

éventuels retards d'acquisition des grandes étapes motrices comme la tenue de tête, la marche à quatre pattes, la marche ... Les professionnels portent aussi une attention particulière aux enfants qui n'acquièrent pas la propreté dans un délai perçu comme « normal », ou lorsqu'ils ne montrent pas une volonté d'autonomisation, en refusant de manger seuls par exemple. En règle générale, les professionnels préfèrent attendre qu'un enfant réalise un nouvel apprentissage à la maison pendant quelque temps (environ deux semaines) avant de le proposer à la crèche. Cependant, lorsque l'enfant ne semble pas mis en situation d'une nouvelle acquisition à la maison, il leur arrive d'en parler aux parents et d'essayer de l'introduire à la crèche rapidement (ex : se déplacer debout plutôt qu'à quatre pattes quand l'enfant en est capable).

En ce qui concerne le développement du langage et de la communication de l'enfant, l'approche des professionnels de la petite enfance semble plus intuitive, avec une observation générale du comportement de l'enfant qui entraîne ou non des inquiétudes. Les normes d'acquisition des étapes langagières sont moins connues que celles du développement moteur, mais l'observation qualitative de l'enfant au quotidien, et en référence à leur expérience professionnelle, leur permet de savoir où se situe l'enfant.

On constate que les professionnels intervenant dans les structures de la petite enfance se posent des questions au sujet d'un enfant s'il n'utilise pas du tout ou très peu le langage à un âge où il devrait, si ce langage est répétitif, s'il semble bégayer, avoir des problèmes d'articulation de certains sons ou une voix particulière trahissant une difficulté (voix nasale, voix qui ressemble à celle d'adultes sourds).

Enfin, les signes d'appel d'un trouble du comportement (enfant qui devient agressif ou trop calme ...) occupent également une place importante dans l'observation quotidienne de l'enfant.

2 Entretiens en PMI

2.1. Les réponses obtenues aux entretiens

Les questions destinées aux parents ont été posées durant des consultations dans des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Au total, 35 entretiens ont ainsi pu être réalisés.

Au fil des passations, nous nous sommes rendu compte qu'il y avait des questions que nous n'avions jamais posées, car elles ne nous semblaient plus adaptées au moment des entretiens.

Nous allons donc maintenant décrire les éléments les plus importants qui sont ressortis lors des entretiens avec ces parents.

Qu'est-ce que votre enfant aime bien ?

A cette question, deux réponses majoritaires sont apparues : les parents rapportent que leur enfant aime beaucoup jouer avec ses jouets (et ce quelque soit l'âge), et qu'il aime également beaucoup regarder la télévision (les dessins animés ou les publicités). Plusieurs parents rapportent aussi que leur enfant aime « mettre le bazar » ou les jeux de manipulation. Certains parents décrivent également que leur enfant aime tout simplement se retrouver dans leurs bras.

On constate que la lecture de livres ou les activités autour de la musique ne sont pas spontanément abordées par les parents (seule une maman l'aborde dans cette question), ce qui contraste avec les réponses qui nous ont été données à la question suivante.

Est-ce qu'il aime bien les chansons et les histoires ?

Tous les parents auxquels cette question a été posée ont répondu « oui ». Une très grande majorité a répondu que leur enfant aimait beaucoup les chansons et la musique.

Plusieurs parents, mais moins que pour les chansons, ont aussi déclaré que leur enfant appréciait qu'on lui lise des petites histoires. Les conteurs sont tantôt les parents, tantôt les grands frères et sœurs en âge de savoir lire.

Quand il est énervé, qu'est-ce qui va le calmer ?

La plupart des enfants, d'après les dires des parents, se calment lorsqu'ils sont pris dans les bras. Quelques-uns se calment seuls, ou d'autres encore grâce à de la musique. Parfois, donner l'objet convoité par l'enfant ou lui proposer sa tétine suffit pour l'apaiser.

Est-ce qu'il aime le repas ?

La plupart des enfants apprécient ce moment, et mangent en général de tout, avec quelques aliments privilégiés. Cependant, certains ont de réelles difficultés avec un type d'aliments ou n'aiment pas manger. D'autres ont besoin de contextes ritualisés pour apprécier le moment du repas.

On note également au niveau de l'oralité que beaucoup d'enfants utilisent une tétine, mais que plusieurs parents ont décidé de l'arrêter car ils ont été informés que ce n'était pas forcément bon pour le développement du langage et de la dentition.

Comment votre enfant fait-il pour demander un objet ?

Les réponses à cette question sont plutôt partagées. Beaucoup d'enfants interpellent l'adulte en criant, en pleurant ou en faisant une colère pour lui demander de l'aide, mais il y a également des parents qui rapportent que leur enfant pointe du doigt l'objet désiré, ou ne demande que très rarement (ils ont tout à leur portée, ou alors ils essaient de l'attraper eux-mêmes, avant de renoncer lorsque l'objet est hors d'atteinte). La demande par la dénomination de l'objet reste assez peu évoquée, même chez les plus grands.

Est-ce que votre enfant va facilement vers ses camarades et l'adulte ?

La plupart du temps, la réponse est positive, mais certains enfants peuvent être décrits comme timides ou angoissés face à l'adulte, ou n'ont pas l'occasion de rencontrer des enfants de leur âge dans leur entourage.

Est-ce qu'il aime jouer avec sa voix ?

Les parents expliquent que leur enfant aime faire des petits bruits avec leur voix, crier, chanter, dire des petits mots ou des petites syllabes ou répéter ce qu'ils entendent à la télévision.

Est-ce qu'il dit des mots ?

Lorsque cette question a été posée, c'est-à-dire lorsque l'enfant n'était ni trop jeune, ni trop âgé pour qu'elle ait du sens, les parents ont majoritairement répondu que oui, et qu'il disait des petits mots liés à ses proches : « maman », « papa, » « tata », les prénoms des frères et sœurs ...

Quelques enfants juxtaposent deux mots pour faire une petite phrase selon les parents (« c'est bon », « papa parti », ...)

Est-ce que vous avez l'impression qu'il comprend quand vous lui parlez ?

Cette question n'a pas été posée à chaque fois, mais les réponses données par les parents sont surtout « oui ». Par exemple, une question demandait aux parents si l'enfant comprenait lorsqu'ils lui faisaient les gros yeux, et les réponses décrivaient une majorité de réactions adéquates (pleurs, rire, arrêt de la bêtise en cours,...).

Est-ce qu'il grandit de la même manière que vos autres enfants ?

La question a été posée aux parents ayant d'autres enfants. Certains notent des différences de développement entre leurs enfants, le plus jeune étant souvent décrit comme plus précoce (au niveau moteur, au niveau de l'éveil,..) que l'aîné. Parmi les entretiens réalisés, deux paires de jumeaux ont été décrites. Les parents remarquent une différence entre les deux membres du couple gémellaire, surtout au niveau du comportement et de la personnalité.

A votre avis, comment l'enfant apprend à parler ?

La plupart des parents ont répondu que les enfants apprennent à parler en entendant leur entourage, qui interagit avec eux et leur donne donc un modèle verbal. Plusieurs parents ont cependant répondu que c'est en regardant la télévision et en répétant ce qu'ils y entendaient que l'acquisition du langage se faisait, tandis que d'autres ont expliqué que c'est lorsqu'il a des frères et sœurs que l'enfant peut apprendre à bien parler, car s'il est enfant unique, personne ne peut parler avec lui.

On note donc que les parents sont assez conscients des mécanismes d'apprentissage du langage, mais qu'une partie de la population a des idées fausses sur ce déroulement.

2.2. Les signes d'appel relevés par les parents

Les parents semblent sensibilisés aux signes d'appel de difficultés motrices, avec une connaissance implicite des normes d'acquisitions des grandes étapes.

Au niveau langagier, les parents interrogés ne semblent pas avoir de réelles connaissances des étapes d'un développement langagier harmonieux et des signes qui révèlent des difficultés, mais on relève qu'ils ont été sensibilisés à certaines notions. Par exemple, plusieurs d'entre eux nous ont déclaré savoir que la tétine a une mauvaise influence sur le développement du langage de l'enfant, sans pour autant savoir nous expliquer pourquoi.

De même, on relève que les parents dont les enfants sont peu mis en contact avec d'autres enfants sont conscients des répercussions que cela peut avoir sur leur socialisation, et témoignent d'une volonté de faire évoluer cette situation (en mettant l'enfant en crèche quelques heures par semaine par exemple).

Les activités permettant la stimulation du langage, comme la lecture d'histoire, les chants, les comptines, sont assez bien connues par les familles. En parallèle de ces activités, beaucoup de parents nous ont rapporté que leur enfant regardait régulièrement la télévision.

3 Retour en crèche

3.1. L'intervention

3.1.1 Attentes des crèches et objectifs

Lorsque nous avons pris contact avec les crèches pour leur présenter notre projet et leur demander leur participation, deux d'entre elles ont souhaité un retour suite aux entretiens. Nous avons donc réfléchi à ce retour et décidé d'en faire un objectif important dans notre mémoire. Nous avons pensé à effectuer une intervention sur le développement du langage du jeune enfant et ses signes d'appel, en réponse aux questions que nous avons pu relever lors des entretiens.

Nous leur avons donc proposé de revenir ultérieurement pour leur donner des informations, ce qu'elles ont accepté à condition que l'intervention soit pratique et limitée dans le temps (nous avons décidé qu'une heure d'informations serait optimale). Les équipes se sont montrées très motivées et désireuses de cette intervention.

Notre objectif principal était d'établir un début de partenariat entre orthophonistes et professionnels de la petite enfance. Nous avons noté durant les entretiens que le langage n'avait pas forcément une place prioritaire au sein des crèches, et que le choix de leurs formations reflétait ce fait. Nous souhaitons donc leur démontrer l'importance du développement du langage et la place des prérequis dans celui-ci (regard, pointage, premières interactions, imitation ...), car le lien entre compétences précoces et langage n'est pas forcément évident lorsque l'on n'a pas eu de formation spécifique sur ce point.

3.1.2 Préparation

Etant donné le désir des équipes d'avoir un retour très pratique et utile, nous avons décidé de partir des questions qu'elles ont pu nous poser lors des entretiens réalisés préalablement.

Nous avons également décidé d'utiliser un DVD (« Les clés du langage », Dialogoris, cf Annexe 7) sur le développement du langage de l'enfant, puis de poursuivre par un court exposé sur les points qui nous semblaient importants au

regard de leurs attentes.

Suite au visionnage du DVD, nous avons choisi de poursuivre par un récapitulatif des signes d'appel d'un trouble de la communication chez l'enfant d'âge préscolaire, en soulignant le fait que chaque enfant se développe à son rythme et que ces normes ne sont que des indications.

Puis nous leur avons listé quelques-unes des origines possibles de ce retard, parmi lesquelles un trouble auditif, un problème de stimulation langagière, un handicap moteur, un trouble spécifique du développement du langage oral et un handicap intellectuel, tout en leur précisant que cette liste n'est pas exhaustive et que les signes sont à prendre en compte dans une démarche d'observation clinique globale. Pour chacune de ces origines possibles, nous avons expliqué de quelle manière l'acquisition du langage pouvait être perturbée, les signes qui peuvent faire suspecter ces troubles, et les adaptations possibles à mettre en place pour aider l'enfant.

Nous sommes ensuite parties des situations que les équipes avaient pu vivre en crèche, lesquelles sont ressorties lors des entretiens à la question « vous est-il déjà arrivé de rencontrer un enfant particulier ? », et auxquelles elles essayaient d'obtenir des réponses. Ces questions concernaient notamment les aides à apporter à un enfant qui bégaye, comment réagir face à un enfant qu'on ne comprend pas, face à un enfant avec un problème d'articulation ou qui utilise une mauvaise structure syntaxique. Pour chaque situation vécue, nous avons donné des exemples concrets, pour que les professionnels qui n'ont pas abordé la question avec nous en entretien mais qui l'auraient vécue se sentent concernés et que cela puisse les renvoyer à leur expérience quotidienne.

Nous avons également souhaité proposer quelques activités possibles en crèche pour stimuler le langage : lecture d'albums, utilisation d'imagiers, jeux de marionnettes, chants de comptines, jeux d'imitation et jeux de table (loto, mémoire ...)

Enfin, nous avons rapidement abordé les missions de l'orthophoniste chez l'enfant de moins de 3 ans (dans le cadre d'un handicap moteur, sensoriel, pour la stimulation du langage), en apportant des conseils et des techniques pour chaque trouble.

Nous avons prévu une dizaine de minutes en fin d'intervention pour les éventuelles questions des professionnels.

3.1.3 Matériel

Le DVD

Nous nous sommes servi du DVD « Les clés du langage », produit par l'association pour la prévention en orthophonie Dialogoris, qui aborde la dynamique de l'évolution du langage et de la communication dès la naissance. C'est un outil qui peut permettre aux professionnels de la petite enfance de mieux observer les difficultés d'un enfant, les prérequis sous-jacents concernés et l'importance des interactions précoces entre parents et enfants. Nous avons trouvé ce film très bien réalisé car le déroulement des acquisitions est raconté à la première personne : le bébé. De nombreux exemples illustrent les aspects théoriques et leur terminologie scientifique. Ce film d'une quinzaine de minutes est construit en plusieurs parties, reprenant les mécanismes du développement du langage de la naissance à 4 ans.

Les albums illustrés

Parmi les activités possibles en crèche pour stimuler le langage, nous avons proposé aux professionnels quelques exemples d'albums de style différents : reprenant la vie quotidienne de l'enfant ou monde imaginaire, albums à structure répétitive, d'autres avec une qualité d'illustration propice à l'imagination de l'enfant, albums tactiles, sonores, à manipuler, imagiers ...

3.1.4 Déroulement

3.1.4.1 Crèche n°1

L'intervention a eu lieu le 4 avril 2014, sur l'heure du repas, ce qui implique que toute l'équipe n'était pas présente : sept professionnelles de la petite enfance (dont la directrice et deux EJE) y ont assisté. La direction a proposé que notre maître de mémoire nous accompagne.

Le déroulement de l'intervention était celui que nous avons prévu, mais les retours des deux crèches ont été différents. En effet, le projet d'établissement de cette crèche est axé sur le langage de l'enfant, et le moment de la présentation du projet correspondait à leur questionnement sur différents points, comme le bégaiement, les troubles d'articulation ... Elles nous ont déclaré à la fin de notre intervention qu'elles recherchaient alors une base importante pour dédramatiser leurs préoccupations au

sujet du langage de l'enfant.

Un échange riche a eu lieu à la fin de l'intervention entre les professionnelles de la petite enfance, notre maître de mémoire et nous-mêmes, sur les actions qui peuvent être menées en crèche autour de la problématique langagière.

Elles nous ont rapporté que notre venue leur avait permis de lever des doutes sur certains points, comme la mission de l'orthophoniste auprès de très jeunes enfants, sur l'importance des signes précoces d'un trouble de la communication qu'elles peuvent relever, sur les attitudes à avoir avec les parents et face à un enfant qui a des difficultés.

Pour elles, il faudrait pouvoir faire appel à un intervenant extérieur (comme l'orthophoniste par exemple), dès lors que des questions sont soulevées à propos d'un enfant.

3.1.4.2 Crèche n°2

L'intervention s'est déroulée le 11 mars 2014, lors de leur réunion du personnel (à 18h), dans une salle adaptée. Une vingtaine de professionnelles étaient présentes, dont les personnes ayant accepté de répondre aux questionnaires.

La directrice, puéricultrice, nous a tout d'abord présentées, ainsi que notre sujet. L'intervention s'est déroulée comme nous l'avions imaginé, avec des interlocutrices intéressées qui réagissaient régulièrement lorsque nous abordions certains sujets dont elles nous avaient parlé en entretiens. Les points théoriques que nous leur avons apportés faisaient écho à des situations qu'elles ont vécues au quotidien, et régulièrement elles échangeaient entre elles .

Des questions ont été posées à la fin de notre intervention, concernant la durée moyenne de prise en charge orthophonique d'un enfant et les références bibliographiques des albums illustrés que nous avons amenés.

A la fin de la réunion, elles nous ont fait part de l'utilité de notre démarche et de l'importance d'informer plus de professionnels sur ce sujet.

Elles nous ont par ailleurs demandé un support écrit reprenant les points de notre intervention à destination des professionnels de la petite enfance, mais aussi des parents. Le temps nous manquant pour réaliser deux supports différents, nous avons souhaité nous concentrer sur les professionnels de la petite enfance.

3.2. Retour écrit

A la demande des crèches auprès desquelles nous avons réalisé nos interventions, nous avons décidé de créer un support écrit reprenant les points principaux que nous avons abordés.

Nous avons choisi de partir sur un livret plutôt visuel, avec des pictogrammes trouvés sur la banque de données ARASAAC (cf Annexe 8).

Nous voulions que ce support soit facile d'accès et concis afin de vraiment faire ressortir les éléments clés, dans des situations quotidiennes, par le biais de dialogues entre l'enfant et le professionnel de la petite enfance et d'exemples de situations problématiques.

Discussion

1 Discussion à propos de notre démarche

1.1. Rappel de nos hypothèses

Notre travail s'est articulé autour de la volonté de mener une action de prévention auprès des intervenants quotidiens de la vie du jeune enfant, à savoir les parents et les professionnels de la petite enfance. Nous avons donc orienté notre réflexion autour de différents axes de travail, reprenant des hypothèses au sujet de la prévention faite auprès de l'entourage de l'enfant au sujet du développement de la communication. Pour mémoire, nos hypothèses étaient les suivantes :

- Les intervenants de la petite enfance manquent d'informations sur les signes d'appel d'un trouble de la communication. Entretiens avec les professionnels de la petite enfance et les parents autour de la communication de l'enfant de moins de 3 ans
- Les acteurs de la vie quotidienne de l'enfant ont des connaissances implicites des normes de développement, mais sont en demande d'informations sur les signes d'appel d'un écart à ces normes. Elaboration d'un listing basique de signes d'appel des troubles de la communication du jeune enfant
- Un partenariat sous forme d'échanges, de réunions d'informations et de création de supports d'informations avec un orthophoniste permettra de sensibiliser les professionnels de la petite enfance. Organisation de réunions d'informations selon les demandes des équipes de crèche

1.2. Les spécificités des crèches et des PMI au regard de notre démarche

1.2.1 Le choix d'une démarche en crèche

Notre volonté d'établir un partenariat avec les crèches découle des stages que nous avons effectués durant nos études, qui nous ont amenées à passer deux semaines auprès du personnel encadrant les enfants.

En effet, les professionnelles ont pu nous faire part de leur sentiment d'impuissance face aux difficultés de développement langagier des jeunes enfants qu'elles

côtoyaient tous les jours, et du manque d'informations qu'elles avaient à ce sujet. Si elles nous ont expliqué avoir tout de même des connaissances implicites des normes de développement de la communication, étayées par leur expérience quotidienne, elles se sont montrées intéressées par notre point de vue d'étudiantes en orthophonie et nous ont posé de nombreuses questions, ce qui a donné lieu à des échanges riches pour elles comme pour nous.

Nous avons croisé ce constat avec notre expérience de stage : en effet, de nombreux parents sont envoyés chez l'orthophoniste par les enseignants de maternelle qui évoquent chez leur enfant un problème de communication. Parfois, ils ont pu eux-mêmes repérer des signes dès les premiers mois de l'enfant, sans savoir vers qui s'orienter.

Nous avons donc choisi de nous intéresser au point de vue des parents et des professionnels de la petite enfance avant cette première scolarisation de l'enfant, dans une volonté de repérer le plus précocement possible les premiers signes d'un trouble du développement de la communication.

1.2.2 Le choix d'une démarche en PMI

Interroger les parents sur la communication de leur enfant en crèche nous semblait compliqué : en effet, ils sont souvent pressés lorsqu'ils déposent ou récupèrent leur enfant, et le temps dont ils disposent à ce moment est destiné à échanger avec les éducatrices ou auxiliaires de puériculture.

Nous avons donc préféré intervenir lors de consultations infantiles des centres de PMI, les parents étant plus disponibles à ce moment pour parler de leur enfant.

Cependant, en raison de ce choix, un biais apparaît dans notre démarche. En effet, même si nous n'avons mené aucune enquête pour confirmer ce fait, nous pouvons penser que les populations accueillies en crèche et en PMI sont différentes. Les parents confient leur enfant aux crèches car ils travaillent, tandis que les rencontres en PMI se sont déroulées tout au long de la journée, ce qui suppose qu'au moins l'un des deux parents de l'enfant ne travaille pas.

Ce fait n'a pas modifié notre démarche, car nous avons décidé de nous intéresser à la parentalité d'un point de vue global, sans distinction socio-culturelle.

1.3. Discussion autour de l'évolution de notre démarche

Lorsque nous avons commencé à réfléchir à notre démarche, nous n'avions pas pensé à faire un retour aux crèches sous forme d'une intervention, et d'un support écrit venant résumer cette intervention.

En effet, à ce moment là, nous pensions réaliser des entretiens en crèche et en PMI, puis, sur la base de ce que nous aurions récolté, réaliser un album illustré reprenant les différents signes d'appel d'un trouble de développement de la communication que nous aurions distribué en crèche et en PMI.

Cependant, rapidement, deux crèches ayant accepté de nous recevoir ont exprimé une volonté d'un retour de notre part sous forme d'une réunion, d'un exposé des points importants qui auraient été soulevés lors des entretiens individuels. Nous avons trouvé que cette forme de retour correspondait plus à notre démarche qu'un album illustré, car une intervention donne lieu à des échanges et permet de s'adapter plus aisément aux personnes que l'on a en face de nous.

1.4. Discussion à propos du choix des lieux d'accueil

1.4.1 Les centres de PMI

Dans les centres de PMI nous ayant accueillies, l'un des problèmes rencontré est dû à la forte concentration de population ne maîtrisant pas le français présente dans les structures. Ainsi, nous avons dû adapter le déroulement de nos entretiens à une population parlant souvent peu, voire pas du tout le français. Certaines questions n'ont donc pas été comprises, le recours à un voisin interprète est venu biaiser les réponses des parents (le voisin répondant à leur place), l'utilisation de gestes ne suffisait pas toujours à se faire comprendre ...

Cependant, la majorité des entretiens s'est bien déroulée malgré la barrière de la langue, et nous avons pu récolter un nombre suffisant de témoignages.

1.4.2 Les crèches

Dans les crèches, il a également fallu s'adapter aux particularités des structures.

Ainsi, si nous avons pu avoir un bureau pour mener nos entretiens dans certaines crèches, il a parfois fallu interroger les professionnels au milieu des enfants accueillis. Certains membres du personnel ont également souhaité répondre aux questions en binôme, avec pour intention d'être plus précis et plus informatifs. Ces éléments ne nous ont cependant pas empêchées de recueillir des témoignages très intéressants, et apportant des détails parfois plus précis que lors des entretiens en individuel.

Une autre difficulté est apparue, cette fois plus liée à l'essence même de notre démarche : plusieurs professionnels nous ont avoué que, si d'un point de vue théorique, les apports de notre travail étaient très intéressants, il leur serait trop compliqué de mettre en application les conseils et les observations en pratique, du fait de la population accueillie.

Il s'agit donc d'un biais dans notre étude. En effet, les crèches ayant accepté de participer à notre mémoire, et ayant souhaité un retour de notre part, étaient très investies dans notre démarche et demandeuses d'un échange. Ces structures sont donc déjà dans une démarche de prévention, puisqu'elles acceptent d'accueillir des étudiantes en orthophonie, et également des stagiaires dans d'autres domaines. Nous avons contacté d'autres crèches en amont de nos entretiens, qui n'ont pas souhaité faire partie de notre étude. Ainsi, sur 8 crèches contactées en Ardèche, seules 3 ont répondu favorablement à notre demande. Nous pouvons donc nous demander comment sensibiliser des structures qui ne souhaitent pas l'être. Il s'agit d'un enjeu important de la démarche de prévention, qui nécessite une demande de la part des structures et une volonté d'échanger entre professionnels.

1.5. Discussion à propos des entretiens

1.5.1 La grille d'observation à destination des professionnels de la petite enfance

La grille d'observation remise aux professionnels de la crèche avant le début des entretiens n'a pas toujours été investie par les professionnels. Certains n'ont pas eu le temps de la remplir, d'autres n'étaient pas au courant de son existence.

Les personnes l'ayant remplie nous ont fait part de plusieurs remarques. Tout d'abord, elles étaient surprises qu'une seule grille soit utilisée pour observer un

enfant de quelques mois et un enfant plus âgé. Nous leur avons alors expliqué qu'il était normal qu'elles n'aient pas pu cocher tous les items, car certains étaient spécifiques à certains âges.

De plus, un item a posé problème à la plupart des professionnels qui ne savaient pas comment observer ce point, et ce à quoi il renvoyait : « Il suit le regard de l'adulte quand celui-ci regarde un objet ». Il est vrai que pour les professionnels ayant rempli seuls cette grille, il n'était pas possible d'observer l'enfant tout en regardant un autre objet.

Enfin, plusieurs personnes ont également choisi de cocher entre les fréquences, lorsqu'elles ne savaient pas définir le degré de celles-ci, et ce malgré le fait que nous avons choisi de proposer quatre occurrences pour qu'elles en choisissent une.

Cependant, la grille s'est tout de même révélée un très bon support pour nos entretiens, puisqu'elles permettaient de parler d'enfants que connaissaient bien les professionnels et donc d'échanger sur des situations concrètes vécues quotidiennement.

1.5.2 La réalité des questionnaires

Nous avons abordé précédemment la manière dont nous avons élaboré nos questionnaires, et les objectifs que nous nous étions fixés en posant ces questions. Cependant, lorsque nous avons commencé à mener nos entretiens, nous nous sommes rendu compte que certaines questions n'étaient pas adaptées dans l'échange, ou n'étaient pas pertinentes.

En ce qui concerne les questions non posées aux professionnels de la petite enfance, c'est surtout pour la redondance des informations recherchées que nous en avons volontairement écarté certaines :

- « Comment l'enfant vous fait-il comprendre qu'il veut (jouer avec vous, vous montrer quelque chose, un objet, une action)? » : les réponses étaient déjà apportées lorsque nous regardions ensemble la grille d'observation.
- « Si vous en avez le temps, quels moments préférez-vous pour échanger avec l'enfant ? » : les professionnels nous expliquaient souvent d'emblée la difficulté de passer du temps privilégié avec chaque enfant.

En ce qui concerne les parents, les questions non posées dépendaient de l'âge de l'enfant (quelques questions ne sont pas pertinentes pour des tout-petits, et d'autres

pour les grands), du degré de compréhension des parents et du ressenti général lors de l'entretien (certains parents étaient sur la réserve, d'autres non) :

- « Qu'est-ce que vous aimez bien faire avec lui ? » : cette question et la première « qu'est-ce qu'il aime bien ? » se rejoignent
- « Comment réagit-il quand il voit quelqu'un ? Et quand c'est vous ? » : cette question et la suivante « Est-ce qu'il va facilement vers les autres enfants, les adultes ? » nous semblaient redondantes
- Les trois questions sur l'expression verbale n'étaient posées qu'aux parents avec des enfants entre 18 et 36 mois
- « Est-ce qu'il cherche un objet dont vous lui parlez et qui est absent ? » : cette question nous semblait trop complexe à comprendre pour des parents parlant souvent peu le français

En revanche, les questions restantes étaient pertinentes, car elles entraînaient un échange riche et des témoignages intéressants.

1.5.3 Notre ressenti durant les entretiens

1.5.3.1 Les entretiens menés en crèche

Selon les crèches, les entretiens se sont déroulés différemment et nous avons eu des impressions diverses. Nous nous sommes rendu compte que cette différence était surtout imputable à la manière dont le projet avait été présenté aux différentes équipes. Ainsi, le contact lors des entretiens était plus aisé et l'entretien plus facile à mener lorsque nous nous sommes nous-mêmes présentées avant la mise en place du projet que lorsque cette présentation a été effectuée par la direction.

Chaque entretien s'est révélé intéressant, car les questions abordées par les professionnels étaient différentes selon leur vision du projet. Nous avons ainsi relevé des questions sur la démarche à suivre lorsque les équipes sont confrontées à un problème particulier avec un enfant, mais également des questions sur le but de notre travail, et la place de l'orthophoniste dans les crèches. Les échanges avec les professionnels ont donc permis d'aborder certaines situations, révélées par nos questions, selon différents points de vue et cela nous a permis de réfléchir à notre étude selon divers axes.

1.5.3.2 Les entretiens menés en PMI

En plus de nos difficultés liées à la culture des parents rencontrés, nous avons été confrontées à d'autres sentiments. Nous souhaitons, dans ces entretiens, être les plus neutres possibles, et ne pas apporter de jugements de valeur sur ce que nous rapportaient les parents, et ne pas leur laisser transparaître les points positifs ou négatifs de leur attitude avec l'enfant, afin qu'ils restent les plus objectifs possible.

Ainsi, nous nous sentions parfois démunies lorsque certains parents nous expliquaient leur quotidien avec l'enfant, notamment en ce qui concerne le grand nombre d'heures passées par leurs enfants devant la télévision.

Or, Delion (2006) explique que la télévision vient perturber les interactions entre le nourrisson et ses parents. De plus, certains d'entre eux nous ont expliqué lors des entretiens que, selon eux, l'enfant apprend à parler en écoutant la télévision et en répétant ce qu'il entend. Il n'y a pas d'interaction, pas de processus dynamique entre l'enfant et la télévision, contrairement à ce qui existe dans un échange entre parents et enfant. En effet, comme Delion le décrit, « l'histoire racontée «par la télé» laissera beaucoup moins de place à l'aspect créatif de l'enfant : la forme, le contenu, les décors sont imposés par le metteur en scène et l'enfant ne peut que recevoir la version qu'un autre a créée pour «son» télé-spectateur ». Avant l'âge de 3 ans, un enfant ne devrait donc pas regarder la télévision, du moins seul. Un accompagnement du visionnage par les parents « pourrait alors permettre une reprise dans un échange émotionnel et de paroles facilitant pour l'enfant l'intériorisation de ce qu'il vient de voir ».

Les modalités d'échange avec les parents ont également été différentes selon les PMI. En effet, un bureau ayant été mis à notre disposition dans certains centres, la mise en confiance et les confidences des parents étaient plus évidentes. Dans d'autres, les entretiens avaient lieu dans la salle d'attente, au milieu d'autres parents : les personnes interrogées semblaient donc moins à l'aise pour la discussion.

2 Mise en lien entre les résultats et la partie théorique

2.1. La réalité du terrain en crèche

Nos enquêtes sur le terrain ont été effectuées sur plusieurs journées, afin de pouvoir recueillir le plus de réponses possibles à nos questionnaires, et pour échanger autant que possible avec les professionnels de la petite enfance. Nous avons pu découvrir tout au long de ces entretiens le fonctionnement des crèches, et les difficultés exprimées par nos interlocuteurs.

2.1.1 Le manque de personnel

Plusieurs structures nous ont évoqué leur manque de personnel, ce qui a pour impact de les empêcher de proposer des activités d'éveil aussi souvent qu'elles le souhaiteraient. Les professionnels ont ainsi parfois l'impression de ne réaliser qu'un travail de garderie. Le travail d'accompagnement de l'enfant ou même des parents leur semble ainsi plus difficile à faire, les professionnels regrettant de ne pas pouvoir suivre de plus près un enfant et de ne pas avoir plus de temps pour discuter avec les parents. Ces équipes de plus en plus restreintes ont ainsi moins de capacités à proposer des activités nouvelles aux enfants.

De plus, toutes les observations que l'éducateur peut faire sur un enfant ou sur un groupe d'enfants sont ainsi moins précises, puisque celui-ci n'a pas ce temps important à consacrer à chacun. Or, cette observation détaillée du professionnel permet de repérer bien en amont si un enfant va bien ou non.

Enfin, entre les professionnels qui n'ont pas souhaité répondre à notre questionnaire, et l'effectif réduit dans les crèches, nous avons constitué un panel de réponses moins important que celui imaginé au départ.

2.1.2 Les rares possibilités d'être seul face à l'enfant

Du fait de cette réduction d'effectifs, les professionnels ont déploré le peu de temps passé seul à seul avec un enfant. Chez les bébés c'est plus simple, lors des changes ou des repas ils profitent de cet échange, de ce moment à deux. Mais chez les plus

grands, la situation duelle est très difficile à mettre en place, les activités de groupe étant privilégiées, et le temps de la journée est réglé et laisse peu de place à l'improvisation.

Les crèches sont en effet composées de plusieurs groupes d'enfants, répartis selon leur âge, et les professionnels de certaines crèches déclarent s'occuper plutôt d'un groupe d'enfants que d'un individu.

Malgré ce manque ressenti de moments en duo avec l'enfant, les professionnels arrivent à observer leur comportement dans le groupe, et restent très attentifs à chaque détail qui les interpelle. Leurs réponses à nos questions sur le comportement et la communication de l'enfant ont été pour la plupart très pointues et ont démontré que leur expérience professionnelle quotidienne leur permet de couvrir un large champ de compétences, malgré le manque de formations initiales dans certains domaines.

Ainsi, la directrice de l'une des crèches dans lesquelles nous sommes revenues après les entretiens nous a expliqué que des interventions comme la nôtre agissent comme une piqûre de rappel de choses qu'elles savent déjà, mais qu'elles aiment réentendre.

2.1.3 Formations pas toujours adaptées

Durant nos entretiens, nous avons demandé à chaque professionnel de la petite enfance les formations qu'il avait pu effectuer, si des formations sur la communication, et plus spécifiquement sur le langage, avaient déjà été proposées, et s'il avait été intéressé par ces formations. Une grande majorité nous a répondu n'avoir jamais eu de formation sur le développement du langage, alors que le sujet les intéressait. Les personnes interrogées nous ont indiqué que les formations portaient beaucoup plus sur le sommeil, sur l'alimentation ou sur le développement moteur plutôt que sur le développement de la communication.

Certains professionnels nous ont demandé en quoi consistait le travail d'une orthophoniste pour un enfant de moins de trois ans, et d'autres nous ont indiqué ne pas être inquiets de voir un enfant de deux ans et demi, voire trois ans, ne pas parler. Ces professionnels sont donc très attentifs au développement moteur de l'enfant, à leur sommeil, leur alimentation ou leur comportement général, mais ont beaucoup moins d'informations sur le développement du langage, et sont donc moins vigilants

sur certains troubles qui pourraient survenir, comme un retard de mise en place du langage par exemple.

2.1.4 Ce qui reste à faire auprès des crèches en regard de notre contexte théorique

Les structures d'accueil du jeune enfant sont donc, comme précédemment indiqué, très bien formées sur le développement psychomoteur de l'enfant.

En ce qui concerne le développement sensoriel de l'enfant, il est important que les professionnels de la petite enfance soient instruits sur la vue et l'audition du jeune enfant. Ces deux sens sont des pré-requis au langage de l'enfant, et s'ils dysfonctionnent, un trouble du langage oral pourra apparaître.

Certains enfant peuvent avoir également un trouble de l'attachement, c'est-à-dire qu'ils pourront avoir un comportement ambivalent avec une personne proche, maintenir une distance anormale avec celle-ci par exemple. Des formations sur l'attachement de l'enfant à la figure maternelle expliquent que s'il y a un trouble, celui-ci peut avoir un impact sur des composantes du langage. Cette conséquence sur le langage devrait être connue des professionnels de la petite enfance, puisqu'ils sont en relation directe et quotidienne avec les parents et leur enfant, et deviennent ainsi témoins du comportement réciproques de ces partenaires.

Au niveau de la communication du jeune enfant, les professionnels de la petite enfance nous ont indiqué avoir quelques informations lors de formations sur le développement général de l'enfant. Il serait important que ces formations soient plus spécifiques à la communication, notamment les aspects non verbaux de celle-ci, qui regroupe l'imitation de mimiques, l'attention conjointe, la compréhension et l'adaptation à son environnement, l'utilisation de gestes, et l'association pointage/regard/vocalisations.

Enfin, des formations sur le développement du langage de l'enfant seraient nécessaires, pour que les professionnels de la petite enfance puissent prévenir certains troubles du langage du jeune enfant. Ainsi, ils pourraient guider les parents vers les professionnels adaptés.

2.1.5 Manque d'informations sur les évaluations de la communication pouvant être réalisées par des professionnels de la petite enfance

Beaucoup de professionnels de la petite enfance nous ont indiqué ne pas pouvoir évaluer un trouble de la communication de façon objective, or certains tests peuvent être réalisés au sein de structures de la petite enfance par des professionnels de santé : puéricultrices ou auxiliaires puéricultrices. Par exemple, le protocole CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) de Baron-Cohen peut être appliqué par des soignants non spécialisés dans l'autisme, il permet de détecter des enfants entre 18 et 36 mois à risque et d'orienter ensuite vers un professionnel plus expérimenté. L'IFDC (l'Inventaire Français du Développement Communicatif), établi par Sophie Kern et Frédérique Gayraud, peut également être utilisé par les professionnels de la petite enfance, et permet de dépister les troubles de la communication de l'enfant de 6 à 16 mois.

Enfin, le Dialogoris 0/4 ans, établi par Paulette Antheunis, Françoise Ercolani-Bertrand et Stéphanie Roy, est un outil destiné aux professionnels de la petite enfance et permet de répondre à toutes ses interrogations concernant le développement de la communication et du langage de l'enfant.

L'utilisation de ces évaluations spécifiques en structures permettrait de prévenir certains troubles de la communication et impliquerait davantage le professionnel de la petite enfance dans l'observation du développement de la communication du jeune enfant.

2.2. Ce qui pourrait être fait auprès des parents

Nous nous sommes également rendues en PMI, comme expliqué auparavant, car nous voulions un contact direct avec les parents, et connaître la façon dont ils percevaient le développement de la communication et notamment du langage chez leur enfant. Malgré la barrière de la langue, ou la méfiance de certains parents, nous avons pu récolter un nombre important de témoignages.

Certains points importants ressortent de ces entretiens, notamment lorsque certains parents nous indiquent que leur enfant apprend à parler en regardant la télévision, ou qu'il apprend seul, à force de répétitions. Il nous paraît primordial que le développement de la communication du jeune enfant, ainsi que le développement de

son langage et les compétences générales de l'enfant soient mis en avant au sein de ces PMI, pour expliquer aux parents l'importance de leur rôle dans le développement du jeune enfant, dans sa découverte de la communication et du langage.

Certains parents nous ont confié se sentir démunis, ne pas savoir s'ils agissaient correctement. Il nous a semblé important que ces parents soient valorisés dans leurs compétences.

Le mémoire de J. Blot et P. Groleau, soutenu en juin 2010 à l'institut Gabriel Decroix de Lille, explique que les démarches de prévention auprès des parents échouent si elles n'utilisent pas un support affectif, afin qu'ils se sentent concernés. Elles ont ainsi utilisé des photographies des enfants de la crèche afin de sensibiliser les parents aux attitudes de communication de leur enfant. Une campagne de prévention plus globale, utilisant des affiches ou des prospectus, n'aurait pas le même impact qu'un message plus personnel, comme elles l'ont démontré.

2.3. Discussion autour de la demande d'intervention

Toutes les structures dans lesquelles nous avons pu intervenir et questionner des parents ou des professionnels de la petite enfance ont été très intéressées par notre démarche et notre sujet de mémoire. Elles ont toutes demandé à pouvoir lire le mémoire abouti, et deux crèches ont demandé une intervention plus spécifique sur le langage ainsi que sur les points importants qui auraient été soulevés pendant les entretiens individuels effectués pour leurs éducateurs. Cela a encore plus appuyé l'importance de ce partenariat, eux nous apportant leur expérience quotidienne, et nous pouvant faire le lien avec nos connaissances théoriques. Nous avons donc réuni toutes les réponses de nos questionnaires et entretiens de chacune des crèches que nous avons intégrées, dans le but de créer une intervention utile et complète.

Cette demande d'intervention nous est apparue comme un but final à notre mémoire, un réel échange entre notre théorie et leur expérience.

C'est donc ici que se situe la démarche de prévention, au moment où une demande est formulée, où la problématique d'un enfant particulier se pose, où l'équipe encadrante de la crèche est dans une dynamique de recherche de réponses.

Ce sont donc des crèches déjà sensibles aux problématiques de communication qui

sollicitent un partenariat avec les orthophonistes. Une question est donc intervenue dans notre réflexion : comment sensibiliser les équipes qui n'ont pas de demandes?

3 Ce que ce travail nous a apporté

Lorsque nous avons débuté ce mémoire, nous avions une idée précise de ce que nous cherchions, des réponses que l'on pensait obtenir et des retours que l'on pourrait y apporter.

Tout au long des entretiens, notre démarche a évolué, s'est enrichie des questions qui nous ont été posées, et nous ont aidées à préciser nos objectifs.

Au départ, nous voulions nous inscrire dans une action de prévention générale, avec la création d'un support que nous pourrions distribuer à un grand nombre de crèches. Cependant, nous avons vite compris que la prévention est efficace lorsqu'elle est personnalisée, lorsqu'elle intervient en réponse à une demande.

Ce travail a donc été riche pour nous car les échanges avec les intervenants de la petite enfance se sont faits sur le long terme, avec un dialogue constant et une adaptation nécessaire de nos interventions aux demandes spécifiques des équipes rencontrées.

Cette année a été riche professionnellement par cette meilleure compréhension de ce qu'est la prévention et les moyens à mettre en œuvre pour sensibiliser une population, mais également humainement. Nous avons rencontré des équipes motivées, désireuses d'adopter de nouvelles attitudes, de se conforter dans leur projet pour les enfants. Mais également des équipes ouvertes au dialogue mais se sentant démunies dans ce qu'elles pouvaient proposer aux enfants au quotidien.

Notre motivation s'est maintenue durant toute l'année malgré quelques difficultés parfois, parce que nous sentions que notre travail était utile, et aurait un impact sur les équipes rencontrées.

4 Ouverture vers une suite à donner

La démarche mise en place nous a incitées à connaître les points théoriques sur le développement de la communication du jeune enfant, et à les comparer à l'expérience de professionnels de la petite enfance et à celle des parents.

En ce qui concerne les parents rencontrés, il aurait fallu pouvoir les voir plusieurs fois, pour établir un climat de confiance, et pouvoir discuter en profondeur avec eux. Les échanges étaient plutôt concis, en raison de leurs rendez-vous prévus dans les PMI, et les parents restaient parfois interloqués quant aux questions posées.

De plus, certaines crèches nous ont demandé s'il était possible de leur fournir un document détaillant spécifiquement le développement de la communication qu'elles pourraient fournir aux parents demandeurs. Nous avons pu créer un document récapitulatif de l'intervention effectuée dans les crèches, à distribuer aux professionnels. Ces derniers pourraient le transmettre aux parents en demande, et s'en servir comme support d'échange autour de l'enfant.

Conclusion

Notre travail nous a permis de confirmer la réelle demande en terme de formations, d'informations et de partenariats en ce qui concerne le développement du langage de l'enfant. Ce constat de terrain est à mettre en relation avec la politique actuelle de prévention et de prise en charge précoce d'éventuels troubles de la communication.

En effet, toutes les structures rencontrées (crèches, PMI, MAM ...) se sont montrées intéressées par notre étude. Cependant, en ce qui concerne les crèches, avec lesquelles un partenariat a pu se développer, les projets d'établissement étaient spécifiques à certains domaines (certains axés sur le psychomoteur, d'autres sur le langage ...). Selon ces orientations, les attentes et questionnements des équipes au sujet de notre démarche différaient.

Nous avons pu noter que les parents fréquentant les centres de PMI avaient besoin de se sentir valorisés dans leur rôle dans le développement de leur enfant et dans leurs compétences parentales. Ils soulignent parfois le manque d'informations au sujet du développement de la communication de l'enfant.

La perspective offerte par ce travail nous a permis de nous interroger sur l'intégration de notions sur le développement langagier et les signes d'appel d'un trouble de la communication dans la formation initiale des professionnels de la petite enfance. De même, il apparaît que la place de l'orthophoniste dans un partenariat avec ces différents acteurs de la vie de l'enfant aurait un réel impact sur la prise en charge précoce des troubles de la communication.

Bibliographie

ADRIEN J-L., PERES-AL HALABY B., (2011). « *Un programme d'intervention individuelle centrée sur l'hétérorégulation de l'attention conjointe chez de jeunes enfants.* » A.N.A.E, n°115. 473-477

BIGOURET F., PLAZA M., (2011). « *L'usage des gestes conventionnels chez l'enfant dont le langage est absent ou réduit. A l'interface de la théorie et de la clinique.* » *Rééducation Orthophonique n° 246.* Paris : Fédération Nationale des Orthophonistes. 238-239

BILLARD C. (2004). *Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification. Encyclopédie Médico-Chirurgicale.* Editions Elsevier Masson, 1, 4

BRIGAUDIOT M., DANON-BOILEAU L. (2002). *La naissance du langage dans les deux premières années.* Paris : Presses Universitaires de France, 26,29

BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E. et al (2004). *Dictionnaire d'orthophonie. Deuxième édition.* Isbergues : Ortho Edition.

BRUNER J. (1983). *Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire.* Paris : Presses Universitaires de France.

BULLINGER A. (2013). *Le développement sensori moteur de l'enfant et ses avatars.* Editions Eres, Toulouse 2013, 24

BUTTERWORTH G., FRANCO F. (1996) « *Pointing and social awareness : declaring and requesting in the second year.* » *Journal of child language*, n°23, 307-337

CRUNELLE D. (2010). « *S'attacher pour mieux se détacher : l'impact des interactions précoces sur l'émergence du langage* » *Rééducation orthophonique n°244.* Paris : Fédération Nationale des Orthophonistes,13

DE BROCA A. (2012). *Le développement de l'enfant, Aspects neuro-psycho-sensoriels,* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 35

DELION P. (2004). « *Dépistage et prise en charge précoces des troubles autistiques de la petite enfance* ». Editions Elsevier Masson, 3

DELION P. (2006). *L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance : qu'en penser aujourd'hui ?*, Paris : éditions Fabert, 49

DENNI-KRICHEL N., KREMER J-M. (2010). *Prévenir les troubles du langage des enfants*. Editions J. Lyon

FLAJOLET A. (2008) « *Annexe 1 : La prévention : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales* », *Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

GEORGIEFF N., JERY S., LABRUYERE N., SOARES-BOUCAUD I. (2013). « *Dysphasies développementales ou troubles spécifiques du développement du langage* ». Editions Elsevier Masson, 9

GUEDENEY N. (2011). *L'attachement, un lien vital*. Paris : éditions Fabert, 32

JAKOBSON R. (1972). *Verbal Communication*. Scientific American, n°227. 72-78, 80

KONOPCZYNSKI G. (1991). *Le langage émergent : aspects vocaux et mélodiques*. Hambourg : Buske Verlag

KUCHUK A., VIBBERT M., BORNSTEIN M.H. (1986). « *The perception of smiling and its experiential correlates in three-month-old infants*. » Child development, n°57, 1054-1061

LEROY-COLLOMBEL M., MARTE K. (2010). « *Du gazouillis au premier mot : rôle des compétences préverbales dans l'accès au langage* » *Rééducation orthophonique n°244*. Paris : Fédération Nationale des Orthophonistes.

MATHIOT E. (2010). « *Ce que le pointage du jeune enfant nous dit du*

développement cognitif et langagier ». *Rééducation orthophonique n°244*. Paris : Fédération Nationale des Orthophonistes.

MELTZOFF. A. N., MOORE M. K. (1977). « *Imitation of facial and manual gestures by human neonates* ». *Science*, n°198. 75-78.

MORALES M. (2013). « *La théorie de l'attachement : éclairages et applications cliniques aux situations de placement familial.* », La Rochelle : dans le cadre d'une intervention organisée par l'ANPF, 2-15

SPITZ R. (1979). *De la naissance à la parole*. Paris, éditions Presses Universitaires de France

STERN D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : Presses Universitaires de France

SUAREZ M. (2011). « *Développement émotionnel du jeune enfant* » *Rééducation Orthophonique n° 246*. Paris : Fédération Nationale des Orthophonistes, 33

Evaluations consultées :

ANTHEUNIS P., ERCOLANI-BERTRAND F., ROY S. (2006). *Dialogoris*. Nancy : Com Médic

BARON-COHEN, S. et al. (2000). *The early identification of autism: the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)*. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93, 521-525

BAYLEY N. (2005). *Bayley scales of infant development (BSID)*. Troisième édition. San Antonio : Hartcourt Brace & Company

BRUNET O., LEZINE I. (2001). *BLR: Echelle de développement psychomoteur de la première enfance*. Paris : ECPA

COQUET F., ROUSTIT J., FERRAND P. (2010). *Evalo BB*. Isbergues : Ortho Edition.

GAYRAUD F., KERN S. *IFDC : Inventaire Français du Développement Communicatif*, Editions de La Cigale

GUIDETTI M., TOURRETTE C. (1993). *Echelle d'Evaluation de la Communication Sociale Précoce (ECSP)*. Paris : Editions et Applications Psychologiques

PRUTTING C. A., WETHERBY A. M. (1984). Liste des fonctions de communication.

Sites internet :

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf> : ce document décrit le rapport Flajolet sur la prévention. Consulté en février 2014.

<http://www.catedu.es/arasaac/> : pour l'élaboration de notre support écrit à destination des professionnels de la petite enfance. Consulté en mars 2014.

Liste des annexes

Liste des annexes :

Annexe n°1 : Grille d'observation à destination des crèches

Annexe n°2 : Exemple de grille remplie

Annexe n°3 : Trame d'entretien avec les professionnels de la petite enfance

Annexe n°4 : Exemple d'entretien avec les professionnels de la petite enfance

Annexe n°5 : Trame d'entretien semi-directif pour les parents

Annexe n°6 : Exemple d'entretien semi-directif avec les parents

Annexe n°7 : DVD « Les clés du langage »

Annexe n°8 : Livret à destination des professionnels de crèche