

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE
FACULTE DE MEDECINE
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
Tél : 03 20 62 76 18
departement-orthophonie@univ-lille.fr



 Université
de Lille

 **ufr35** faculté
de médecine

MEMOIRE

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

Morgane LE MOALIGOU

soutenu publiquement en juin 2023

**Prise en charge orthophonique des enfants confiés
à l'Aide Sociale à l'Enfance :
Création d'une plaquette d'informations à destination des
assistants familiaux**

MEMOIRE dirigé par :

Nathalie CORDONNIER, Assistante socio-éducative, Service Lebovici, CH Lens

Ingrid GIBARU, Orthophoniste, Service Lebovici, CH Lens

Remerciements :

Je tiens à remercier vivement et chaleureusement Madame Gibaru qui a été une directrice de mémoire et une maîtresse de stage formidable. Sa bienveillance, ses conseils, ses encouragements et son soutien m'ont grandement aidée tout au long de ce mémoire.

Je souhaite également remercier Madame Cordonnier qui a accepté de co-encadrer ce mémoire. Ses connaissances de l'Aide Sociale à l'Enfance m'ont guidée dans cet environnement qui m'était jusqu'à maintenant inconnu.

Je remercie également Madame Grard d'avoir accepté d'être lectrice de ce mémoire. Son expérience clinique couplée à son intérêt pour le sujet m'ont portée tout au long de ce projet.

Je remercie sincèrement tous les assistants familiaux pour le temps qu'ils ont pris pour répondre au questionnaire, pour l'accueil chaleureux qu'ils ont fait à ce projet et pour leurs encouragements.

Je souhaite remercier ma famille et plus particulièrement mes parents pour le temps passé à me relire, me conseiller et me proposer des idées !

Merci à mes copines orthos pour leur regard bienveillant et rempli d'encouragements pendant ces deux années de rédaction mais également pour ces cinq années de folie et tous ces moments passés ensemble !

Merci à mes copines non-orthos et plus particulièrement à Bérengère et Estelle de m'avoir écoutée parler pendant des heures de ce sujet qui me passionne !

Résumé

Le développement affectif joue un rôle très important dans le développement des habiletés langagières de l'enfant, c'est pourquoi on retrouve une plus grande prévalence des troubles du langage chez les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance que chez les enfants tout-venant. Les personnes accueillant ces enfants, les assistants familiaux, estiment ne pas avoir suffisamment d'informations sur le développement du langage ni sur la façon de soutenir cet apprentissage. Pourtant les assistants familiaux jouent un rôle central dans le dépistage précoce des difficultés de langage et dans le soutien du développement langagier des enfants qu'ils accueillent. Afin de répondre à ce besoin d'informations, nous avons créé une plaquette sur le développement du langage et ses troubles. L'objectif de ce mémoire était d'élaborer un outil fonctionnel. Dans cette optique, nous avons diffusé un questionnaire à destination des assistants familiaux. L'analyse des 150 réponses obtenues a permis l'élaboration d'une plaquette dans laquelle il est possible de trouver une frise chronologique synthétisant les grandes étapes du développement du langage oral ainsi que des pistes pour favoriser les interactions verbales avec l'enfant illustrées par des exemples concrets de la vie quotidienne. Une partie de la plaquette détaille les troubles pris en charge par l'orthophoniste ainsi que des conseils concernant la démarche pour effectuer un bilan auprès de ce professionnel.

Mots clefs : Orthophonie, Aide Sociale à l'Enfance, assistants familiaux, langage, prévention

Abstract

Emotional development plays a very important role in the development of a child's language skills, which is why there is a larger prevalence of language disorders in foster children than in general population. The people who take care of these children, the foster family, feel that they do not have enough knowledge about language development. Yet foster families play a central role in the early identification of language difficulties and in supporting the language development of the children they care for. In order to meet this need for information, we created a brochure on language development and disorders. The objective of this master's dissertation was to develop a functional tool. To this end, we distributed a survey to foster families. The analysis of the 150 answers obtained allowed the development of a brochure where it is possible to find a timeline summarizing the main stages of oral language development as well as advice to promote verbal interactions with the child on a daily basis. These tips are illustrated by concrete examples. A section of the booklet details the disorders treated by the speech therapist as well as advice on how to go about scheduling an appointment with this professional.

Keywords : Speech therapy, Child Welfare system, foster family, language, prevention

| | |
|--|----|
| Introduction | 1 |
| Contexte théorique, but et objectif | 2 |
| 1. Le développement du langage | 2 |
| 1.1. Données générales | 2 |
| 1.2. Le développement du versant réceptif..... | 3 |
| 1.3. Le développement du versant productif | 3 |
| 1.3.1. La période pré-linguistique..... | 3 |
| 1.3.2. Le développement du lexique..... | 3 |
| 1.3.3. Le développement de la morpho-syntaxe..... | 5 |
| 1.4. Signes d’alerte d’éventuelles difficultés de langage chez l’enfant..... | 6 |
| 2. Stratégies permettant de soutenir le développement du langage..... | 6 |
| 2.1. Les ingrédients actifs..... | 7 |
| 2.2. Le rôle des albums..... | 8 |
| 2.2.1. Définition de l’album | 8 |
| 2.2.2. Données générales | 8 |
| 2.2.3. Le rôle des albums sur le développement lexical..... | 9 |
| 2.2.4. Le rôle des albums sur le développement syntaxique | 9 |
| 2.2.5. Le rôle des albums dans l’appréhension et la gestion des émotions | 10 |
| 3. Le développement affectif de l’enfant..... | 10 |
| 3.1. Données générales | 10 |
| 3.2. Conséquences des troubles de l’attachement sur le développement cognitif et langagier | 11 |
| 4. La prise en soin orthophonique des enfants placés - états des lieux des professionnels | 12 |
| Objectif et but..... | 13 |
| Méthodologie..... | 14 |
| 1. Population..... | 14 |
| 2. Elaboration du questionnaire..... | 14 |
| 3. Diffusion du questionnaire | 15 |
| 4. Construction de la plaquette | 15 |
| 4.1. Structure générale..... | 15 |
| 4.2. Supports annexes | 16 |
| 4.2.1. Les QR codes..... | 16 |

| | |
|---|----|
| 4.2.2. Le padlet | 16 |
| 4.3. Eventuelles modifications de la plaquette | 16 |
| Résultats : | 17 |
| 1. Le métier d'orthophoniste..... | 17 |
| 1.1. Connaissances du métier d'orthophoniste | 17 |
| 2. La formation d'assistant familial | 18 |
| 2.1. Etat des lieux des connaissances des assistants familiaux sur le langage et son développement | 18 |
| 3. Le lien entre orthophoniste et assistant familial | 21 |
| 3.1. Estimation des troubles les plus fréquents chez les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.. | 21 |
| 3.2. Etat des lieux de la relation thérapeutique entre assistant familial et orthophoniste | 21 |
| 4. La plaquette d'informations..... | 22 |
| 4.1. Informations à insérer dans la plaquette | 22 |
| 4.2. Format de la plaquette | 23 |
| 4.3. Eventuelle formation des assistants familiaux sur le langage | 23 |
| 5. La plaquette d'informations | 24 |
| 5.1. Version papier | 24 |
| 5.2. Version numérique | 24 |
| 6. Diffusion de la plaquette d'informations et questionnaire de retour | 25 |
| Discussion..... | 25 |
| 1. Retour sur les résultats du questionnaire | 25 |
| 2. Construction du questionnaire | 26 |
| 2.1. Terminologie utilisée | 26 |
| 2.2. Sélection des modalités de réponse | 26 |
| 2.3. Sélection des réponses | 26 |
| 2.4. Interprétation des données | 27 |
| 3. Construction de la plaquette | 27 |
| 3.1. Terminologie utilisée | 27 |
| 3.2. Sélection des données..... | 27 |
| 3.3. Allure générale de la plaquette/lisibilité..... | 28 |
| 3.4. Format de la plaquette | 28 |
| 4. Amélioration de la plaquette..... | 29 |

| | |
|--|----|
| 4.1. Informations sur les moyens de communication gestuelle..... | 29 |
| 4.2. Informations sur les troubles alimentaires pédiatriques | 29 |
| 5. Perspectives pour la suite du travail | 29 |
| Conclusion..... | 30 |
| Bibliographie | 31 |
| Liste des annexes..... | 34 |

Introduction

Les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ont souvent vécu une petite enfance difficile marquée par des carences diverses notamment sur le plan affectif. Un enfant est en situation de carence affective lorsqu'il a manqué d'interactions avec ses parents, que ce soit en raison de leur absence, de séparations brutales et répétées, ou de leur incapacité à lui fournir les soins dont il a besoin. L'enfant risque de développer un retard cognitif, psychomoteur et des troubles du comportement (Charazas, 2014).

Le développement langagier est en interaction avec le développement affectif dès les premières heures de vie du bébé. Un enfant placé ayant subi des carences affectives précoces est à risque de présenter des difficultés ou des troubles du développement du langage. Une étude rapporte que 41,7% des enfants placés à l'âge de 3 ans présentent des troubles du langage (Sylvette & Merette, 2010). Chez les enfants tout-venant au même âge, cette prévalence se situe entre 2,27 et 7,6% (Law et al., 2000).

Ce mémoire s'inscrit dans le continuum de l'étude de Dhellemmes (2021) qui s'est intéressée à la prise en charge orthophonique des enfants en situation de carences affectives précoces et à ses spécificités. Suite à une enquête auprès des orthophonistes de France, elle rapporte différents freins à la mise en place du traitement notamment un manque de régularité dans le suivi, des arrêts brusques ainsi que des difficultés à établir des liens thérapeutiques avec les familles d'accueil. Pourtant, la Haute Autorité de Santé (HAS) mentionne, dans ses recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge des troubles du langage chez l'enfant, l'importance de la guidance parentale (HAS, 2006). Un lien thérapeutique stable et une relation de confiance entre l'assistant familial et l'orthophoniste permettraient la mise en place de cette forme de guidance. Cet accompagnement est indispensable pour l'efficacité de la prise en charge car il permet de conseiller et d'orienter le patient et son entourage.

L'objectif de ce mémoire est de créer une plaquette d'informations à destination des assistants familiaux. Notre but est de renforcer la relation entre l'orthophoniste et les assistants familiaux en leur fournissant des conseils et en mettant en avant le rôle central qu'ils occupent dans la prise en charge de l'enfant.

Afin de réaliser la plaquette la plus fonctionnelle possible, nous avons élaboré un questionnaire à destination des assistants familiaux pour cibler leurs besoins dans le domaine du développement langagier et de ses troubles. L'analyse des réponses couplée aux recherches bibliographiques nous a permis de créer une brochure d'informations où les professionnels de l'ASE pourront retrouver des renseignements sur :

- Le métier d'orthophoniste et les troubles entrant dans son champ de compétences
- Le développement langagier de l'enfant avec des âges repères importants et des signaux d'alerte d'éventuelles difficultés langagières
- Les conséquences des carences affectives précoces sur le développement du langage

- Des conseils pour optimiser les interactions langagières avec l'enfant.

La plaquette a ensuite été transmise aux assistants familiaux.

Dans le cadre de ce mémoire, nous proposerons, dans un premier temps, une synthèse des étapes du développement langagier en insistant sur le rôle fondamental des interactions adulte-enfant et sur son intrication avec le développement affectif. Puis, nous expliciterons les conséquences des carences affectives précoces sur le développement du langage. Dans un second temps, nous expliquerons la méthode utilisée pour l'élaboration du questionnaire et de la plaquette. Pour finir, nous procéderons à l'analyse des résultats puis à la discussion de ces derniers.

Contexte théorique, but et objectif

1. Le développement du langage

Nous présenterons dans cette partie les différents points de repères théoriques utilisés pour la construction de la frise chronologique proposée dans la plaquette ainsi que les signes d'alerte d'un éventuel retard dans ce développement linguistique.

1.1. Données générales

Le développement du langage chez l'enfant est un processus long et complexe. Il est possible de faire la distinction entre deux grandes périodes d'acquisition : la période pré-linguistique et la période linguistique. La période pré-linguistique commence dès la grossesse, aux alentours de cinq mois lorsque la cochlée, organe situé dans l'oreille interne permettant l'audition, devient fonctionnelle. L'enfant passera du stade pré-linguistique à linguistique lors de la production de son premier mot, généralement autour de douze mois.

Selon les théories socio-interactionnistes de Bruner et Vygotski, c'est grâce aux interactions sociales que l'enfant développe son langage. En effet, l'enfant et l'adulte se placent en situation d'échanges dyadiques qui sont les plus bénéfiques à l'appropriation du langage car ils permettent la construction des pré-requis à la communication (tours de parole, attention conjointe) mais également l'acquisition des structures langagières (Martel & Leroy-Collombel, 2010). Pendant ces échanges, l'adulte s'adapte spontanément au niveau de développement langagier de l'enfant en proposant des productions se situant dans la zone proximale de développement de son jeune interlocuteur (Vygotsky, 1934). Tout au long du développement langagier, la compréhension précède l'expression, la zone proximale de développement permet de proposer des structures que l'enfant est en mesure de comprendre mais qu'il n'est pas encore capable de produire (Sauvage, 2015).

1.2. Le développement du versant réceptif

Des études portant sur les capacités réceptives des nouveaux-nés montrent qu'ils sont sensibles à la prosodie de la langue parlée, accentuée par le « mamanais » (Plaza, 2014, p.102). Ce type de langage utilisé par l'adulte quand il s'adresse à l'enfant se caractérise par une modulation de la prosodie et de la voix ainsi qu'une accentuation des contours de la parole (Plaza, 2014).

Jusqu'à l'âge de six mois environ, l'enfant est capable de différencier des contrastes entre des sons de langues auxquelles il n'est pas exposé ni familier. Entre six et douze mois, le bébé perd cette habileté et se spécialise pour sa langue maternelle. De plus, pour apprendre à parler il est indispensable de couper la chaîne parlée en unités, à savoir les mots. L'âge de douze mois est un moment clé dans le développement du traitement des mots. Avant onze mois, l'enfant s'appuie sur les caractéristiques phonétiques saillantes des mots. D'après une étude de Werker et al. (1998), à huit mois, l'enfant est sensible aux très petites modifications phonétiques. En cas de modification d'un phonème (c'est-à-dire d'un son) au niveau d'un mot, l'enfant se détourne du stimulus. A partir de douze mois, l'enfant va progressivement ne plus traiter la chaîne parlée de manière purement phonologique mais commencer à établir des liens sémantiques entre le mot et l'objet dénommé (Peters, 1985).

1.3. Le développement du versant productif

1.3.1. La période pré-linguistique

Dès sa naissance, l'enfant vocalise, il crie et pleure. Pendant ses premières semaines de vie, ses cris et ses pleurs vont se diversifier en fonction de ses états (faim, douleurs, etc.). Ses parents interprètent ces différents cris; un premier système de communication se met ainsi en place. Puis pendant les trois premiers mois, on voit apparaître ses premières productions. Il s'agit d'expériences vocales car le bébé n'est pas encore capable de produire un large panel de syllabes. Autour de six mois, on observe un changement dans le type de productions chez l'enfant, avec l'apparition du babillage canonique, qui est caractérisé par des séquences de consonnes et de voyelles. L'enfant produit principalement des consonnes occlusives bi-labiales comme le /p/ ou le /m/ et des voyelles ouvertes ou mi-ouvertes comme le /a/. Ces productions varient assez peu d'un enfant à l'autre.

1.3.2. Le développement du lexique

Les premiers mots apparaissent entre la fin de la première année de vie de l'enfant et la première partie de sa deuxième année de vie. Cependant l'âge d'apparition des premiers mots peut varier d'un enfant à l'autre (Fayol & Kail, 2003). D'après des études menées par Nelson, entre dix et vingt mois, l'accroissement du lexique de l'enfant est assez lente puis accélère vers deux ans (Nelson, 1975a, 1975b). Généralement l'enfant dispose de cinquante mots dans son lexique actif à dix-huit mois. Ces mots ont généré un lien direct avec le contexte dans lequel évolue l'enfant à

l'instant où il les produit. Il peut s'agir de demandes, de dénominations, de termes sociaux (nom de nourriture, vêtements...). Parfois ces mots ont un usage dit « référentiel », c'est-à-dire qu'ils renvoient à une situation ou demande précise uniquement maîtrisée par l'entourage de l'enfant. Les productions orales de ces mots ne sont pas fixes et varient selon le contexte.

Ensuite vient l'explosion lexicale. Encore une fois, il n'y a pas de consensus dans la littérature scientifique quant à l'âge précis de cette explosion mais elle survient généralement entre dix-huit et vingt mois (Fayol & Kail, 2003). A ce stade, l'enfant est capable de produire quatre à dix nouveaux mots par jour. Ses capacités de compréhension lexicale sont également décuplées au cours de cette même période. Autour de ses deux ans, l'enfant passe donc d'un lexique actif de 50 mots à 300 mots en moyenne, avec une variabilité selon les enfants (certains auront un stock de 500 mots et d'autres 100).

A onze ans, l'enfant dispose d'un lexique d'environ 10 000 mots. A l'âge adulte, le lexique peut s'élever à 30 000 mots.

Pendant son développement, l'enfant va produire différents items lexicaux de nature différente. Dans le lexique précoce (avant les trois ans de l'enfant), on note une forte fréquence d'items sociaux ou de routines comme /allô/ /non/ /fini/. Les enfants les utilisent essentiellement pour leur dimension pragmatique sans avoir attribué à ces items leur dimension lexicale. Les observations issues de la littérature mettent en avant que l'arrivée des noms précède celle des verbes et des morphèmes grammaticaux. Au sein des noms, les prototypes et les noms d'objets sont les premiers à émerger.

La question de l'acquisition du sens des mots chez l'enfant est au coeur de nombreuses recherches scientifiques. Acquérir le sens des mots, c'est établir le lien entre le mot et son concept, l'enfant utilise différents procédés, nous nous arrêterons sur deux : le procédé de sous-extension et sur-extension ainsi que le phénomène des prototypes.

Le procédé de sous et de sur-extension, décrit dès le dix-neuvième siècle dans la littérature scientifique, consiste à utiliser un mot de façon trop restreinte (sous-extension) ou à l'inverse trop large (sur-extension). Par exemple, en cas de sous-extension, l'enfant associerait le mot /chat/ uniquement à un chat blanc parce que dans son quotidien, il côtoie un chat blanc et à l'inverse en cas de sur-extension tous les animaux à quatre pattes seraient appelés /chat/ par l'enfant. Ces procédés sont une étape normale du développement de l'enfant. Plus le stock lexical de l'enfant va s'enrichir, moins l'enfant aura recours à la sur-extension car il aura à sa disposition davantage de vocabulaire pour s'exprimer (Bernicot & Bert-Erboul, 2014).

Le procédé des prototypes renvoie à l'idée que l'enfant a en tête un représentant pour chaque catégorie sémantique, ce représentant est le prototype. Par exemple pour la catégorie sémantique des chiens, le prototype est souvent le labrador. Ensuite, en partant de ce prototype et en percevant les nuances, l'enfant peut développer ses catégories sémantiques.

1.3.3. Le développement de la morpho-syntaxe

Le développement morpho-syntaxique de l'enfant a un double enjeu : allonger les phrases tout en apprenant à ordonner les mots correctement. En effet, la langue française est une langue avec un système positionnel qu'il faut maîtriser pour se faire comprendre de ses pairs. A partir de l'âge de deux ans, l'enfant réalise des énoncés associant deux mots qui sont d'abord des noms dont l'un aura le rôle de verbe, par exemple /maman lait/ pour /maman je veux du lait/. Cette structure est universelle, une très grande majorité des enfants passeront par cette étape. Cette combinaison de mots permet de donner une valeur informative plus forte aux énoncés produits par l'enfant (Plaza, 2014). Puis autour de deux ans et demi, l'enfant commence à produire des phrases dont la structure ressemble à celle de sa langue maternelle. Dans ces phrases, on retrouvera un syntagme nominal et un syntagme verbal.

La construction du syntagme nominal se fait entre deux et six ans (Bernicot & Bert-Erboul, 2014). L'enfant produit en premier le « moi » entre deux ans et deux ans et demi puis entre deux ans et demi et trois ans, le « je » émerge. Une année plus tard apparaissent le « il », « elle », « nous » et « vous » ainsi que les adjectifs possessifs correspondants par exemple « sa ». C'est à quatre ans que l'enfant commence à faire les accords entre le déterminant et le nom au sein du syntagme nominal mais il faut attendre six ans pour que la maîtrise des articles soit correcte. On remarque que c'est également à six ans que l'enfant commence à produire les pronoms possessifs de première personne comme « le mien ».

L'acquisition du syntagme verbal se développe entre deux ans et demi et six ans. Au début, l'enfant utilise principalement l'auxiliaire être sous sa forme « est ». L'enfant maîtrise d'abord l'indicatif présent et c'est autour de quatre ans que le futur fait son apparition dans les productions de l'enfant. Il s'agit à ce moment là de futur dit « périphrastique », c'est-à-dire de structures sous la forme « aller + indicatif » (Bernicot & Bert-Erboul, 2014, p.73). L'imparfait et le conditionnel arrivent bien plus tard, entre cinq et six ans, comme le futur simple. Jusqu'à six ans, l'utilisation des verbes diffère entre l'adulte et l'enfant. L'enfant ne cherche pas à montrer une chronologie dans les actions, il cherche à transmettre l'idée d'action. Dans la structure /je mange et je fais du vélo/, l'enfant veut montrer qu'il a fait ces deux actions mais sans montrer qu'une action a été faite avant l'autre. C'est à partir de six ans que l'enfant commence à vouloir montrer l'ordre chronologique de ses actions.

Les propositions subordonnées, les propositions relatives et la voix passive sont considérées comme des structures complexes, aussi bien d'un point de vue réceptif que productif. Des études ont montré une apparition plus précoce des propositions relatives introduites par le pronom « qui » que des relatives commençant par « que » car celles-ci bousculant l'ordre des phrases sont plus difficiles à maîtriser. Par exemple, l'enfant va produire les énoncés du type /je regarde le chien qui aboie/ plus tôt que ceux ayant la forme /le chien que je regarde aboie/ (Bernicot & Bert-Erboul, 2014).

Dans le processus de développement du langage, il y a une variabilité selon les enfants, c'est-à-dire qu'ils ne feront pas tous les mêmes acquisitions au même moment. Afin de voir si le développement langagier d'un enfant correspond à la norme, il existe une liste de signes pouvant alerter d'une anomalie dans l'apprentissage du langage.

1.4. Signes d'alerte d'éventuelles difficultés de langage chez l'enfant

Selon une enquête (menée en 2016 et mise à jour en 2022) par le Ministère de la Santé et de la Prévention, environ 5% d'enfants d'une classe d'âge sont atteints d'un trouble du langage. Parmi ces enfants, 1% d'entre eux est porteur d'un trouble qualifié de sévère, c'est-à-dire que ce trouble va impacter ses apprentissages scolaires sur le long terme. Le dépistage de ces troubles représente un enjeu majeur afin de proposer la prise en charge la plus précoce et la plus adaptée aux enfants. La HAS a mis à disposition des professionnels de santé, du secteur médico-social mais également de la petite enfance un ensemble de ressources sur le développement du langage de l'enfant. Plusieurs guides sont disponibles, l'un d'eux donne des repères d'âge sur l'évolution du langage de l'enfant tels que « vers l'âge de douze mois, les enfants prononcent leur premier mot » ou « vers l'âge de deux ans, l'enfant commence à associer deux mots pour faire une phrase ». Un autre guide établit une liste des signes pouvant alerter d'éventuelles difficultés langagières comme par exemple « l'enfant ne réagit pas à la voix humaine » ou « à deux ans et six mois, l'enfant n'associe pas deux mots ». Ces guides ne ciblent pas uniquement les capacités de production de l'enfant, une partie est dédiée au niveau de compréhension de l'enfant selon son âge par exemple « entre dix-huit mois et deux ans, l'enfant comprend des ordres simples comme mange ton gâteau » ou « à trois ans, l'enfant est capable de comprendre le langage du quotidien ». Des signaux d'alerte sont également disponibles comme « à deux ans, l'enfant ne comprend pas le langage simple ». L'objectif est que les professionnels gravitant autour de l'enfant puissent repérer rapidement des difficultés dans le développement langagier de l'enfant et puissent l'orienter vers l'orthophoniste.

L'acquisition du langage est un processus long qui suit des étapes précises et qui s'effectue en interaction avec l'adulte. Certaines stratégies langagières permettent de soutenir ce développement.

2. Stratégies permettant de soutenir le développement du langage

Nous présenterons dans cette partie les stratégies validées par des études scientifiques et des outils permettant d'accompagner l'enfant dans sa conquête du langage. Ces éléments théoriques serviront de support à la partie de la plaquette consacrée aux interactions.

2.1. Les ingrédients actifs

Certaines attitudes ont été identifiées comme aidantes au développement du langage de l'enfant. Maillart et son équipe, suite à une étude auprès d'enfants présentant un trouble développemental du langage, ont établi une liste « d'ingrédients actifs » permettant de soutenir le développement des habiletés langagières (Maillart et al, 2014, p.2).

Parmi ces ingrédients, on retrouve :

- Le fait d'attirer l'attention de l'enfant : prévenir l'enfant quand il doit écouter. Il est conseillé de l'appeler par son prénom ou d'utiliser des formules comme « regarde ça » ou « écoute »
- Le ralentissement du débit de parole, c'est-à-dire parler plus lentement mais en restant naturel
- L'augmentation du nombre de pauses au sein des phrases
- La répétition : proposer plusieurs fois le même mot ou la même structure à l'enfant
- La reformulation : quand l'enfant produit une structure erronée, lui proposer la bonne formulation. Il est possible de lui demander de répéter ou non.
- Le fait de faire un retour à l'enfant : indiquer à l'enfant quand sa production est correcte, le féliciter et lui expliquer pourquoi
- Le travail en contexte : pour améliorer la compréhension du langage, il faut que l'enfant puisse établir le lien directement entre le mot et son référent
- Le fait de privilégier des activités appréciées de l'enfant (Maillart et al, 2014).

Ces ingrédients ne se restreignent pas uniquement au cas d'enfants présentant des difficultés ou des troubles du langage, ils sont également très efficaces pour accompagner le développement du langage chez l'enfant tout-venant.

Une étude menée auprès d'enfants âgés de zéro à trois ans a été menée dans une crèche au Liban. Dans cette étude, des éducatrices ont été formées par des orthophonistes à utiliser cinq stratégies d'étayage pour soutenir le développement du langage des enfants :

- La reformulation des productions de l'enfant quand elles sont erronées
- La répétition des productions de l'enfant
- La description de l'environnement autour de l'enfant (nommer les objets qui suscitent de l'intérêt)
- La verbalisation des actions de l'enfant par l'éducatrice
- L'allongement des productions de l'enfant : par exemple l'enfant dit « pain », l'éducatrice allonge et complète en disant « oui, tu as mangé du pain au goûter ».

Chaque ingrédient a été travaillé sur différentes sessions en respectant les activités habituelles de l'enfant et le rythme de la crèche. Après plusieurs semaines d'entraînement, les résultats montrent que l'entraînement spécifique a eu un effet bénéfique sur les productions langagières des enfants (Moitel Massarra et al., 2021).

Ces différentes stratégies ou ingrédients peuvent être utilisés dans tous les moments de vie de l'enfant tels que le bain, les repas, les jeux partagés. La lecture d'album constitue une situation intéressante pour mettre en place ces interactions verbales, d'autant qu'un album bien choisi est en lui-même un outil bénéfique au développement du langage oral et écrit.

2.2. Le rôle des albums

2.2.1. Définition de l'album

Par album, on entend un livre avec des illustrations et du texte qui se complètent et qui dialoguent. Un album raconte une histoire mettant en scène des personnages auxquels il est possible de s'identifier. Les albums s'adressent aux jeunes enfants, généralement non-lecteurs qui ont besoin de l'adulte pour accéder au message écrit, créant ainsi une relation triangulaire entre l'enfant, l'adulte, et le livre (Canut et al., 2018). De nombreux professionnels de la petite enfance citent la lecture d'album comme un des meilleurs soutiens au développement du langage de l'enfant (Lentin, 2009). En plus d'être un facteur favorisant le développement du langage oral, ces moments de lecture offrent à l'enfant et à son parent un moment privilégié de communication et de partage (Corallini & Dussourd-Deparis, 2019).

2.2.2. Données générales

Les enfants sont, pour la plupart, confrontés très jeunes à l'objet « livre ». Au début, le livre est uniquement une expérience sensorielle pour l'enfant : il le touche, tourne les pages, le met dans la bouche. Puis l'album devient un support important au développement du langage. Une étude a montré que les enfants issus de milieux défavorisés étaient souvent moins, voire pas, exposés aux livres (Cochran-Smith, 1986). Un bon niveau de langage oral étant indispensable pour les apprentissages scolaires, plusieurs dispositifs autour de la lecture d'albums ont été mis en place en France et à l'étranger auprès d'enfants issus de milieux défavorisés. Il est possible de citer le dispositif « Coup de pouce LANGAGE » mis en place en France entre 2003 et 2006 par l'association de Formation et de Recherche sur le Langage (AsFoReL). Des intervenants venaient lire des livres à des petits groupes d'enfants âgés de trois à cinq ans pendant plusieurs semaines. Les résultats sont probants, plus de la moitié des enfants ont progressé selon leurs instituteurs (Canut et al., 2018).

Il semble indispensable de présenter des albums aux enfants et cela dès leur plus jeune âge. La lecture d'albums permet d'enrichir le lexique de l'enfant mais également de le confronter à des structures syntaxiques qu'il ne connaît pas et qu'il n'est pas encore capable de produire (Thollon-Behar & Ignacchiti, 2019).

2.2.3. Le rôle des albums sur le développement lexical

De la même manière que l'enfant apprend des mots nouveaux lors des interactions avec son environnement, il enrichit également son vocabulaire en lisant avec l'adulte. En effet, les albums fonctionnent généralement par thème et à chaque nouvelle lecture l'enfant pénètre dans un univers. D'une part, ces lectures lui permettent de renforcer le vocabulaire qu'il maîtrise déjà mais également d'apprendre de nouveaux mots. Grâce aux illustrations, l'enfant peut créer immédiatement le lien entre le mot et son référent, ce qui est indispensable à la compréhension puis l'apprentissage de mots nouveaux (Corallini & Dussourd-Deparis, 2019).

De plus, les albums ont généralement une structure répétitive, c'est-à-dire que le vocabulaire est répété plusieurs fois. La répétition étant un facteur indispensable à l'acquisition du langage. Elle lui permet, dans un premier temps de mémoriser le mot, puis dans un second temps de l'utiliser dans ses productions orales. Il ne faut pas oublier que l'enfant apprécie la répétition, cela lui fournit un cadre rassurant. Ainsi, si l'enfant a apprécié un album, il voudra généralement le relire plusieurs fois. Cette envie de répétition est très bénéfique pour le développement de son langage, comme l'enfant connaît le livre et l'histoire il peut anticiper et donc produire quelques mots voire anticiper certains passages. L'enfant n'est plus passif lors de ces moments de lecture mais il devient actif ce qui représente un des meilleurs facteurs d'apprentissage du langage (Lentin, 2009).

2.2.4. Le rôle des albums sur le développement syntaxique

La lecture d'albums est également très bénéfique au développement morpho-syntaxique et syntaxique de l'enfant.

Les albums sont la première rencontre de l'enfant avec la langue écrite. Le jeune enfant est bercé au quotidien par du langage oral lors de ses échanges avec ses proches, ce langage oral est plus simple tant au niveau du vocabulaire, que de la syntaxe utilisée (conjugaison, structure des phrases). La lecture d'albums plonge l'enfant dans une autre dimension de la langue avec du vocabulaire et des structures syntaxiques plus complexes qui lui sont généralement inconnus (Corallini & Dussourd-Deparis, 2019).

De plus, comme pour le vocabulaire, la structure répétitive des albums va permettre à l'enfant de comprendre puis de s'approprier les structures syntaxiques de la langue française. Certains albums ciblent une structure syntaxique précise (par exemple, la négation, les propositions subordonnées relatives) et la répètent tout au long de l'histoire ce qui permet à l'enfant, dans un premier temps, de la comprendre puis de commencer à la produire. Les corrections ainsi que les étayages de l'adulte permettront à l'enfant d'affiner ses productions.

En plus d'être un soutien au développement du langage oral, les albums sont un moyen d'aider les enfants à appréhender, comprendre et gérer leurs émotions.

2.2.5. Le rôle des albums dans l'appréhension et la gestion des émotions

L'enfant perçoit des émotions dès son plus jeune âge. Elles s'affinent et se multiplient au fur et à mesure que l'enfant grandit. Certains événements (décès, entrée à l'école, naissance, etc.) peuvent générer des réactions émotionnelles que l'enfant a du mal à comprendre et donc à gérer. Les albums sont un très bon outil pour aider l'enfant à découvrir les émotions qui le traversent. En effet, avec les albums l'enfant va être confronté à des situations connues, à des situations inconnues pour le moment mais qui pourraient arriver ou parfois à un monde complètement imaginaire. L'enfant va s'identifier aux personnages et reconnaître des émotions qu'il a déjà ressenties (Corallini & Dussourd-Deparis, 2019). Parfois la lecture d'un album va renvoyer l'enfant à une situation qu'il n'a pas connue, il ne sera donc pas en mesure de reconnaître ses propres émotions, mais il pourra ressentir et comprendre celles d'autrui, c'est le début de l'empathie (Kumschick et al., 2014). Plusieurs études menées auprès d'enfants et d'adolescents ont mis en avant que la lecture d'albums avait un impact sur la capacité à identifier ses émotions et à comprendre celles des autres (Van der Kleij et al., 2022).

Le développement langagier de l'enfant est un processus neuro-biologique complexe conditionné par les interactions de l'enfant avec son environnement. Certaines stratégies et outils sont un soutien pour le développement langagier. Cependant, il est important de souligner que le développement du langage ne dépend pas uniquement de la qualité et de la quantité des interactions qu'a l'enfant avec son environnement, celui-ci dépend également du développement affectif de l'enfant.

3. Le développement affectif de l'enfant

Nous étudierons dans cette partie le développement affectif de l'enfant et ses liens étroits avec le développement du langage.

3.1. Données générales

Dès ses premières semaines de vie, le bébé ressent des émotions. Elles sont peu nombreuses au début, le bébé oscille entre apaisement et détresse, puis le développement affectif et la maturation cérébrale permettent à l'enfant de percevoir des différences entre les émotions vécues et de les catégoriser. Le développement affectif ne suit pas un développement linéaire, la littérature scientifique parle maintenant de spirale mettant en interaction des facteurs biologiques, cognitifs et environnementaux.

L'attachement a été ciblé comme un besoin primaire pour le développement de l'enfant, au même titre que boire, manger ou dormir. Lorsque l'on parle d'attachement, on parle en réalité de lien d'attachement, c'est-à-dire le lien émotif que l'enfant crée avec une personne de référence. Ce lien n'est pas inné et se construit au fur et à mesure du développement de l'enfant. Pendant ses deux

premiers mois de vie, l'enfant n'a pas encore choisi sa personne de référence. Le bébé a besoin de soins, il est davantage centré sur les réponses à ses besoins que sur la personne qui les lui procure. Cependant, pendant cette période l'enfant est capable de cibler la personne qui répond le plus souvent à ses sollicitations. Autour de deux mois, le sourire social apparaît, l'enfant est capable de répondre à l'adulte, qu'il soit familier ou non, par un sourire. Cette phase dure jusqu'à sept mois, âge à partir duquel l'enfant est angoissé face à un visage étranger même si sa figure de référence est présente dans la pièce, c'est le début du processus d'attachement (Storélu & Lebovici, 2004). Cette étape concorde avec le développement des capacités langagières et motrices de l'enfant. En effet, l'enfant peut solliciter sa figure d'attachement en l'interpellant, en babillant mais également en rampant ou en marchant vers elle. L'adulte n'est plus le seul acteur dans la régulation de la relation, l'enfant peut désormais initier, investir ou désinvestir un échange.

La notion de figure d'attachement est souvent associée à la mère mais ce n'est pas toujours elle. Il s'agit d'une personne dans l'entourage de l'enfant qui le console, le rassure, le nourrit, répond à ses besoins de manière adaptée. Si le lien est stable et s'installe dans la durée, l'enfant aura un sentiment de sécurité fort, on parlera alors d'attachement sécurisé (Bowlby, 1969, 1973).

Ce lien d'attachement sera un modèle pour les relations que l'enfant construira dans le futur. De ce fait, une absence de lien d'attachement pendant une longue période ou une rupture brutale, est très difficilement rattrapable, et pourra entraîner une baisse du sentiment de sécurité, de la confiance en soi et aussi des troubles de l'attachement pouvant aller jusqu'au détachement (Bonneville-Baruchel, 2018).

Les troubles de l'attachement peuvent engendrer de nombreuses conséquences sur le développement de l'enfant et notamment au niveau du développement linguistique.

3.2. Conséquences des troubles de l'attachement sur le développement cognitif et langagier

Le langage oral se développe en interaction avec l'entourage, l'enfant ayant souffert de carences affectives précoces n'aura probablement pas bénéficié des stimuli suffisants à la construction de son langage. Il faut également noter que le développement affectif sera altéré car les aspects affectifs et langagiers sont très fortement intriqués (Soulé et al., 2004). Des études en épigénétique ont montré le lien entre séparation précoce du jeune enfant avec sa figure d'attachement et perturbations du fonctionnement de la région hippocampique qui est le siège des émotions chez l'homme. Les chercheurs ont mis en évidence que si cette zone est soumise à un stress intense et précoce, comme l'abandon, il y avait des modifications de l'expression des gènes de cette région provoquant des troubles de l'anxiété et de l'humeur mais également de la cognition (Ladha et al., 2012).

Le développement du langage est fréquemment intégré dans la notion de développement cognitif qui englobe également les capacités mnésiques, attentionnelles et de raisonnement. L'apport des neuro-sciences a permis de quitter la vision très régionale qu'on avait du fonctionnement cérébral. Maintenant, il est admis que le cerveau fonctionne en réseau et de manière

inter-connectée entre les différentes régions. C'est grâce à la création de ces réseaux que l'enfant développe ses compétences cognitives et donc langagières (Miri, 2021). Or, des recherches en neuro-imagerie fonctionnelle auprès d'enfants ayant souffert de carences affectives précoces ont montré que certains réseaux neuronaux étaient inexistantes et que certaines zones cérébrales étaient atrophiées par rapport au cerveau d'enfants tout-venant (Bonneville-Baruchel, 2018).

Actuellement, la littérature accorde une grande place à l'affectif dans le développement du langage et plus particulièrement dans la volonté de prendre la parole. Pour développer son langage, il semble évident que l'enfant doit parler. Mais certains enfants ne ressentent pas cette appétence et de ce fait n'initient pas ou peu l'échange. Les auteurs ont identifié différentes raisons dont la négligence et les carences affectives précoces.

Une étude menée par Castellani et al. (2015) a proposé à des enfants placés et à des enfants tout-venant le test de Brunet-Lézine révisé (2001). Les résultats ont mis en avant que les enfants placés avaient obtenu des scores significativement plus bas que les enfants tout-venant aux subtests langage et sociabilité. En 2014, Hollo et son équipe ont mis en avant qu'environ 80% des enfants présentant un trouble du comportement rencontraient également des difficultés de langage. D'après cette étude, les difficultés langagières des enfants étaient généralement sous-évaluées voire non diagnostiquées (Hollo et al., 2014).

Les enfants qui ont vécu des carences affectives précoces sont plus susceptibles de rencontrer des difficultés dans leur développement langagier et d'avoir besoin de consulter un orthophoniste.

4. La prise en soin orthophonique des enfants placés - états des lieux des professionnels

Dhellemmes (2021) a réalisé une enquête auprès de 55 orthophonistes suivant ou ayant suivi des enfants placés pour des difficultés de langage oral. Il en ressort que la quasi-totalité des orthophonistes interrogés adaptent le contenu et le cadre de leur séance pour différentes raisons.

Tout d'abord, les enfants ayant subi des carences affectives mettent plus de temps à créer un lien de confiance et à s'investir dans la relation avec leur thérapeute. Ainsi, avant d'entamer le travail langagier, il y a un travail relationnel de mise en confiance à effectuer. Au niveau de la rééducation orthophonique de ces enfants, les orthophonistes soulignent l'importance du travail autour de la pragmatique, de la temporalité, de la compréhension et de l'expression des émotions, en plus de la prise en charge des difficultés et troubles du langage.

Les orthophonistes rapportent être confrontés à des particularités comportementales avec ces enfants comme de l'auto ou hétéroagressivité, de l'intolérance à la frustration ou encore des difficultés de séparation. Ces particularités conduisent les orthophonistes à mettre en place un rituel ou un cadre rassurant permettant le bon déroulement de la séance. Ce travail de construction

relationnelle du début de prise en charge couplé aux adaptations du contenu des séances peuvent entraîner un allongement de la durée de la rééducation par rapport à la durée de prise en charge d'un enfant tout-venant.

Dans son étude, Dhellemmes (2021) s'est également intéressée aux freins rencontrés par les orthophonistes. Le manque de régularité dans le suivi est fréquemment mentionné. Différentes explications à ce problème sont évoquées : difficultés à trouver un horaire fixe dans la semaine et à le respecter, changement de famille d'accueil ou de foyer, visites médiatisées, retour de l'enfant dans sa famille biologique. Ces obstacles extérieurs peuvent dans certains cas conduire à l'arrêt du suivi. Certains orthophonistes évoquent que le manque de régularité est lié à un manque de motivation des éducateurs ou des assistants familiaux.

Un autre obstacle est souligné, il s'agit du manque d'informations autour de l'enfant, aussi bien des données médicales que socio-environnementales relatives à sa toute petite enfance. Les orthophonistes interrogés souhaiteraient réussir à mettre en place une meilleure coordination entre les différents partenaires gravitant autour de l'enfant et particulièrement les assistants familiaux (quand l'enfant est placé dans une famille d'accueil) ou les éducateurs spécialisés (quand l'enfant est placé dans une pouponnière, un foyer ou une Maison d'Enfance à Caractère Social). Créer un lien plus solide permettrait une meilleure cohérence dans la rééducation. Certains orthophonistes jugent même qu'il serait plus important d'avoir un lien fort avec l'assistant familial qu'avec le parent biologique de l'enfant. En effet, l'assistant familial est présent dans la vie quotidienne de l'enfant et est donc plus susceptible de reprendre le travail des séances au domicile.

Objectif et but

Lors de mes stages, j'ai pu rencontrer de nombreux enfants présentant des difficultés de langage et étant en situation de carences affectives précoces. Les orthophonistes exerçant auprès de ces enfants rapportent qu'il est très important d'établir une alliance thérapeutique forte avec l'assistant familial. L'objectif de ce mémoire est de créer une plaquette d'informations sur le développement du langage et ses troubles chez l'enfant à destination des assistants familiaux. Cette plaquette proposera une synthèse des étapes du développement langagier de l'enfant et expliquera le lien entre le langage et les carences affectives précoces. La plaquette insistera sur l'importance des interactions langagières dans le développement langagier de l'enfant. Elle pourra également fournir quelques repères d'âge ainsi que des conseils de guidance. Le but de cette plaquette est d'être un outil fonctionnel pour l'assistant familial, de l'aider à comprendre et saisir le rôle central qu'il occupe dans le développement langagier de l'enfant.

Méthodologie

1. Population

Afin de construire la plaquette la plus fonctionnelle possible, un questionnaire a été adressé aux assistants familiaux.

Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, l'assistant familial est une personne qui accueille à son domicile en échange d'une rémunération des jeunes en situation difficile. L'assistant familial est dans l'obligation d'avoir suivi une formation de 240 heures pour accueillir un ou plusieurs enfants et il ne détient pas l'autorité parentale, c'est-à-dire que l'assistant familial devra demander aux parents de l'enfant leur accord avant de prendre une décision concernant le jeune qu'il accueille par exemple faire un vaccin ou une demande de bilan orthophonique. Lors de la formation permettant à l'assistant familial d'obtenir le Diplôme d'Etat d'Assistant Familial (D.E.A.F), ce dernier suivra trois modules de cours : le premier porte sur l'accueil et l'intégration de l'enfant dans sa famille d'accueil, le second sur l'accompagnement éducatif de l'enfant et le dernier sur la communication professionnelle. Ensuite, l'assistant familial aura la possibilité d'accéder à des modules de formation continue tout au long de sa carrière. Les personnes détenant un diplôme d'éducateur spécialisé, d'éducateurs de jeunes enfants ou de puériculture sont dispensés de suivre la formation (Le site officiel de l'administration française, service-public.fr, 2022).

2. Elaboration du questionnaire

Pour la construction du questionnaire, nous avons, dans un premier temps, consulté les ressources disponibles dans la littérature scientifique concernant :

- Le développement du langage de l'enfant tout-venant
- Le développement affectif et les carences
- Les conséquences des carences affectives sur le développement langagier.

Nous avons confronté ces données issues de la littérature au contenu que recevaient les assistants familiaux pendant leur formation. Cette comparaison a mis en avant que les assistants familiaux recevaient peu d'informations sur le développement langagier et qu'il serait donc primordial de cibler nos questions dans ce domaine pour mieux connaître leurs besoins.

Nous avons construit un questionnaire divisé en cinq sous-parties :

- Le métier d'orthophoniste
- La formation d'assistant familial
- Le lien entre orthophoniste et assistant familial
- Les informations attendues pour la plaquette d'informations
- Les informations personnelles non-identifiantes : âge, diplôme, durée d'exercice.

Le questionnaire était composé de 21 questions prenant la forme de Questions à Choix Multiples (QCM) et de questions où la modalité de réponse était une échelle graduée allant de 1 à 10. Cette forme de réponse permettait aux assistants familiaux de s'auto-évaluer dans un domaine, par exemple estimer leur niveau de connaissances sur le développement du langage. Dans certains cas, nous avons laissé des espaces libres d'expression afin que les assistants familiaux puissent compléter ou nuancer leur réponse. Le questionnaire est disponible en annexe de ce mémoire (cf. Annexe 2).

Les participants sont non-identifiables, c'est-à-dire que les réponses au questionnaire sont anonymes, nous avons donc pris contact avec le délégué du comité de protection des données (DPO) qui fait le lien avec la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés (CNIL) pour la validation du questionnaire. La plateforme LimeSurvey a été utilisée pour transmettre le questionnaire, une fois celui-ci créé et validé. Le questionnaire porte le numéro d'identification 349353 et le récépissé de l'attestation de déclaration est disponible en annexe (cf. Annexe 1).

3. Diffusion du questionnaire

Une fois terminé, le questionnaire a été transmis aux assistants familiaux du Conseil Départemental du Pas-de-Calais grâce à la plateforme LimeSurvey afin de faciliter le retour des réponses et ainsi d'obtenir le plus de réponses possibles. Nous avons également donné quelques questionnaires au format papier afin de toucher un public plus large. En parallèle, nous avons diffusé le questionnaire sur les réseaux sociaux, notamment sur les groupes Facebook dédiés au métier d'assistant familial afin de récolter un maximum de réponses.

4. Construction de la plaquette

4.1. Structure générale

Pour la construction de la plaquette, nous avons consulté les ressources bibliographiques et analysé les réponses au questionnaire afin d'être au plus proche des attentes des professionnels. La plaquette a pour objectif d'être un outil simple et précis composé de trois parties : la première partie dresse la liste des troubles pris en charge par l'orthophoniste. La seconde partie détaille les principales étapes du développement du langage chez l'enfant tout-venant ainsi que les impacts des carences affectives sur ce développement. Les assistants familiaux auront à leur disposition des repères d'âge ainsi que des signes d'alerte. La dernière partie de la plaquette proposera quelques conseils de prévention et de guidance en lien avec les troubles du langage. Nous avons opté pour cette structure et ce contenu pour répondre au mieux aux demandes et interrogations soulevées par les assistants familiaux dans le questionnaire.

4.2. Supports annexes

Le format de la plaquette ne nous permettait pas de transmettre toutes les informations que nous souhaitions donner aux assistants familiaux, il nous a donc fallu trouver un moyen de compléter la plaquette.

Nous avons fait le choix d'utiliser deux supports : le quick response code (QR codes) qui renvoie à une page internet et un padlet.

4.2.1. Les QR codes

Nous avons utilisé les QR code à deux reprises : une fois pour préciser les troubles pris en charge par l'orthophoniste puis une seconde fois pour donner davantage d'exemples permettant de favoriser les interactions langagières au quotidien avec l'enfant.

Les QR codes sont insérés dans la plaquette et en-dessous nous avons indiqué qu'il est possible de les flasher pour accéder à plus d'informations dans un domaine.

Par exemple, dans le cas des conseils pour optimiser les interactions, nous avons mis quelques suggestions sur la plaquette comme « attirer l'attention de l'enfant en l'appelant », « se mettre à sa hauteur » et « parler plus lentement ». Puis nous avons inséré le QR code en indiquant aux assistants familiaux que d'autres informations étaient disponibles. S'ils flashent le QR code, les assistants familiaux ont accès à deux feuilles donnant des conseils pour optimiser les interactions.

Ces conseils sont toujours illustrés d'un exemple concret inspiré de la vie quotidienne.

4.2.2. Le padlet

Padlet® est un outil qui permet de créer des tableaux en ligne, ces tableaux prennent la forme de carte mentale.

Dans la partie de la plaquette dédiée à l'optimisation des interactions, nous avons évoqué l'impact de la lecture d'albums sur le développement du langage. C'est pourquoi, il nous a semblé intéressant de proposer des références d'albums sélectionnées pour leur lien avec l'expression des émotions ou parce qu'ils évoquent des sujets sensibles (naissance d'un frère ou d'une soeur, décès, entrée à l'école). Il s'agit de proposer des supports pour aborder et parler des émotions mais également de mettre des mots sur des moments marquants dans la vie d'un enfant.

Les assistants familiaux ont accès à ce Padlet® à l'aide d'un lien intégré dans la plaquette.

4.3. Eventuelles modifications de la plaquette

Une fois la plaquette créée, nous l'avons transmise à quelques assistants familiaux. La plaquette était accompagnée d'un questionnaire rapide afin que les assistants familiaux puissent donner leur avis sur l'outil (contenu et allure générale), ils avaient également la possibilité de faire des suggestions d'améliorations. Ce questionnaire est disponible en annexe (cf. Annexe 3).

Résultats :

Nous avons collecté 199 réponses au questionnaire dont 150 sont complètes. L'analyse quantitative des résultats s'appuie sur les réponses complètes.

Pour une meilleure lisibilité, les réponses sont exprimées en pourcentage. Dans certains cas, nous donnerons le décompte des réponses et sa correspondance en pourcentage. A titre informatif, dans le questionnaire et dans l'analyse des réponses, tous les termes employés sont entendus de manière générique, sans distinction particulière en termes de genre.

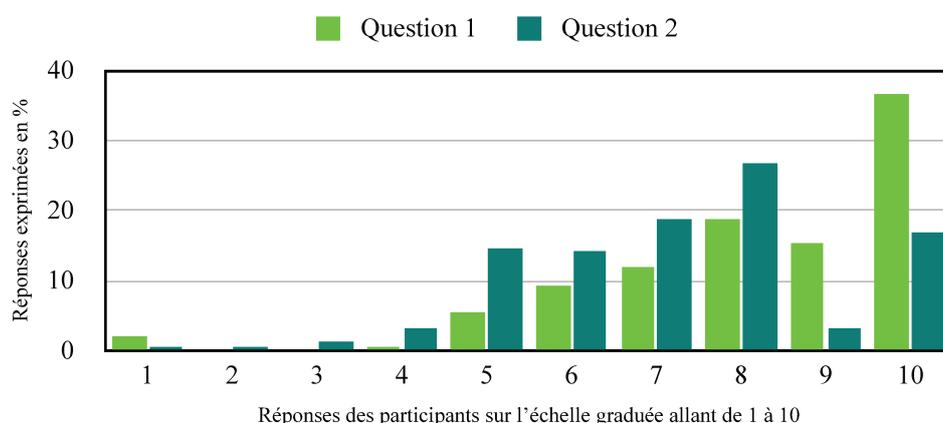
L'âge moyen des assistants familiaux ayant participé à l'étude est de 51 ans, 93 détiennent le Diplôme D'Etat d'Assistant Familial (62%), 26 d'entre eux ne sont pas titulaires du D.E.A.F (17%) et 31 répondants sont en cours de formation (21%).

1. Le métier d'orthophoniste

1.1. Connaissances du métier d'orthophoniste

Aux questions « connaissez-vous le métier d'orthophoniste ? » (Question 1) et « savez-vous quels troubles sont pris en charge par l'orthophoniste ? » (Question 2), nous avons pu synthétiser les réponses des assistants familiaux dans le graphique suivant. La modalité de réponse était sous forme d'échelle graduée allant de 1 à 10 (1 = je ne connais pas, 10 = j'ai suffisamment d'informations à ma disposition).

Les réponses à ces questions (synthétisées dans le graphique 1) nous permettent de conclure que les assistants familiaux connaissent le métier d'orthophoniste. Plus de la moitié des participants ont donné des réponses supérieures à 5. Concernant les troubles pris en charge par l'orthophoniste (question 2), les assistants familiaux semblent globalement les connaître, la majorité des répondants ont donné des réponses entre 6 et 8.



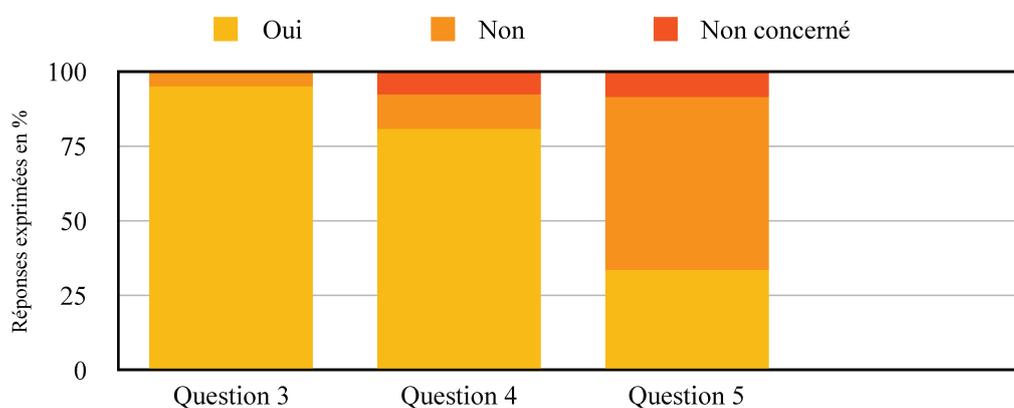
Graphique 1. Connaissances du métier et des troubles pris en charge par l'orthophoniste

1.2. Interactions avec l'orthophoniste de l'enfant accueilli :

Le graphique 2 traduit les réponses aux questions suivantes :

- Dans le cadre de votre travail, avez-vous déjà été en contact avec un orthophoniste ? (Question 3)
- Avez-vous pu entrer facilement en contact avec l'orthophoniste de l'enfant ? (Question 4)
- Aviez-vous eu des informations concernant une éventuelle prise en charge orthophonique avant le placement de l'enfant à votre domicile ? (Question 5)

On peut observer que plus de 90% des assistants familiaux interrogés (143 assistants familiaux sur les 150 participants) ont été en contact avec un orthophoniste dans le cadre de leur travail et que plus de 75% d'entre eux affirment ne pas avoir eu de difficultés à entrer en contact avec l'orthophoniste prenant en charge l'enfant accueilli à leur domicile. Moins de 30% des assistants familiaux interrogés avaient à leur disposition des informations concernant un précédent suivi orthophonique.



Graphique 2. Interactions orthophoniste-assistant familial

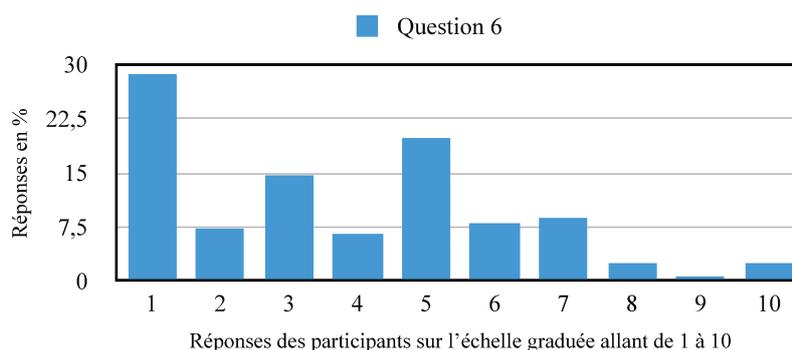
2. La formation d'assistant familial

2.1. Etat des lieux des connaissances des assistants familiaux sur le langage et son développement

Les questions suivantes avaient pour objectif de faire un état des lieux des connaissances des assistants familiaux sur le langage et son développement. Pour les questions 6, 7 et 8, les assistants familiaux étaient invités à répondre sur une échelle graduée allant de 1 à 10 (1 = non, je n'ai pas eu ces informations/suffisamment d'informations, 10 = oui, j'ai eu suffisamment d'information sur ce sujet). Toutes les réponses sont exprimées en pourcentage.

Les réponses à la question « Estimez-vous avoir reçu suffisamment d'informations sur le développement du langage pendant votre formation d'assistant familial ? » (question 6) sont synthétisées dans le graphique 3.

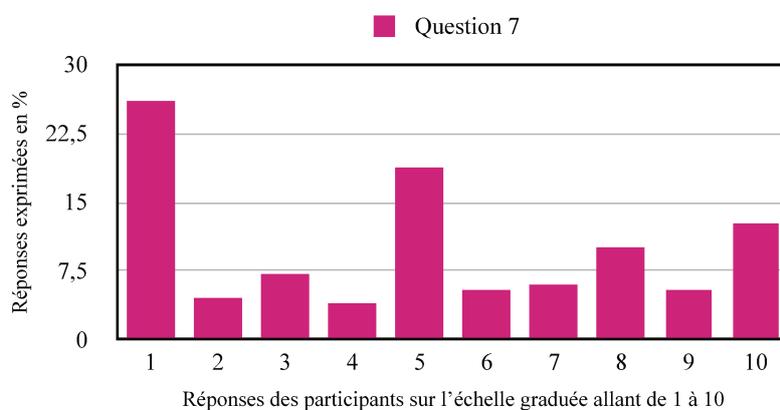
Les réponses montrent que la majorité des assistants familiaux estiment ne pas avoir eu suffisamment d'informations sur le développement du langage pendant leur cursus.



Graphique 3. Estimation par les assistants familiaux des informations transmises sur le développement du langage pendant la formation

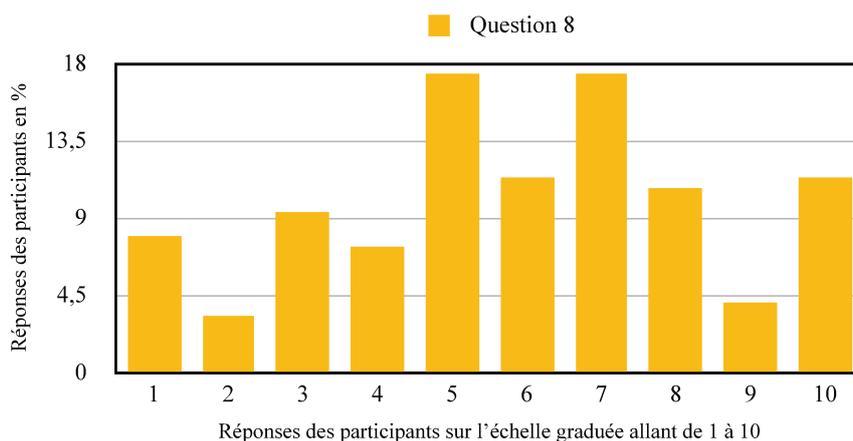
Ensuite, nous avons demandé aux assistants familiaux si, pendant leur formation, on leur avait expliqué que les enfants placés étaient plus à risque de développer un trouble du langage qu'un enfant tout venant (question 7). Les réponses à cette question se trouvent dans le graphique suivant (graphique 4).

Les résultats montrent que le ressenti des assistants familiaux est hétérogène. Environ 25% affirment ne pas avoir eu cette information pendant leur formation, 20% d'entre eux estiment avoir eu l'information mais partiellement et 14% disent l'avoir reçu.



Graphique 4. Estimation par les assistants familiaux des informations transmises sur le lien entre développement du langage et carences affectives pendant leur formation

Enfin, nous voulions également savoir si les assistants familiaux connaissaient les signes pouvant alerter d'éventuelles difficultés dans le développement du langage (question 8). Les assistants familiaux sont partagés, moins de 20% des répondants affirment connaître ces signaux d'alerte (ils ont coché les réponses 9 et 10 sur l'échelle de réponse). La moitié des participants ont coché des réponses entre 5 et 7 et enfin 20% des assistants familiaux affirment ne pas connaître ces signaux (réponses entre 1 et 4). Ces réponses montrent que les assistants familiaux n'ont pas tous le même niveau d'informations dans ce domaine, les résultats sont synthétisés dans le graphique 5.



Graphique 5. Estimation du niveau de connaissances des assistants familiaux sur les signaux d'alerte

La question 9 s'intéressait aux ressources vers lesquelles les assistants familiaux se tournent quand ils se questionnent sur le développement du langage d'un enfant accueilli à son domicile. La question 9 étant un QCM, les assistants familiaux ont pu sélectionner plusieurs réponses (tableau 1). Sur la première ligne, on retrouve le décompte par réponse et sur la deuxième ligne la réponse est exprimée en pourcentage.

Tableau 1. Ressources consultées par les assistants familiaux.

| Pédiatre/ médecin traitant de l'enfant | Référent social | Autre professionnel de santé | Internet | Autres assistants familiaux de votre connaissance | Autres |
|--|-----------------|------------------------------------|----------|--|---------|
| 132 | 68 | 60 | 40 | 32 | 25 |
| 88 % | 45,33 % | 40 % | 26,67 % | 21,33 % | 16,67 % |

Nous pouvons noter que les professionnels de santé et majoritairement les médecins sont les plus sollicités par les assistants familiaux lorsqu'ils ont une question sur le langage ou son développement.

Les participants ayant coché la cause « Autres » ont bénéficié d'un espace d'expression libre afin de préciser vers quelles ressources ils se tournaient. L'analyse qualitative met en avant que les assistants familiaux ont tendance à se tourner vers : les orthophonistes, les enseignants, le médecin de la Protection Maternelle et Infantile, le psychologue, le psychiatre, les centres médico-psychologiques, les centres d'action médico-sociale précoce et l'Aide Sociale à l'Enfance.

3. Le lien entre orthophoniste et assistant familial

3.1. Estimation des troubles les plus fréquents chez les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance

Nous souhaitons identifier les troubles et pathologies les plus fréquents chez les enfants accueillis par les assistants familiaux interrogés. L'objectif était de savoir quel domaine du champ des compétences des orthophonistes nous devons cibler dans la plaquette d'informations. En parallèle, nous avons demandé aux assistants familiaux d'indiquer les troubles face auxquels ils estimaient être en manque d'informations. Ces deux questions étaient présentées sous la forme de QCM, les assistants familiaux pouvaient cocher plusieurs réponses.

Les résultats ont mis en évidence que majoritairement les assistants familiaux sont confrontés à des enfants présentant des difficultés ou des troubles du langage : 90 assistants familiaux sur les 150 participants (60% des assistants familiaux interrogés) ont déjà accueilli un enfant ayant des difficultés langagières. On retrouve le même résultat pour le trouble développemental du langage.

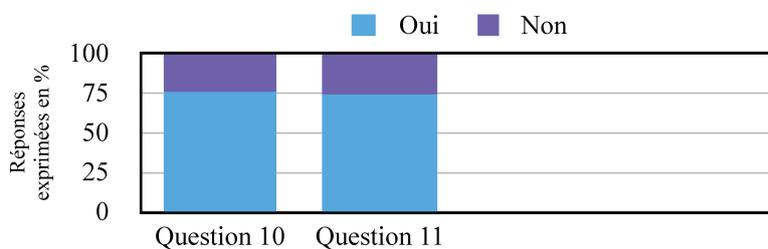
Concernant les pathologies face auxquelles les assistants familiaux se sentent le plus démunis, il y a :

- Le domaine de la surdité : 43% des assistants familiaux interrogés
- Le domaine du handicap : 40% des participants
- Les troubles alimentaires pédiatriques (anciennement appelés les troubles de l'oralité alimentaire) : 36% d'entre eux
- Les troubles du spectre autistique : 35% des répondants
- Le bégaiement : 34 % des assistants familiaux interrogés.

3.2. Etat des lieux de la relation thérapeutique entre assistant familial et orthophoniste

Nous avons demandé aux assistants d'évaluer la qualité et leur niveau d'intégration dans la prise en charge orthophonique de l'enfant qu'ils accueillent. Les réponses à la question « estimez-vous avoir suffisamment d'échanges avec l'orthophoniste prenant en charge l'enfant accueilli à votre domicile ? » (question 10) et « vous sentez-vous suffisamment intégré et sollicité dans la prise en charge orthophonique de l'enfant ? » (question 11) sont recensées dans le graphique 6.

La grande majorité des assistants familiaux interrogés se sentent suffisamment intégrés et échangent suffisamment avec l'orthophoniste prenant en charge l'enfant qu'ils accueillent.



Graphique 6. Etat des lieux de la relation thérapeutique entre assistant familial et orthophoniste

Les assistants familiaux ayant répondu « non » à la question 11 ont pu identifier les freins à cette faible intégration dans la prise en charge de l'enfant qu'ils accueillent. La notion de secret professionnel et l'impossibilité d'avoir accès aux comptes-rendus orthophoniques écrits sont fréquemment mentionnées par les assistants familiaux. Certains soulignent que l'orthophoniste leur fait un court retour à l'oral mais que le secret médical auquel sont soumis les orthophonistes est un frein à l'échange de davantage d'informations.

Beaucoup d'assistants familiaux sont en demande d'explications de la séance ou d'exercices à reprendre à la maison. Or ils évoquent que le rythme des rendez-vous des orthophonistes ne permet pas d'instaurer cet échange après les séances.

4. La plaquette d'informations

Dans l'optique de créer une plaquette fonctionnelle regroupant des informations dont les assistants familiaux ont besoin, nous les avons interrogés à la fin du questionnaire sur leurs besoins, questions et problèmes à propos du langage, de son développement et des troubles pris en charge par l'orthophoniste.

4.1. Informations à insérer dans la plaquette

Le tableau 2 regroupe les informations que les assistants familiaux aimeraient retrouver ou non dans la plaquette d'informations. La modalité de réponse proposée était sous la forme d'une échelle graduée allant de 1 à 10 (1 = cette information n'est pas utile, 10 = cette information est très utile). Les assistants familiaux avaient la possibilité de cocher plusieurs réponses.

Les réponses des assistants familiaux (exprimées en pourcentage) nous informent qu'il faudra intégrer dans la plaquette :

- Des informations sur le rôle de l'orthophoniste et les troubles pris en charge
- Des repères chronologiques sur le développement normal du langage de l'enfant
- Des informations sur les principaux signes alternant de difficultés langagières
- Des exemples tirés de la vie quotidienne pour optimiser la communication et les échanges avec l'enfant.

Tableau 2. Informations à insérer ou non dans la plaquette d'informations.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|------|------|------|------|---|------|------|-------|-------|-------|
| J'aimerais trouver des informations sur le rôle de l'orthophoniste et les troubles qu'il prend en charge | 2 | 0 | 0 | 0,67 | 8 | 3,33 | 5,33 | 14 | 5,33 | 61,33 |
| J'aimerais savoir quand il est possible de solliciter un orthophoniste pour un bilan et/ou une prise en charge | 3,33 | 0 | 0,67 | 0 | 8 | 4,67 | 6,67 | 15,33 | 7,33 | 54 |
| J'aimerais trouver des repères chronologiques sur le développement normal du langage de l'enfant | 2 | 0,67 | 0 | 0,67 | 4 | 2 | 4,67 | 10,67 | 11,33 | 64 |
| J'aimerais trouver des informations sur les principaux signes alertant d'éventuelles difficultés langagières | 0,67 | 0 | 0,67 | 0 | 4 | 2 | 3,33 | 14,67 | 10 | 64,67 |
| J'aimerais trouver des exemples tirés de la vie quotidienne pour optimiser la communication et les échanges avec l'enfant | 2,67 | 0,67 | 0 | 1,33 | 4 | 3,33 | 4,67 | 12 | 8 | 63,33 |

4.2. Format de la plaquette

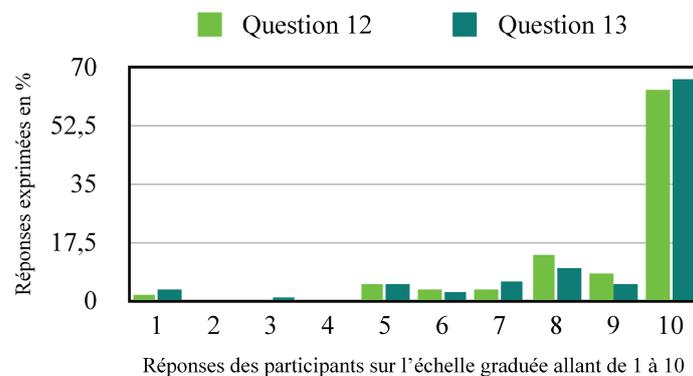
Nous avons demandé aux assistants familiaux s'il préférerait recevoir la plaquette en format numérique ou papier, 67 % d'entre eux souhaitent la recevoir en format papier, et 58% aimeraient recevoir une version numérique. La question était sous la forme d'un QCM, les répondants avaient la possibilité de cocher les deux réponses.

4.3. Eventuelle formation des assistants familiaux sur le langage

Nous voulions savoir si les assistants familiaux estimaient avoir besoin de plus de contenu sur le langage pendant leur formation initiale ou s'ils seraient intéressés par de la formation continue sur le sujet.

Nous leur avons posé les questions « pensez-vous qu'il serait utile d'organiser une formation pour les assistants familiaux afin de les sensibiliser aux troubles du langage des enfants en situation de placement ? » (Question 12) et « si une telle formation existait, souhaiteriez-vous y participer ? » (Question 13). Nous leur avons proposé de répondre sous la forme d'une échelle graduée allant de 1 à 10 (1 = cette formation n'est pas utile, 10 = cette formation est très utile) et leurs réponses sont disponibles dans le graphique 7.

Une très grande majorité des assistants familiaux interrogés souhaitent avoir davantage d'informations sur le langage, son développement et ses troubles. De même, ces professionnels répondent majoritairement en faveur d'une participation à une formation sur le développement du langage et ses troubles.



Graphique 7. Estimation du besoin de formation des assistants familiaux sur le langage.

5. La plaquette d'informations

5.1. Version papier

Notre plaquette d'informations est au format A4 pliée en trois. Les pages extérieures comportent :

- le premier volet qui présente le métier d'orthophoniste et son champ de compétences. En bas de cette partie, les assistants familiaux ont la possibilité de scanner un QR code qui renvoie à un PDF en ligne avec davantage d'informations.
- le second volet qui propose des « ingrédients » pour favoriser les interactions langagières au quotidien avec une extension grâce à un QR code renvoyant vers une présentation plus détaillée de conseils et d'outils pour les interactions verbales.
- le troisième volet qui regroupe des conseils quant à la démarche à suivre pour prendre contact avec un orthophoniste.

L'intérieur de la plaquette se compose d'une frise qui s'étend sur toute la feuille permettant de décrire les principales étapes du développement langagier, ses liens avec le développement affectif et les principaux signes alertant de difficultés langagières. La plaquette d'informations est disponible en annexe de ce mémoire (cf. Annexes 4 et 5).

5.2. Version numérique

La plaquette d'informations dispose également d'une version numérique qui a été créée à l'aide de Wordpress® qui est un outil permettant de créer des sites.

Cette version est composée d'une page d'accueil permettant en cliquant d'accéder à différents articles. Ces articles correspondent aux sections et extensions de la version papier de la plaquette, les assistants familiaux retrouvent :

- Connaissez-vous le métier d'orthophoniste ?
- Les troubles pris en charge en orthophonie
- Petits conseils pour trouver un orthophoniste
- Les étapes du développement du langage en lien avec le développement affectif
- Comment optimiser les interactions langagières à la maison ?
- Quelques ingrédients pour favoriser les échanges avec l'enfant que vous accueillez

- Une sélection de livres triés par thème

Le site est accessible via un lien disponible en annexe de ce mémoire (cf. Annexe 6).

6. Diffusion de la plaquette d'informations et questionnaire de retour

Après la création de la plaquette, nous l'avons transmise à quatre assistants familiaux qui avaient répondu au questionnaire afin de savoir si la plaquette correspondait à leurs attentes, s'il manquait des informations importantes ou à l'inverse si certaines données étaient inutiles. Nous leur avons donné un questionnaire rapide dans le but d'évaluer le contenu et l'allure générale de la plaquette.

Suite à la diffusion du questionnaire et de la plaquette, les assistants familiaux étaient satisfaits de l'outil tant au niveau du fond que de la forme et n'ont pas suggéré d'améliorations à apporter. Cependant un assistant familial a demandé s'il était possible d'avoir des informations sur les moyens de communication gestuelle comme les signes du Makaton ainsi que sur les troubles alimentaires pédiatriques.

Discussion

L'objectif final de ce mémoire était de construire une plaquette d'informations à destination des assistants familiaux afin de répondre à leurs besoins et questionnements sur le développement du langage et ses troubles. Afin de créer un outil fonctionnel et utile, nous avons élaboré et transmis un questionnaire aux assistants familiaux pour cibler les informations importantes à leur transmettre. Nous reviendrons tout d'abord sur les résultats obtenus au questionnaire avant d'exposer les difficultés rencontrées au cours de ce travail tant pour la construction du questionnaire que pour l'élaboration de la plaquette. Nous évoquerons pour finir les perspectives pour une éventuelle suite de ce travail.

1. Retour sur les résultats du questionnaire

Les réponses au questionnaire ont mis en avant que les assistants familiaux connaissent le métier d'orthophoniste ainsi que son champ de compétence, ils sont toutefois en demande de précisions concernant les troubles pris en charge par l'orthophoniste. Cette connaissance de la profession semble s'expliquer par le fait que la quasi totalité des répondants ont été en contact avec un orthophoniste pour un ou plusieurs des enfants qu'ils accueillent. Les assistants familiaux mentionnent les troubles et difficultés de langage oral comme très fréquents chez les enfants qui leur sont confiés et cette forte prévalence s'explique notamment par les nombreuses interactions, dès la naissance, entre les développements langagier et affectif. En effet, 41,7% des enfants placés à l'âge de 3 ans présentent des troubles du langage (Sylvette & Merette, 2010). Une autre étude

menée en 2014 estime qu'environ 80% des enfants présentant un trouble du comportement ont également des difficultés langagières (Hollo, et al., 2014).

L'analyse des réponses souligne que les assistants familiaux estiment ne pas avoir suffisamment de connaissances concernant le développement du langage. Selon eux, il y a un besoin réel de formation dans ce domaine aussi bien en formation initiale que continue.

2. Construction du questionnaire

2.1. Terminologie utilisée

L'utilisation de certains termes dans le questionnaire comme retard de parole, dyslexie, dysphasie, dyscalculie ou trouble de l'oralité alimentaire peut être questionnée. En effet, ces termes ne sont plus ceux utilisés actuellement dans la littérature scientifique or nous avons fait le choix de les utiliser. Le questionnaire s'adressait à des professionnels qui ne sont pas des orthophonistes et nous avons préféré privilégier les termes connus du grand public afin d'éviter des problèmes de compréhension qui auraient pu fausser les réponses au questionnaire.

Cependant, afin de respecter la terminologie actuelle, nous avons fait apparaître les termes en vigueur dans la littérature scientifique en parallèle des termes plus anciens mais plus répandus au quotidien.

2.2. Sélection des modalités de réponse

La plateforme limesurvey propose différentes modalités de réponses, telles que : les échelles de likert, les échelles graduées de 1 à 5 ou de 1 à 10, les QCM et les espaces de réponses libre. Au moment de l'élaboration du questionnaire, nous nous sommes interrogée sur la modalité de réponse à sélectionner. Il nous semblait important de privilégier un mode de réponse facile d'utilisation afin de récolter les réponses les plus fiables possibles.

Nous avons choisi comme modalité de réponse les échelles graduées allant de 1 à 10. L'avantage de cette modalité de réponse est que son fonctionnement est maîtrisé par une grande majorité de la population, le risque d'erreur de manipulation est donc faible.

2.3. Sélection des réponses

A la fin du questionnaire, nous avons laissé un espace libre d'expression aux participants. Un participant nous a indiqué qu'il n'était pas assistant familial mais infirmier et qu'il avait souhaité participer au questionnaire car il avait des connaissances dans le domaine étudié. Bien que le questionnaire soit anonyme, chaque participant se voit attribuer un numéro de participation non identifiant. Ainsi, nous avons pu supprimer les réponses de ce participant avant de procéder à l'analyse des réponses. Seulement, il est impossible de savoir si d'autres personnes, qui ne sont pas assistants familiaux, ont participé à l'étude.

2.4. Interprétation des données

Utiliser un système de notation allant de 1 à 10 nous a permis d'observer des tendances dans les réponses des participants comme par exemple : présence de toutes les réponses autour des extrêmes (inférieur comme supérieur), répartition homogène des réponses autour de toutes les valeurs ou à l'inverse répartition très hétérogène. Cependant, cette modalité de réponse présente quelques biais d'interprétation.

En effet, bien que tout le monde maîtrise ce système standard allant de 1 à 10, les réponses dépendent fortement de la subjectivité de chacun. Par exemple, à la question « pendant votre formation, vous-a-t'on expliqué que les enfants placés étaient plus à risque de développer un trouble du langage qu'un enfant tout-venant ? », la note cinq peut avoir une signification différente selon l'individu. Pour certains individus, elle peut signifier que oui l'information a été transmise et pour d'autres répondants cette même note peut vouloir dire qu'ils ont été informés mais pas suffisamment. Cette valeur médiane peut même être sélectionnée quand le participant ne sait pas quelle autre réponse fournir ou s'il ne se rappelle plus précisément du contenu de sa formation.

De plus, certains participants auront tendance à toujours fournir des réponses dans la moyenne sans jamais cocher le score le plus faible ou le plus élevé et inversement.

3. Construction de la plaquette

3.1. Terminologie utilisée

Tout comme pour l'élaboration du questionnaire, une question sur le vocabulaire s'est posée au moment de la création de la plaquette. La vocation de cette plaquette est d'être compréhensible par tout le monde, et surtout par des professionnels du secteur médico-social qui ne sont pas orthophonistes.

Dans un esprit de cohérence, nous avons choisi d'utiliser les mêmes termes que ceux utilisés dans le questionnaire adressé aux assistants familiaux (dyslexie, trouble de l'oralité alimentaire etc.) mais nous avons également fait apparaître le terme utilisé actuellement dans la littérature scientifique.

Bien que la terminologie ait évolué, les anciennes appellations n'ont pas encore disparu et sont encore utilisées par de nombreux professionnels. Nous avons choisi de mettre les deux terminologies côte à côte dans la plaquette afin que les assistants familiaux puissent se représenter le trouble ou la pathologie de l'enfant qu'ils accueillent peu importe le vocabulaire utilisé par le professionnel qu'ils côtoient.

3.2. Sélection des données

La création et la diffusion du questionnaire avaient pour objectif de cibler les informations importantes à insérer dans la plaquette.

Pour certaines questions, l'interprétation des résultats a été relativement facile, les participants avaient tous la même tendance de réponse. Par exemple, plus de 70% des participants ont dit vouloir des informations sur les signaux pouvant alerter de difficultés dans le développement du langage. Dans ce cas là, il s'agit d'une tendance générale vers le « oui », l'information est à insérer dans la plaquette.

Pour d'autres questions, la tendance des réponses pouvait être plus hétérogène et il devenait donc plus difficile de décider d'insérer l'information ou non. Face à cette situation, au lieu de regarder la tendance générale des réponses, nous avons essayé d'étudier plus précisément les sous-groupes de réponses : plutôt vers le oui mais pas de manière franche, plutôt vers le non ou alors réponse plutôt médiane. Puis nous interprétons ces sous-dynamiques de réponses en regard de l'importance de l'information à transmettre.

Par exemple, à la question « pendant votre formation, vous-a-t'on expliqué que les enfants placés étaient plus à risque de développer un trouble du langage que les enfants tout-venant ? » (Question 9 et réponse sous la forme d'une échelle graduée allant de 1 à 10), nous nous sommes retrouvée face à une grande hétérogénéité des réponses. A la seule lecture des résultats, il était difficile d'établir s'il était utile d'insérer cette information ou non dans la plaquette.

Or, des études ont montré que la prévalence des troubles du langage chez les enfants placés était plus élevée que chez les enfants tout-venant (Sylvette & Merette, 2010). Il nous semblait important d'exposer cette prévalence aux assistants familiaux afin qu'ils soient informés des interactions entre les développement affectif et langagier. Si les assistants familiaux sont sensibilisés sur ce sujet, ils pourront se tourner plus rapidement vers un professionnel en cas de doute sur le développement langagier d'un enfant. Cela pourrait permettre ainsi la mise en place d'une prise en soin orthophonique précoce.

La confrontation entre les réponses des assistants familiaux et les données de la littérature nous a conduit à insérer cette information dans la plaquette.

3.3. Allure générale de la plaquette/lisibilité

Nous souhaitons proposer une plaquette utile mais ayant également une bonne lisibilité, c'est-à-dire qu'elle soit facile d'utilisation aussi bien sur le fond (terminologie utilisée, exemples concrets) que sur la forme (ne pas mettre trop d'information, taille de la police etc.). Nous avons donc fait le choix d'allier supports papier et numérique, des QR codes et un Padlet®, pour compléter les informations disponibles dans la plaquette. Ces outils informatiques nous ont permis de transmettre davantage d'informations sans surcharger la plaquette.

3.4. Format de la plaquette

Nous avons fait le choix de proposer la plaquette sous deux formats : papier et numérique. D'une part parce que les réponses au questionnaire n'avaient pas montré une nette préférence pour l'un des deux formats, les assistants familiaux étaient très partagés quant au support de la plaquette.

D'autre part, parce que proposer une version numérique permet de toucher un grand nombre de personnes.

De plus, Wordpress® permettait de créer un site optimisé pour les ordinateurs, les tablettes ou les smartphones, ainsi la plaquette pouvait être consultée facilement peu importe le support.

4. Amélioration de la plaquette

4.1. Informations sur les moyens de communication gestuelle

Il nous a été suggéré d'insérer une feuille supplémentaire avec des informations sur la communication gestuelle ainsi que quelques signes issus du Makaton. Le Makaton est un moyen de communication alternative et augmentée que l'on peut qualifier de gestuel, c'est-à-dire que le locuteur va faire des signes correspondant aux mots qu'il produit pour aider l'interlocuteur à comprendre le message. Les gestes du Makaton sont issus de la Langue des Signes Française. Le Makaton peut être utilisé auprès d'enfants porteurs de handicap qui ont des difficultés d'expression et de compréhension.

Malheureusement, nous étions dans l'impossibilité de construire cette feuille complémentaire car le Makaton s'apprend lors d'une formation payante dispensée par des personnes agréées.

4.2. Informations sur les troubles alimentaires pédiatriques

Un assistant familial nous a également demandé de mettre plus d'informations sur les troubles alimentaires pédiatriques. Le questionnaire avait également mis en avant que beaucoup d'assistants familiaux côtoyaient des enfants souffrant de ces troubles et qu'ils se sentaient très démunis. Cependant, il nous a été difficile de savoir quelles informations transmettre à ce sujet car les origines de ces troubles sont multiples et les moyens d'intervention dépendent de l'origine du trouble. Sans l'avis d'un professionnel ayant vu l'enfant, il n'est pas possible de donner des conseils adaptés, cela pourrait même se révéler dangereux (risque de dénutrition ou de fausses routes). Plutôt que des conseils, nous avons inséré dans la plaquette les signes pouvant alerter d'un trouble alimentaire pédiatrique tout en conseillant de parler de ces difficultés au médecin ou au pédiatre de l'enfant.

5. Perspectives pour la suite du travail

Le questionnaire a mis en évidence que les assistants familiaux ne se questionnaient pas uniquement sur le développement du langage et ses troubles. Dans le champ de compétences des orthophonistes, les troubles alimentaires pédiatriques, le bégaiement, la surdité et le domaine du handicap (les troubles du spectre autistique et les syndromes génétiques) semblent poser questions aux assistants familiaux. Notre mémoire s'inscrivait dans le continuum de celui de Dhellemmes

(2021) et portait essentiellement sur le développement du langage et ses troubles. Notre plaquette avait pour objectif de répondre aux questionnements des assistants familiaux dans ce domaine. Pour la suite du travail, il pourrait être intéressant et utile de construire d'autres plaquettes d'informations portant sur les domaines dans lesquels les assistants familiaux se sentent démunis.

Conclusion

Le développement langagier de l'enfant est fortement dépendant de son développement affectif. De plus, on note que la prévalence des troubles du langage oral chez les enfants placés est plus élevée que dans la population générale.

L'objectif final de ce mémoire était de créer une plaquette d'informations sur le développement du langage et ses troubles à destination des assistants familiaux. Afin de proposer un outil utile et fonctionnel qui cible les besoins des assistants familiaux, nous leur avons proposé de répondre à un questionnaire.

L'analyse des réponses a mis en avant que les assistants familiaux estimaient manquer d'informations à propos du développement du langage et de ses troubles. Le questionnaire a également mis en évidence que les assistants familiaux étaient favorables à notre proposition de conseils afin de favoriser les interactions langagières avec l'enfant qu'ils accueillent. Enfin, les réponses des participants ont permis de souligner que même si les assistants familiaux connaissaient le métier d'orthophoniste, ils souhaitaient avoir davantage de détails sur la profession notamment sur les troubles entrant dans le champ de compétences des orthophonistes.

Nos recherches dans la littérature scientifique couplées à l'analyse des réponses au questionnaire nous ont permis de choisir les informations à insérer dans la plaquette. Les assistants familiaux pourront trouver dans la plaquette : une frise chronologique synthétisant les étapes du développement du langage, une liste des différents troubles entrant dans le champ de compétences des orthophonistes et des conseils pour favoriser les interactions langagières au quotidien. Pour la partie sur le champ de compétence des orthophonistes et celle sur les interactions langagières, des extensions sous forme de QR codes sont disponibles. L'objectif était de donner davantage d'informations aux assistants familiaux sans surcharger la présentation. La plaquette est disponible en version papier et numérique afin de toucher un public large.

Bibliographie

Bernicot, J., & Bert-Erboul, A. (2014). *L'acquisition du langage par l'enfant : pourquoi apprend-on à parler ? Comment former des phrases ? Comment signifier pour autrui ?* Paris : Editions in press.

Bonneville-Baruchel, E. (2015). *Les traumatismes relationnels précoces : clinique de l'enfant placé*. Toulouse, France : Editions Érès.

Bonneville-Baruchel, E. (2018). Troubles de l'attachement et de la relation intersubjective chez l'enfant maltraité. *Carnet de notes sur les maltraitantes infantiles*, 1(7), 6-28.

Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.

Bernicot, J., & Bert-Erboul, A. (2014). *L'acquisition du langage par l'enfant : pourquoi apprend-on à parler ? Comment former des phrases ? Comment signifier pour autrui ?* Paris : Editions in press.

Canut, E., Masson, A., & Leroy-Collombel, M. (2018). *Accompagner l'enfant dans son apprentissage du langage : de la recherche en acquisition à l'intervention des professionnels*. Paris : Hachette Education.

Castellani, C., Ninoreille, K., Berger, M., & Perrin, A. (2015). Comparaison du niveau de développement d'enfants en crèche et en pouponnière et soumis à différents niveaux de défaillances parentales précoces. *Devenir*, 27(1), 5-29.

Charazas, C. (2014). *La carence psychosociale précoce en institution : évolution à long terme*. (Thèse de Docteur en médecine, Université Bordeaux 2 - Victor Segalen, Bordeaux).

Cochran-Smith, M. (1986). Reading to Children : A Model for Understanding Texts ». Dans Canut, E., Masson, A., & Leroy-Collombel, M. (2018). *Accompagner l'enfant dans son apprentissage du langage : de la recherche en acquisition à l'intervention des professionnels*. Paris : Hachette Education.

Corallini, C., & Dussourd-Deparis, M. (2019). Prévenir les troubles du langage, lutter contre l'illettrisme. *Rééducation orthophonique*, (277), 11-30.

Delage, M. (2015). Le système scolaire, les apprentissages et l'attachement : la place de l'enseignant comme base de sécurité. *Thérapie familiale*, 4(36). 363-376.

Deneuille, A., & Quentel, J-C. (2021). *L'entrée dans le langage*. Bruxelles, Belgique : yapaka.be : coordination de la prévention de la maltraitance.

Dhellemmes, M.-S. (2021). *Retards de langage chez les enfants confiés à l'Aide sociale à l'Enfance ayant présenté des carences affectives précoces : questionnaire à destination des orthophonistes* (Mémoire, Master 2, Lille).

Direction de l'information légale et administrative. (2022) *Famille d'accueil (assistant familial)*. Le site officiel de l'administration française, [service-public.fr](https://www.service-public.fr). Consulté le 19 avril 2023
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1260>

Fayol, M., & Kail, M. (2003). *L'acquisition du langage : le langage en émergence de la naissance à trois ans*. Paris : Presses universitaires de France.

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

Fournier, M., Brassely, C., Fasquel, M., & Housieaux, J. P. (2021). Prise en charge pluridisciplinaire des liens d'attachement chez l'enfant : cas clinique. *Neuropsychologie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(1), 13-19.

Hollo, A., Wehby, J. H., & Oliver, R. M. (2014). Unidentified Language Deficits in Children With Emotional and Behavioral Disorders : A Meta-Analysis. *Exceptional children*, 2(80). 169-186.

Ladha, K., Monhonval, P., & Lotstra., F. (2012). Traces épigénétiques des carences affectives précoces. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2(49), 205-217.

Law, J., Boyle, J., Harkness, A., Harris, F., & Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay : findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35(2), 165-188.

Lentin, L. (2009). *Apprendre à penser, parler, lire, écrire : Acquisition du langage oral et écrit*. Issy-Les-Moulineaux, France : ESF éditeur.

Kumschick, I., Beck, L., Eid, M., Witte, G., Klane-Delius, G., Heuser, I., Steinlein, R., & Menninghaus, W. (2014). READING and FEELING : the effects of a literature-based intervention designed to increase emotional competence in second and third graders. *Frontiers in psychology* (5), 1448-1448.

Maillart, C., Desmottes, L., Prigent, G., & Leroy, S. (2014). Réflexions autour des principes de rééducation proposés aux enfants dysphasiques. *A.N.A.E. Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, 26(131), 402-409.

Martel, K., & Leroy-Collombel, M. (2010). Du gazouillis au premier mot : rôle des compétences préverbaux dans l'accès au langage. *Rééducation orthophonique*, 244(1), 77-94.

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022). *Les troubles du langage et des apprentissages*. Sante.gouv.fr. Consulté le 10 avril 2023.

<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/les-troubles-du-langage-et-des-apprentissages>

Miri, I. (2021). *Cerveau et apprentissage*. Les Ulis, France : edp sciences.

Moitel Massarra, C., Kouba Hreich, E., Martinez Perez, T., & Maillart, C. (2021). Accompagner des éducateurs pour soutenir le développement langagier de jeunes enfants : une intervention indirecte menée au Liban. *A.N.A.E. Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, 33(173), 443-454.

Nelson, K. (1975). The nominal shift in semantic-syntactic development. *Cognitive psychology*, 7(4), 461-479.

Nelson, K. (1975). Individual differences in early semantic and syntactic development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 263(1), 132-139.

Plaza, M. (2014). Le développement du langage oral. *Contraste*, 1(4), 99-118.

Peters, A.-M. (1985). Language segmentation : Operating Principles for the Perception and Analysis of Language. Dans D. I. Slobin (dir.), *The Crosslinguistic Study of Language Acquisition* (pp. 1029-1060). Psychology Press.

Sauvage, J. (2015). *L'acquisition du langage : un système complexe*. Louvain, Belgique : Academia-L'Harmattan.

Soulé, M., Lauzanne, K., & Leblanc, N. (2004). *La carence des soins maternels et ses effets : Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Stoléru, S., & Lebovici, S. (2004). *L'interaction parent-nourrisson : Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Sylvestre, A. & Merette, C. (2010). Language delay in severely neglected children : A cumulative or specific effect of risk factors ?, *Child Abuse and Neglect*, 34(6), 414-428.

Thollon-Behar, M-P. & Ignachiti, S. (2019). De l'objet à l'histoire, le livre dans le développement de l'enfant. *Enfances & psy*, 82(2), 39-48.

Van der Kleij, S-W., Apperly, I., Shapiro, L-R., Ricketts, J., & Devine, R-T. (2022). Reading fiction and reading minds in early adolescence : *A longitudinal study*. *Journal of experimental child psychology*, (222), 2-12.

Vygotski, L. (1934). *Pensée et langage*. Paris, France : La Dispute.

Werker, J., Lloyd, V., Cohen, L., Casasola, M., & Stager, C. (1998). Acquisition of word-object associations by 14 month old infants. *Developmental psychology*, 34(6), 1289-1309.

Liste des annexes

Annexe 1 : Récépissé de l'attestation de déclaration

Annexe 2 : Questionnaire à destination des assistants familiaux

Annexe 3 : Questionnaire retour de la plaquette

Annexe 4 : Pages extérieures de la plaquette d'informations

Annexe 5 : Page intérieure de la plaquette d'informations

Annexe 6 : Lien vers la version numérique de la plaquette d'informations

Annexe 7 : Page d'accueil du site