

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche – « Médecine et Techniques Médicales »

Année universitaire 2014/2015

Mémoire pour l'obtention du
Diplôme de Capacité d'Orthophoniste

Présenté par

Nathalie BICHON (née le : 11/03/1989)

Marion LUCAS (née le : 13/06/1991)

**Enquête sur les connaissances des professionnels de la
petite enfance sur le développement du langage et les
signes d'appel d'une surdité : existe-t-il une attente en
matière d'information de la part des professionnels des
Pays-de-la-Loire ?**

Présidente du Jury : Madame LE RAY Anne, Orthophoniste

Directrice du mémoire : Madame FIOLEAU Lydie, Orthophoniste

Membre du Jury : Madame POTET Annik, Orthophoniste

« Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

Remerciements

Nous tenons à remercier Lydie FIOLEAU pour son aide, ses avis éclairés, son dynamisme et sa disponibilité tout au long de notre mémoire.

Nous remercions aussi Anne LE RAY d'avoir accepté de présider notre mémoire et pour sa précieuse relecture.

Merci également à Annick POTET pour ses conseils et son suivi de notre travail.

Merci aux personnes ayant accepté de mener l'étude pilote. Merci pour leurs remarques, leurs suggestions, leurs encouragements grâce auxquels nous avons pu modifier et adapter notre questionnaire au mieux.

Nous tenons également à remercier nos familles et amis pour leurs encouragements et leur soutien tout au long de cette quatrième année d'études.

Enfin, un grand merci aux participants à notre questionnaire. Merci à eux pour le partage de leurs expériences, pour l'intérêt porté à notre travail ainsi que pour leur soutien et leurs encouragements.

Sommaire

Introduction	9
PARTIE THEORIQUE	10
L'émergence du langage chez l'enfant	11
1. Des compétences prénatales	11
1.1. Un système auditif performant.....	11
1.2. Une capacité à discriminer des sons.....	12
1.3. Une attention et une écoute privilégiées pour la parole	12
2. Au fil des jours, la sensibilité perceptive s'affine	13
2.1. Des nourrissons sensibles aux contrastes phonétiques	13
2.2. Des nourrissons sensibles à la prosodie, au rythme et à la mélodie du langage.....	13
2.3. Des nourrissons sensibles à leur langue maternelle	14
2.4. Des bébés sensibles à un signal privilégié : leur prénom	14
3. Le développement des productions vocales	14
3.1. Développement pré-linguistique	14
3.1.1 Première étape : la phonation	15
3.1.2 Deuxième étape : le roucoulement	15
3.1.3 Troisième étape : l'étape exploratoire	15
3.1.4 Quatrième étape : le babillage canonique	16
3.1.5 Cinquième étape : l'étape intégrative, structuration mélodique et rythmique.	17
3.2. Les premiers mots et le développement du lexique	18
3.2.1 Le développement du lexique	18
3.2.2 Composition du lexique précoce	19
3.3. Parallèlement à la production, la compréhension	20
3.4. Variations interindividuelles.....	22
4. La construction de la morphosyntaxe	23
5. Quelques aspects du développement des interactions chez l'enfant.....	25
5.1. Définition de la « communication » selon le dictionnaire d'orthophonie.....	26
5.2. Les compétences-socles	26
5.2.1 La capacité à maintenir une attention visuelle soutenue.....	26
5.2.2 La capacité à manifester un élan à l'interaction	27
5.2.3 La capacité à manifester des comportements affiliatifs	28

5.2.4	<i>La capacité à effectuer des gestes de manière structurée et organisée</i>	28
5.2.5	<i>La capacité à reproduire et imiter</i>	28
6.	<i>Le rôle de l'adulte dans le développement du langage</i>	29
6.1.	<i>Le soutien affectif et physique</i>	29
6.2.	<i>L'adulte reconnaît l'enfant comme interlocuteur</i>	29
6.3.	<i>L'adulte comme modèle pour l'enfant</i>	30
6.4.	<i>L'adulte s'adapte à l'enfant</i>	30
6.4.1	<i>Le Langage Adressé à l'Enfant (LAE)</i>	30
6.4.2	<i>Les formats</i>	32

Les surdités : plusieurs classifications 33

1.	<i>La classification audiométrique des déficiences auditives</i>	33
1.1.	<i>Généralités</i>	33
1.2.	<i>L'examen audiométrique</i>	34
1.2.1	<i>L'audiométrie tonale</i>	35
1.2.2	<i>L'audiométrie vocale</i>	36
1.3.	<i>La classification audiométrique du BIAP</i>	37
1.3.1	<i>Audition normale ou subnormale</i>	38
1.3.2	<i>Surdité légère</i>	38
1.3.3	<i>Surdité moyenne</i>	38
1.3.4	<i>Surdité sévère</i>	39
1.3.5	<i>Surdité profonde</i>	39
1.3.6	<i>Surdité totale ou cophose</i>	40
2.	<i>L'audition normale – fonctionnelle – résiduelle</i>	40
2.1.	<i>Audition normale</i>	41
2.2.	<i>Audition fonctionnelle</i>	41
2.3.	<i>Audition résiduelle</i>	42
3.	<i>Classification des surdités selon la localisation de l'atteinte</i>	42
3.1.	<i>Rappels anatomiques</i>	42
3.1.1	<i>L'oreille externe</i>	42
3.1.2	<i>L'oreille moyenne</i>	43
3.1.3	<i>L'oreille interne</i>	43
3.2.	<i>La surdité de transmission</i>	45
3.2.1	<i>Généralités</i>	45
3.2.2	<i>Etiologies des surdités de transmission</i>	45

3.3.	<i>La surdité de perception</i>	47
3.3.1	<i>Généralités</i>	47
3.3.2	<i>Etiologies des surdités de perception</i>	48
3.4.	<i>La surdité mixte</i>	49
4.	<i>La classification selon la date d'apparition de la surdité</i>	49
4.1.	<i>Surdité acquise – surdité génétique</i>	49
4.2.	<i>Surdité pré-linguale</i>	50
4.3.	<i>Surdité péri-linguale</i>	50
4.4.	<i>Surdité post-linguale</i>	50
Les signes d'appel d'une surdité		51
1.	<i>Particularités langagières</i>	51
1.1.	<i>Dans les premiers mois</i>	52
1.2.	<i>De trois à douze mois</i>	52
1.3.	<i>De douze à vingt-quatre mois</i>	52
1.4.	<i>De vingt-quatre à trente-six mois</i>	53
1.5.	<i>Après trois ans</i>	53
1.6.	<i>Le cas particulier des surdités acquises</i>	53
2.	<i>Communication</i>	54
3.	<i>Aspects psycho-affectifs</i>	55
3.1.	<i>Retrait</i>	55
3.2.	<i>Agitation</i>	55
3.3.	<i>Sommeil</i>	56
3.4.	<i>Surdités acquises</i>	56
Aspects préventifs		57
1.	<i>Dépistage systématique néonatal</i>	57
1.1.	<i>Objectif et enjeux</i>	57
1.1.1	<i>Objectif</i>	57
1.1.2	<i>Enjeux</i>	57
1.2.	<i>Principes</i>	59
1.3.	<i>Interrogations sur le dépistage</i>	59
2.	<i>Le rôle préventif de l'orthophonie</i>	60
3.	<i>Les professionnels de la petite enfance : des partenaires pour le repérage de signes d'alerte de la surdité</i>	61
3.1.	<i>L'assistant(e) maternel(le)</i>	61

3.2.	<i>L'« assistant(e) » petite enfance</i>	61
3.3.	<i>L'auxiliaire de puériculture</i>	62
3.4.	<i>L'éducateur/rice de jeunes enfants</i>	62
3.5.	<i>Le médecin de Protection Maternelle Infantile</i>	63
3.6.	<i>Le (la) puériculteur/rice</i>	63
Conclusion		65
PARTIE METHODOLOGIE		67
1.	Population	68
2.	Procédure.....	69
3.	Outil : présentation du questionnaire	70
3.1.	<i>Première partie : informations sur les professionnels</i>	70
3.2.	<i>Deuxième partie : le développement du langage de l'enfant</i>	70
3.3.	<i>Troisième partie : les troubles du langage</i>	71
3.4.	<i>Quatrième partie : les signes d'appel de la surdité</i>	72
3.5.	<i>Cinquième partie : les troubles de la sphère ORL</i>	72
3.6.	<i>Sixième partie : la surdité</i>	73
3.7.	<i>Septième partie : information et prévention</i>	74
4.	Résultats et analyse	74
4.1.	<i>Quelques informations sur vous</i>	76
4.2.	<i>Parlons du développement du langage de l'enfant</i>	84
4.3.	<i>Et quand tout ne se passe pas comme d'habitude</i> ...	92
4.4.	<i>Quelques situations plus concrètes</i>	97
4.5.	<i>Parlons des oreilles, du nez, de la gorge</i>	107
4.6.	<i>La surdité</i>	108
4.7.	<i>Informations et prévention</i>	113
5.	Discussion de la méthode et des résultats	118
5.1.	<i>Critiques</i>	118
5.1.1	<i>Diffusion du questionnaire</i>	118
5.1.2	<i>Questions</i>	119
5.1.3	<i>Participants</i>	120
5.2.	<i>Ouvertures</i>	121
Conclusion		122
Bibliographie		124

Glossaire	128
Annexes	129

Introduction

La surdité est la perte partielle ou totale de l'audition. En France, 800 enfants naissent chaque année avec une surdité. La surdité a des répercussions dans le développement de l'enfant, à différents niveaux, notamment langagier. Mais la surdité impacte également de manière importante la socialisation de l'enfant ainsi que sa scolarisation et ses apprentissages. Selon l'âge du diagnostic de la surdité, les répercussions de la surdité vont être plus ou moins importantes sur le développement de l'enfant. C'est pourquoi la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande une prise en charge globale précoce de l'enfant sourd et un accompagnement de sa famille.

Aujourd'hui, un dépistage néonatal systématique s'organise dans les maternités de France. Mais, nous le verrons, il est nécessaire de maintenir une vigilance à propos de l'audition de l'enfant.

Aussi, dans cette étude, nous nous interrogeons sur les connaissances que possèdent les professionnels de la petite enfance sur le développement du langage de l'enfant, sur les signes pouvant faire suspecter une surdité chez un enfant, sur les répercussions que peut avoir une surdité sur le développement de l'enfant. Nous nous demandons également s'il existe un besoin d'informations sur ces sujets pour les professionnels de la petite enfance.

Une enquête est proposée à des professionnels de la petite enfance des Pays-de-la-Loire pour dresser un état des lieux de leurs connaissances et évaluer leurs demandes et besoins éventuels en matière d'information.

Pour comprendre la démarche de ce mémoire, quelques notions théoriques sont nécessaires. Dans une première partie théorique, nous aborderons donc successivement l'émergence du langage de l'enfant, les classifications des surdités, les signes d'appel d'une surdité et la prévention. Dans une seconde partie méthodologique, nous présenterons la démarche du questionnaire élaboré. La troisième partie du mémoire présentera une analyse des résultats obtenus. Enfin, une dernière partie permettra une discussion sur la méthode choisie.

PARTIE THEORIQUE

L'émergence du langage chez l'enfant

L'acquisition du langage par l'enfant a fait l'objet de nombreuses études lors des dernières décennies. Les chercheurs qui s'y sont penchés ont montré que **le nouveau-né présente très tôt de réelles compétences pour construire peu à peu son langage**. En effet, loin d'arriver au monde vierge de toute expérience, le fœtus possède déjà de grandes potentialités.

1. Des compétences prénatales

1.1. Un système auditif performant

Avant de pouvoir réaliser des enregistrements à l'intérieur du ventre de la mère, on pensait que le fœtus ne pouvait entendre, la paroi utérine empêchant les sons de passer. On sait désormais que le système auditif du fœtus, se développe au fil de la grossesse. Il devient ainsi opérationnel dès la vingt-cinquième semaine de gestation.

Querleu, Renard et Versyp (1981, cités par De Boysson-Bardies, 2014) ont décrit, grâce à des enregistrements, les sons perçus par le fœtus. Ainsi le fœtus percevrait très distinctement la voix de sa mère par voie aérienne mais aussi via son corps. Cela ferait de la parole de la mère le schéma sonore le plus perceptible pour l'enfant. Ces chercheurs ont également montré que **les sons venant de l'extérieur sont parfaitement audibles par le fœtus**, que la prosodie est hautement perceptible et que 30 % des phonèmes peuvent être reconnus.

1.2. Une capacité à discriminer des sons

Non seulement le bébé entendrait déjà dans le ventre de sa mère, mais encore, des études ont mis en évidence que **le fœtus serait capable de distinguer des sons différents** (Lecanuet & al., 1993, cité par De Boysson-Bardies, 2014). Ces chercheurs ont mesuré l'activité cardiaque du fœtus pendant qu'ils lui présentaient des stimuli sonores. Ils ont ainsi observé que le rythme cardiaque du fœtus décélérait à chaque présentation d'un nouveau stimulus avant de revenir ensuite à la normale par un phénomène d'habituation.

Lecanuet et Granier-Deferre (1993, cités par De Boysson-Bardies, 2014) ont poursuivi la recherche en utilisant la parole. Ils ont ainsi habitué des fœtus à entendre une série de / babi /. Lorsque le fœtus a été « habitué », les chercheurs ont changé le stimulus en / biba /. Les fœtus ont alors présenté une décélération cardiaque, signe de discrimination des dissyllabes présentés.

1.3. Une attention et une écoute privilégiées pour la parole

DeCasper, Lecanuet, Busnel, Granier-Deferre et Maugeais (1994, cités par De Boysson-Bardies, 2014) ont montré que **le fœtus est sensible à la parole et peut reconnaître un échantillon de langage présenté à plusieurs reprises**. En effet, les chercheurs ont demandé à des mères de lire à voix haute un poème tous les jours pendant quatre semaines, - au terme de ces quatre semaines, le fœtus est alors à 37 semaines de gestation -. On lui donne alors à entendre un enregistrement alternant le poème lu par sa mère et un poème jamais entendu. Les séquences sonores sont préalablement enregistrées par une tierce personne et sont diffusées par des haut-parleurs. Le rythme cardiaque montre une décélération à l'écoute du poème lu par la mère.

Les chercheurs en concluent que durant les derniers mois de vie intra-utérine, il y a familiarisation avec la langue maternelle.

2. Au fil des jours, la sensibilité perceptive s'affine

Les nouveau-nés de quelques jours ont été très sollicités par les chercheurs. Ceux-ci ont mis en évidence que les nourrissons ont des compétences fines en termes de perception.

2.1. Des nourrissons sensibles aux contrastes phonétiques

Des chercheurs ont ainsi montré que **les nourrissons sont capables de discriminer la plupart des contrastes phonétiques** utilisés dans des langues, même s'ils n'ont jamais été exposés à des langues étrangères (Jusczyk, 1985, cité par De Boysson-Bardies, 2014). Capacité que les adultes n'ont plus.

2.2. Des nourrissons sensibles à la prosodie, au rythme et à la mélodie du langage

Les bébés de quelques jours expriment très clairement certaines de leurs préférences. En effet, **les nourrissons ont une préférence pour la voix de leur mère** par rapport à la voix d'une autre femme (Melher, Bertoncini, Barrière & Jassik-Gershenfeld, 1978, cités par De Boysson-Bardies, 2014). En revanche, il faut que leur mère s'exprime de manière naturelle : quand on passe un enregistrement de la parole de leur mère à l'envers, les bébés ne marquent plus de préférence. Bénédicte De Boysson-Bardies interprète ces résultats comme la preuve que **le nourrisson est sensible à l'aspect dynamique de la parole, dans un cadre communicatif et non pas seulement aux seuls sons de la parole.**

2.3. Des nourrissons sensibles à leur langue maternelle

Les tout-petits marquent également leur préférence pour leur langue maternelle (Melher et al., 1988, cités par De Boysson-Bardies, 2014). Les différences de prosodie entre leur langue maternelle et une langue étrangère suffisent aux nourrissons pour distinguer les deux langues et montrer leur préférence pour leur langue maternelle. On a vu précédemment que l'imprégnation à la langue maternelle ne débute pas seulement à la naissance, mais commence probablement plus tôt, lors des derniers mois de la vie intra-utérine.

2.4. Des bébés sensibles à un signal privilégié : leur prénom

Des auteurs ont cherché à savoir si le prénom de l'enfant entraînait une réaction particulière chez le bébé de quatre mois et demi. Ils ont fait écouter au bébé une liste de prénoms contenant son propre prénom. Ils ont ainsi observé que les bébés réagissaient à l'écoute de leur prénom (Mandel, Jusczik & Pisoni, 1995, cités par De Boysson-Bardies, 2014). Cela signifie que **le bébé de quatre mois et demi accorde une attention particulière à son prénom**, qu'il le repère, le reconnaît en tant que signal. Toutefois, on ne peut pas dire qu'il comprend le sens de ce signal.

3. Le développement des productions vocales

3.1. Développement pré-linguistique

De la naissance où les productions du nourrisson se limitent à des cris jusqu'aux premiers mots tant attendus par les parents, les chercheurs ont analysé les différentes étapes par lesquelles passe l'enfant.

Vinter (1998) propose cinq étapes pour rendre compte du développement vocal précoce de l'enfant. Ces stades prennent en compte les variations interindividuelles des enfants, ce qui explique le chevauchement chronologique des étapes décrites.

3.1.1. Première étape : la phonation

De sa naissance jusqu'à ses deux mois, les productions du bébé sont très fortement contraintes par l'anatomie de son conduit vocal. En effet, le pharynx est proportionnellement plus court que celui de l'adulte. La cavité orale du nourrisson est proportionnellement plus grande et occupée en grande partie par sa langue, ce qui rend les mouvements difficiles. De plus, le nourrisson ne contrôle pas encore sa respiration.

Les productions vocales du nourrisson traduisent essentiellement des sensations de bien-être ou de mal-être : faim, satisfaction après la tétée...

3.1.2. Deuxième étape : le roucoulement

Pour Vinter (2000), les roucoulements du bébé apparaissent avec l'émergence du sourire. **De un à quatre mois, le bébé commence à produire des sons pleinement résonnants.** On peut entendre des sons contoïdes (ressemblants à des consonnes) et vocoïdes (évoquant des voyelles).

3.1.3. Troisième étape : l'étape exploratoire

De trois à huit mois, le nourrisson explore sa voix. À partir du cinquième mois, il commence à maîtriser sa voix. Il expérimente, fait varier la hauteur, l'intensité, la durée de ses

productions, joue avec sa respiration. Les chercheurs évoquent un véritable plaisir vocal pour le bébé dans ces jeux vocaux.

Avec ces gazouillis, on assiste à des échanges entre le bébé et ses proches. Le bébé et son interlocuteur s'imitent mutuellement. Le bébé imite la mélodie (Le Rouzo, 1987, citée par Vinter, 2000) voire les sons produits par son interlocuteur lorsque qu'il peut les produire (Kulh, 1986, Le Rouzo, 1987, Malrieu, 1962, cités par Vinter, 2000). Les parents ont tendance à encourager et à récompenser affectivement leur enfant lors de ces échanges (Papousek & Bernstein, 1992, cités par Vinter, 2000) ce qui a pour conséquence l'augmentation des vocalisations de l'enfant (Stark, 1980, cité par Le Normand, 2007).

Pour Vinter (1998, p.49), « *vocaliser, produire des sons est un des premiers comportements volontaires et intentionnels du bébé* ». Pour l'auteur, le bébé commence à partir de ce moment, à acquérir une compétence importante dans toutes les interactions : l'adaptation à son interlocuteur.

À partir de six mois, le bébé commence à combiner des sons contoïdes et des sons vocoïdes, on appelle cela le « babillage rudimentaire ». Ce babillage est qualifié de rudimentaire car l'articulation de ces premières voyelles et consonnes est encore lâche, floue. Cependant, avec ces expérimentations, le bébé se familiarise avec les sons de sa langue maternelle et exerce son articulation.

3.1.4. *Quatrième étape : le babillage canonique*

À partir de cinq mois, le bébé peut produire des syllabes bien formées de type « consonne-voyelle » : il entre dans le babillage canonique. Selon Oller, traduit par Vinter (1998, pp. 48-49) « *la syllabe canonique est un assemblage articulatoire qui se compose d'un "noyau d'énergie", l'élément vocalique, et d'au moins "une marge", l'élément consonantique qui possède les caractéristiques temporelles de la langue cible* ». Le babillage va être redupliqué et diversifié.

Le babillage canonique est composé de syllabes bien formées, appartenant à la langue maternelle et reconnaissables par les adultes qui entourent le bébé. C'est pour cela que les parents vont interpréter certaines syllabes produites par l'enfant comme des premiers mots : « papa », « mama » pour « maman ».

Pour Vinter (p. 49, 1998), « le babillage canonique est le point culminant du développement des vocalisations pré-linguistiques ». Pour l'auteur, il est possible de repérer des marques de déviations pouvant faire suspecter un trouble dans le développement ultérieur du langage à chacune de ces étapes. Néanmoins, c'est lors de cette période du babillage que des marques de déviations seraient particulièrement détectables (Menyuk & al., 1986 ; Stark & al., 1988, cités par Vinter, 1998).

3.1.5. Cinquième étape : l'étape intégrative, structuration mélodique et rythmique.

À partir de neuf mois et jusqu'à dix-huit mois, l'enfant va produire des énoncés mixtes. En effet, il continue à babiller, mais dans son babillage commencent à apparaître les premiers mots rapidement repérés par ses parents.

La période prélinguistique est une étape très importante pour le développement langagier car l'enfant est plongé dans un bain de langage apporté par son entourage durant toute cette période. Cela permettra ainsi à l'enfant d'acquérir son propre langage mais également de développer ses capacités de socialisation et de relation à l'autre (Aimard, 1984, citée par Massing, 2011).

3.2. Les premiers mots et le développement du lexique

Les chercheurs s'accordent pour situer l'**apparition des premiers mots entre le onzième et le quatorzième mois en moyenne** (De Boysson-Bardies, 2014 ; Kern, 2001). Ceux-ci apparaissent de manière isolée dans le babillage encore produit par l'enfant. Il n'existe pas, en effet, de rupture entre le babillage et les premiers mots : les mots possèdent des caractéristiques communes avec le babillage canonique de l'enfant. L'enfant entre alors dans la période linguistique.

3.2.1. Le développement du lexique

Toutes les études effectuées sur le développement précoce du lexique tendent à montrer que **ce développement n'est pas linéaire**. Les auteurs décrivent deux phases principales dans l'accroissement du lexique du jeune enfant.

Une première phase débute aux environs de douze mois, à l'apparition des premiers mots, et dure six mois. Elle est caractérisée par une **acquisition de nouveaux mots plutôt lente** et une utilisation de ces mots, spécifique à chaque enfant. L'enfant utilise souvent ces mots dans des **contextes particuliers, limités et familiers**.

Une deuxième phase est située autour de dix-huit-vingt mois. À ce moment, les enfants possèdent une cinquantaine de mots dans leur lexique. On observe alors un phénomène d'« **explosion lexicale** » (Nelson, 1973, citée par Kern, 2001). Durant cette période, l'acquisition de mots nouveaux se fait très rapidement : les enfants peuvent produire 4 à 10 mots nouveaux par jour. De plus, ces mots sont utilisés de manière conventionnelle, et catégorielle : **l'enfant peut décontextualiser ses productions**.

Ainsi, Kern (2001) donne les chiffres suivants :

- à douze mois, l'enfant posséderait en moyenne sept mots dans son lexique,
- à dix-huit mois, l'enfant posséderait quarante-huit mots
- à vingt-quatre mois, l'enfant posséderait deux cent huit mots.

Ces chiffres constituent des moyennes et peuvent sensiblement varier d'une étude à une autre.

Bassano (1998) suggère que cette explosion lexicale est liée au fait que l'enfant peut à présent combiner les mots.

Une des hypothèses expliquant cette explosion lexicale serait que l'enfant, autour de vingt mois découvre que toute chose peut être nommée (Goldfield & Reznick, 1990, cités par Bassano, 1998).

3.2.2. Composition du lexique précoce

Au niveau qualitatif, l'analyse du lexique de l'enfant en compréhension et en production met en évidence que les premiers mots compris et produits par l'enfant appartiennent à des catégories limitées. Les premiers mots de l'enfant sont des noms de personnes, des noms d'objets, des bruits d'animaux et des sons. Ils sont également issus de jeux et de routines et peuvent aussi être des mots d'action (Kern, 2001).

Au niveau quantitatif, l'analyse du lexique selon différentes catégories grammaticales montre qu'à ce niveau également, l'acquisition du lexique n'est pas linéaire.

Bassano (1998) a ainsi analysé la répartition de ces différentes catégories grammaticales dans le lexique précoce de l'enfant entre vingt et trente mois. Elle a défini quatre grandes catégories :

- la classe des noms qui regroupe les noms de personnes, d'animaux et d'objets
- la classe des prédicats qui rassemble les verbes et les adjectifs
- la classe des mots grammaticaux constituée par les adverbes, les déterminants, les pronoms, les prépositions, les conjonctions et les auxiliaires
- la classe des éléments paralexicaux regroupant les particules (oui, non), les interjections (Oh ! Ah ! Coucou !), les formules ou expressions syncrétiques (« merci », « et voilà ») et les éléments infralexicaux ou « fillers » qui constituent des éléments entre babillage et mot (Bassano (1998) note que ces éléments sont souvent situés avant le nom ou avant le verbe : « a bébé » ou « a mettre » évoquant ainsi des mots grammaticaux adulte mais présentant une ambiguïté. « a » dans « a mettre » constitue-t-il un pronom : « je mets » ? remplace-t-il l'auxiliaire « aller » : « vais mettre »? ou encore un verbe modal : « veux mettre » ?)

Au terme de son étude, Bassano (1998) a ainsi observé que si, à vingt mois, c'est la classe des noms et celle des items paralexicaux qui représentent la plus large partie dans le lexique précoce de l'enfant par rapport aux classes des prédicats et des mots grammaticaux, la tendance va s'inverser aux alentours de vingt-trois mois. En effet, à vingt-neuf mois, les mots grammaticaux représentent 40 % , suivis par les prédicats (26 %), par les noms (22 %) et enfin par les items paralexicaux qui ne représentent plus que 11 % des mots produits par l'enfant.

3.3. Parallèlement à la production, la compréhension

Les auteurs qui se sont intéressés à la compréhension précoce du langage par l'enfant s'accordent sur le fait que **la compréhension précède la production**.

Avant de pouvoir comprendre les mots, l'enfant doit tout d'abord avoir appris à segmenter les phrases pour pouvoir identifier des mots, puis, pouvoir associer une forme sonore, le mot, à un objet.

De Boysson-Bardies (2014) estime qu'il existe des premiers signes de compréhension aux alentours de six-sept mois chez l'enfant. En effet, un enfant peut agiter la main lorsqu'il entend « au revoir » ou battre des mains lorsqu'on dit « bravo ! ». Néanmoins, cette compréhension répond à des mots entendus dans des contextes très particuliers.

Les chercheurs estiment que **les enfants commencent à comprendre aux alentours de leurs neuf mois**. Cependant, **l'intonation des adultes ainsi que le contexte restent des soutiens importants pour la compréhension de l'enfant**. En effet, De Boysson-Bardies remarque que souvent, l'intonation peut suffire à l'enfant pour comprendre son intention.

À l'aide d'un questionnaire, Kern (2003) a ainsi établi des données concernant le nombre moyen de mots compris par les enfants. Ainsi, ils comprendraient en moyenne :

- 32 mots à huit mois
- 86 mots à douze mois
- 161 mots à seize mois.

L'auteur insiste sur les variations interindividuelles : à huit mois, selon les réponses au questionnaire, certains enfants ne comprendraient aucun mot quand d'autres en comprendraient 154. De Boysson-Bardies (1996, citée par Kern, 2003) estime qu'à douze mois, les enfants sont en capacité de comprendre une trentaine de mots en contexte et de reconnaître quelques mots familiers (« chaussure », « doudou »...) hors contexte.

Le décalage entre compréhension et production est normal et il a été postulé que la compréhension et la production font appel à des systèmes différents et à des zones cérébrales différentes. Leurs développements seraient donc indépendants (Vinter, 1998).

Il est à noter qu'**un retard dans la production de mots n'est pas inquiétant tant que la compréhension est, elle, fonctionnelle** (Bates & al., 1995, cités par Vinter, 1998).

3.4. *Variations interindividuelles*

Si les chercheurs ont élaboré des schémas et des étapes dans l'acquisition du langage et observé des âges moyens pour ces étapes, ils insistent sur le fait qu'**il existe des variations parfois très importantes entre les enfants tant sur un plan quantitatif que sur un plan qualitatif.**

Sur un plan quantitatif, plusieurs études concernant le développement du lexique ont montré qu'alors que certains enfants pouvaient produire un nombre conséquent de mots, et ce, très jeunes, d'autres pouvaient produire peu de mots jusqu'à deux ans - deux ans et demi. De Boysson-Bardies (2014) décrit des enfants qui, bien que vifs et éveillés, parlent très peu. Elle décrit ensuite chez ces enfants une production soudaine d'une quantité très importante de mots très variés, ainsi que des phrases où deux ou trois mots sont combinés. Pour l'auteur, tout se passe comme si, à ce moment, le vocabulaire longtemps accumulé surgissait. De Boysson-Bardies suggère que ces enfants attendaient d'avoir organisé la structure de mots et de phrases, avant de se permettre de les produire.

Sur le plan qualitatif maintenant, plusieurs auteurs (Bates, Bretherton & Snider, 1988 ; Bloom, Lyghtbown & Hood, 1975 ; Nelson, 1973 : 1981, cités par Bassano, 1998), relèvent **différents styles dans l'acquisition du langage.** Ils décrivent ainsi des enfants au style « référentiel » ou « analytique » et des enfants au style « expressif ». Le vocabulaire des premiers a pour caractéristique d'être principalement constitué de noms d'objets, de personnes ou d'animaux. Les enfants « référentiels » préfèrent eux, les prédicats (adjectifs, verbes) et les formules. Si on distingue nettement ces manières différentes d'entrée dans le lexique, les différences s'atténuent avec le temps. (Bassano, 1998 ; De Boysson-Bardies, 2013).

En matière de prévention, il est important de noter que **le nombre de mots produits par un enfant n'est pas un indicateur pertinent pour juger d'un éventuel trouble du langage.** On l'a vu, il existe des « late talkers » ou, en français, « parleurs tardifs » qui vont

combler rapidement leur apparent retard par rapport aux autres enfants. En revanche, des chercheurs se fient davantage au niveau de compréhension comme indicateur d'un retard ou d'un trouble du langage. Bates (1995, cité par De Boysson-Bardies, 2014) a ainsi comparé des enfants qui parlaient peu mais montraient une compréhension dans la norme et des enfants qui parlaient peu et montraient une compréhension inférieure à la norme. Un an après cette évaluation initiale, les enfants qui montraient une bonne compréhension avaient rattrapé leur « retard » apparent. Les autres ne rejoignaient la norme qu'aux alentours de six ans.

Pour De Boysson-Bardies (2014), **lorsqu'un enfant parle peu, il convient de vérifier son audition et sa compréhension**. Si les examens ne montrent pas de déficit auditif ou de difficultés de compréhension, l'auteur préconise d'être patient : certains enfants vont produire peu de mots jusqu'à deux ans, deux ans et demi. Bénédicte De Boysson-Bardies insiste, comme d'autres chercheurs (Bassano, 1998), sur le fait qu'un « retard » de production n'est pas un indicateur d'un déficit langagier.

4. La construction de la morphosyntaxe

Les chercheurs peinent à trouver une définition de la phrase : peut-on considérer la juxtaposition de deux mots comme une phrase ? Faut-il une structure canonique de type « sujet-verbe-complément » ? En revanche, les formules figées telles que « ça y est » ou « a pas là » ne sont pas considérées comme des phrases puisqu'elles ont été apprises comme un tout insécable.

Les chercheurs s'accordent en général pour considérer la combinaison de deux mots comme l'entrée de l'enfant dans la morphosyntaxe. **Avec l'accroissement de son lexique, aux alentours de vingt mois, l'enfant commence à combiner les mots**. Kern (2003) inscrit le passage de un à deux mots par énoncé entre dix-huit et vingt-quatre mois. Les auteurs rappellent que **les variations dans l'âge de l'apparition de ces premières « phrases » sont importantes d'un enfant à un autre**.

On relève des éléments appelés « particules », « éléments neutres » ou encore « éléments infra-lexicaux » que les enfants ajoutent souvent à leurs premiers mots entre un an et vingt mois (De Boysson-Bardies, 2014). Ces éléments sont généralement des voyelles : « / a / chat », « / e / bébé ». Pour l'auteur, on peut considérer que ces éléments vont peu à peu laisser place à des articles ou des démonstratifs conventionnels.

Pour De Boysson-Bardies (2014), on ne peut pas parler de style télégraphique pour qualifier les combinaisons de mots du jeune enfant. Elle considère en effet que ces premières combinaisons sont riches et montrent une réelle appropriation de la syntaxe de sa langue maternelle. Elle écrit ainsi : « *Les phrases des enfants entre vingt et vingt-quatre mois ont un ordre cohérent, non aléatoire, les articles et les marques de genre sont nombreux, on y trouve des régularités révélant des constructions spécifiques en fonction de catégories linguistiques* » (2014, p.237). Elle observe également que les enfants sont capables d'exprimer des variations sémantiques subtiles de manière pertinente. Les enfants français respectent les règles de la grammaire française : même s'ils oublient des mots dans une phrase, ils en respectent l'ordre.

Peu à peu, ces combinaisons de mots vont évoluer en longueur, en complexité jusqu'à atteindre les productions syntaxiques des adultes.

Figure 1 : tableau récapitulatif de certaines étapes importantes dans le développement du langage

ÂGE	RECEPTION	EXPRESSION
DE LA NAISSANCE JUSQU'À 4 MOIS ½	-Préférence pour la voix de sa mère -Repérage de son prénom parmi d'autres	-Vocalisations réflexes -Cris et sons végétatifs -Roucoulements
3 A 10 MOIS	Compréhension de certains mots en contexte (6-9 mois)	-Babillage rudimentaire (3-8 mois) -Babillage canonique (5-10 mois)
9 A 18 MOIS	Compréhension d'une trentaine de mots (12 mois)	-Enoncés mixtes -Apparition des premiers mots (11-14 mois)
18 A 21 MOIS		-Explosion lexicale -Début de la combinaison de deux mots

5. Quelques aspects du développement des interactions chez l'enfant

La communication précède, prépare et traverse le langage. Telle est la perception de nombreux auteurs. Ainsi, pour Barbot, Jeannin et Van der Horst, « *le langage s'origine dans la communication et [...] celle-ci s'inscrit dans les premières relations* » (2014, p. 3). Montagner décrit des compétences-socles qui permettent à l'enfant d'être acteur de ses interactions, et ce, très tôt. Pour cet auteur, le langage « *imprègne et traverse [ces] cinq compétences-socles [...] en même temps que celles-ci rendent le langage opératoire dans l'interaction et la communication* » (Montagner, 1997, p. 14).

5.1. Définition de la « communication » selon le dictionnaire d'orthophonie

Le Dictionnaire d'Orthophonie définit ainsi la communication : « *Tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu. [...]* » (2011, p. 57).

5.2. Les compétences-socles

Hubert Montagner propose la notion de compétence-socle « *pour rendre compte des capacités du bébé et du jeune enfant à conduire leurs interactions et processus de communication selon leurs particularités et celles de leur(s) partenaire(s), et plus généralement selon les particularités de l'environnement dans ses dimensions de relation, de temps et d'espace.* » (1997, p.2)

Montagner décrit ainsi cinq compétences-socles.

5.2.1. La capacité à maintenir une attention visuelle soutenue

De nombreux auteurs s'accordent pour donner une grande importance au regard dans le développement de la communication pour le petit enfant. Lebovici (1987, cité par Brunstein & Tiellet Nunes, 2003) le considère comme **une des premières formes de communication qui s'établit entre le bébé et sa mère** (ou toute personne qui s'occupe particulièrement de lui). Il fait du regard le « *point d'ancrage du développement* » de chaque enfant.

Stern (1992, cité par Brunstein & Tiellet Nunes, 2003), quant à lui, considère **le regard comme une voix d'échange social**.

Au fur et à mesure des semaines, la vision de l'enfant va se développer, permettant une

vision binoculaire vers deux-trois mois, puis l'enfant va pouvoir identifier le visage de sa mère lorsqu'il entre dans son champ visuel.

L'attention visuelle permet au bébé d'obtenir des informations sur son environnement : objets (propriétés, couleurs...), personnes (expressions du visage, mimiques...). Mais, petit à petit, **le bébé va également leur attribuer du sens** en les combinant à toutes les autres informations qu'il reçoit (bruits, sensations tactiles, bain de langage, saveur, odeurs...).

Au fur et à mesure, le jeune enfant réussit à orienter le regard de son interlocuteur. En effet, lorsque l'enfant fixe attentivement un objet, son interlocuteur va porter à son tour son attention sur cet objet, le nommer, en parler et peut-être le manipuler.

Le bébé s'adapte à ce qu'il observe de son interlocuteur (mimiques, expressions faciales...) : **les liens d'attachement se construisent grâce à ces accordages affectifs entre l'enfant et sa mère** (ou toute autre personne d'attachement).

5.2.2. La capacité à manifester un élan à l'interaction

La vision du bébé n'est pas optimale, de plus, son développement moteur limite ses mouvements et déplacements. Ces contraintes l'empêchent d'explorer le monde, les objets, les personnes qui l'entourent. L'enfant a alors toute une gamme de comportements (sourires, mimiques, vocalisations, extensions des membres, pédalages...) susceptibles d'attirer l'attention de son interlocuteur et qui visent à le faire se rapprocher de l'enfant. **Tous ces comportements qui induisent la proximité permettent à l'enfant d'être assez près du visage de son interlocuteur pour interagir avec lui** : toucher le visage, « lire » les expressions du visage...

5.2.3. *La capacité à manifester des comportements affiliatifs*

Montagner décrit les comportements affiliatifs comme des **manifestations d'adhésion que l'enfant adresse à ses parents, à ses interlocuteurs**. Ceux-ci produisent alors à leur tour des manifestations d'affiliation (« tu es content ! », « oh là là, tu as envie de jouer ! » ...) qui **permettent un accordage, des ajustements dans l'interaction** avec le bébé. Ces comportements de la part des interlocuteurs vont parfois permettre des nouveaux comportements de la part de l'enfant. **Les interlocuteurs reconnaissent l'enfant comme un véritable co-constructeur de l'interaction.**

5.2.4. *La capacité à effectuer des gestes de manière structurée et organisée*

Les gestes de l'enfant vont peu à peu s'organiser de manière à atteindre le but recherché : un objet, un visage... pour en appréhender les propriétés.

5.2.5. *La capacité à reproduire et imiter*

Lorsqu'il imite les expressions, les mimiques, les gestes et même certains sons produits par son interlocuteur, l'enfant montre qu'il les a intégrés et commence à se les approprier. Ses interlocuteurs reprennent souvent ce que vient de produire l'enfant montrant à leur tour qu'ils intègrent le répertoire de l'enfant. Peu à peu, l'imitation va permettre à l'enfant de produire de nouvelles expressions, de nouveaux gestes.

6. Le rôle de l'adulte dans le développement du langage

6.1. *Le soutien affectif et physique*

Pour se développer de manière harmonieuse, l'enfant a besoin d'un environnement où il se sent en sécurité. C'est l'adulte qui est garant de ce cadre où l'enfant peut évoluer sans risque. **L'adulte doit garantir la sécurité physique** afin que l'enfant puisse faire ses apprentissages sans se blesser. Mais il doit également **garantir la sécurité affective de l'enfant** en prenant soin de lui, en l'encourageant pour ses initiatives, en le récompensant lorsqu'il réussit.

6.2. *L'adulte reconnaît l'enfant comme interlocuteur*

L'enfant vient de naître, il ne parle pas et pourtant, déjà, ses parents et ses proches lui prêtent des intentions de communication. Ils répondent à ses cris en leur attribuant une signification (« Oh mais c'est que tu as faim ! »). C'est en attribuant une signification aux productions de l'enfant que peu à peu, il va pouvoir à son tour, attribuer du sens à ce qui l'entoure, à la parole de ses proches.

Stern (1975, cité par Khomsi, 1982) a étudié des échanges précoces entre une mère et son enfant. Dans les premiers mois, l'enfant émet des vocalisations, face à l'adulte qui prend soin de lui. L'adulte y répond. Au début, ces échanges sont peu structurés : les interlocuteurs vocalisent en même temps. L'adulte va insérer des pauses après ses propres vocalisations, invitant le nourrisson à insérer ses émissions dans cet espace. Très vite, une organisation apparaît : on assiste à un véritable dialogue où l'on observe une alternance des vocalisations, où les **tours de parole sont respectés par chacun des locuteurs.**

L'enfant, alors qu'il ne parle pas encore, est déjà considéré comme un interlocuteur potentiel avant d'être reconnu comme interlocuteur réel.

6.3. L'adulte comme modèle pour l'enfant

L'adulte, considéré comme un expert de sa langue fournit un modèle privilégié pour l'enfant, encore novice.

Selon Bruner (1983) « *L'observation du comportement des adultes débouche sur l'intégration par les jeunes à leurs jeux de structures observées* ».

6.4. L'adulte s'adapte à l'enfant

6.4.1. Le Langage Adressé à l'Enfant (LAE)

L'adulte lorsqu'il parle à un enfant, s'adapte de manière précise et plus ou moins consciente au niveau de compréhension et d'expression de l'enfant : on reconnaît très rapidement le langage qu'un adulte adresse à un enfant ou le langage qu'un enfant adresse à un enfant plus jeune. Ce langage particulier est nommé **Langage Adressé à l'Enfant (LAE) ou *motherise* en anglais et, si on l'identifie si aisément, c'est parce qu'il possède de nombreuses caractéristiques spécifiques décrites notamment par Khomsi (1982).**

- **Le LAE est simple** : les énoncés sont courts, comportent très peu de subordonnées, peu de conjonctions et dans un premier temps, le vocabulaire utilisé est peu diversifié et plutôt concret.

- **Le LAE possède des structures bien formées** : les énoncés sont produits avec une articulation

soignée et le fondamental est élevé (les locuteurs utilisent une voix plus aiguë que d'ordinaire) afin d'attirer et de maintenir l'attention de l'enfant. De même, l'intonation est modulée et insiste souvent sur les mots porteurs de sens. On relève également peu de pauses d'hésitation.

- Le LAE est redondant : on note beaucoup de répétitions de l'énoncé ou de reprises partielles de cet énoncé.

- Le LAE possède de nombreuses « structures présentatives » qui vont permettre au locuteur de présenter un objet à l'enfant et de lui nommer. Ces structures sont de type : « C'est + Sujet nominal » (« *C'est une poupée* ») ou « Regarde ! + Sujet nominal » (« *Regarde ! Un chat !* »)

Le LAE constitue donc une **forme très claire du langage** qui s'adapte au développement de l'enfant, à son niveau. En effet, au fur et à mesure du développement du langage de l'enfant (en compréhension et en expression), la longueur des énoncés va augmenter, des mots abstraits vont apparaître...

Le contenu du LAE est lui aussi adapté par les locuteurs en fonction des connaissances de l'enfant mais aussi de ce qui l'intéresse et du contexte perceptif de la situation. Au début, le contenu de ce LAE est plutôt restrictif : on note des noms concrets, des verbes présentatifs, des mots en rapport avec les activités quotidiennes de l'enfant ou avec les événements en cours.

Les locuteurs accompagnent souvent leur parole de gestes et d'une synchronisation du regard. Le comportement gestuel le plus utilisé est bien sûr, la désignation. La désignation permet au locuteur de montrer à l'enfant l'objet, la personne, l'événement, dont il parle. Mais des locuteurs parlant à un enfant peuvent également effectuer une action en même temps qu'ils la nomment (« *ouvre le livre* ») ou la réaliser après avoir demandé à l'enfant de la réaliser (« *viens t'asseoir* »).

6.4.2. Les formats

Bruner (1998, cité par Desvergnès & Lebrun, 2010) définit ainsi les formats :

« L'acquisition du langage commence avant que l'enfant n'émette son premier discours lexico-grammatical. Elle commence quand la mère et l'enfant créent un format d'interaction prédictible qui peut servir de microcosme pour la communication et la constitution d'une réalité partagée. Les transactions qui se produisent dans de tels formats constituent "l'input" à partir duquel l'enfant peut alors maîtriser la grammaire, comment référer et signifier, et comment réaliser ses intentions en communiquant ». Il s'agit donc de situations qui reviennent très régulièrement dans le quotidien de l'enfant en suivant les mêmes étapes. L'enfant est ainsi en mesure de connaître le cadre de la situation, il sait dans quel ordre se déroulent les différentes étapes. Il peut alors porter son attention sur le contenu de ces situations : sur ce qui y est dit. **La forme ne varie pas, mais le contenu subit quelques petites modifications, ce qui permet à l'enfant de saisir du sens, d'établir des relations, de comprendre.** L'adulte s'adapte à la progression de l'enfant en facilitant le contenu, ou au contraire en variant, en complexifiant certains éléments.

Les surdités : plusieurs classifications

La surdité est un déficit sensoriel qui a suscité de nombreuses recherches. Les différents auteurs ayant œuvré à ce sujet ont établi plusieurs classifications.

1. La classification audiométrique des déficiences auditives

1.1. Généralités

Établie par le Bureau International d'Audiophonologie (BIAP), **cette classification habituelle est basée sur la mesure des capacités auditives selon deux caractéristiques d'un son : l'intensité (mesurée en décibels, dB) et la fréquence (mesurée en Hertz, Hz).**

La fréquence correspond au nombre de vibrations par seconde. Elle permet de déterminer si un son est grave ou plutôt aigu : 250 Hz et 500 Hz sont des fréquences graves, 1000 Hz et 2000 Hz sont des fréquences moyennes et 4000 Hz et 8000 Hz sont des fréquences aiguës.

L'intensité dépend, quant à elle, de l'amplitude de la vibration et permet ainsi d'évaluer si un son est plutôt fort ou plutôt faible : plus le nombre de décibels est élevé plus le son est fort (Lorenzi, Camilleri, & Chaix, 2013).

Les caractéristiques d'un son sont souvent trop abstraites pour être bien comprises. Afin de préciser ces notions, Juarez et Monfort (2003) se sont basés sur des exemples concrets des sons du quotidien.

Figure 2 : Tableau présentant des repères concrets illustrant la perception des sons en fréquence et en intensité

Bruit du vent dans les feuilles	Son à 5 dB pour 2000 Hz
Bruit de l'eau qui coule	Son à 20 dB pour 250 Hz
Aboiement	Son à 70 dB pour 500 Hz
Sonnerie d'un téléphone	Son à 95 dB pour 3000 Hz
Camion	Son à 100 dB pour 200 Hz
Avion	Son à 120 dB pour 3000 Hz

1.2. L'examen audiométrique

Comme l'a défini l'Association Nationale de Parents d'Enfants Déficiants Auditifs (l'ANPEDA) (1997), l'examen audiométrique est « *l'étude et la mesure de l'audition. Elle permet d'établir l'importance et la nature de la perte auditive* ». À travers cet examen, on mesure le seuil d'audition du patient que l'on compare avec un seuil d'audition normale (0 dB).

L'examen audiométrique est un examen subjectif puisqu'il demande une réponse du patient. Il est donc nécessaire de le compléter avec un examen objectif qui sera, quant à lui indépendant de toute participation active du patient (L'audiométrie subjective, 2013). Néanmoins, comme l'explique la fédération ANPEDA (1997), cet examen reste d'une grande fiabilité. En effet, des études ont montré que l'on retrouve les mêmes seuils au fil des années pour une personne donnée.

Afin de déterminer le degré de surdité du patient, il est nécessaire de réaliser un examen audiométrique. L'audiométrie s'effectue entre 125 Hz et 8000 Hz et peut être tonale et / ou vocale.

1.2.1. L'audiométrie tonale

Dans un premier temps, l'examen de l'audition commence par une **audiométrie tonale, c'est-à-dire une écoute de sons purs, en conduction aérienne puis en conduction osseuse**. Cet examen doit avoir lieu dans une cabine audiométrique insonorisée pour une meilleure fiabilité des résultats.

Les résultats de l'audiométrie tonale sont représentés sous la forme d'**un audiogramme qui permet de déterminer le niveau d'audition du patient en fonction de la fréquence des sons**. De plus, selon Dumont (1995), un autre avantage de l'audiométrie tonale est la possibilité de déterminer l'étiologie de la surdité en se basant sur l'abaissement de certaines fréquences sur l'audiogramme.

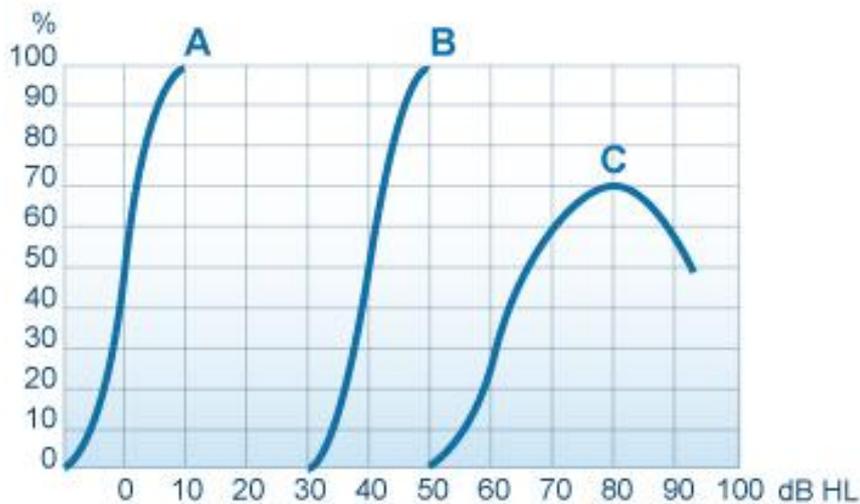
Cependant, l'audiométrie tonale seule n'est pas suffisante afin d'objectiver un niveau d'audition (Association Nationale des Parents d'Enfants Déficiants Auditifs, 1997). En effet, étant basée sur une écoute de sons purs peu naturels, l'audiométrie tonale n'est pas significative du degré de perception et d'intelligibilité de la parole. De plus, Juarez et Monfort (2003) ont évoqué des différences dans la reconnaissance de la parole chez des enfants ayant pourtant le même degré de surdité selon la classification établie. Ils soulignent donc, à partir de cette constatation, l'intérêt évident d'une audiométrie vocale en complément de l'audiométrie tonale.

1.2.2. L'audiométrie vocale

Réalisés dans une cabine audiométrique insonorisée, **les examens d'audiométrie vocale sont basés sur l'écoute de sons complexes, c'est-à-dire de sons composés de plusieurs fréquences (liste de phonèmes, de mots, de phrases...)**. Ainsi cet examen **permet de mesurer la perception et l'intelligibilité de la parole** contrairement à l'audiométrie tonale qui est basée sur une écoute de sons purs.

Les résultats de l'audiométrie vocale s'expriment en pourcentage de réussite. Ainsi un patient normo-entendant atteindra au moins 50 % d'intelligibilité à 0 dB et 100 % d'intelligibilité à 10 dB (figure 3, courbe A). Cependant, un patient ayant une surdité obtiendra une courbe plus ou moins décalée sur la droite de l'audiogramme et de forme plus ou moins différente que la courbe d'un patient normo-entendant (figure 3, courbes B et C).

Figure 3 : Exemple d'audiogramme vocal (Chaix, 2014)

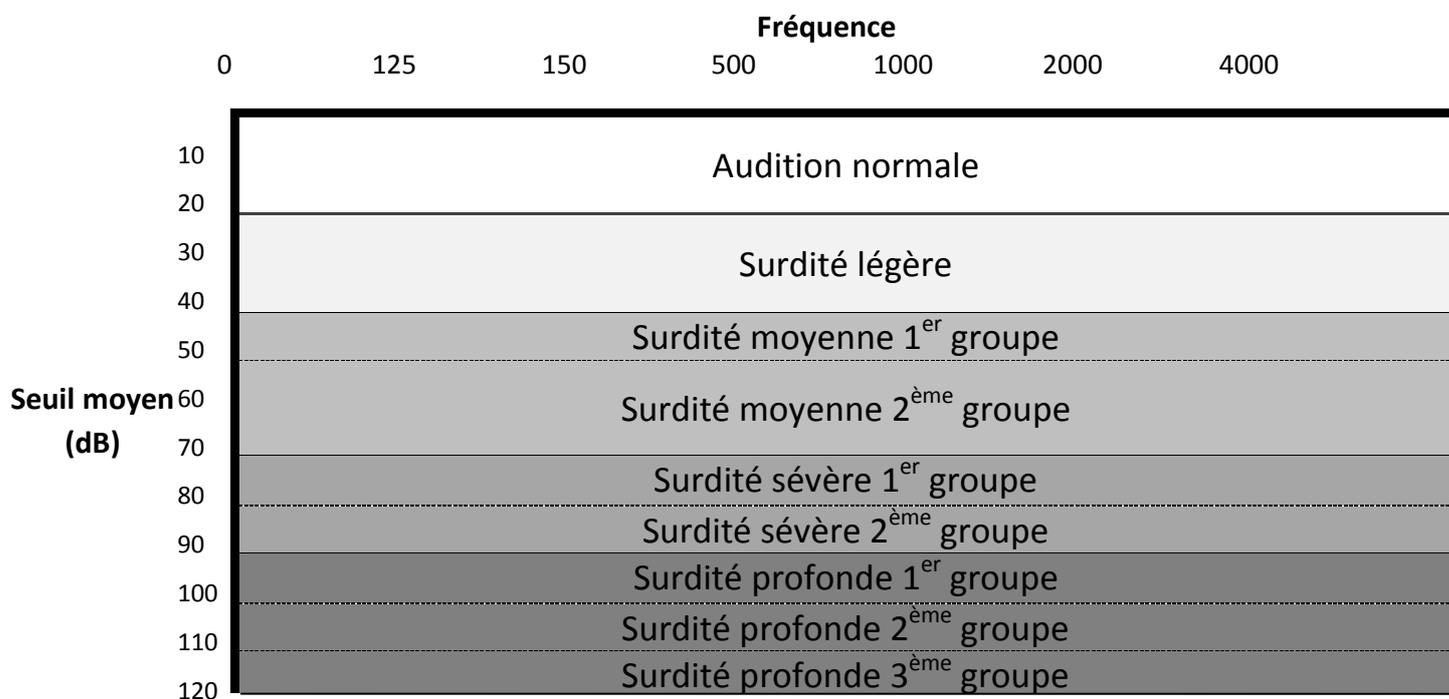


1.3. La classification audiométrique du BIAP

Établie par le Bureau International d'Audiophonologie, cette classification audiométrique permet de déterminer le niveau d'audition d'un patient à partir des résultats de l'examen d'audiométrie tonale.

Afin de déterminer le degré de surdité du patient, il est nécessaire de calculer son seuil moyen d'audition c'est à dire la moyenne des seuils d'audition obtenus sur les fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hz (Juarez & Monfort, 2003). Une fois ce résultat obtenu, il sera alors possible de déterminer le niveau d'audition du patient en se reportant à la classification du BIAP.

Figure 4 : représentation de la classification BIAP



Exemple : si le seuil d'audition du patient est de 0 dB pour une fréquence de 500 Hz, de 10 dB pour une fréquence de 1000 Hz, de 30 dB pour une fréquence de 2000 Hz et de 70 dB pour une fréquence de 4000 Hz, son seuil moyen sera alors de : $(0+10+30+70) / 4 = 27,5$ dB. Ce qui correspond à une surdité légère selon le tableau.

1.3.1. Audition normale ou subnormale

Le seuil moyen est inférieur à 20 dB. Le patient entend correctement les sons. **On peut malgré tout retrouver une légère perte tonale mais sans aucun impact social** (Classification audiométrique des déficiences auditives, 1997).

1.3.2. Surdité légère

Le seuil moyen est compris entre 21 et 40 dB. **La parole et les bruits familiers sont perçus correctement mais sans une reconnaissance parfaite des contrastes phonétiques de la langue** (Dumont, 1995). La parole à voix chuchotée et la parole lointaine sont difficilement perceptibles.

Concernant le langage et sa perception, Dumont (1995) note parfois des **troubles de l'articulation chez des patients présentant une déficience auditive légère**. D'autre part, elle souligne également une **grande fatigabilité chez ces patients pour qui une bonne compréhension du message oral nécessite une attention constante**.

1.3.3. Surdité moyenne

La surdité moyenne est divisée en deux sous-parties :

- la surdité moyenne de 1^{er} groupe correspond à un seuil moyen compris entre 41 et 55 dB
- la surdité moyenne de 2^d groupe correspond à un seuil moyen compris entre 56 et 70 dB

À ce stade, **l'enfant perçoit mal l'articulation et la voix de ses interlocuteurs** à une intensité dite normale et **présente ainsi une voix et une articulation altérées**. Selon Dumont (1995), avec ce type de déficience auditive, **l'enfant entend les sons mais ne les comprend pas**.

Cependant, on retrouve une amélioration de la compréhension du message oral lorsque le regard de l'interlocuteur est porté sur le visage du locuteur (Classification audiométrique des déficiences auditives, 1997).

Pour ce type de surdité, un **appareillage est nécessaire** pour que l'enfant puisse développer un langage correct et suivre un enseignement scolaire (Dumont, 1995).

1.3.4. Surdité sévère

Il existe deux degrés de surdité sévère : la surdité sévère de 1^{er} groupe dont le seuil moyen est compris entre 71 et 80 dB et la surdité sévère de 2^d groupe dont le seuil moyen est compris entre 81 et 90 dB (Juarez & Monfort, 2003).

Selon les recommandations du BIAP, les patients déficients auditifs sévères peuvent **percevoir la parole et les bruits uniquement s'ils sont de forte intensité**. Dumont (1995) ajoute l'idée que les bruits environnants et certaines voyelles peuvent parfois être identifiés mais le **message reste tout de même incompris**.

Ces difficultés de perception du message **altèrent l'intelligibilité** de l'enfant dans son langage. Ainsi, **l'appareillage et une prise en charge langagière s'avèrent indispensables**.

1.3.5. Surdité profonde

Les surdités profondes sont divisées en trois groupes : un 1^{er} groupe dont le seuil moyen est compris entre 91 et 100 dB, un 2^{ème} groupe dont le seuil moyen est compris entre 101 et 110 dB, un 3^{ème} et dernier groupe dont le seuil moyen est compris entre 111 et 119 dB.

Selon les recommandations du BIAP (1997), en cas de surdité profonde, **seuls les bruits très forts peuvent être entendus**. Ainsi, **la lecture labiale est indispensable** afin de

pallier le manque d'informations perçues par l'apport auditif. De plus, **le port d'une prothèse auditive et / ou d'un implant cochléaire est en général proposé.**

1.3.6. Surdité totale ou cophose

Les opinions des auteurs divergent au sujet de la cophose. Ainsi, elle n'apparaît pas dans toutes les classifications.

Selon Juarez et Monfort (2003), un seuil moyen supérieur ou égal à 110 dB correspond à une surdité profonde de 3^{eme} groupe.

En revanche, selon les recommandations du Bureau International d'Audiophonologie (1997), un seuil moyen compris entre 111 et 119 dB correspond à une surdité profonde de 3^{eme} degré. Ainsi, un seuil moyen supérieur ou égal à 120 dB équivaut à une **perte totale de l'audition.**

Selon Lafon (1985), la cophose ne signifie pas qu'aucun son ne peut être perçu. Cela signifie plutôt que **l'apport informationnel est tellement minime que l'audition ne peut reconnaître aucune structure acoustique.**

2. L'audition normale – fonctionnelle – résiduelle

Dans leur ouvrage, Juarez et Monfort (2003) ont tenté d'élaborer une nouvelle classification basée sur l'unité réelle de l'audition et sur la perception du langage d'autrui. Selon eux, cette classification serait plus significative des perceptions auditives des sons naturels au quotidien qu'une classification basée exclusivement sur des paramètres numériques conventionnels.

Cette classification définit trois niveaux de surdité : l'audition normale, l'audition fonctionnelle et l'audition résiduelle.

2.1. Audition normale

On peut définir l'audition normale comme étant « *la capacité de pouvoir reconnaître n'importe quel son de parole et n'importe quelle combinaison de sons, indépendamment du sens* » (Juarez & Monfort, 2003, p. 24). Par cette définition, les auteurs supposent qu'un individu ayant une audition normale sera dans la capacité de répéter parfaitement un logatome, c'est-à-dire un non-mot.

Selon les auteurs, **avec une aide prothétique adaptée et une rééducation antérieure, un enfant présentant une surdité légère ou moyenne de premier groupe est dans la capacité d'atteindre une audition subnormale.**

2.2. Audition fonctionnelle

Contrairement à une audition normale, **une audition fonctionnelle permet seulement la reconnaissance et la compréhension de messages connus.** Ainsi, un patient ayant une audition dite fonctionnelle sera dans l'incapacité de répéter un mot nouveau ou un mot inventé. Un mot connu, en revanche, sera entendu, compris et pourra être répété grâce à la suppléance mentale.

Juarez et Monfort (2003) estiment que **ce niveau peut être atteint plus ou moins aisément grâce à une bonne adaptation prothétique et un entraînement précoce par des enfants présentant différents types de surdité.** Selon les auteurs, un enfant ayant une surdité moyenne de 2^{ème} groupe par exemple pourra atteindre une audition fonctionnelle relativement aisément. De même, un enfant dont l'atteinte auditive est sévère pourra également atteindre ce niveau mais avec quelques difficultés. En revanche, en cas de surdité profonde, ce niveau pourra être atteint par les enfants ayant bénéficié d'une implantation cochléaire précoce et plus difficilement par les autres.

2.3. *Audition résiduelle*

Selon Juarez et Monfort (2003), un patient présentant une audition résiduelle est dans **l'incapacité de comprendre un message uniquement par le biais auditif**. En revanche, **la compréhension s'améliore considérablement grâce à la lecture labiale**.

Cette situation semble être habituelle chez les enfants présentant une surdité profonde.

3. Classification des surdités selon la localisation de l'atteinte

3.1. *Rappels anatomiques*

Avant d'aborder la classification des surdités en fonction de la localisation de l'atteinte, il est nécessaire de préciser quelques repères anatomiques.

L'oreille est composée de trois parties distinctes : l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne. Chacune de ces parties étant elles-mêmes composées d'éléments anatomiques remplissant chacun un rôle précis dans la perception des sons et leur transmission au cerveau.

3.1.1. L'oreille externe

Les éléments qui composent l'oreille externe sont au nombre de trois.

On retrouve le **pavillon** qui sert à capter les sons extérieurs, le **conduit auditif externe** (CAE) dans lequel les sons captés vont pénétrer ainsi que le **tympan** (ou membrane tympanique) qui vibre sous l'effet des ondes sonores.

3.1.2. L'oreille moyenne

Délimitée par le tympan d'un côté et par les fenêtres ronde et ovale de l'autre, cette partie de l'oreille est composée de différents éléments assurant chacun un rôle précis (Lafon, 1985).

On retrouve tout d'abord trois osselets :

- le **malleus** (marteau) qui est en contact direct avec la membrane tympanique,
- l'**incus** (enclume), l'osselet intermédiaire,
- le **stapes** (étrier) qui est collé à la fenêtre ovale.

Ces trois osselets forment une chaîne ancrée dans la caisse du tympan appelé aussi tympanum.

La **trompe auditive** (trompe d'Eustache) est également un élément de l'oreille moyenne. Ce conduit relie la caisse du tympan et le pharynx et a pour rôle l'aération de l'oreille moyenne.

La vibration de la membrane tympanique est transmise à la chaîne des osselets puis à la fenêtre ovale avant d'atteindre l'oreille interne.

3.1.3. L'oreille interne

Délimitée par la fenêtre ovale, l'oreille interne est composée de trois éléments : **le vestibule, la cochlée et le nerf auditif.**

La cochlée est un organe en forme de limaçon rempli de liquides. Lors de la transmission du son, la **chaîne des osselets entre en vibration** ce qui engendre un mouvement du liquide de la cochlée par l'intermédiaire de la fenêtre ovale. **L'organe de Corti transforme ensuite ce mouvement en un message électrique** véhiculé par le nerf auditif. À partir des informations qui lui ont été transmises, le **cerveau donne alors la**

sensation d'entendre puis identifie les sons suite à un apprentissage préalable. (Action Connaissance Formation pour la Surdité [ACFOS], 2005)

Le vestibule, troisième élément de l'oreille interne, joue quant à lui un rôle majeur dans l'équilibre.

En fonction de la localisation de l'atteinte (oreille interne, oreille moyenne ou oreille externe), **il sera possible de déterminer le type de surdité** (perception, transmission ou mixte).

L'ANPEDA a élaboré un tableau regroupant les principaux points qui diff rent entre une surdité de transmission et une surdité de perception (1997).

Les membres de l'association auteurs de cet ouvrage ont défini six points caractéristiques de l'une ou l'autre de ces surdités parmi lesquels on retrouve :

- **La fréquence** : les surdités de perception sont plus rares que les surdités de transmission.
- **Le diagnostic étiologique** qui est plus facile à retrouver dans le cadre d'une surdité de transmission que dans le cadre d'une surdité de perception.
- **L'atteinte maximale** : la perte auditive peut dépasser les 100 dB dans une surdité de perception alors qu'elle ne peut aller au-delà des 60 dB dans une surdité de transmission.
- **La thérapeutique** : pour les surdités de perception, aucun traitement médicamenteux ni chirurgical n'est possible contrairement aux surdités de transmission.
- **L'appareillage** : le port d'appareils n'est pas systématique en cas de surdité de transmission. En revanche, en complément d'une éducation prothétique et d'une rééducation orthophonique, il est indispensable au développement du langage oral en cas de surdité de perception.

3.2. La surdité de transmission

3.2.1. Généralités

Ce type de surdité est le plus fréquent chez les enfants. Elle résulte d'une atteinte de l'oreille moyenne et / ou de l'oreille externe. Ces zones de l'appareil auditif ne sont alors pas en mesure d'assurer la transmission des vibrations du son au sein de l'oreille.

Dans ce type de surdité, la perte auditive est inférieure à 60 dB et les causes peuvent être variées. En effet, l'étiologie la plus fréquemment rencontrée est l'otite mais une surdité de transmission peut également être due à des malformations anatomiques, des troubles musculaires, des maladies...

L'évolution de ce type de déficience auditive peut varier d'un patient à l'autre. En effet, une surdité de transmission peut durer dans le temps ou bien être réversible avec une prise en charge adaptée (La surdité : transmission ou perception ? , 2013)

3.2.2. Etiologies des surdités de transmission

Comme précisé précédemment, les surdités de transmission peuvent avoir diverses étiologies : malformations, traumatismes, infections, otospongiose...

3.2.2.1. Malformations

Ces malformations responsables d'une surdité de transmission peuvent être d'origine congénitale et se présenter sous différentes formes. Par exemple, on peut retrouver une malformation du conduit auditif externe (atrésie) ou encore une malformation des osselets (aplasie) etc. (Surdité de transmission chez l'adulte, 2013)

Un suivi chirurgical et un appareillage peuvent aider à pallier ces malformations.

3.2.2.2. Traumatismes

Un déchirement du tympan, une rupture de la chaîne ossiculaire etc. sont des exemples de traumatismes de l'oreille moyenne ou de l'oreille externe engendrant une surdité de transmission. Ces altérations peuvent apparaître suite à un accident avec traumatisme crânien, un choc, un corps étranger dans l'oreille (coton-tige par exemple).

Une intervention chirurgicale est en général souhaitable dans ce genre de situations (Surdité de transmission chez l'adulte, 2013).

3.2.2.3. Infections

Les infections les plus fréquemment responsables d'une surdité de transmission sont les otites. Elles peuvent être de plusieurs formes selon si elles sont ciblées dans l'oreille externe (otites externes) ou dans l'oreille moyenne (otites moyennes).

Les otites sont curables et n'engendrent pas de complications si elles sont correctement soignées (Surdité de transmission chez l'adulte, 2013).

- ***L'otite externe*** : la peau du conduit auditif externe s'infecte provoquant alors une douleur intense par poussées. On peut observer un écoulement conjointement à une hypoacousie.
- ***L'otite moyenne aiguë*** : la muqueuse de l'oreille moyenne s'infecte. Cette inflammation douloureuse est le plus souvent due à une infection respiratoire virale. Elle peut toucher près de 70 % des enfants en bas âge. Quelques signes permettent de la détecter : l'enfant a mal, pleure, a tendance à se toucher les oreilles, dort mal, peut être fiévreux.
- ***L'otite séreuse ou séro-muqueuse*** : on observe du liquide dans l'oreille moyenne sans qu'il n'y ait ni signe d'infection, ni douleur, ce qui la rend difficile à détecter. En revanche, à l'examen, on retrouve un tympan à l'aspect anormal et parfois une otorrhée. De nombreux facteurs peuvent être responsables de la survenue d'une otite séreuse dont

les infections rhinopharyngées. Un changement de comportement ou un retard de parole peuvent être des signes d'alerte.

- ***L'otite moyenne chronique*** : dans cette infection évoluant depuis au moins trois mois, le tympan est perforé avec ou sans otorrhée.

3.2.2.4. Les bouchons de cérumen

Il s'agit d'une accumulation de cérumen obstruant partiellement ou totalement le conduit auditif externe. Une utilisation abusive du coton-tige peut favoriser la formation de ces bouchons de cérumen.

3.3. ***La surdité de perception***

3.3.1. *Généralités*

Les surdités de perception sont dues à une atteinte de l'oreille interne, elles peuvent donc prendre deux formes selon la localisation précise de l'atteinte (cochlée ou nerf auditif). On parle de **surdité de perception endocochléaire** lorsque c'est la cochlée qui est touchée et de **surdité de perception rétrocochléaire** lorsque c'est le nerf auditif qui est touché.

Tout comme les surdités de transmission, les surdités de perception peuvent avoir différentes étiologies (maladie, syndrome, traumatisme...)

3.3.2. *Etiologies des surdités de perception*

3.3.2.1. Surdité liée à certains médicaments

Certains médicaments appelés ototoxiques, c'est-à-dire toxiques pour les oreilles, ont un effet néfaste transitoire ou irréversible sur l'oreille interne. En effet, ils détruisent les cellules ciliées de l'oreille interne empêchant alors la transformation du mouvement vibratoire en un message électrique. Ce phénomène peut entraîner une baisse de l'audition voire une surdité unilatérale ou bilatérale (Des médicaments toxiques pour l'oreille et l'audition, 2014).

3.3.2.2. Toxicité liée à une exposition brutale au bruit

Une exposition brutale correspond à un traumatisme auditif aigu suite à un événement sonore violent (explosion, concert...). Dans ce cas de figure, on retrouve une surdité due à une détérioration de l'oreille interne souvent accompagnée d'acouphènes. Un traitement médicamenteux en urgence est alors indispensable afin de tenter de stopper le phénomène de détérioration (Surdités de perception chez l'adulte, 2013).

3.3.2.3. Traumatismes

Il existe trois situations traumatiques pouvant endommager l'oreille interne : un traumatisme direct (coton-tige par exemple) ou un traumatisme crânien.

3.4. *La surdité mixte*

La surdité mixte correspond à une surdité de transmission ajoutée à une surdité de perception.

Outre ces différentes classifications basées sur les résultats aux examens audiométriques, sur la perception de la parole ou encore sur la localisation anatomique de l'atteinte, il semble important d'aborder une dernière classification tout autant reconnue que les trois précédentes : la classification selon la date d'apparition de la surdité.

4. La classification selon la date d'apparition de la surdité

Aussi peu évident que cela puisse paraître, l'âge d'apparition de la surdité a un effet considérable sur les conséquences langagières de l'enfant (ANPEDA, 1997). En effet, plus la surdité survient tôt dans la vie de l'enfant, plus les conséquences sur son développement langagier seront importantes.

4.1. *Surdité acquise – surdité génétique*

Lorsque la surdité apparaît **après la naissance, on parle de surdité acquise**.   l'inverse, lorsqu'elle est présente **dès la naissance, on parle alors de surdité congénitale**. Dans ce cas de figure, elle peut être **d'origine génétique ou bien acquise par une maladie durant la grossesse**. De plus, une surdité peut être **isolée** ou présente dans le cadre d'un **syndrome**, étiqueté ou non.

4.2. Surdité pré-linguale

On parle de surdité pré-linguale lorsque l'enfant naît avec une d ficiency auditive ou bien lorsqu'il devient sourd avant deux ans, c'est-à-dire avant le développement de son langage.

4.3. Surdité péri-linguale

La surdité survient entre deux et quatre ans, c'est-à-dire pendant le développement du langage de l'enfant.

4.4. Surdité post-linguale

La d ficiency auditive apparaît seulement après quatre ans. L'enfant a alors acquis et consolidé les notions linguistiques principales (Chevrie-Muller, Narbona, cités par Massing, 2011). Les conséquences au niveau langagier seront donc moindres et la r ducation probablement plus rapide.

Les signes d'appel d'une surdité

La surdité a des **conséquences sur le développement précoce de l'enfant** et se manifeste à **différents niveaux : langage, communication, psychologie...** Ces spécificités de développement peuvent constituer des **signes pouvant faire suspecter une surdité** chez un enfant.

Cette partie concerne les enfants n'ayant pas accès au même langage que leurs parents, c'est à dire les enfants sourds de parents entendants. En effet, l'enfant sourd né de parents sourds signants peut avoir accès à la langue des signes et bénéficie donc d'un bain de langage signé.

1. Particularités langagières

Comme vu précédemment, le développement du langage de l'enfant s'appuie sur la perception que l'enfant a de la parole durant ses premières années de vie. Un guide pratique intitulé -"Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant"- réalisé à l'attention des professionnels de santé exerçant dans la petite enfance (Société française de pédiatrie, 2009) ainsi que Lafon (cité par Vinter, 2005) dressent une liste des principaux signes d'appel de la surdité. Pour cette partie, nous nous appuyerons notamment sur ces repères.

Un enfant privé en partie ou totalement d'informations auditives provenant de son environnement ne peut se saisir que d'indices visuels. Il ne peut donc pas bénéficier d'un bain de langage auditif comme la plupart des enfants normo-entendants de son âge.

1.1. Dans les premiers mois

Dans les premiers mois, une **absence de réaction aux bruits** et un **sommeil trop calme** peuvent être remarqués chez les enfants présentant une déficience auditive sévère ou profonde. En effet, ces enfants ne peuvent pas être alertés ou réveillés par des bruits. En revanche, ils manifestent de **vives réactions au toucher, aux informations visuelles et aux vibrations**.

1.2. De trois à douze mois

Durant la première année de vie de l'enfant, Vinter (2000) relève des particularités spécifiques aux enfants sourds dans leur développement vocal. Elle observe une **différence dans la mélodie des vocalisations de l'enfant sourd ainsi que dans leur babillage**. On peut également voir ce babillage diminuer.

Alors que l'enfant normo-entendant réagit à l'appel de son prénom aux alentours de quatre mois, **l'enfant sourd, lui, ne manifeste pas de réaction particulière à ce type d'interpellation**. De plus, lorsqu'il y a un bruit, il ne cherche pas et ne **s'oriente pas vers la source de ce bruit**.

1.3. De douze à vingt-quatre mois

À cet âge, alors que les enfants normo-entendants commencent à entrer dans la période linguistique, on constate que **les enfants présentant une déficience auditive sévère à profonde ne produisent pas de mots**. De plus, on remarque également un **manque de contrôle des émissions vocales** évoquant un enfant qui ne s'entend pas parler.

Sur le plan réceptif, l'enfant sourd **ne semble pas comprendre un ordre simple** s'il ne peut pas bénéficier à ce moment-là de la lecture labiale ou s'appuyer sur un geste pour comprendre.

1.4. De vingt-quatre à trente-six mois

À partir de vingt-quatre mois, les enfants normo-entendants commencent à combiner deux mots puis trois jusqu'à développer des phrases canoniques de type sujet-verbe-complément.

Les enfants déficients auditifs, quant à eux, présentent un **retard significatif de parole** dû à l'absence partielle ou totale du feedback auditif. Ils présentent également un **décalage dans le développement du langage** : utilisation de mots-phrases.

1.5. Après trois ans

Les retards de parole et de langage restent présents à l'entrée de l'enfant à l'école maternelle. Lors des premiers apprentissages scolaires, l'enfant manifeste plus ou moins de **difficultés**. En effet, l'enfant n'a pas accès à toutes les informations qui lui sont nécessaires.

1.6. Le cas particulier des surdités acquises

Suite à un traumatisme, une otite séreuse etc., un enfant né entendant peut voir son audition diminuer et ce à tout âge. Il est très important d'en repérer les signes puisque ces enfants ne s'en plaindront pas.

On peut observer chez un enfant qui vocalisait, babillait ou parlait, selon son âge, la **régression voire la disparition de ses productions vocales ou langagières**. Chez un enfant qui parlait, on peut également noter une **réduction de la qualité articulatoire**.

2. Communication

Malgré les retards ou troubles du langage que les enfants sourds peuvent présenter, ils peuvent parvenir malgré tout à compenser leur communication orale défailante. En effet, la plupart des enfants déficients auditifs sont très attentifs sur un plan visuel et adoptent souvent spontanément une communication gestuelle. Dans la deuxième année de l'enfant, cette **communication gestuelle peut d'ailleurs constituer un signe d'appel d'une surdité**.

L'attention conjointe est une étape importante dans le développement de la communication et du langage de l'enfant. Pour l'enfant sourd, cette compétence est possible mais se développe différemment. En effet, l'enfant sourd peut être attentif à un objet ou une personne à condition qu'ils se situent dans son champ visuel. Cependant, lors d'un épisode d'attention conjointe, un adulte attire l'attention de l'enfant sur un objet par le biais de la parole. L'enfant peut alors à la fois regarder l'objet et écouter l'adulte qui en parle.

Chez l'enfant sourd, cette compétence est modifiée car **l'enfant ne peut pas à la fois regarder l'adulte qui lui parle et l'objet dont il est question** (Juarez & Monfort, 2003).

Il est important de **vérifier également l'acuité visuelle** de l'enfant.

3. Aspects psycho-affectifs

La surdité de l'enfant a des conséquences sur le développement de son langage et de sa communication mais elle peut également avoir des **retentissements sur son comportement et ses interactions avec les autres**.

Pour cette partie, nous nous appuyerons sur le guide pratique -"Dépistage de l'audition chez l'enfant"- (2009) ainsi que sur des observations cliniques d'orthophonistes travaillant avec des enfants (CAMSP, SSEFS).

3.1. *Retrait*

Dans sa deuxième année de vie, l'enfant sourd peut se montrer **réservé voire manifester un retrait**. En effet, ses troubles auditifs entraînent un **déficit dans la compréhension et un retard du langage ce qui rend sa communication difficile avec ses pairs**. Ces problèmes relationnels provoquent une **frustration chez l'enfant** qui peut l'amener à se mettre en retrait.

3.2. *Agitation*

Face à ces problèmes de communication, certains enfants sourds ne vont pas se mettre en retrait mais vont au contraire, se montrer très **agités voire agressifs à l'égard des autres enfants**.

3.3. Sommeil

Le sommeil d'un enfant sourd peut étonner : il dort profondément malgré un environnement bruyant.

De plus, l'enfant sourd peut manifester des **frayeurs au réveil**. En effet, l'enfant, n'entendant pas l'adulte arriver est surpris et effrayé de voir l'adulte soudainement.

3.4. Surdités acquises

Dans le cas d'une surdité acquise, on peut voir apparaître chez l'enfant sourd, une **modification du comportement**. L'enfant peut assez soudainement se montrer agressif. Ce changement de comportement s'explique par la privation brutale d'informations auditives dont l'enfant avait toujours bénéficié.

Une perte auditive peut également provoquer des frayeurs surtout la nuit.

Aspects préventifs

1. Dépistage systématique néonatal

Dans un rapport datant du 3 janvier 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) à la suite de nombreuses associations et de comités internationaux (National Institutes of Health, Joint Committee on Infant hearing position statement) préconise la mise en place d'un dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale. Depuis l'arrêté du 23 avril 2012, ce dépistage est rendu obligatoire. Un temps d'organisation ayant été nécessaire, il se généralise surtout depuis 2014 (Belasco, 2014).

1.1. Objectif et enjeux

1.1.1. Objectif

« Le dépistage de la surdité chez le nourrisson a pour objectif la mise en place précoce de prises en charge adaptées pour favoriser le développement du langage et la communication de l'enfant sourd au sein de sa famille, sans préjuger de l'approche éducative qui sera choisie ultérieurement par la famille » (arrêté du novembre 2014).

1.1.2. Enjeux

1.1.2.1. Une forte prévalence

La prévalence de la surdité, quand on se limite à une surdité égale ou supérieure à 40 dB et ce, sur la meilleure oreille, est de **un enfant pour mille naissances**. Ainsi, selon l' HAS (2007), en France, **on compte chaque année 800 nouveau-nés présentant une surdité**. Ces chiffres montrent que la surdité est assez fréquente, ce qui a justifié la mise en place d'un dépistage *systématique* et non plus limité seulement aux enfants considérés comme « à risque ».

1.1.2.2. Permettre une prise en charge globale précoce

Le diagnostic précoce permet une prise en charge globale précoce de l'enfant. L'enfant sourd peut ainsi bénéficier très tôt d'un appareillage, d'une prise en charge globale orthophonique et de la mise en place de moyens de communication adaptés.

Elle permet de débiter un accompagnement de l'enfant en bénéficiant de la plasticité cérébrale. Dans les premières années de la vie, le cerveau continue à mûrir, à se développer en s'adaptant à l'environnement, c'est ce que l'on appelle la **période de plasticité cérébrale**. Même si la plasticité cérébrale est effective tout au long de la vie, elle est particulièrement active durant les trois premières années de vie de l'enfant. Sachant cela, on comprend l'enjeu d'un accompagnement précoce de l'enfant. Au-delà de trois - quatre ans, il est plus difficile pour le cerveau de s'adapter, c'est ce que l'on appelle la **période critique**. La période critique marque le moment où, pour un même apprentissage, le cerveau va devoir fournir beaucoup plus d'effort.

L'accompagnement des parents de l'enfant sourd constitue un deuxième enjeu du dépistage néonatal. Le diagnostic de la surdité de leur enfant peut perturber les parents ainsi que la relation avec leur enfant. Ils peuvent avoir des questions, et avoir besoin d'être soutenus. La HAS préconise un accompagnement des parents au moment du diagnostic

(2014) mais insiste également sur un accompagnement tout au long de la prise en charge de l'enfant (2009).

1.2. Principes

Une procédure du dépistage systématique néonatal est décrite par l'arrêté du 4 novembre 2014.

Vingt-quatre heures au moins après la naissance de l'enfant, un soignant formé à la procédure, explique aux parents la démarche du dépistage. Pour réaliser le test, il doit recueillir le consentement des parents, **le test n'étant pas obligatoire**. Si les parents sont d'accord, **le soignant réalise un premier test sur l'enfant au moyen d'Oto-Emissions Acoustiques (OEA) ou de Potentiels Evoqués Auditifs Automatisés (PEAA) de manière bilatérale**.

Si le test est concluant, l'enfant n'est pas suivi. Si le test n'est pas concluant, un deuxième test est proposé avant la sortie de la maternité. Il peut arriver qu'il reste du liquide dans l'oreille de l'enfant, ce qui perturbe le test.

Si ce deuxième test est concluant, l'enfant n'est pas suivi. Si le test n'est pas concluant, le médecin doit proposer un **rendez-vous aux parents avec un médecin référent**. Les résultats du test sont inscrits dans le carnet de santé de l'enfant et le médecin qui va suivre l'enfant en est averti.

1.3. Interrogations sur le dépistage

Si le dépistage systématique permet d'identifier des enfants présentant une surdité, il convient de rester vigilant quant à l'audition de l'enfant durant les premières années de sa vie.

En effet, d'une part, une surdité peut apparaître après la naissance. C'est le cas des surdités acquises suite à un traumatisme, à une infection (rougeole, méningite, otites à répétition).

D'autre part, il est important de rappeler que les parents sont dans le droit de refuser le dépistage. Si les deux tests effectués à la maternité se sont révélés positifs (évoquant un potentiel trouble de l'audition), ils peuvent également refuser le rendez-vous ultérieur proposé par le médecin.

Il peut donc arriver que des enfants sourds soient ainsi « perdus de vue » par le corps médical.

2. Le rôle préventif de l'orthophonie

C'est dans ce cadre que nous souhaitons inscrire notre étude : comment repérer au plus vite des signes d'alerte pouvant évoquer une surdité chez un enfant ?

Le référentiel d'activité de l'orthophonie accorde de l'importance à l'aspect préventif de l'orthophonie. Le référentiel considère ainsi que : « *Dans sa mission de professionnel de santé, [l'orthophoniste] intervient également auprès [...] des professionnels de la santé ou de l'éducation et du public [...].* » (Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013).

Le référentiel décrit également des actions de prévention consistant à « *informer et / ou sensibiliser sur les troubles du langage, de la communication [...] ainsi que sur les signes d'alerte, dans un souci de promotion de la santé publique* ».

Enfin, les orthophonistes peuvent également réaliser et diffuser des outils et des supports permettant d'une part d'intervenir et d'autre part de repérer les signes d'alerte dans différents contextes. L'orthophoniste, enfin, peut participer à la présentation et à la diffusion de documents et de matériel.

3. Les professionnels de la petite enfance : des partenaires pour le repérage de signes d'alerte de la surdité

3.1. L'assistant(e) maternel(le)

Les assistant(e)s maternel(le)s (AM) sont en majorité des femmes. Elles accueillent des enfants mineurs **à leur domicile**. Cet accueil, **limité à quatre enfants**, nécessite un agrément qui est délivré par le Conseil Général après avis favorable des services de Protection Maternelle Infantile (PMI) du département. Elles doivent actuellement suivre une formation de 120 heures.

Les assistantes maternelles ont pour mission de favoriser l'éveil et le développement des enfants qu'elles accueillent.

Elles peuvent également accueillir les enfants au sein d'une **Maison d'Assistants Maternels (MAM)**.

Elles ont la possibilité de faire partie d'un **Réseau d'Assistants Maternels (RAM)** géré par un professionnel de la petite enfance. Elles peuvent y trouver des informations, un soutien, et y échanger avec d'autres assistantes maternelles. Les RAM organisent parfois des activités à destination des enfants accueillis par des assistants maternels.

3.2. L'« assistant(e) » petite enfance

Certains professionnels de la petite enfance sont titulaires d'un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) petite enfance. Ils participent à l'accueil des enfants, aux activités quotidiennes (repas, changes, ...). Ils contribuent au développement affectif et au

développement de l'autonomie des enfants. Ils assurent également l'entretien des locaux et du matériel.

Ils peuvent travailler au sein de **crèches**, de **haltes-garderies** mais également dans les **écoles maternelles** en tant qu'Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles (ATSEM).

3.3. L'auxiliaire de puériculture

Les Auxiliaires de puériculture accompagnent les nourrissons et les jeunes enfants dans leurs apprentissages, tout en veillant à leur hygiène, leur **santé** (poids, température, croissance...) et à leur confort. Elles accompagnent également les parents dans l'apprentissage des soins de leur bébé.

Elles peuvent exercer au sein des **centres de PMI** où elles reçoivent les futures ou jeunes mamans avec leur bébé, mais également dans des **structures petite enfance** et dans des **hôpitaux**.

3.4. L'éducateur/rice de jeunes enfants

Les Éducateurs de Jeunes Enfants (EJE) sont titulaires d'un diplôme d'état d'EJE. Elles ont une mission d'éducation auprès des enfants qu'elles accueillent. Elles proposent des activités pour favoriser la **socialisation des enfants**, leur éveil et accompagnent les enfants dans la découverte de la vie en groupe.

Les EJE exercent au sein de structures d'accueil de jeunes enfants tels **les jardins d'enfants**, **les crèches**, **les haltes-garderies**. Elles peuvent également exercer un **poste de direction** dans des petites structures. Les EJE peuvent aussi travailler dans des **hôpitaux** ou des **centres pour les enfants en situation de handicap**.

3.5. *Le médecin de Protection Maternelle Infantile*

Les médecins de Protection Maternelle Infantile (PMI) font partie des services de PMI d'un département. Ils sont chargés de mettre en œuvre des missions énoncées par le Code de la Santé en matière de protection de l'enfance, de prévention et de promotion de la santé pour les enfants de moins de six ans. Ils assurent également les fonctions de **médecins référents de structures petite enfance**.

Ils exercent au sein d'une équipe composée de différents professionnels de la petite enfance dans le domaine social et médical. Les médecins de PMI assurent des **consultations médicales**, et peuvent intervenir dans des structures d'accueil de jeunes enfants en matière de prévention, d'hygiène, de sécurité. Ils peuvent travailler dans des **centres médico-sociaux**.

Ils participent à l'agrément des assistantes maternelles et **peuvent procéder à la visite médicale obligatoire pour les enfants de maternelle**.

3.6. *Le (la) puériculteur/rice*

Les puéricultrices sont des infirmières spécialisées dans les **soins médicaux** auprès des bébés et des jeunes enfants. Elles participent aux soins des enfants malades et ont également un **rôle de prévention, d'éducation et de conseil auprès des parents**.

Elles peuvent travailler à **l'hôpital**, dans des **centres de PMI** où elles reçoivent et accompagnent des parents, dans des **crèches** ou **autres lieux d'accueil petite enfance**. Elles peuvent être amenées à **diriger des structures d'accueil**.

Les professionnels du secteur de la petite enfance ont donc des connaissances sur le développement de l'enfant de par leur formation. Ils bénéficient également de leur expérience

auprès d'enfants, sur un plan professionnel et parfois personnel. Ces professionnels accueillent et rencontrent des enfants au quotidien, peuvent observer leurs comportements avec des adultes mais aussi entre eux et peuvent donc remarquer leur évolution. Ils rencontrent les parents des enfants qu'ils accueillent et sont donc en mesure d'établir un lien privilégié avec la famille.

C'est pourquoi nous considérons que les professionnels de la petite enfance et les orthophonistes peuvent être de véritables partenaires dans le repérage d'éventuels troubles, notamment au niveau de l'audition, et donc, du langage. Il serait donc intéressant de connaître le point de vue de ces professionnels sur la prévention : considèrent-ils avoir un rôle à jouer dans le repérage de ces troubles ? S'autorisent-ils à alerter les parents ? Et si oui, comment ?

Conclusion

L'enfant ne naît pas exempt de toute capacité. Au contraire, à sa naissance, il bénéficie déjà de structures cognitives, sensorielles, motrices... et d'une expérience intra utérine. Néanmoins, son entourage contribue à développer ces compétences et à les faire évoluer, notamment par le biais de multiples interactions.

Cependant, à la naissance, certains enfants présentent une surdité : leur équipement sensoriel n'est donc pas totalement intègre.

Selon le degré, le type de surdité de l'enfant et, bien sûr, sa personnalité et la manière dont il est accompagné par son entourage, on peut observer des répercussions sur son développement langagier.

Depuis 2014, un dépistage néonatal systématique commence à être mis en place dans toutes les maternités de France, selon les recommandations de la HAS (2007). Ce dépistage a pour objectif de permettre une prise en charge globale de l'enfant et un accompagnement de la famille plus précoces.

Néanmoins, le dépistage systématique néonatal ne doit pas entraîner une baisse de la vigilance concernant l'audition de l'enfant. En effet, il permet de repérer les enfants présentant une surdité supérieure à 40 dB et ce, dans les trois premiers jours de vie d'un enfant.

Or, nous l'avons vu, il existe des surdités acquises, des surdités évolutives et des surdités dues à des otites séreuses (indolores). De plus, les OEA peuvent être positives lors d'une surdité liée aux mutations du gène de l'otoferline. Ces surdités ne sont donc pas repérables lors du dépistage à la maternité. Il convient également de ne pas oublier les enfants « perdus de vue », c'est-à-dire les enfants dont les parents n'ont pas souhaité poursuivre les investigations médicales à l'issue d'un résultat positif lors du test effectué en maternité.

D'un côté, nous observons donc que le dépistage néonatal systématique ne doit pas entraîner une baisse de la vigilance concernant l'audition de l'enfant lors de ses premières années de vie. D'un autre côté, un réseau important de professionnels de la petite enfance accueille et accompagne au quotidien des enfants et leur famille et serait donc en mesure de porter une attention particulière à l'audition.

Aussi, pour notre étude, nous nous sommes posé les questions suivantes :

- **Quelles connaissances les professionnels de la petite enfance ont sur le développement du langage de l'enfant ?**
- **Connaissent-ils les signes pouvant évoquer une surdité chez un enfant ?**
- **Connaissent-ils les répercussions qu'une surdité peut avoir sur le développement de l'enfant, notamment au niveau langagier ?**
- **S'autorisent-ils à alerter les parents ? Si oui, comment ?**

Pour répondre à ces questions, nous avons choisi de suivre l'objectif suivant : élaborer un questionnaire. Ce questionnaire devrait permettre de :

- **Dresser un état des lieux des connaissances de différents professionnels de la petite enfance des Pays-de-la-Loire sur le développement du langage de l'enfant, les signes d'alerte d'une surdité, les répercussions d'une surdité sur le développement, notamment langagier, de l'enfant.**
- **Recueillir des avis, des expériences de ces professionnels.**

PARTIE MÉTHODOLOGIE

1. Population

L'objectif de notre étude étant d'interroger des professionnels de la petite enfance sur le développement langagier de l'enfant et sur les signes d'alerte de la surdité, nous nous sommes adressées à différentes structures de la petite enfance des Pays-de-la-Loire.

Afin de recueillir un nombre de réponses à la fois suffisant pour être significatif et limité pour permettre une analyse, nous avons volontairement choisi de restreindre notre étude à la région des Pays-de-la-Loire. En effet, nous avons pour objectif de recueillir cent réponses pour que notre analyse reflète au mieux le regard que portent les professionnels de la petite enfance sur le développement langagier de l'enfant.

Nous avons envoyé notre enquête aux professionnels de la petite enfance par le biais de diverses structures d'accueil de jeunes enfants. Nous avons ainsi établi une liste de tous les établissements d'accueil de la région, puis, nous avons contacté tous ceux pour lesquels nous avons accès à une adresse e-mail. Voici le nombre de questionnaires électroniques envoyés pour chaque département :

Département	Nombre de structures contactées
Loire-Atlantique	119
Maine-et-Loire	26
Mayenne	48
Sarthe	51
Vendée	70

Au total, sur la région des Pays-de-la-Loire, 314 structures ont été contactées.

Nous avons choisi de contacter différents types de structures afin d'obtenir les réponses de professionnels exerçant sur divers lieux d'accueil et ainsi recueillir des expériences de pratiques professionnelles variées. Voici les types d'établissements contactés dans le cadre de notre étude :

- Maison d'Assistants Maternels (MAM)
- Relais d'Assistants Maternelles (RAM)
- Halte-garderie
- Multi-accueil
- Crèche
- Centre médico-social

2. Procédure

Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire à remplir en ligne. En effet, le questionnaire électronique a permis de recueillir des réponses plus rapidement, avec plus de facilité et à moindre coût. Cela nous a également permis de contacter un plus grand nombre de structures d'accueil.

Avant de transmettre le questionnaire aux professionnels, une étude pilote a d'abord été effectuée afin d'évaluer la compréhension des questions par les participants, la pertinence de chacun des items ainsi que le temps moyen de passation. Cette étude pilote a permis de réajuster certains contenus et de donner une estimation du temps nécessaire pour remplir l'enquête.

Nous avons envoyé un e-mail aux établissements dans lequel nous avons, d'une part, expliqué notre démarche ainsi que nos objectifs et, d'autre part, transmis le lien vers l'enquête à remplir (Annexe 1).

La participation des professionnels de la petite enfance au questionnaire s'est ensuite effectuée sur la base du volontariat.

3. Outil : présentation du questionnaire

Le questionnaire est présenté dans son intégralité en annexe (Annexe 2).

3.1. Première partie : informations sur les professionnels

Cette première partie a une visée statistique. Elle nous permet d'obtenir des informations générales sur les professionnels qui répondent à notre questionnaire et d'analyser les réponses en conséquences.

Les questions concernent la profession, le lieu d'exercice (type de structure et département), le nombre d'années d'exercice et s'il existe au sein de leur structure un temps formel d'échange entre professionnels. Nous demandons également dans cette partie si les professionnels considèrent avoir un rôle de prévention dans leur profession.

3.2. Deuxième partie : le développement du langage de l'enfant

Dans cette partie, nous cherchons tout d'abord à savoir si les professionnels interrogés possèdent quelques repères à propos du développement langagier de l'enfant.

Nous leur demandons ce qu'est pour eux, un mot, une phrase et une situation de communication. Plutôt que leur demander leur définition de ces trois concepts, nous avons choisi de leur donner des exemples. Pour chaque exemple, les personnes interrogées doivent choisir si l'exemple proposé est ou non un mot, une phrase et une situation de communication.

Nous leur proposons ensuite, s'ils le souhaitent, d'apporter leur définition personnelle de ces concepts et / ou de justifier leurs réponses. Nous avons choisi d'ajouter ces questions volontairement ouvertes afin d'apporter un aspect qualitatif à notre analyse.

Ici, nous cherchons également à savoir si les professionnels interrogés possèdent quelques repères sur les âges moyens de production des premiers mots et des premières phrases.

Nous leur proposons alors une ou plusieurs tranches d'âge parmi plusieurs propositions.

Dans nos lectures, nous nous sommes rendu compte que les tranches d'âge pouvaient être très étendues, c'est pourquoi nous avons laissé la possibilité de cocher plusieurs propositions.

Nous souhaitons analyser les réponses sur les âges moyens en regard des réponses apportées aux définitions du concept de mot.

3.3. Troisième partie : les troubles du langage

Cette partie concerne le repérage des éventuels troubles, décalages dans le développement langagier de l'enfant. Nous considérons que les professionnels de la petite enfance sont des partenaires privilégiés en ce qui concerne la prévention et le repérage de troubles du développement de l'enfant. C'est pourquoi nous leur demandons ici, leur regard, leur position et leur réaction face à l'observation de décalages ou troubles du langage.

Nous leur proposons ensuite quatre courtes situations concrètes évoquant un trouble du langage chez un enfant (compréhension déficitaire, production retardée ou absente, trouble d'articulation). Nous leur demandons pour chacune, de donner l'âge auquel ils conseilleraient aux parents de consulter un spécialiste.

3.4. Quatrième partie : les signes d'appel de la surdité

Pour cette partie du questionnaire, nous décrivons neuf courtes situations. Pour chacune d'elle, nous demandons aux professionnels de nous dire si elles les interpellaient ou non. Nous leur avons également demandé de préciser ce qu'elles leur évoquent.

Toutes les situations décrites peuvent évoquer une surdité ou une baisse brutale de l'audition (dans le cas d'une surdité acquise ou évolutive). Nous souhaitons dans cette partie, voir si les professionnels interrogés pensent systématiquement à la surdité comme cause possible du trouble décrit. Afin de ne pas influencer les réponses des professionnels en faveur d'une surdité, nous avons volontairement caché l'un des deux objectifs de notre étude : connaître les connaissances des professionnels sur les signes d'appel d'une surdité.

Les situations décrites concernent :

- le comportement (apathie, opposition, agitation)
- l'inattention aux bruits, à la parole
- les troubles de la voix
- le décalage, l'absence ou l'arrêt brutal des productions vocales ou langagières

3.5. Cinquième partie : les troubles de la sphère ORL

Ici, nous souhaitons savoir si les professionnels font le lien entre une otite séreuse chronique (donc une perte d'audition) et un retard de langage. Nous leur demandons si, pour eux, une otite pourrait avoir un retentissement sur le développement de l'enfant et si oui, lequel. Pour ne pas influencer la réponse des professionnels, nous posons la même question pour l'angine, la rhinopharyngite et le rhume.

3.6. *Sixième partie : la surdité*

À partir de cette sixième partie, les professionnels savent qu'il est question de la surdité. Nous leur demandons ici, de façon ouverte, quels signes pourraient leur faire suspecter une surdité ou une perte auditive chez un enfant. L'intérêt est de noter quels sont les signes trouvés spontanément par le plus grand nombre de professionnels et quels sont les signes méconnus. Il est possible que les professionnels fassent le lien avec la quatrième partie dans laquelle nous avons nous-mêmes, cité des signes pouvant évoquer une surdité chez un enfant.

Nous leur exposons des affirmations qu'ils doivent identifier comme vraies ou fausses. Cela, afin d'observer les connaissances et les idées reçues sur la surdité.

Les idées présentées sont les suivantes :

- Le dépistage néonatal systématique mis en place depuis janvier 2014 est totalement fiable
- Une surdité peut apparaître après la naissance
- Tous les enfants sourds utilisent la langue des signes
- Des enfants sourds peuvent parler
- Des enfants sourds peuvent être scolarisés en école ordinaire.
- Une otite est toujours douloureuse.
- L'audition d'un enfant reste toujours stable dans les premières années de sa vie.
- L'audition d'un enfant sourd reste toujours stable dans les premières années de sa vie.

Enfin, nous leur demandons s'ils ont déjà accueilli un enfant sourd au sein de leur structure. Pour les professionnels répondant positivement, nous les invitons à préciser si le diagnostic de surdité avait déjà été posé ou s'ils ont participé au dépistage.

3.7. Septième partie : information et prévention

La dernière partie du questionnaire concerne le besoin et la demande d'informations. Nous demandons dans cette partie, si les professionnels considèrent être suffisamment informés au sujet de la surdité, s'ils souhaiteraient recevoir des informations supplémentaires.

S'ils répondent positivement, nous leur demandons de préciser quel(s) support(s) d'information ils préfèrent.

Le dernier item du questionnaire est consacré à d'éventuelles remarques de la part des professionnels.

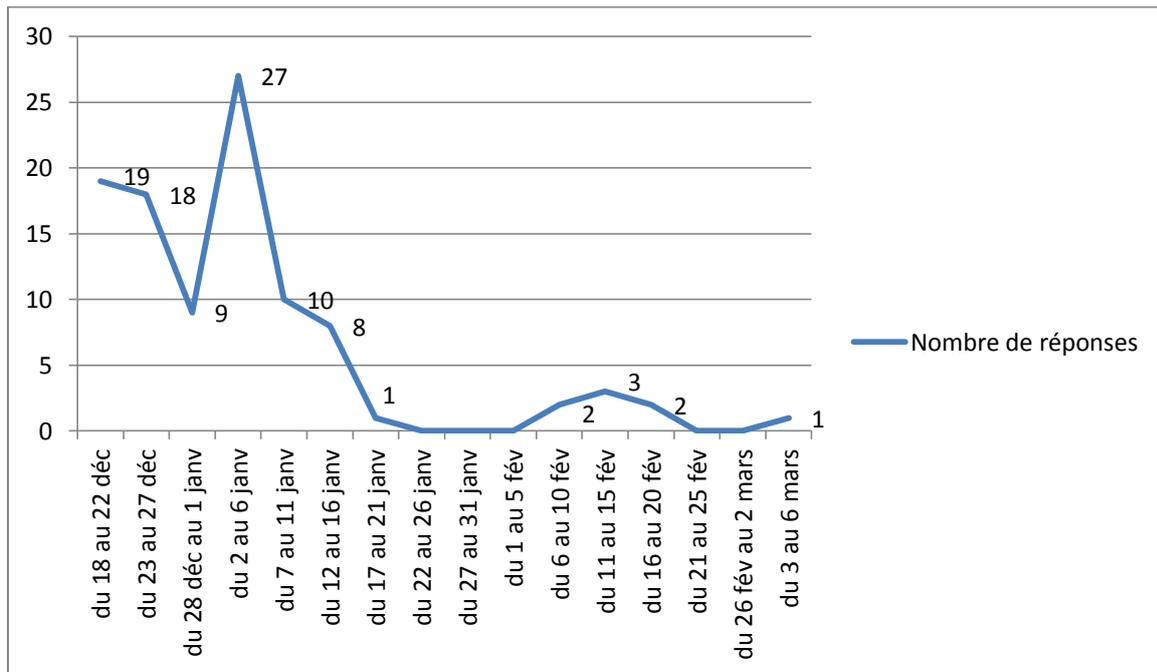
4. Résultats et analyse

Questionnaire

Comme évoqué précédemment, 314 structures ont été contactées dont des MAM, RAM, haltes-garderies, multi-accueils, crèches, centres médico-sociaux...

Les mails ont été envoyés aux structures d'accueil petite enfance à partir du 18 décembre 2014 et aux médecins PMI à partir du 5 janvier 2015. Au vu du faible nombre de réponses des médecins PMI, nous avons pris le parti de relancer ces professionnels début février. Nous avons décidé de clôturer le questionnaire une fois notre objectif de cent réponses atteint, c'est-à-dire le 6 mars 2015.

Figure 5 : nombre de réponses par périodes de cinq jours du 18 décembre au 6 mars

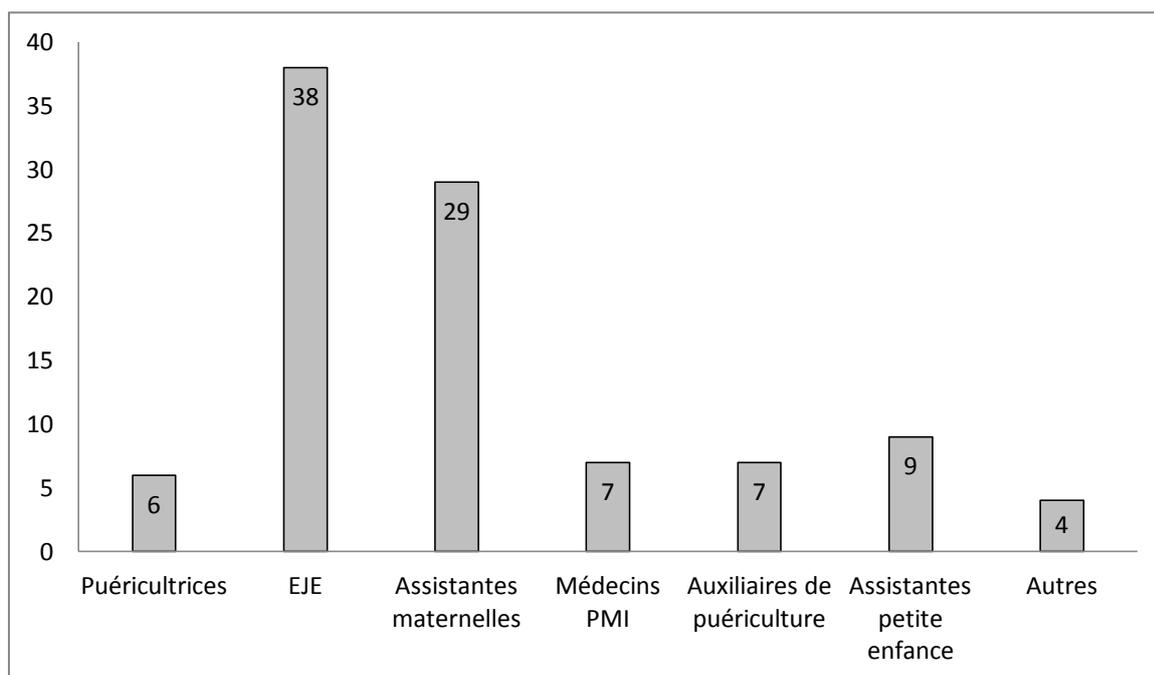


Sur le graphique ci-dessus, représentant le nombre de réponses en fonction des périodes de l'année, on note un pic de réponses durant la période du 2 au 6 janvier avec vingt-sept réponses en cinq jours. En revanche, on note une baisse notable du nombre de réponses à partir du 17 janvier et ce jusqu'à la fin de diffusion du questionnaire.

Les résultats de l'enquête ont été représentés sous forme de graphiques ou de tableaux pour une meilleure lisibilité à l'analyse.

4.1. *Quelques informations sur vous*

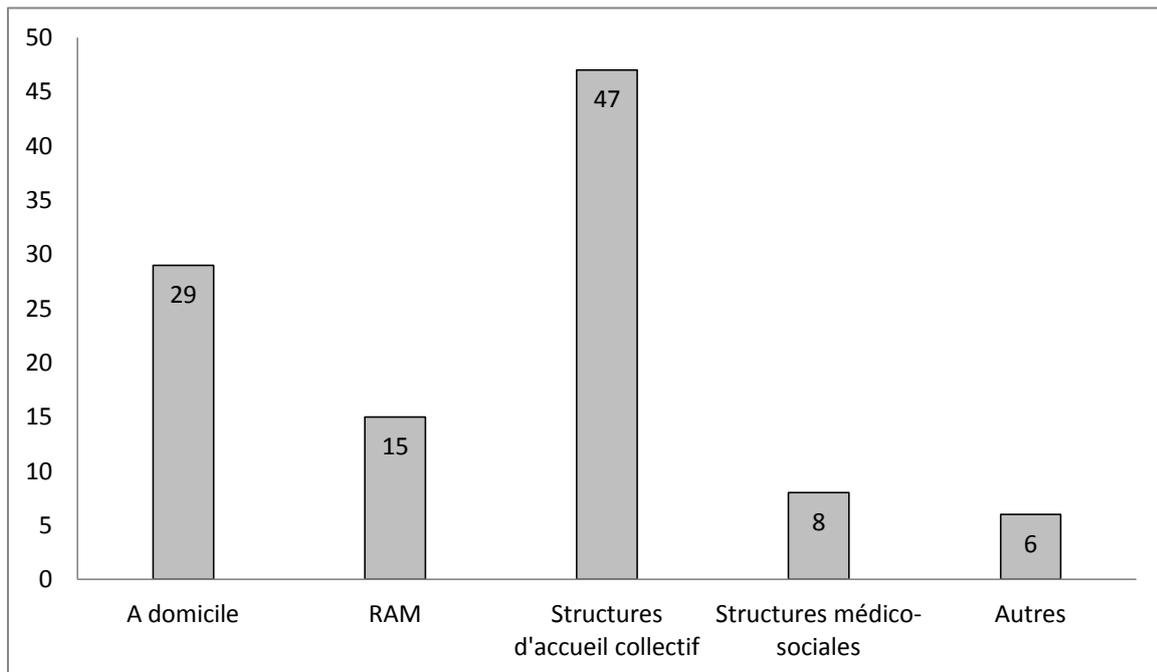
→ Quelle profession exercez-vous ?



Sur les cent réponses obtenues, on remarque une grande hétérogénéité dans les professions représentées. Près de quatre participants sur dix exercent le métier d'éducateur(trice) de jeunes enfants et près de trois sur dix le métier d'assistant(e) maternel(le). Les autres professionnels ayant répondu sont les assistantes petite enfance (9 %) suivies des auxiliaires de puériculture (7 %), des médecins PMI (7 %) puis des puéricultrices (6 %).

Outre ces quelques professions citées dans les propositions de réponses du questionnaire, on note quatre participants exerçant une profession autre. Nous retrouvons ainsi deux conseillères en économie sociale et familiale, une psychologue et une personne exerçant un double exercice professionnel : formatrice et accueillante en Lieu d'Accueil Enfant-Parents.

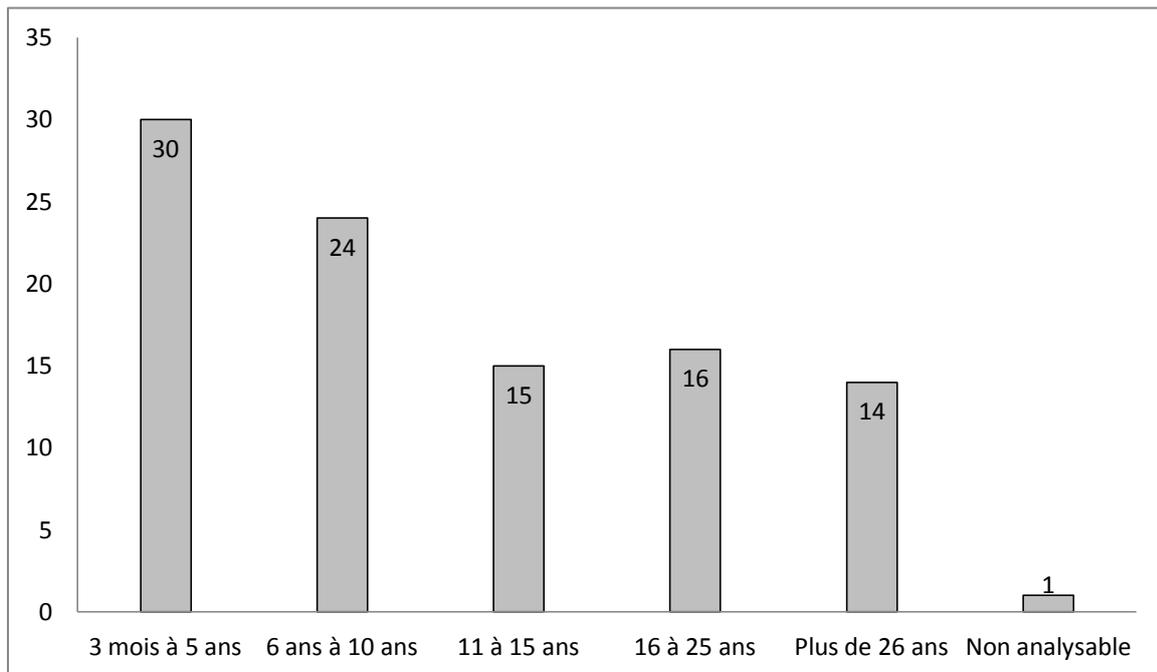
→ Dans quel type de structure travaillez-vous ?



Près de la moitié des professionnels interrogés exercent leur profession au sein d'une structure d'accueil collectif, c'est-à-dire un multi-accueil, une crèche, une micro-crèche, une crèche familiale, une halte-garderie, une halte-garderie itinérante ou une Maison d'Assistants Maternels (MAM). Le deuxième lieu d'exercice le plus représenté dans les réponses obtenues est l'exercice à domicile (près de 30 % des réponses).

Deux des cent professionnels interrogés ont indiqué exercer leur profession dans plusieurs lieux. Ainsi un médecin PMI précise exercer en crèche, en centre médico-social, en halte-garderie et pour le Conseil Général ; et une assistante maternelle à domicile et en crèche familiale. Compte tenu de ces réponses, nous avons obtenu un total de 105 réponses au lieu de 100.

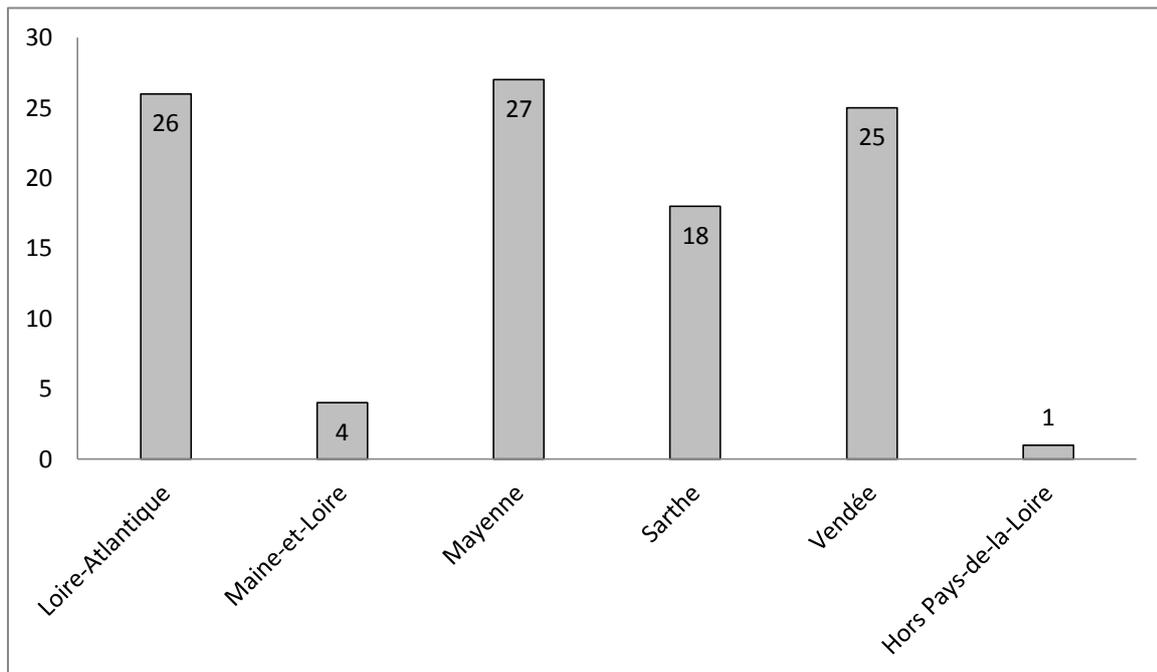
→ Depuis combien de temps exercez-vous votre profession ?



Contrairement aux réponses précédentes, on remarque une plus grande homogénéité dans les réponses à cette question. Une petite tendance se dessine néanmoins avec près d'un tiers des participants exerçant depuis moins de cinq ans et plus de la moitié depuis moins de dix ans.

Une réponse n'a pas pu être prise en compte. En effet, le participant a répondu exercer depuis 80 ans.

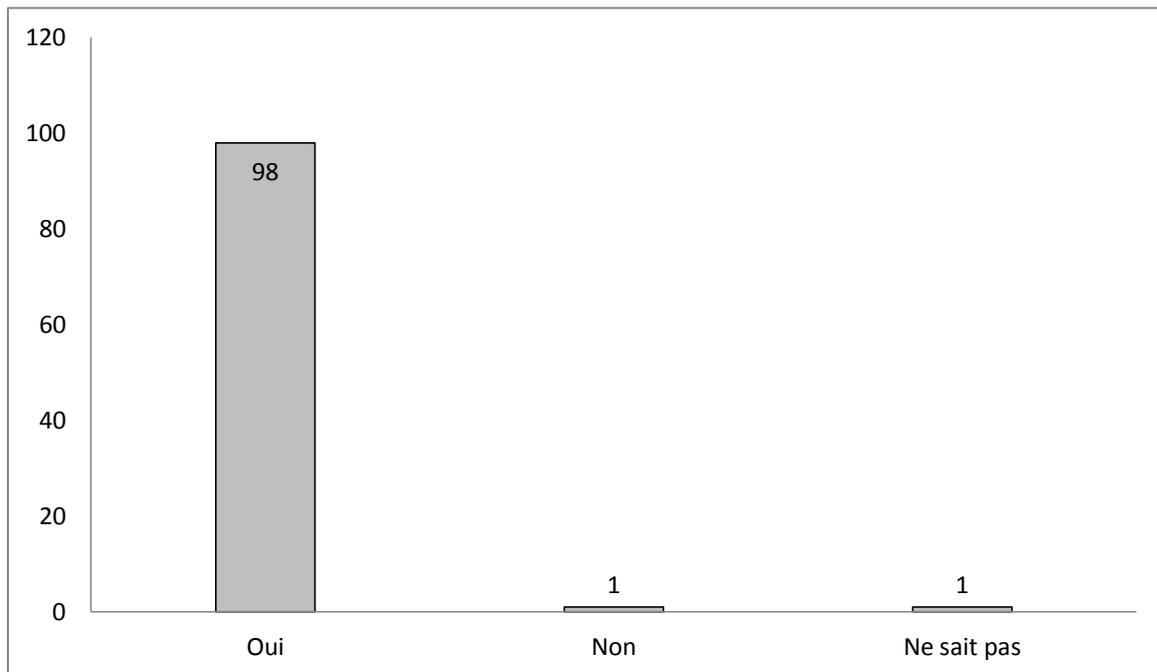
→ Dans quel département travaillez-vous ?



Comme évoqué précédemment, sur les 314 structures contactées, 119 sont situées en Loire-Atlantique, 70 en Vendée, 51 en Sarthe, 48 en Mayenne et 26 en Maine-et-Loire.

Or, au vu des réponses des participants quant à leur département d'exercice, on remarque des valeurs rapprochées pour les départements de Loire-Atlantique, de Mayenne et de Vendée (respectivement 26, 27 et 25 réponses). Réaliser des statistiques précises sur ces chiffres en lien avec le nombre de structures contactées semble difficile puisque chaque structure compte un nombre différent de professionnels, il n'est donc pas possible d'évaluer le nombre précis de professionnels ayant eu connaissance de notre questionnaire. On peut cependant évoquer un plus fort taux de réponses en Mayenne (27 professionnels pour 48 structures contactées) contrairement au département de Loire-Atlantique qui a rassemblé seulement 26 réponses pour 119 structures contactées.

→ Dans votre travail, considérez-vous avoir un rôle de prévention auprès des familles ?



À cette question sur la considération ou non d'un rôle de prévention au sein de leur profession, 98 participants sur les 100 interrogés ont affirmé avoir un rôle préventif professionnel. Cette affirmation quasiment unanime montre que ces professionnels estiment que la prévention fait partie des missions de leur métier. Bon nombre d'entre eux ont précisé en quoi consiste ce rôle de prévention. Leurs réponses ont pu être classées en quatre parties distinctes :

- Quels sont les moments privilégiés pour faire de la prévention ?

Près d'un cinquième des professionnels interrogés pensent que la prévention a sa place **au quotidien**. Certains d'entre eux ont évoqué des moments privilégiés pour la prévention, notamment :

- le **temps d'accueil** de l'enfant et de sa famille chaque jour

- lors de l'**inscription** dans la structure

- lors des **activités**

La notion de **précocité** a également été abordée.

- Quels sont les sujets abordés dans le domaine de la prévention ?

Un tiers des professionnels interrogés estiment que leur rôle dans la prévention consiste à donner des **conseils** aux parents qui en sont demandeurs et ce, dans différents domaines :

- physiologie (sommeil, alimentation, propreté)
- psycho-affectif (lien d'attachement, sociabilité)
- éducation (activités possibles selon l'âge de l'enfant)
- développement (éveil, moteur, langage)
- soins médicaux
- retard et troubles (dans les apprentissages)

Certains professionnels disent également **donner des repères**, des **documents informatifs**, des références de livres, incitent à aller à des **conférences** liées à ces domaines.

En termes de prévention primaire, deux participantes disent amener les enfants dont elles ont la garde à des **séances collectives** encadrées par des professionnels (psychomotricien, psychologues).

- De quelle manière ces sujets sont-ils abordés ?

Nous avons recueilli beaucoup d'informations rapportées par les professionnels concernant leur manière de procéder en termes de prévention. Plusieurs axes ressortent des données recueillies.

L'observation

Un quart des participants ont évoqué la part importante de l'observation dans la prévention. Ils considèrent comme essentiel **d'observer l'enfant avec un regard professionnel** en s'appuyant sur leur expérience professionnelle, et pour certains, personnelle (auprès de leurs propres enfants). Cette observation doit pouvoir amener des **interrogations** sur ce qui peut interpeller chez un enfant. Les observations recueillies sont nécessaires aux **discussions avec la famille**.

Échanges avec les parents

La moitié des professionnels interrogés ont abordé l'importance **d'échanger, de communiquer** avec les familles. Ils en profitent pour transmettre aux parents leurs observations et peuvent parfois repérer des différences avec ce qu'observent les parents (aux niveaux comportemental, langagier, moteur...). Une professionnelle a parlé de cahier de transmission faisant le lien entre la structure et les parents.

Ces temps de discussion sont, pour beaucoup de participants, des moments privilégiés pour un **accompagnement, un soutien à la parentalité**.

Attitude professionnelle

De nombreux professionnels ont abordé l'importance de la posture du professionnel lors de ces temps d'échange. Beaucoup évoquent une attitude d'**écoute** et de **disponibilité**. Plusieurs d'entre eux tentent d'amener les parents à se questionner tout en veillant à **ne pas juger ni culpabiliser les parents**.

Orientation vers d'autres professionnels

Plus de quatre participants sur dix proposent aux parents une **orientation vers d'autres professionnels** en fonction des doutes et interrogations sur un enfant.

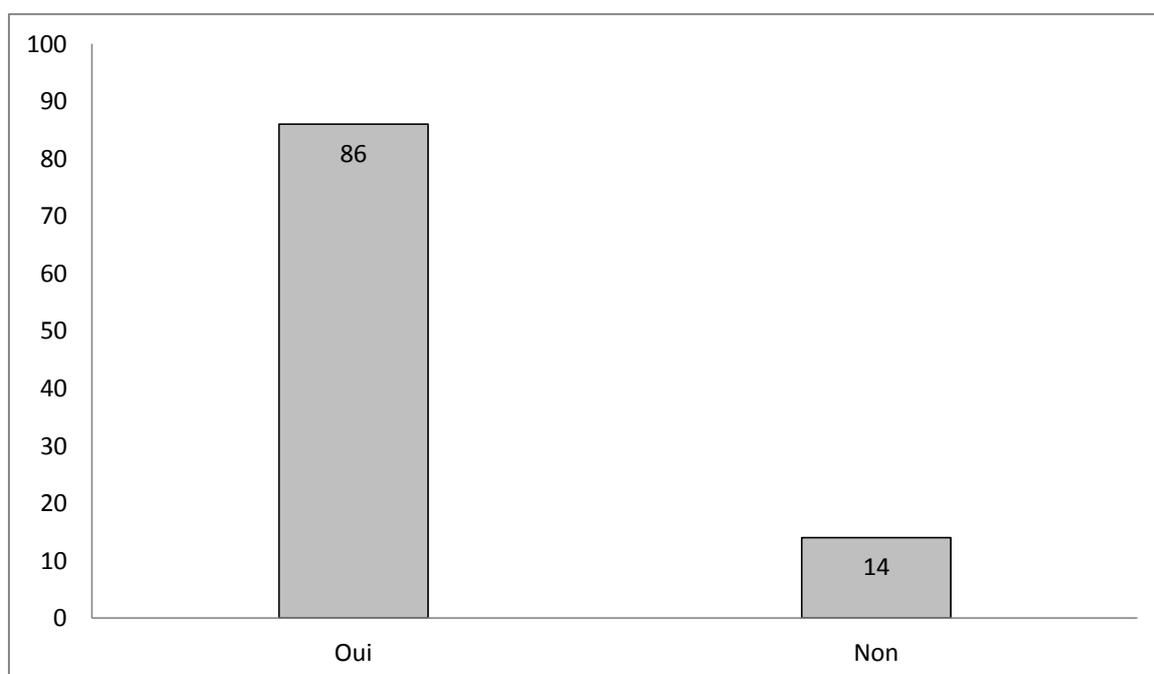
La formation

Quelques participants mentionnent la **formation des professionnels** comme étant un acte de prévention à part entière. Certains rapportent l'organisation de **réunions d'informations rassemblant parents et professionnels**.

- Quel est l'objectif ?

Quelques participants à l'enquête citent des objectifs à la prévention notamment le **dépistage de dysfonctionnements** chez un enfant (sans néanmoins établir de diagnostic). Certains rappellent que l'enfant et sa famille doivent être au cœur des préoccupations, la finalité étant de mettre en œuvre un **projet cohérent et complémentaire** (entre la famille et les différents professionnels) auprès de l'enfant.

→ Avez-vous des temps d'échange entre équipe pour parler des enfants que vous accueillez, des interrogations que vous pouvez avoir concernant certains enfants... ?



Quatre-vingt-six participants sur cent ont mentionné bénéficier de temps d'échange en équipe au sein de leur structure.

Parmi les quatorze réponses négatives à cette question, dix proviennent d'assistantes maternelles et assistantes petite enfance travaillant à domicile, donc plus isolées, et ne bénéficiant donc pas d'une équipe avec qui échanger. Il semble donc important de se tourner vers ces professionnels en ce qui concerne la diffusion d'informations.

Les réponses recueillies montrent que dans les accueils collectifs, un temps est mis en place pour permettre à l'équipe d'échanger et pour que les informations puissent circuler entre chaque professionnel.

4.2. Parlons du développement du langage de l'enfant

→ Pour vous, qu'est-ce qu'un mot ?

Propositions		Oui	Non
1	« aaaaaa » (un son est toujours un mot)	25	75
2	« o » pour « gâteau » (un son peut être un mot si l'enfant lui accorde du sens)	61	39
3	« bababa » (la combinaison de plusieurs sons constitue un mot)	39	61
4	« ala » pour « voilà » (la combinaison de plusieurs sons peut constituer un mot si l'enfant lui accorde du sens)	78	22
5	« encore » (une production vocale devient un mot lorsqu'elle appartient à la langue française et qu'elle est correctement prononcée)	75	25

Plusieurs tendances se dessinent à la lecture des résultats.

Tout d'abord, **la notion de sens** semble pertinente pour les participants. En effet, les propositions 2 et 4 abordant cette notion de sens ont davantage été considérées comme des mots comparées aux propositions 1 et 3 où la notion de sens est absente.

Remarque :

Nous avons été étonnées quant aux résultats obtenus pour la cinquième proposition : un quart des participants ne considèrent pas un mot correctement prononcé et appartenant à la langue française, comme un mot. Nous pensons que ces résultats sont dus à l'interprétation de

notre proposition. Certains participants pourraient l'avoir compris comme « un mot est un mot SEULEMENT s'il est correctement prononcé et appartient à la langue française ».

De plus, une participante dit avoir répondu négativement à cette dernière proposition à cause de la notion de langue « française ». Elle aborde le cas des enfants élevés dans une autre langue que le français. D'autres participants ont pu avoir le même raisonnement.

→ *Si vous le souhaitez, vous pouvez justifier vos réponses ou apporter votre définition personnelle d'un mot.*

Bien que cette question soit facultative, bon nombre de professionnels ont pris le temps d'apporter des justifications, des précisions à la question précédente. Nous avons rassemblé ces réponses personnelles en trois catégories.

- La notion de sens, d'intention et de compréhension

Plusieurs professionnels sont revenus sur la **notion de sens**. Pour certains, un son devient un mot dès lors que l'enfant a **l'intention d'exprimer quelque chose** : c'est le sens attribué par l'enfant à une de ses productions qui crée le mot. Pour d'autres, c'est l'adulte qui donne du sens au son produit par l'enfant. Enfin, pour plusieurs professionnels, le mot est un mot à condition que la signification soit partagée par les interlocuteurs (l'enfant et l'adulte) : le but est d'**être compris**.

- Importance du non-verbal

Plusieurs participants ont mentionné la **place du non-verbal** dans l'émergence du langage. Pour ces professionnels, **l'intonation**, le **regard** et le **gestuel** (notamment la **désignation**), appuient et accompagnent les sons de l'enfant pour que ceux-ci deviennent des mots correctement interprétés.

- Importance d'un feedback correcteur par l'adulte

Selon certains professionnels, un **feedback correcteur** est nécessaire à l'enfant pour qu'il développe son stock lexical. Pour ces participants, **un des rôles de l'adulte** est d'apporter ce feedback correcteur.

→ Pour vous qu'est-ce qu'une phrase ?

Propositions		Oui	Non
1	« papa » pour « papa est rentré » (un mot peut constituer une phrase)	16	84
2	« papa pati » pour « papa est parti » (structure grammaticale correcte mais mots incorrectement prononcés)	83	17
3	« joue moi » pour « je joue » (structure grammaticale incorrecte mais mots correctement prononcés)	71	29
4	« maman dort » (structure grammaticale « sujet-verbe » correcte et mots correctement prononcés)	97	3
5	« mamie egade la télé » (structure « sujet-verbe-complément » correcte mais mots incorrectement prononcés)	96	4
6	« tu suis content ? » pour « tu es content ? » (structure grammaticale correcte, mots correctement prononcés mais verbe mal conjugué)	85	15
7	« je joue à la poupée » (structure « sujet-verbe-complément » correcte et mots correctement prononcés)	99	1

Au vu des réponses, on constate que, pour la majorité des participants, toutes les propositions constituent des phrases sauf la première (« un mot peut constituer une phrase »).

Pour toutes les autres propositions, l'aspect grammatical et la prononciation ne sont pas considérés comme des critères à prendre en compte pour juger du statut de phrase.

→ Si vous le souhaitez, vous pouvez justifier vos réponses ou apporter votre définition personnelle d'une phrase.

Plusieurs professionnels ont précisé leur pensée au travers de justifications. Nous pouvons regrouper ces explications en cinq catégories.

- La notion de construction

Quelques participants ont associé le concept de phrase avec l'idée de **formuler sa pensée**. Pour eux, une phrase doit permettre de refléter ce que veut exprimer l'enfant même si, dans un premier temps, elle est mal organisée ou mal prononcée.

- Aspects formels : nombre de mots et syntaxe

Des professionnels se sont exprimés sur un plan plus formel : selon eux, c'est le **nombre de mots** qui décide du statut d'une phrase ou non. Pour la plupart d'entre eux, dès que l'enfant associe au moins deux mots, cette association constitue une phrase.

Plusieurs professionnels définissent la phrase par des **caractéristiques syntaxiques**. Ainsi, certains évoquent la structure « sujet-verbe » ou la structure canonique « sujet-verbe-complément » comme étant le premier critère caractérisant une phrase. De plus, pour quelques participants, la présence d'un verbe suffit à qualifier la production de phrase. Enfin, la notion d'**ordre des mots** a également été abordée.

- L'importance de l'adulte

Plusieurs réponses mentionnent le rôle primordial de l'adulte. D'après les professionnels, celui-ci doit apporter un **feedback correcteur** afin que l'enfant améliore ses productions. L'adulte doit également observer une **tolérance** face aux premières productions morphosyntaxiques maladroites de l'enfant et chercher à comprendre ce qu'il tente d'exprimer.

- L'intonation

À partir du moment où un enfant produit une suite de mots avec une intonation **pertinente et adaptée** au message à faire passer, il s'agit d'une phrase.

- La notion de norme

Selon certains participants, la notion de norme peut entrer en compte : une production sera considérée comme une phrase ou non selon l'**âge de l'enfant** (par exemple, « *papa pati* » produit par un enfant de cinq ans n'est pas considéré comme une phrase pour ces professionnels). À l'inverse, d'autres expriment le fait que la notion de phrase est à adapter en fonction de la **singularité de chaque enfant**.

→ Qu'est-ce que la communication ?

Propositions		Oui	Non
1	À partir du moment où un enfant parle en présence d'une autre personne, il communique	64	36
2	Un enfant doit parler pour communiquer	1	99
3	Un bébé sourit en réponse à votre sourire	98	2
4	Un bébé émet des sons après que vous lui avez parlé	97	3
5	Un bébé vous regarde attentivement quand vous lui parlez et / ou le regardez	97	3
6	Un enfant agite ses membres quand vous vous approchez de lui et commencez à lui parler	97	3
7	Un enfant est attentif et participe pendant que vous lui lisez un livre	97	3

Six des sept propositions ont mis d'accord les personnes interrogées. Ainsi, plus de 95 % des participants ont identifié les items 3, 4, 5, 6 et 7 comme des situations de communication.

De même, 99 % des participants sont d'accord pour considérer qu'un enfant qui ne parle pas est tout de même en mesure de communiquer. Ces résultats tendent à montrer que

les professionnels de la petite enfance considèrent l'enfant comme un être pleinement communicant capable de s'exprimer, d'entrer en interaction.

En revanche, la première proposition a divisé les professionnels interrogés. Si on interprète les résultats tels qu'ils ont été donnés, on peut en conclure que pour la majorité des participants à l'enquête, un enfant qui parle est forcément dans la communication.

Remarque

Il est également possible que certains participants aient interprété « parle en présence d'une autre personne » comme « parle à une autre personne ». Les résultats, pour cet item, sont donc à nuancer.

→ *Si vous le souhaitez, vous pouvez justifier vos réponses ou définir ce qui constitue, pour vous, une situation de communication, ce qu'est la communication pour vous.*

- Le non-verbal

Plusieurs participants soulignent la part non négligeable du non-verbal dans la communication. Ils évoquent : l'expression corporelle, faciale, l'aspect sensoriel, les gestes, les mouvements, le regard, les silences, l'attention. Ils insistent particulièrement sur le regard comme moyen d'identification et d'entrée en communication. Certains abordent l'idée d'une communication corporelle inconsciente.

- La notion d'âge

Selon des personnes interrogées, la communication s'instaure de manière très **précoce** chez les tout-petits : ils peuvent s'adapter à leur interlocuteur et ce, très jeunes. Pour certains participants, la communication passe uniquement par le non-verbal dans un premier temps. Cependant, des professionnels remarquent que, lorsque l'enfant grandit, la communication signifie également utiliser le **langage**.

- L'interlocuteur

De nombreuses réponses ont évoqué la nécessité d'être **au moins deux** pour communiquer. Pour des professionnels, communiquer induit les idées d' « aller vers l'autre »,

d' « entrer en relation », d' « interagir », de « participer à un échange », d' « aller vers », de « s'exprimer », de « reconnaître l'autre », d' « être en lien », d' « être actif dans un échange ».

Des professionnels ont précisé que la communication est **essentielle pour le bien-être** de l'enfant et son épanouissement.

→ Pour vous, à quel âge, en moyenne, un enfant commence-t-il à produire ses premiers mots ?

	Entre 7 et 10 mois	Entre 7 et 14 mois	Entre 7 et 18 mois	Entre 11 et 14 mois	Entre 11 et 18 mois	Entre 15 et 18 mois	Entre 15 et 22 mois	Entre 19 et 22 mois
Nombre de réponses en pourcentage	28	4	2	45	5	13	2	1

On note une grande souplesse des professionnels quant aux tranches d'âges proposées puisque plusieurs d'entre eux ont coché deux tranches d'âges à suivre. Ce qui semble montrer qu'ils prennent en compte les variations interindividuelles entre les enfants.

Deux tranches d'âges ressortent des réponses recueillies :

- Selon 45 % des participants, l'âge des premiers mots se situe entre onze et quatorze mois, **tranche d'âge indiquée par les chercheurs.**
- D'après 28 % des participants, l'âge des premiers mots se situe entre sept et dix mois.

Il est intéressant de relier les réponses à cette question aux réponses obtenues à la question « qu'est-ce qu'un mot ? ». En effet, l'âge des premiers mots varie en fonction de ce qui est considéré comme un mot. Ainsi, parmi les vingt-cinq personnes considérant qu'un son est toujours un mot, quinze d'entre elles ont estimé l'âge des premiers mots entre sept et dix

mois. Cette tranche d'âge qui pourrait paraître précoce pour l'apparition des premiers mots prend ainsi plus de sens au regard de ce qui est considéré comme un mot.

→ Pour vous, à quel âge, en moyenne, un enfant commence-t-il à produire ses premières phrases ?

	Entre 12 et 15 mois	Entre 12 et 19 mois	Entre 16 et 19 mois	Entre 16 et 23 mois	Entre 16 et 27 mois	Entre 20 et 23 mois	Entre 20 et 27 mois	Entre 24 et 27 mois	Entre 28 et 31 mois	Entre 32 et 36 mois	Entre 36 et 40 mois
Nombre de réponses en pourcentage	11	2	22	5	3	28	2	20	4	2	1

Parmi les tranches d'âges proposées pour situer l'apparition des premières phrases, les participants ont principalement choisi les tranches d'âges :

- 16-19 mois (22 % des réponses)
- 20-23 mois (28 % des réponses)
- 24-27 mois (20 % des réponses)

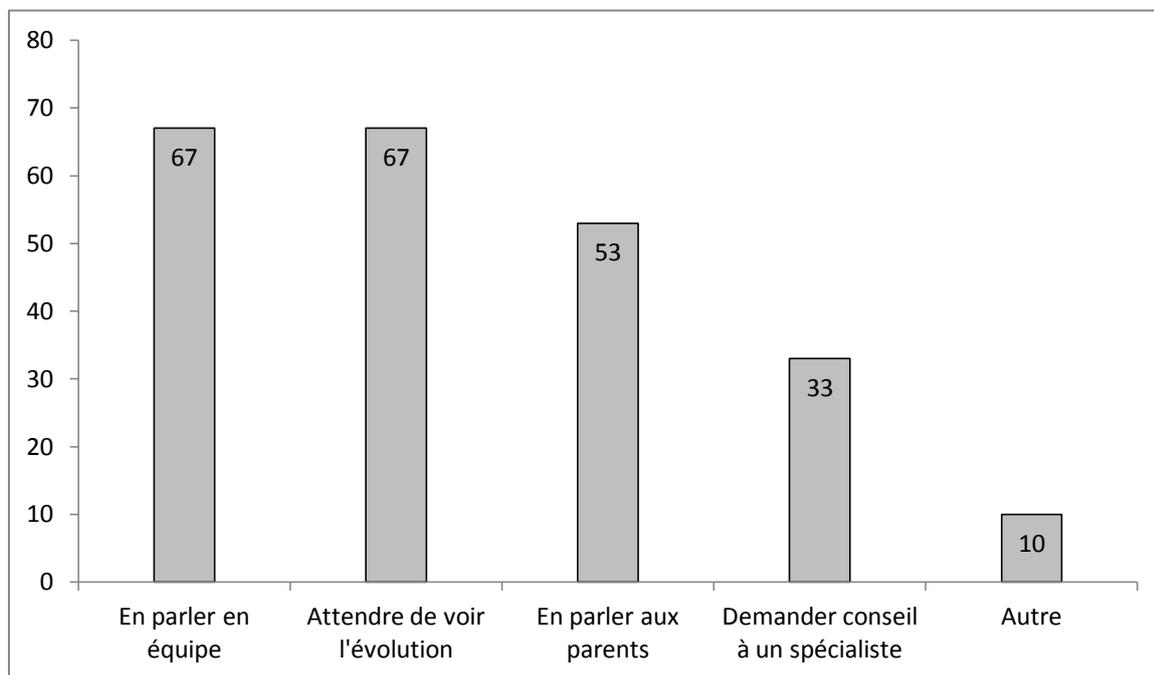
Les chercheurs situent le début de la morphosyntaxe (donc l'apparition des premières phrases) aux alentours de vingt mois en moyenne. Pour certains enfants, l'apparition des premières phrases sera plus précoce alors, tandis que pour d'autres elles émergeront plusieurs mois après la moyenne des enfants.

Les réponses des professionnels se trouvent donc plutôt en adéquation avec les moyennes d'âges relevées dans la littérature scientifique.

Beaucoup ont choisi de cocher plusieurs tranches d'âges exprimant ainsi une **grande variabilité** selon les enfants.

4.3. Et quand tout ne se passe pas comme d'habitude...

→ Vous observez un décalage dans le développement du langage d'un enfant par rapport aux autres enfants de son âge, que faites-vous ?



On remarque un fort taux de réponses positives pour les items « en parler en équipe » et « attendre de voir l'évolution », cochés par 67 % des participants. De plus, 53 % des professionnels interrogés parleraient de la situation aux parents. Enfin, 33 % demanderaient conseil à un spécialiste.

Ces chiffres tendent à montrer que **les professionnels semblent préférer se laisser le temps d'observer et de réfléchir à la situation en équipe avant d'alerter les parents ou des spécialistes.**

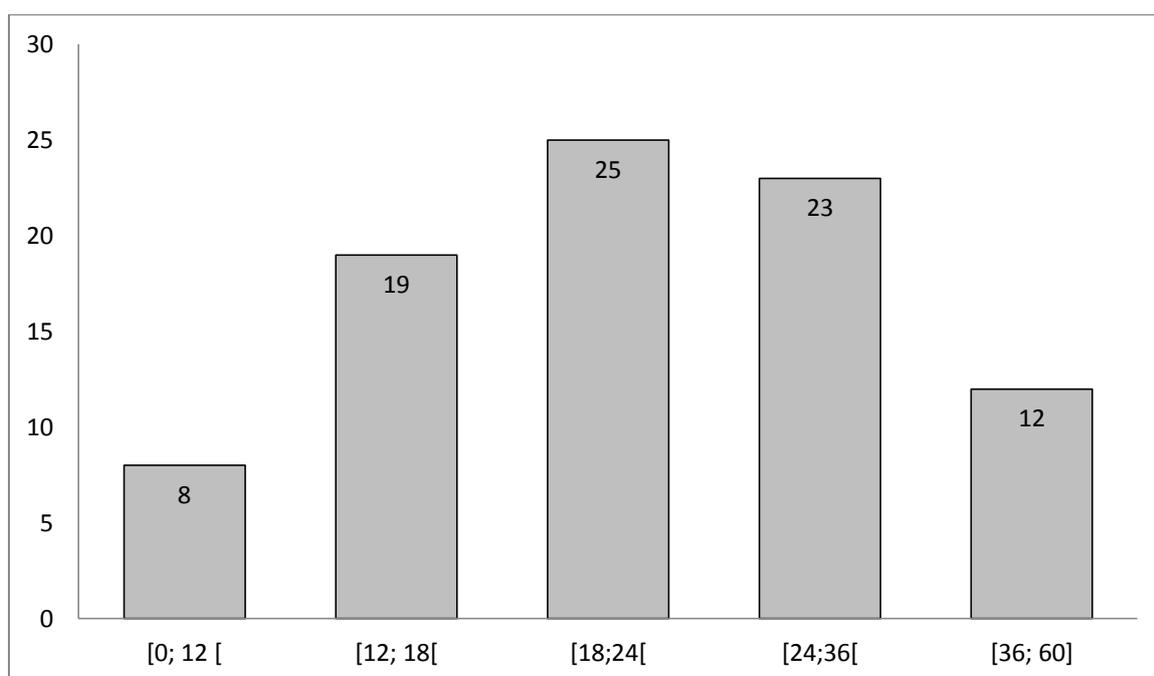
Certains indiquent établir une **chronologie** : observer l'enfant et le solliciter, le stimuler, puis en parler en équipe avant de discuter de la situation avec les parents. Pour d'autres, il est important de tenir compte des **particularités de la situation et de son évolution.**

→ Il arrive qu'un enfant présente des difficultés de langage. Pour les difficultés décrites, indiquez à quel âge vous conseillerez à ses parents de consulter un spécialiste

Pour une meilleure lisibilité des résultats pour chacune des questions suivantes, nous avons choisi de rassembler les diverses réponses en **tranches d'âges**.

Les situations exposées sont très succinctes et leur subjectivité ne permet pas aux professionnels d'apporter une réponse très précise.

- Un enfant semble ne pas comprendre ce qu'on lui dit



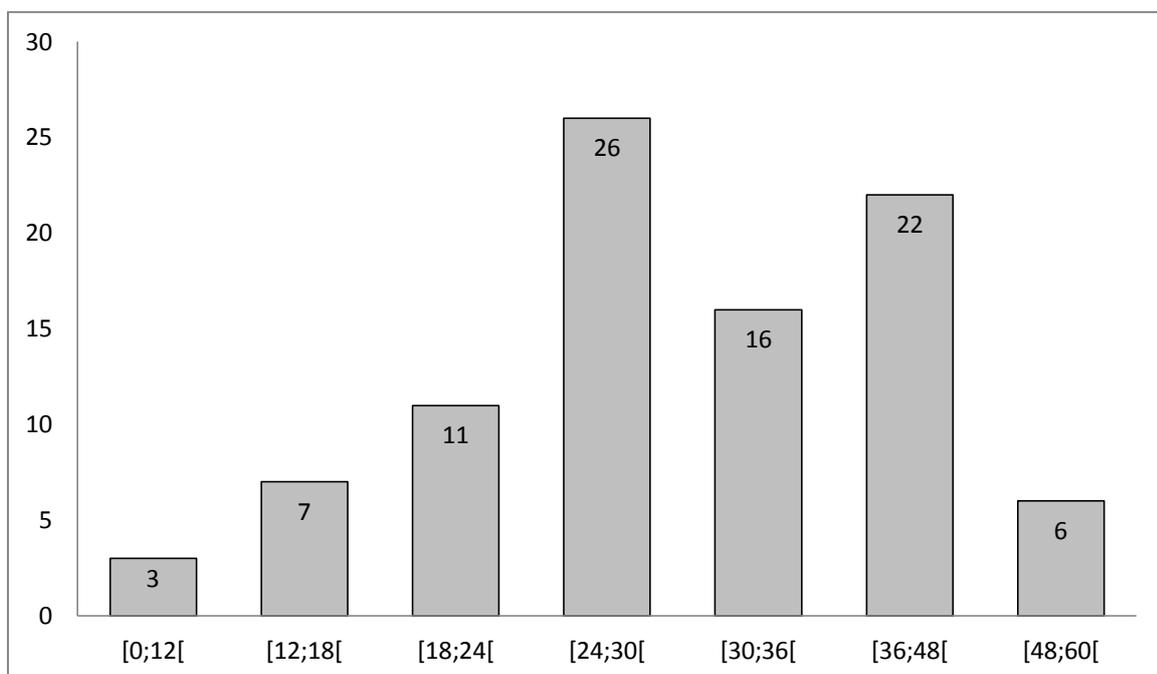
Au vu de ce graphique, trois tranches d'âges ressortent : 12-18 mois, 18-24 mois et 24-36 mois. Ainsi :

- Pour 19 % des participants, cette situation nécessiterait une orientation vers un spécialiste à partir d'un an,
- Un quart des participants commenceraient à orienter un enfant qui semble ne pas comprendre ce qu'on lui dit à partir de dix-huit mois.
- Enfin, pour 23 % des participants, cette orientation serait nécessaire seulement à partir de deux ans.

Au regard de la littérature qui situe les premiers signes de la compréhension aux alentours de neuf mois, les **réponses données** par la majorité des professionnels (à partir de 18 mois) **semblent un peu tardives**.

Parmi les réponses obtenues, treize ne figurent pas dans le graphique : dix personnes ont répondu que l'orientation était nécessaire « dès que possible », trois personnes estiment que des éléments extérieurs sont également à prendre en compte et estiment donc ne pas pouvoir répondre.

- Un enfant parle peu voire pas du tout

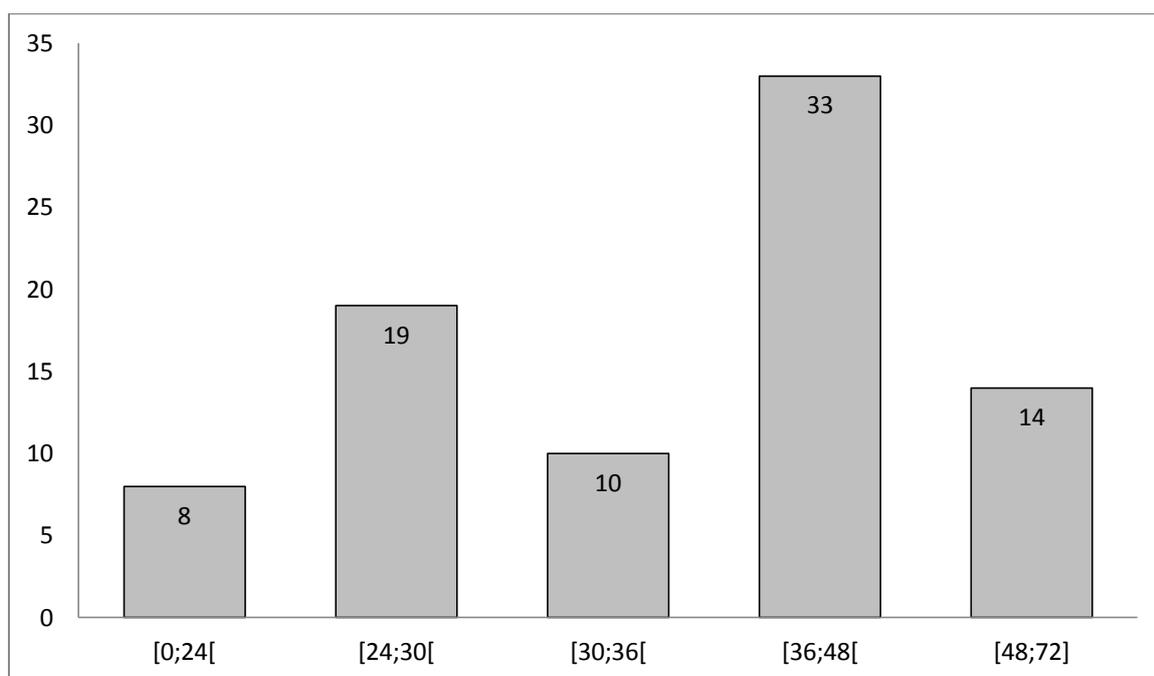


La majorité des participants situent entre deux et quatre ans l'âge auquel une orientation vers un spécialiste serait nécessaire pour cette situation. En effet :

- 26 % d'entre eux attendraient les deux ans de l'enfant avant de l'orienter vers un spécialiste. **Cette tranche d'âge est également donnée par les chercheurs**. Mais l'âge auquel un enfant est adressé à un spécialiste parce qu'il ne parle pas est intimement **lié à son niveau de compréhension** : un enfant qui présente une bonne compréhension peut n'être adressé qu'à partir de 2 ans-2 ans et demi.
- 16 % l'orienteraient à partir de deux ans et demi.
- Enfin, 22 % attendraient les trois ans de l'enfant avant de proposer cette orientation.

9 % des réponses n'ont pas été reportées dans le graphique car non analysables. Trois professionnels orienteraient l'enfant dès que possible. D'autres proposent des alternatives à cette orientation (échanger avec les parents, attendre de voir l'évolution). Enfin, certains ne se prononcent pas par manque d'éléments contextuels concernant l'enfant.

- Un enfant présente un décalage important dans le développement de son langage par rapport aux enfants de son âge

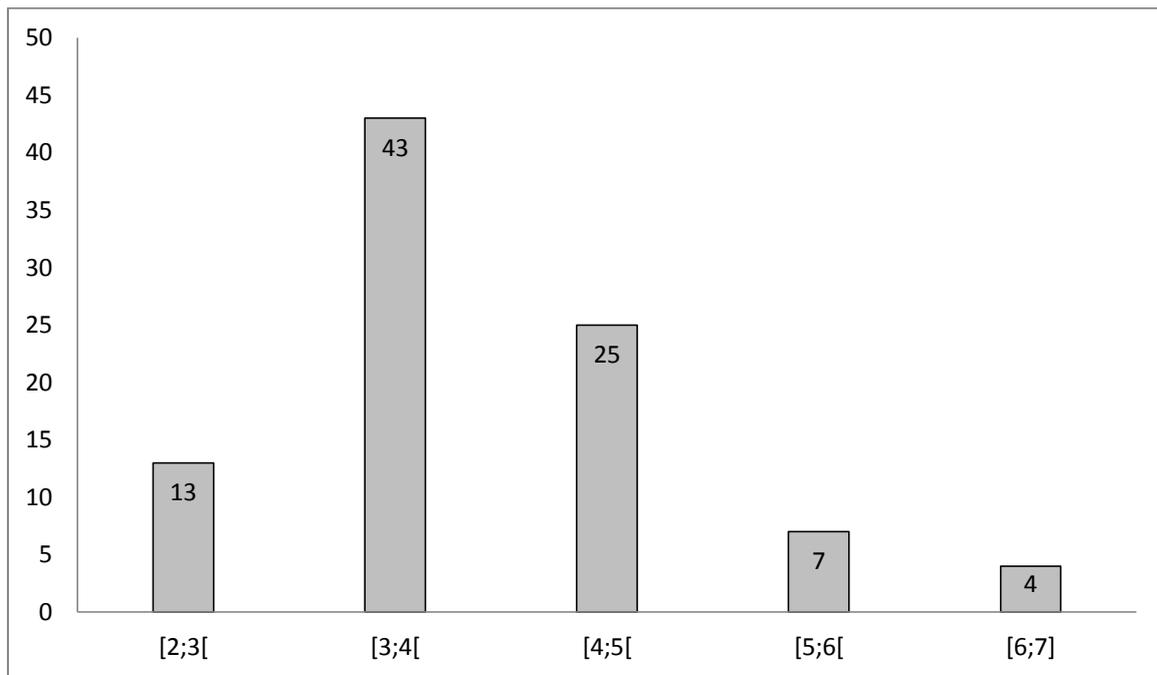


Face à un retard de langage chez un enfant :

- 19 % des participants orienteraient l'enfant à partir de deux ans.
- un tiers proposeraient une consultation spécialisée à partir de trois ans. Cet âge semble pertinent pour un début de prise en charge orthophonique.

Seize réponses n'ont pu être prises en compte dont sept abordant une orientation dès que possible.

- Un enfant présente un trouble d'articulation



Face à un trouble d'articulation chez un enfant :

- 43 % des participants incitent les parents à se tourner vers un spécialiste à partir de trois ans. Cette tranche d'âge semble précoce pour une orientation vers un spécialiste puisque **pour un trouble d'articulation qui n'entrave pas l'intelligibilité de l'enfant, on attendrait quatre-cinq ans** avant de commencer une prise en charge orthophonique.
- 25 % d'entre eux orienteraient l'enfant et ses parents à partir de quatre ans.

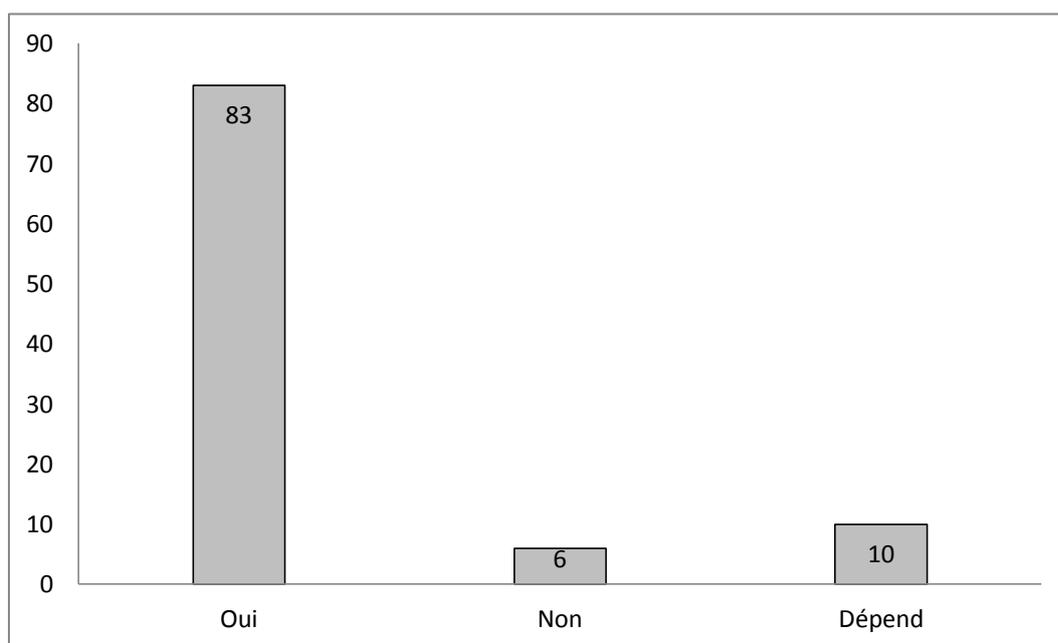
Huit réponses n'ont pu être analysées puisqu'elles n'indiquaient pas de tranches d'âges.

Pour ces questions, on observe que **les professionnels donnent des tranches d'âges plutôt pertinentes** en ce qui concerne l'orientation d'un enfant vers un spécialiste. On note cependant qu'un trouble de la compréhension pourrait nécessiter une orientation plus précoce que l'âge indiqué par les professionnels. À l'inverse, un trouble d'articulation nécessiterait une prise en charge plus tardive que l'âge avancé par les professionnels.

4.4. Quelques situations plus concrètes

Consigne : pour cette partie du questionnaire, nous vous proposons dix courtes situations. Pour chacune d'elles, nous vous demandons d'écrire si elles vous interpellent ou non. Nous vous demandons également de préciser ce qu'elles vous évoquent.

→ Un enfant inattentif aux bruits ou aux objets et personnes qui ne sont pas dans son champ de vision



Plus de quatre cinquièmes des participants ont indiqué être interpellés face à un enfant inattentif aux productions sonores émises hors de son champ de vision. Parmi eux, 88 % ont évoqué un trouble d'audition comme étant une explication possible à ce type de situation. D'autres explications ont également été évoquées notamment un trouble envahissant du développement, un trouble du spectre autistique, un isolement, des troubles comportementaux...

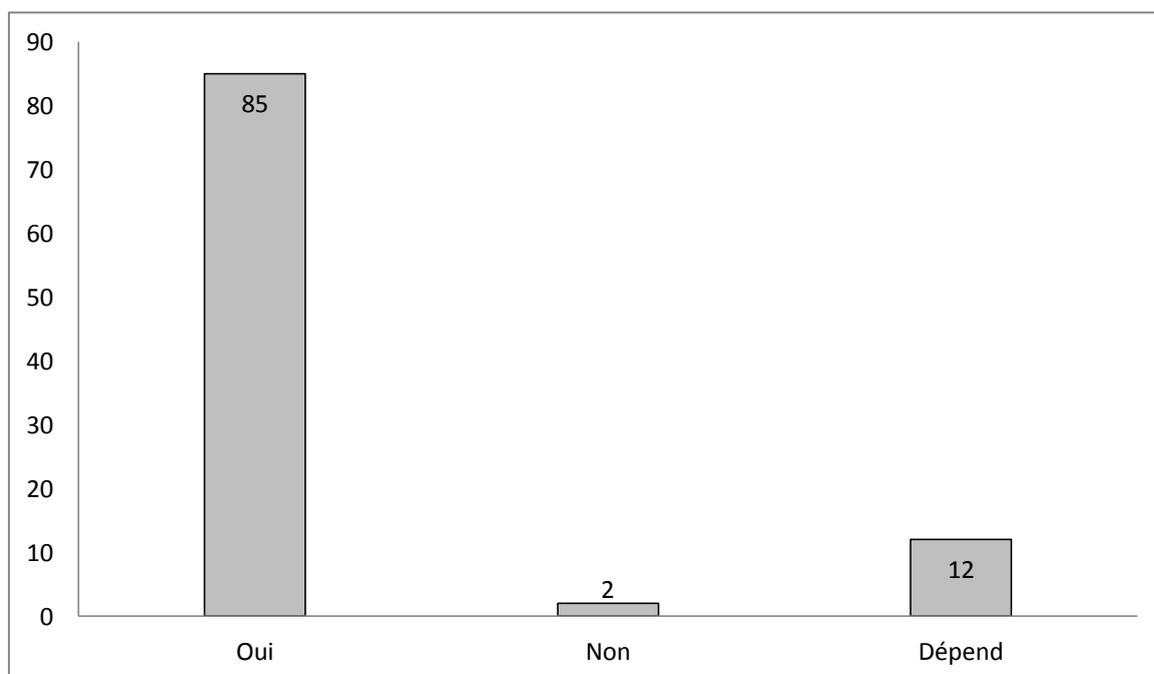
Parmi les six réponses négatives, l'explication la plus souvent citée par les participants est la focalisation de l'enfant sur son activité du moment. Selon eux, l'enfant est dans sa bulle et son jeu monopolise toute son attention en dépit des productions sonores émises au même moment.

Les autres participants n'ont pas apporté de réponse tranchée à la question. Selon eux, la situation varie selon différents critères qu'il est important de prendre en compte. Les variantes les plus fréquemment citées sont l'âge et la fréquence (si la situation se reproduit de manière répétée, elle est considérée comme inquiétante).

Plusieurs participants ont partagé leurs expériences au travers d'exemples, de situations vécues au sein de leur structure... Certains ont également mené une réflexion sur ce qui pourrait être mis en place face à une situation similaire : observer, en parler à un médecin (PMI, ORL...), en parler en équipe, informer les parents...

Au total, sur les 100 professionnels interrogés, 83 sont interpellés par cette situation parmi lesquels 73 pensent à la surdité comme cause possible.

→ Un enfant ne réagit pas quand on l'appelle : ne répond pas, ne tourne pas la tête, ne regarde pas



L'absence de réaction à l'appel chez un enfant suscite un grand nombre d'interrogations chez les participants. En effet, 85 % d'entre eux ont répondu positivement à

cette question. Parmi ces réponses, l'explication évoquée par plus de quatre participants sur cinq est les troubles d'audition.

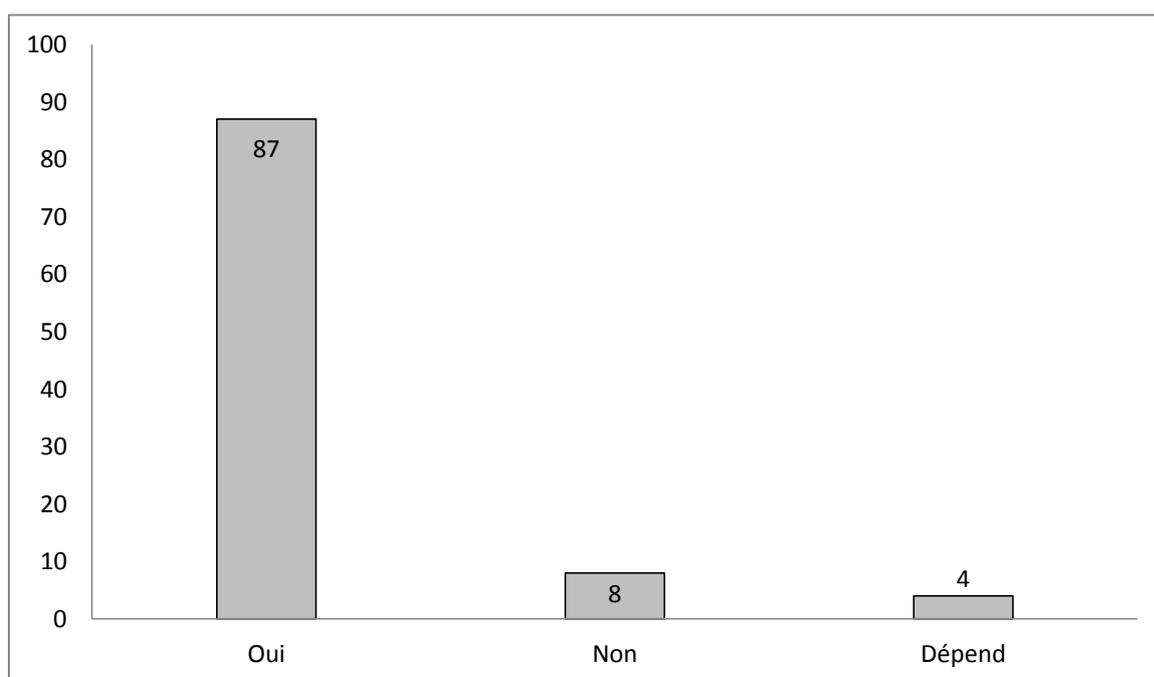
Les autres réponses les plus marquantes sont des troubles autistiques (5 %), des troubles comportementaux (5 %), des troubles attentionnels (3,5 %), un déficit visuel (4,7 %)...

Selon 13 % des participants, la situation décrite n'est pas inquiétante puisque l'enfant peut être « dans sa bulle », très attentif à ce qu'il fait, et ne pas se préoccuper de ce qu'il se passe autour de lui. De même, il se peut simplement que l'enfant n'ait pas envie de répondre à ce moment ou qu'il ne soit pas intéressé, d'où ce comportement d'ignorance face à la demande de l'adulte.

Les réponses des autres participants sont plus mitigées. En effet, selon six d'entre eux, la situation les interpellera plus ou moins selon l'âge de l'enfant et selon la fréquence de reproduction de la situation.

Au total, sur les 100 professionnels interrogés, 85 sont interpellés par cette situation parmi lesquels 71 pensent à la surdité comme cause possible.

→ Un enfant arrête d'émettre des sons à partir de six mois



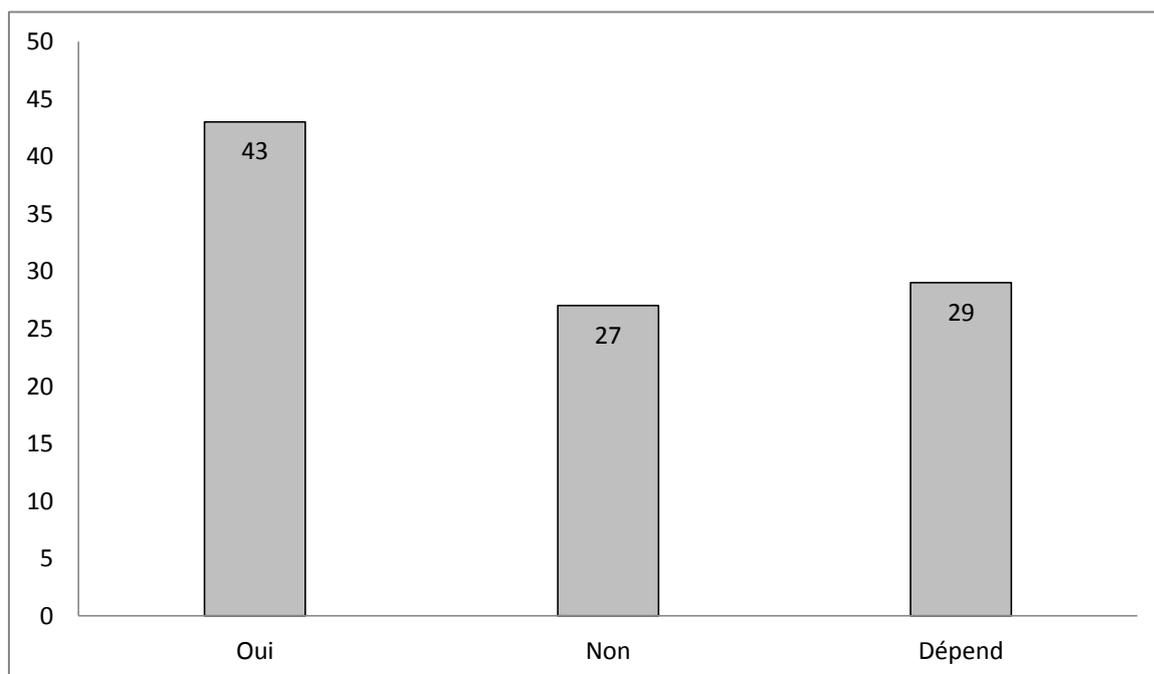
Près de neuf personnes sur dix ont indiqué être interpellées face à un arrêt de production sonore chez un enfant de 6 mois. Parmi ces réponses positives, les hypothèses explicatives sont nombreuses et variées. L'explication la plus citée est la suspicion d'un déficit auditif : plus d'un quart des personnes interpellées ont évoqué cette hypothèse. Plus de 13 % des participants ayant indiqué être interpellés par cette situation ont évoqué la possibilité d'un changement environnemental ou d'un choc émotionnel dans la vie de l'enfant expliquant cet arrêt brutal des productions sonores. Enfin, près de 7 % des participants ont évoqué un problème physique au niveau des cordes vocales expliquant cette situation inattendue.

Près d'un participant sur cinq a indiqué être interpellé par cette situation et suspecter un problème chez cet enfant mais ne sait pas à quoi cet arrêt des productions sonores peut être dû.

Parmi les huit participants ayant indiqué ne pas être interpellés par cette situation, cinq ont mentionné la concentration de l'enfant sur son exploration motrice ou un développement autre en dépit de l'oralité.

Au total, sur les 100 professionnels interrogés, 87 sont interpellés par cette situation parmi lesquels 23 pensent à la surdité comme cause possible.

→ Un enfant ne répond pas aux ordres, aux questions



Si on retrouve une tendance notable au vu des réponses aux questions précédentes, cette situation a suscité des opinions beaucoup plus variées.

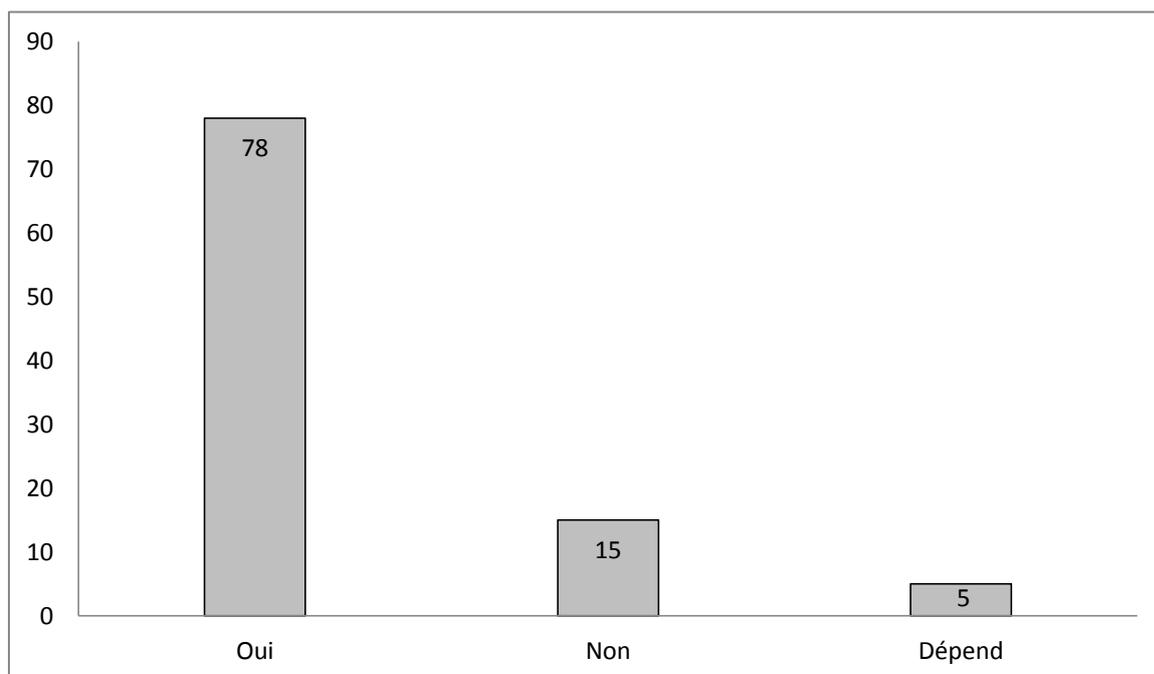
43 % des participants ont évoqué être interpellés face à l'absence de réponse d'un enfant. Parmi ces professionnels, vingt-cinq suspectent un déficit auditif (soit 58 % des participants ayant répondu positivement), onze ont évoqué une mauvaise compréhension (soit un quart des participants ayant répondu positivement) et six ont supposé un manque de limites par les parents (soit près de 14 % des participants ayant répondu positivement).

Parmi les 27 personnes non interpellées face à l'absence de réponse d'un enfant, sept sur dix ont justifié leur réponse en évoquant la phase d'opposition comme faisant partie intégrante du développement de l'enfant et près de trois sur dix ont évoqué l'absence de volonté de l'enfant de répondre.

Cependant, vingt-neuf personnes ont une opinion partagée sur la question. En effet, selon elles, il est important de prendre en compte l'âge de l'enfant et la fréquence de survenue de ces situations, sans quoi il est difficile de juger du caractère « normal » ou non de la situation.

Au total, sur les 100 professionnels interrogés, 43 sont interpellés par cette situation parmi lesquels 25 pensent à la surdité comme cause possible.

→ Un enfant a une voix inhabituelle (peu ou pas de mélodie ou d'intonation, crie...)

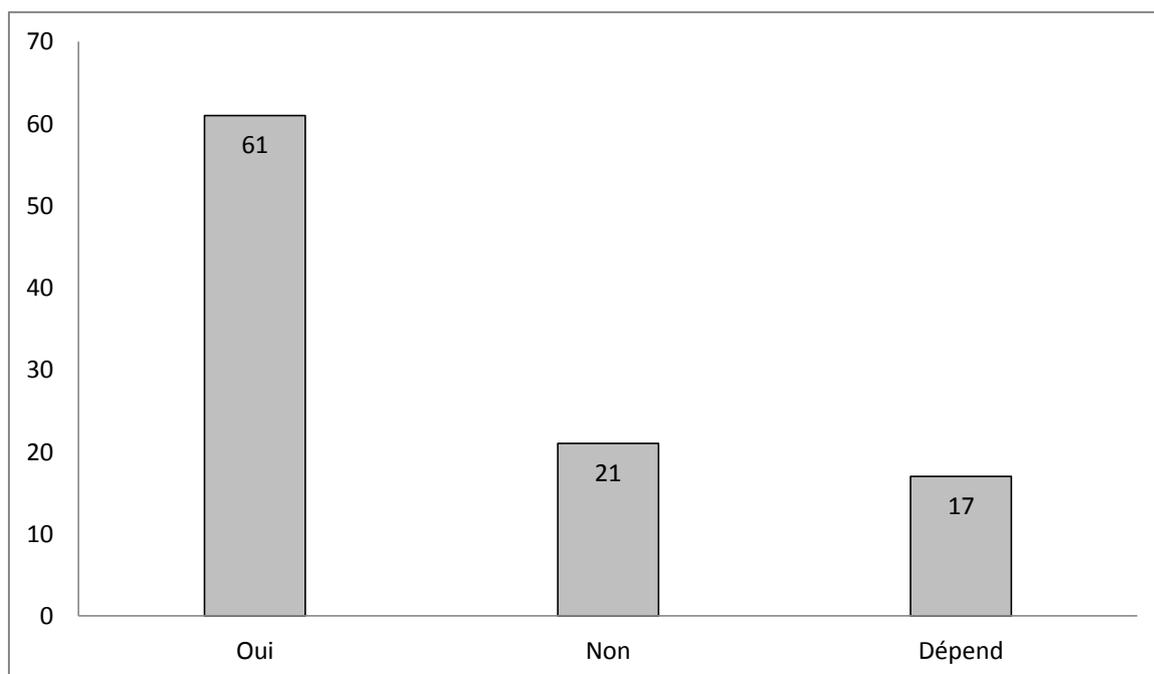


Près de quatre participants sur cinq sont interpellés face à une voix inhabituelle chez un enfant. Près d'une vingtaine d'entre eux n'ont pas apporté d'explication à cette situation et vingt-cinq d'entre eux ont évoqué un possible déficit auditif responsable de ce changement de voix.

Quelques participants ont mentionné l'importance de l'âge de l'enfant dans une situation similaire, selon eux, l'inquiétude n'est pas la même en fonction de son âge. De plus, trois des quinze participants non interpellés face à une voix inhabituelle (soit 20 % d'entre eux) ont expliqué cette situation comme étant une découverte de nouveaux sons pour l'enfant.

Au total, sur les 100 professionnels interrogés, 78 sont interpellés par cette situation parmi lesquels 25 pensent à la surdité comme cause possible.

→ Un enfant apathique : ne semble pas avoir envie de participer à des activités, d'aller vers les autres, de prendre des initiatives



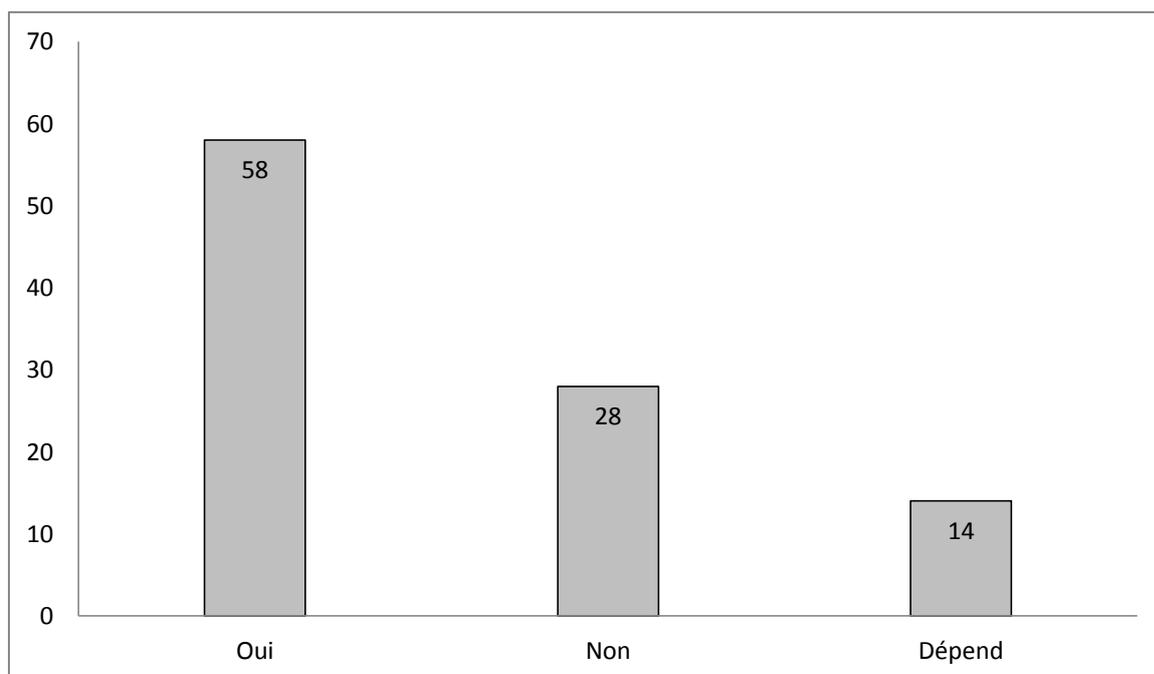
Parmi les participants interpellés face à un enfant apathique (61 % des réponses), seuls huit ont évoqué un possible déficit auditif lié (soit 13 %). Les autres raisons les plus mentionnées sont les problèmes familiaux (8 %), les troubles psychologiques (8 %) et les troubles relationnels (6,5 %).

Plus d'un participant sur cinq mentionnent ne pas être inquiets face à un enfant apathique, selon eux, l'enfant peut être fatigué (23 %), être timide (28 %), ne pas avoir envie de jouer, d'être en collectivité (33 %).

Les dix-sept participants partagés sur la question ont évoqué des variations selon l'âge, la fréquence et l'évolution de la situation.

Au total, sur les 100 professionnels interrogés, 61 sont interpellés par cette situation parmi lesquels 8 pensent à la surdité comme cause possible.

→ Un enfant de deux ans ou plus est agité : il fait des colères, peut se montrer impulsif, agressif, instable

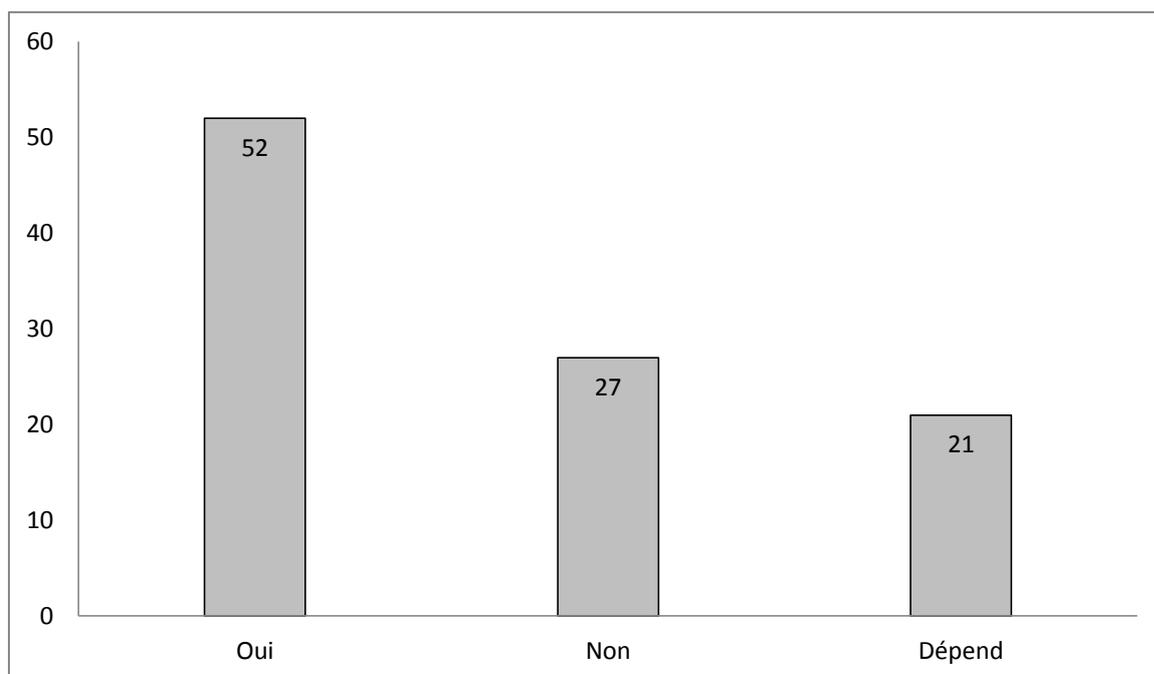


Une agitation chez un enfant de deux ans ou plus interpelle près de 60 % des participants pour qui les explications sont variées. Sur le nombre total de participants interpellés, plus de 20 % ont évoqué l'hypothèse explicative d'un événement familial survenu dans la vie de l'enfant et environ 15 % pensent à un déficit auditif. Parmi les autres explications fournies, on retrouve une hyperactivité (8 %), un trouble du langage (8 %) (l'enfant ne parvient pas à se faire comprendre ce qui suscite chez lui une grande frustration d'où découle une agitation) etc.

En revanche, on retrouve une tendance très nette chez les vingt-huit participants ayant répondu négativement à cette question. En effet, plus de huit sur dix considèrent cette agitation comme faisant partie du développement « normal » de l'enfant. De plus, pour 17,8 % d'entre eux, cette agitation serait due à un manque de cadre parental.

Au total, sur les 100 professionnels interrogés, 58 sont interpellés par cette situation parmi lesquels 8 pensent à la surdité comme cause possible.

→ Un enfant est dans l'opposition permanente : il ne respecte pas les consignes, les règles de socialisation



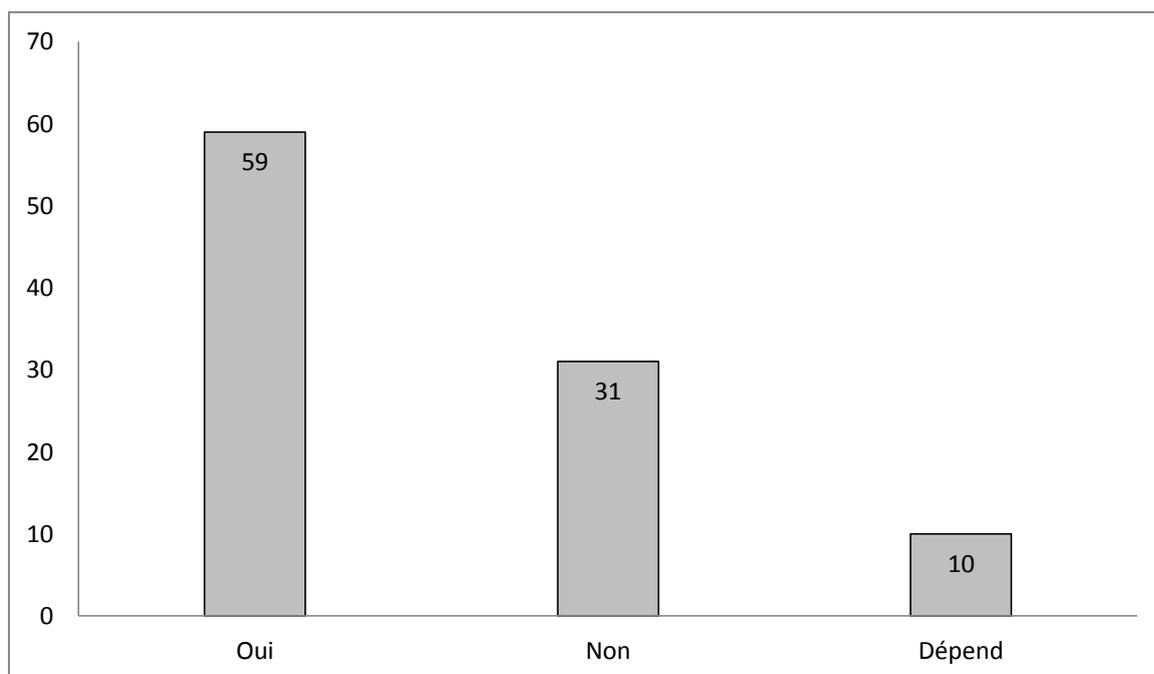
Plus de la moitié des participants indiquent être interpellés par un enfant en permanence dans l'opposition face à l'adulte. Parmi eux, plusieurs n'ont pas apporté d'explication. Les quelques justifications exposées sont la survenue d'un événement familial, des problèmes éducatif, psychologique, sensoriel etc.

Sur les vingt-sept participants ayant répondu « non » à cette question, vingt-quatre (soit près de neuf participants sur dix) ont évoqué la phase d'opposition comme passage obligatoire dans le développement d'un enfant et dix d'entre eux (soit 37 %) mentionnent un manque de cadre parental dans la famille.

Plus d'un participant sur cinq juge cette situation comme variable selon l'âge de l'enfant et l'évolution de la situation.

Au total, sur les 100 professionnels interrogés, 52 sont interpellés par cette situation parmi lesquels 2 pensent à la surdité comme cause possible.

→ Un enfant qui, à 2 ans- 2 ans ½, n'utilise pas les mots pour s'exprimer ou ne s'exprime qu'avec un mot à la fois



Un enfant qui ne produit qu'un seul mot voire pas du tout à 2 ans – 2 ans ½ interpelle près de six participants sur dix. On compte 20 % d'entre eux pour qui l'explication pourrait être un trouble ou un retard de langage et 18 % pour qui cette situation est due à un déficit auditif.

Parmi les autres professionnels ayant répondu à ce questionnaire, 31 % ne se sentent pas interpellés par cette situation et évoquent un arrêt volontaire du langage car l'enfant parvient à se faire comprendre en utilisant la communication non verbale.

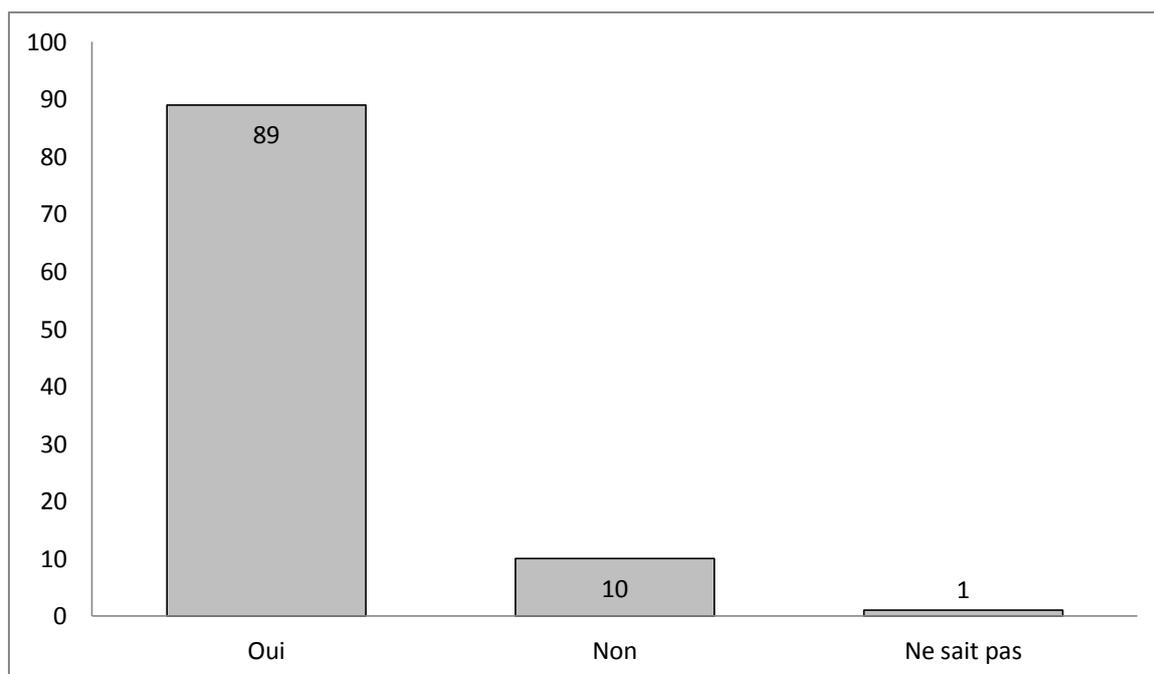
Cependant, 10 % des participants ont évoqué le lien entre la production d'aucun ou un seul mot et l'utilisation du langage à la maison. En effet, selon eux, cette situation peut s'expliquer si l'enfant et ses parents échangent peu ou bien échangent dans une langue autre que celle parlée à la crèche. De même, la notion de fréquence influe également sur l'inquiétude des professionnels faisant face à une situation similaire.

Au total, sur les 100 professionnels interrogés, 59 sont interpellés par cette situation parmi lesquels 11 pensent à la surdité comme cause possible.

4.5. *Parlons des oreilles, du nez, de la gorge...*

Dans cette partie du questionnaire, nous avons abordé différentes pathologies ORL : rhume, rhinopharyngite, angine et otite. Nous analyserons seulement les réponses concernant l'otite.

Une otite peut-elle avoir des répercussions notables sur le développement langagier de l'enfant ? Si oui, précisez quelle(s) répercussion(s).



Ce graphique montre de manière évidente la tendance majoritaire des réponses des participants. En effet, près de 90 % d'entre eux jugent comme possible la présence de répercussions langagières suite à une otite.

Leurs hypothèses explicatives sont variées et peuvent être classées en deux catégories distinctes : les **conditions** et les **symptômes**.

Les conditions

Selon 36 % des participants interrogés, la survenue ou non de répercussions suite à une otite est intimement liée à diverses conditions. Le caractère répétitif de cette inflammation

est la condition la plus citée par les participants (22 %). Les autres conditions évoquées sont la durée de l'otite, sa gravité et la qualité des soins apportés.

Les symptômes

Les troubles de l'audition constituent la répercussion d'une otite la plus citée par les professionnels interrogés (68 %).

Les autres symptômes cités (12 %) sont la douleur, les pleurs et la fatigue.

4.6. La surdité

→ Quels signes pourraient vous faire suspecter une surdité ou une perte auditive chez l'enfant ?

On peut répertorier les signes d'appel d'une surdité évoqués par les participants en six catégories distinctes :

La perception et la compréhension

Un grand nombre de personnes interrogées ont cité des difficultés dans la perception auditive et la compréhension. En effet :

- Beaucoup de participants ont évoqué l'absence de réaction à diverses stimulations auditives tels que les sons, les bruits de plus ou moins grande intensité, la musique, la voix, la parole... (71 personnes),
- L'absence de réaction et / ou de réponse à l'appel de son prénom est également relevée et présentée comme un signe d'appel (35 personnes),
- La demande de répétition ou d'augmentation du son de la télévision est répertoriée dans les signes d'appel (10 personnes),
- D'autres personnes ont noté des difficultés dans la compréhension d'ordres simples ou dans le respect de consignes simples et courtes (10 personnes),
- Enfin, quelques professionnels ont mentionné une absence ou une mauvaise orientation vers une source sonore (3 personnes).

L'expression langagière et vocale

Plusieurs participants ont mentionné divers troubles dans l'expression du langage comme signes d'appel d'une surdité. En effet :

- Le signe évocateur le plus cité concerne le développement du langage qui est alors altéré, retardé ou encore qui régresse ou ne progresse plus (19 personnes)
- Plusieurs professionnels ont évoqué une voix inhabituelle chez ces enfants : ils parlent fort, crient, produisent des sons peu ordinaires, des grognements, des pleurs... (16 personnes)
- Des troubles d'articulation ont également été abordés (6 personnes)
- De même, d'autres signes langagiers tels l'absence de sons, le retard de parole et une mauvaise répétition ont été mentionnés.

Le comportement et les interactions sociales

Les participants interrogés ont évoqué des aspects comportementaux comme signes d'appel d'une surdité. Ainsi :

- Le signe le plus relevé est un enfant qui s'isole, se replie sur lui-même, s'exclut du groupe (17 personnes)
- Le manque d'intérêt, la passivité de l'enfant face à son environnement a également été cité à plusieurs reprises (11 personnes)
- Quelques participants ont pensé à l'agressivité entraînée par une frustration - enfant qui ne parvient pas à comprendre et se faire comprendre - (11 personnes)
- D'autres signes ont également été évoqués : l'insécurité de l'enfant, un enfant bruyant, des troubles de concentration, des colères, une opposition, des pleurs inexplicables (pour un bébé), des troubles de la socialisation, une agitation anormale...

La communication

Quelques réponses concernent la communication. Ainsi :

- La communication et les interactions sont considérées comme difficiles voire absentes par plusieurs professionnels (8 personnes)

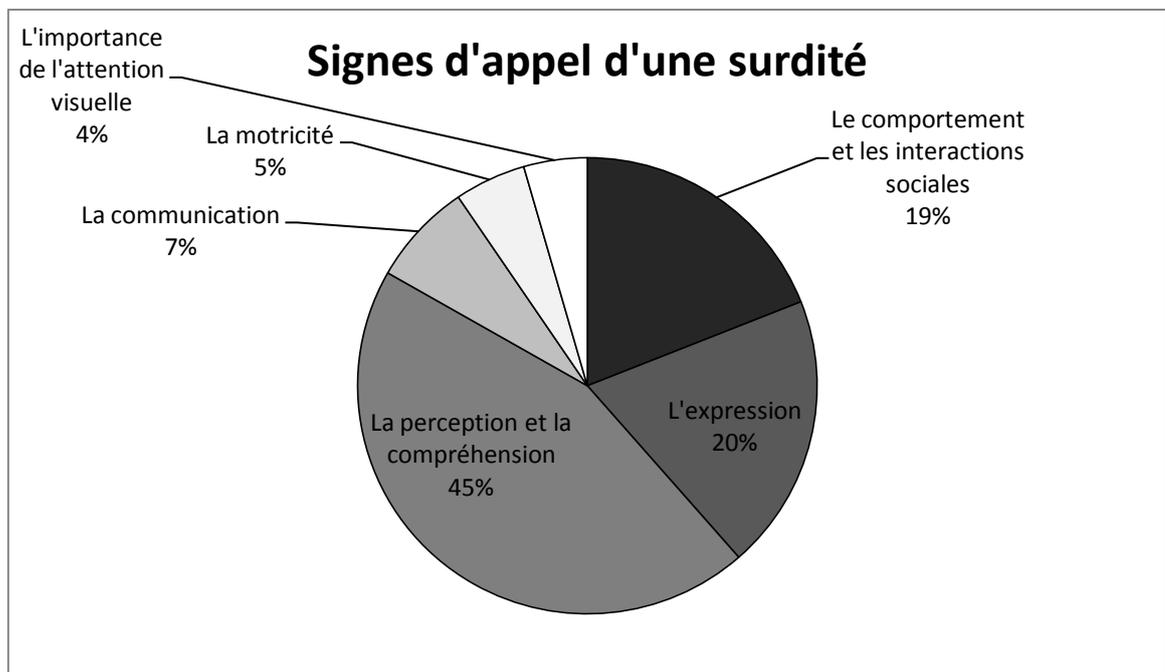
- En revanche, pour d'autres, elle est présente, et majoritairement non-verbale - sourire, gestes, réaction aux expressions du visage - (7 personnes)

La motricité

Des troubles de la motricité (retard, équilibre) ont été évoqués (7 personnes). À l'inverse, des professionnels ont décrit des enfants particulièrement sensibles au toucher et aux vibrations (2 personnes).

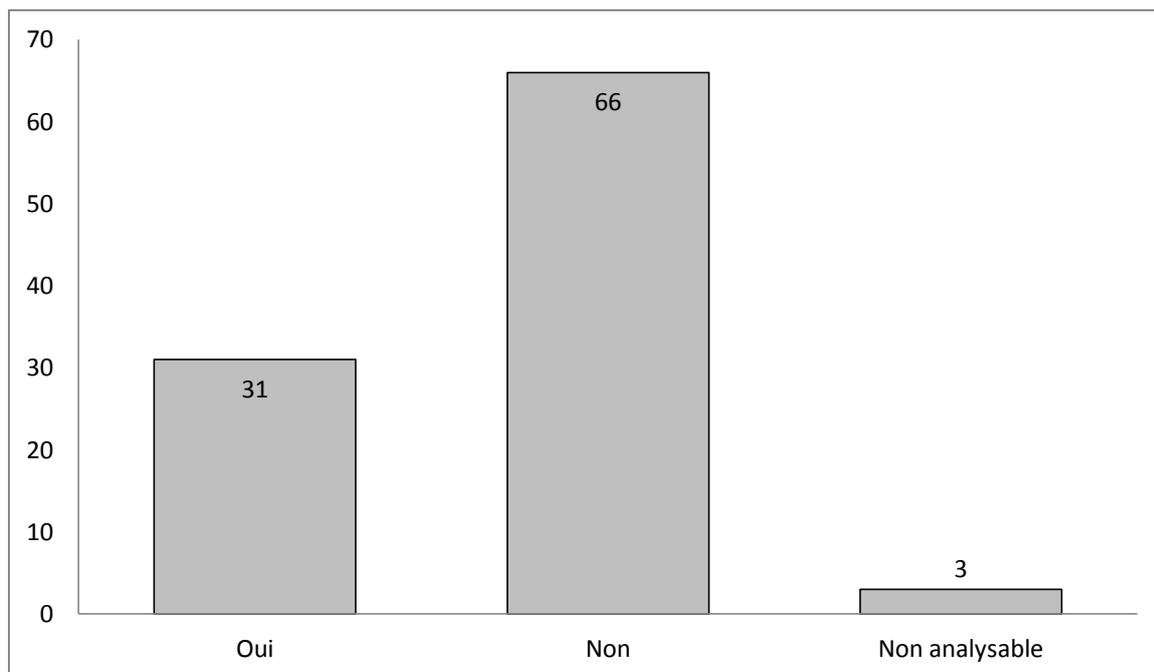
L'importance de l'attention visuelle

Certains professionnels dressent le portrait d'enfants très attentifs à tout ce qui se déroule dans leur champ de vision et indifférents à ce qui se passe en dehors de leur champ visuel (7 personnes).



Ce graphique ne montre pas la diversité des signes évoqués par les professionnels. En revanche, il présente le pourcentage de participants ayant pensé à chaque catégorie de signes. Il nous permet ainsi d'observer quels signes sont les plus évocateurs d'une surdité pour les professionnels interrogés.

→ Avez-vous déjà rencontré ou accueilli un enfant sourd au cours de votre exercice professionnel ?



Sur les cent professionnels ayant répondu à l'enquête, trente-et-un ont rencontré ou ont été amenés à accueillir un enfant sourd, ce qui représente presque un tiers des participants. Ce pourcentage paraît non négligeable.

→ Si oui, la surdité avait-elle été diagnostiquée ou avez-vous participé au dépistage de cette surdité ?

De plus, si pour dix-neuf d'entre eux, la surdité de l'enfant avait déjà été diagnostiquée, douze disent avoir participé au dépistage ou avoir accueilli l'enfant pendant la période où s'est fait le diagnostic.

Trois des réponses figurent dans la rubrique « non analysable ». En effet, la question concernait **l'accueil d'un enfant sourd au cours de l'exercice professionnel** et ces professionnels nous ont indiqué qu'ils avaient eu l'occasion de côtoyer des personnes sourdes dans leur famille.

Dans les remarques, certains professionnels ont relaté la venue d'une orthophoniste dans leur équipe lorsque la surdité avait déjà été repérée. L'orthophoniste avait alors guidé l'équipe dans leur observation de l'enfant, aidé à la mise en place d'un projet spécifique pour

l'enfant et apporté des conseils pour aider au développement du langage dans le but d'apaiser l'enfant.

→ Parmi les affirmations suivantes, cochez celles qui vous semblent vraies

Propositions	VRAI	FAUX
Le dépistage néonatal systématique est totalement fiable	13	87
Une surdité peut apparaître après naissance	96	4
Tous les sourds utilisent la langue des signes	8	92
Des enfants sourds peuvent parler	84	16
Des enfants sourds peuvent être scolarisés en école ordinaire	70	30
Une otite est toujours douloureuse	24	76
L'audition d'un enfant reste toujours stable dans les premières années de sa vie	8	92
L'audition d'un enfant sourd reste toujours stable dans les premières années de sa vie	5	95

Dans l'ensemble, les participants ont su trouver les « bonnes » réponses. En effet, pour chaque item, plus des trois quarts des professionnels ont répondu juste.

Ainsi, pour la majorité des professionnels de la petite enfance, certaines idées qui circulent sur la surdité ne sont pas avérées.

On note cependant un pourcentage de professionnels pour lesquels ces idées préconçues sont toujours d'actualité. Ce pourcentage d'erreur est plus ou moins fort selon les items. Par exemple, si seulement quatre professionnels sur les cent pensent qu'une surdité ne peut pas apparaître après la naissance, - ce qui reste un pourcentage très faible - presque un quart des participants pensent qu'une otite est toujours douloureuse.

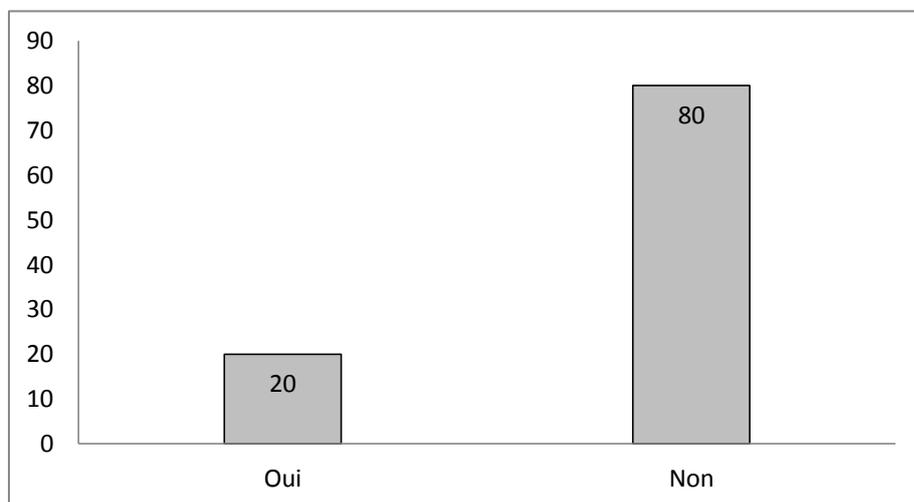
De même, près d'un quart des professionnels pensent que des enfants sourds ne peuvent pas être scolarisés en école ordinaire.

On peut aussi noter que, sur les cent professionnels ayant répondu à l'enquête, seize ne pensent pas que des enfants sourds puissent parler.

Cela signifie que certaines idées fausses circulent encore sur la surdité et que les orthophonistes, notamment, ont un rôle à jouer dans la transmission d'informations dans ce domaine.

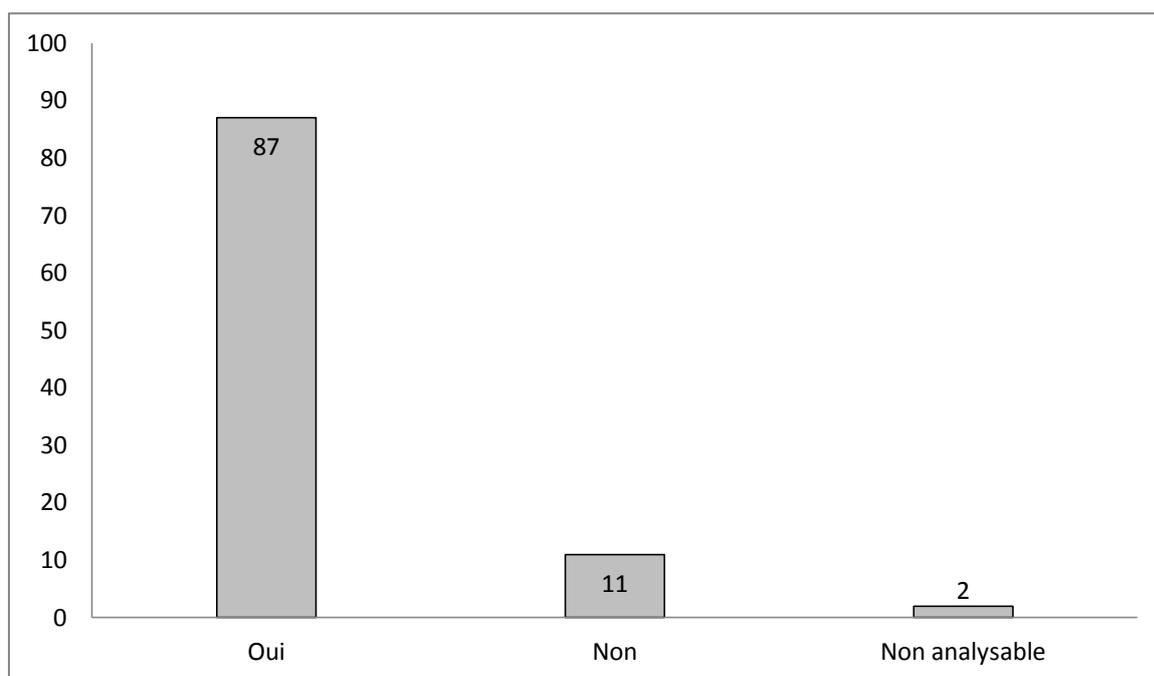
4.7. Informations et prévention

→ *Pensez-vous être assez informé(e) au sujet de la surdité, des signes d'appel de la surdité, de ses conséquences... ?*



80 % des participants estiment ne pas être suffisamment informés au sujet de la surdité.

→ Pensez-vous avoir besoin d'informations sur la surdité ? Si oui, précisez sur quoi vous souhaiteriez avoir des informations (développement du langage, signes d'appel, conséquences, adaptations...)



Près de 90% des participants considèrent avoir besoin d'informations au sujet de la surdité. Le type d'informations souhaité peut être réparti en deux grands thèmes : la surdité et le langage.

La surdité

La moitié des professionnels interrogés souhaiteraient être davantage informés sur les signes d'appel, le dépistage et l'âge auquel il faut s'inquiéter en cas de surdité.

Les adaptations et l'accompagnement de l'enfant sourd sont des sujets demandés par un quart des participants et les conséquences d'une surdité sur le développement du langage intéressent plus d'un participant interrogé sur cinq.

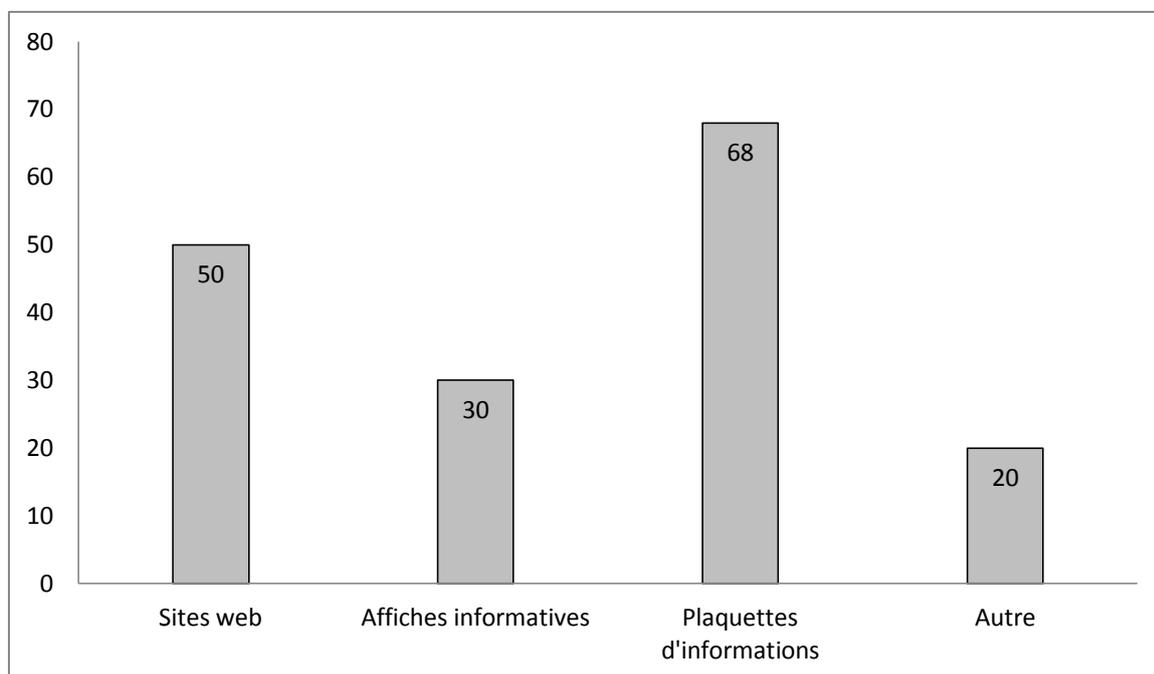
Les autres sujets souhaités par un plus petit nombre des professionnels interrogés sont la connaissance des spécialistes en surdité et des associations pour une meilleure orientation des familles, la surdité en général, la langue des signes etc.

Le langage

Plus d'un quart des participants souhaiteraient être davantage informés sur le développement du langage.

Une participante a également souhaité partager son expérience en citant la réalisation d'un dépistage ophtalmologique réalisé par des étudiants en ophtalmologie au sein de sa structure. Elle a ainsi suggéré la réalisation éventuelle d'un dépistage auditif par les étudiants en orthophonie.

→ Si vous souhaitez avoir des informations, quel support préféreriez-vous ?



En termes de supports d'informations, les participants préféreraient les plaquettes d'informations (68 %), les sites web (50 %) et les affiches informatives (30 %). D'autres participants (12 %) ont proposé la réalisation de conférences ou réunions d'informations possiblement menées par des orthophonistes.

→ Remarques

Malgré la longueur du questionnaire, beaucoup de professionnels ont pris le temps de noter des remarques personnelles. Ces remarques concernent :

- **les interrogations et réflexions suscitées par l'enquête.** Plusieurs professionnels disent en effet avoir apprécié de se questionner sur leur pratique ou sur différentes situations rencontrées dans leur expérience professionnelle. Pour une participante, l'enquête a confirmé son souhait de se former sur ce sujet.
- **La difficulté de répondre de manière tranchée à certaines questions.** En effet, plusieurs participants ont expliqué cette difficulté par les variations qu'il existe d'un enfant à un autre, notamment les différences dans la vitesse des acquisitions. Ces professionnels ont parfois évoqué la nécessité d'être attentif à ne pas faire de généralités, à ne pas étiqueter trop vite un enfant qui présente un trouble apparent. Un participant a soulevé l'ambiguïté de certaines questions qui aurait pu être levée à l'oral.
- **Le partage d'expériences** ayant cours dans certaines structures. Ainsi, des participants ont mentionné l'existence d'ateliers LSF, des formations en cours ou des dépistages organisés dans leur structure.
- **Le retour sur l'enquête.** Plusieurs participants ont manifesté leur intérêt pour un retour sur l'enquête et les résultats obtenus.
- **Une meilleure connaissance du travail orthophonique** a été abordée.

L'enquête met en évidence plusieurs points importants :

- Un véritable intérêt et une forte demande d'informations

Les cent réponses obtenues montrent **l'intérêt** porté par les professionnels de la petite enfance sur notre étude. Nous avons observé une grande volonté des participants de **partager leur opinion**, leurs expériences et de **développer leurs réponses** aux questions ouvertes apportant ainsi de réelles précisions. Ces explications ont permis d'étoffer et d'ajuster notre analyse qualitative.

Les dernières questions ont permis de mettre en évidence un **réel besoin** ainsi qu'une **forte demande d'informations** sur le langage et la surdité.

- Un rôle et des espaces alloués à la prévention

La plupart des participants ont répondu avoir un **rôle de prévention** dans leur profession. Ils ont souligné la place importante qu'ils y accordent au quotidien. De plus, dans les structures, un **temps d'échange** est mis en place pour permettre aux professionnels de partager leurs observations et leurs interrogations sur les enfants.

- Une attention et une tolérance portées au développement du langage et de la communication

Les réponses recueillies dans la partie "développement du langage et de la communication" montrent une **réelle importance accordée à l'émergence des compétences langagières et communicationnelles** par les professionnels interrogés. De plus, les âges donnés pour l'apparition des premiers mots et des premières phrases correspondent globalement aux moyennes recensées dans la littérature, ce qui montre une **connaissance de certains repères**.

En ce qui concerne les réponses ouvertes, nous avons repéré une volonté importante de ces professionnels de faire preuve de **tolérance** face à un apparent retard. En effet, beaucoup ont souligné la nécessité d'attendre, de laisser l'enfant évoluer à son rythme. Beaucoup rappellent également les différences interindividuelles existant entre les enfants.

Face à une interrogation sur un enfant, dans un premier temps, les professionnels préfèrent échanger avec les parents, les rassurer, les soutenir, les accompagner plutôt que de les alarmer inutilement et de porter des jugements hâtifs.

- Quelques repères mais un manque d'informations sur les signes d'appel d'une surdité

Face à un **trouble de la perception des sons ou du langage ou encore un trouble de la compréhension**, la majorité des participants pensent à un possible déficit auditif. Ces troubles sont très souvent cités comme **signes d'appel d'une surdité**. En revanche, les troubles de l'expression (production vocale et langagière) ainsi que les troubles des interactions sociales et du comportement évoquent moins une surdité pour les professionnels interrogés. De même, ces troubles sont moins souvent cités comme signes d'appel d'une surdité.

5. Discussion de la méthode et des résultats

5.1. Critiques

5.1.1. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire électronique (à remplir en ligne) a permis de recueillir un **grand nombre de réponses**. En effet, sa facilité de transmission et d'accès a permis une large diffusion aux structures de la petite enfance. Ainsi, nous avons pu recueillir un grand nombre de données. Les cent réponses reçues représentent effectivement un chiffre significatif en termes de **fiabilité statistique**.

En revanche, **les départements n'ont pas été représentés de manière équitable**. On note un plus faible taux de participation pour les départements du Maine-et-Loire et de la Loire-Atlantique. De même, **les catégories professionnelles n'ont pas été également représentées** : on note une forte participation de la part des EJE et des assistantes maternelles par rapport aux autres professions. Cela peut s'expliquer par l'accessibilité inégale au questionnaire selon les professions et le lieu d'exercice.

Au début du questionnaire, nous avons volontairement précisé le temps moyen nécessaire pour répondre à l'enquête (vingt minutes). Ce **temps de réponse relativement long** s'explique par la volonté de balayer plusieurs domaines (développement du langage, troubles du langage, communication, surdité) afin de dresser un état des lieux assez global des connaissances. Si cette indication a pu inciter certaines personnes à participer, elle a également pu dissuader d'autres professionnels.

5.1.2. Questions :

→ Questions fermées

Les questions fermées ont été très utiles d'un point de vue quantitatif puisqu'elles ont permis un **traitement statistique** des réponses. Elles ont ainsi permis d'établir des moyennes et de voir se dégager des tendances dans les réponses. Toutefois, elles appellent une réponse unique et tranchée qui **ne reflète pas toujours la complexité de la réflexion** en amont ou du contexte à prendre en compte pour certaines situations.

→ Questions ouvertes

Dans l'objectif de recueillir des expériences, des précisions plus personnelles, nous avons fait le choix d'introduire plusieurs questions ouvertes. Les réponses à ces questions ont souvent permis de **préciser** et d'**illustrer les réponses** aux questions fermées. Elles ont également permis de recueillir des remarques, des anecdotes, un partage d'expériences qui ont été très riches pour l'analyse des données d'un point de vue qualitatif. Elles ont été néanmoins **plus difficiles à analyser** : certaines réponses n'ont pas été prises en compte parce que jugées trop ambiguës dans leur interprétation.

→ Superficialité des situations décrites

Une partie de l'enquête décrit des situations de manière très succincte. Cette apparente superficialité a troublé beaucoup de participants. Ils ont exprimé leur **difficulté pour répondre à ces questions** due au manque d'éléments sur le contexte, sur l'enfant. La plupart d'entre eux ont rappelé **l'importance des différences interindividuelles** dans le rythme d'acquisition du langage.

Certains professionnels ont suggéré un **entretien oral** qui aurait permis de dissiper les possibles erreurs d'interprétation mais qui aurait également permis un échange.

5.1.3. Participants :

La sélection s'est faite **sur la base du volontariat**. Les personnes ayant accepté de répondre à l'enquête sont donc susceptibles d'être des personnes intéressées et ayant peut-être déjà quelques connaissances sur le sujet. Il est donc possible que le **niveau de connaissances que nous avons relevé** soit **supérieur au niveau de connaissances réel** que les professionnels de la petite enfance ont sur le langage et les signes d'appel d'une surdité.

Le questionnaire étant proposé en autonomie, les participants ont pu avoir la possibilité d'aller chercher des informations afin de donner les "bonnes" réponses. Pour limiter ce phénomène, une explication sur la démarche de l'enquête a été donnée dans le mail contenant le questionnaire. Nous avons tenu à préciser qu'il ne s'agissait pas de juger les professionnels sur leurs réponses mais bien d'établir un état des lieux de leurs connaissances sur le développement du langage.

Nous avons volontairement **caché un des objectifs** de l'enquête : **chercher à savoir si les professionnels de la petite enfance connaissent les signes d'appel d'une surdité**. Néanmoins, au cours du questionnaire, les questions s'orientent de plus en plus précisément vers la surdité. Il est possible, - et nous l'avons effectivement constaté en recueillant les réponses,- que les participants aient remarqué cette orientation et aient **adapté leurs réponses en conséquence**.

Ainsi, dans l'enquête, **les réponses** à la question "quel(s) signe(s) pourrai(en)t vous faire suspecter une surdité ou une perte auditive chez un enfant ?" **ont pu être influencées** de manière importante par la partie précédente : "Quelques situations plus concrètes". En effet, dans cette partie, plusieurs situations décrites peuvent correspondre à des signes d'appel d'une surdité. D'ailleurs, certains items de cette partie ont été retrouvés textuellement dans les réponses recueillies à la question concernant les signes d'appel. Sans la partie précédente, il est possible que moins de signes d'appel auraient été trouvés.

Les nombreuses remarques recueillies en fin de questionnaire ont montré un **réel intérêt** de la part des professionnels interrogés. En effet, malgré la longueur de l'enquête, beaucoup de participants ont pris le temps de **partager des expériences**, de nous faire part de leurs **interrogations** et / ou de leur **souhait de bénéficier d'un retour** de notre part sur l'enquête.

Ces remarques montrent que le questionnaire à lui-seul a permis une **première sensibilisation** pour certains professionnels sur les sujets du langage et de l'audition.

5.2. Ouvertures

De cette étude peuvent découler de nombreuses idées et ouvertures possibles :

- Tout d'abord, l'enquête visait à dresser un état des lieux global sur des sujets précis. Néanmoins, les réponses aux questions ouvertes ont permis de rendre compte de connaissances et d'interrogations sur d'autres troubles présentés par des enfants et pouvant relever de l'orthophonie. Il pourrait être intéressant d'effectuer un travail sur la **transmission d'informations sur ces troubles** ainsi que la prise en charge orthophonique des enfants présentant ces troubles.
- Beaucoup de professionnels auraient souhaité répondre à **l'enquête à l'oral**. Cette forme d'entretien aurait permis, selon eux, une meilleure compréhension des questions et donc une plus grande précision dans leurs réponses. Cette forme d'entretien pourrait être envisagée dans des études similaires.
- Proposer cette enquête aux **professeurs des écoles de la maternelle au Cours Préparatoire (CP)** pourrait également être envisageable et intéressant. En effet, la pratique de ces professionnels peut être étroitement liée avec les sujets abordés. Établir un état des lieux de leurs connaissances et de leurs besoins pourrait ainsi être l'objet d'une étude similaire.
- Si l'enquête visait le repérage de signes d'appel d'une surdité, certains professionnels ont abordé **l'«après-dépistage»** : comment faire pour s'adapter à un enfant présentant un handicap

sensoriel, moteur, un retard de langage... Il pourrait donc être intéressant d'amener des supports pour donner des pistes pour l'adaptation à différents troubles et pathologies rencontrés chez les enfants.

- Les réponses au questionnaire ont parfois mis en évidence la méconnaissance de la profession d'orthophoniste. Il pourrait être intéressant de poursuivre un travail sur la **connaissance mutuelle entre les professionnels de la petite enfance et les orthophonistes**. Les associations de prévention en orthophonie pourraient avoir un rôle à jouer dans le développement de lien entre les professionnels. Il pourrait donc être intéressant de contacter l'association de prévention des orthophonistes des Pays-de-la-Loire, PAROL' pdl (Prévention et Actions Régionales des Orthophonistes Logopèdes des Pays de Loire), notamment pour relayer des demandes d'intervention de la part de professionnels de la petite enfance suite au questionnaire.

- Enfin, le vif intérêt soulevé par le questionnaire a montré la nécessité d'un partage d'informations sur ces sujets. Il serait intéressant de créer une **plaquette d'informations** sur les repères dans le développement du langage de l'enfant ainsi que sur la surdité à transmettre aux professionnels de la petite enfance. Il pourrait donc être pertinent d'entrer en relation avec L'IREPS (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé) afin de mettre en œuvre ce projet.

Conclusion

Notre mémoire s'est intéressé aux professionnels de la petite enfance de la région Pays-de-la-Loire. En effet, travaillant au quotidien avec des enfants, ils constituent un réseau privilégié pour repérer des éventuels troubles auditifs chez des enfants en bas-âge. L'étude visait donc à recueillir des données permettant de dresser un état des lieux des repères et des connaissances des professionnels de la petite enfance des Pays-de-la-Loire sur le développement du langage chez l'enfant et la surdité.

Une enquête a été élaborée dans le but de recueillir des données permettant un travail statistique mais permettant également le recueil de témoignages, d'expériences, de la part des professionnels. Cent professionnels des différents départements des Pays-de-la-Loire ont répondu à ce questionnaire.

L'analyse des données a mis en évidence plusieurs points. Tout d'abord, le grand nombre de réponses obtenues, la précision des témoignages ainsi qu'une demande importante concernant un retour sur les résultats de l'enquête, ont montré un vif intérêt pour les questions du développement du langage et de la surdité de la part des professionnels interrogés.

Les réponses recueillies montrent que les professionnels interrogés ont des connaissances et des repères sur le langage. À travers les témoignages apportés, on note une réelle attention portée à l'enfant qui communique et développe peu à peu son langage. Une tendance se dessine dans les réponses : le respect du rythme de l'enfant. Beaucoup de professionnels insistent en effet sur la nécessité de laisser le temps à l'enfant de faire ses acquisitions et l'importance d'être tolérant face à des décalages et des différences interindividuelles.

On note un manque de connaissances sur les surdités ; en effet, un nombre assez important des professionnels interrogés entretiennent quelques fausses idées sur la surdité. De même, beaucoup de signes évoquant une surdité chez un enfant restent méconnus de ces professionnels. La majorité des professionnels disent eux-mêmes ne pas se sentir suffisamment informés et sont demandeurs d'informations.

Il semble donc pertinent et important de poursuivre un travail d'information et de prévention

auprès des professionnels de la petite enfance. Ce travail permettra ainsi de communiquer sur le rôle plus méconnu de l'orthophoniste : accompagner précocement le très jeune enfant dans le but de l'aider à palier ses difficultés liées à la surdité et à développer ses capacités communicationnelles.

L'enquête a révélé un autre point qu'il nous a semblé important de prendre en compte : la connaissance parcellaire de la profession d'orthophoniste, de son rôle et de son champ de compétences liées aux enfants en bas-âge par les professionnels interrogés.

Bibliographie

ARTICLES

- Barbot, F., Jeannin, C., & Van Horst, L. (2014). Éditorial. *Contraste*, 1(39), 9-11. Doi :10.3917/cont.039.0009
- Bassano, D. (1998). L'élaboration du lexique précoce chez l'enfant français : structure et variabilité. *Enfance*, 51(4), 123-153. doi :103406/enfan.1998.3120
- Brunstein, C. & Tiellet Nunes, M.L. (2003). Attention visuelle et interaction mère/bébé : signaux précoces de la capacité à voir le monde. *La psychiatrie de l'enfant*, 46(2), 549-577. doi :10.3917/psy.462.0549
- Kern, S. (2001). Le langage en émergence. *Approche neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, (13), 8-12.
- Kern, S. (2003). *Le compte-rendu parental au service de l'évaluation de la production lexicale des enfants français entre 16 et 30 mois*, *Glossa*, 29(85), 48-61.
- Khomsy, A. (1982). Langue maternelle et langage adressé à l'enfant. *Langue française*, 54(1), 93-107.
- Montagner, H.. (1997). Les compétences-socles : une nouvelle grille de lecture des constructions enfantines et de leurs anomalies. *Communication et organisation*, 12, 1-21. En ligne <http://communicationorganisation.revues.org/1979>.
- Vinter, S. (1998). Développement des productions vocales : évaluation et implications cliniques. *Rééducation orthophonique*, 36(4), 43-58.
- Vinter, S. (2000). Quelques aspects de la construction du langage par l'enfant. *Glossa*, 29(71), 32-41.
- Vinter, S. (2005). Quels signes langagiers précoces pourraient faire évoquer une surdité ou un dysfonctionnement grave du langage ? Le rôle des parents. *Glossa*, 29(93), 12-21.

BROCHURES INFORMATIVES - PREVENTIVES

Action Connaissance Formation pour la Surdité. (2005). *Surdité de l'enfant – Guide pratique à l'usage des parents*. Saint-Denis : INPES.

Association Nationale des Parents d'Enfants Déficients Auditifs. (1997). *Mon enfant n'entend pas – Un guide pour ses premières années*. Saint-Denis : INPES.

Société Française de Pédiatrie. (2009). *Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant – Guide pratique*.

CHAPITRE D'OUVRAGE

Le Normand, M.-T. (2007). Modèles psycholinguistiques du développement du langage. In C. Chevie-Muller & J. Narbona (Eds.), *Le langage de l'enfant – Aspects normaux et pathologiques* (pp. 35-56). Paris : Elsevier Masson.

OUVRAGES

Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederl , E., & Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'Orthophonie*. Isbergues : Ortho Editions.

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

De Boysson-Bardies, B. (2014). *Comment la parole vient aux enfants*. Domont : Odile Jacob.

Dumont, A. (1995). *L'orthophoniste et l'enfant sourd*. Paris : Masson.

Lafon J.-C. (1985). *Les enfants déficients auditifs*. Villeurbanne : SIMEP.

MÉMOIRES NON PUBLIÉS

Desvergues, L. & Lebrun, L. (2010). *Conduites d'étayage maternel en situation de lecture partagée intégrée à un protocole d'évaluation des compétences langagières de l'enfant de 24 mois*. Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophonie, Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon.

Massing, A. (2011). *Élaboration d'une brochure d'information à partir d'entretiens menés auprès de parents dans le cadre d'actions de dépistage des troubles de l'audition par le test comportemental auditif*. Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophonie, Université Henri Poincaré Nancy, Nancy.

PAGES WEB

Belasco, C. (2014). *Dépistage de la surdité néonatale permanente obligatoire*. En ligne sur le site de Société Française de Néonatalogie <http://sdp.perinat-france.org/SFN/depistage-de-la-surdite-neonatale-permanente-obligatoire-1.html>, consulté le 11 mars 2015.

Bureau International d'Audiophonologie. (1997). *Classification audiométrique des déficiences audiométriques*. En ligne http://www.biap.org/index.php?option=com_content&view=article&id=5%3Arecommandation-biap-021-bis&catid=65%3Act-2-classification-des-surdites&Itemid=19&lang=fr, consulté le 15 novembre 2014.

Lorenzi, A., Camilleri, M., & Chaix, B. (2013). *Qu'est-ce que j'entends ?*. En ligne sur le site Voyage au centre de l'audition www.coclea.org/entendre, consulté le 26 novembre 2014.

Surdi Info. (2014). *Des médicaments toxiques pour l'oreille et l'audition*. En ligne <http://www.surdi.info/index.php/accueil/perdre-audition/prevention/133-prevention/203-des-medicaments-toxiques-pour-l-oreille-et-l-audition>, consulté le 15 novembre 2014.

Surdi Info. (2013). *La surdité : transmission ou perception ?*. En ligne <http://www.surdi.info/index.php/accueil/la-surdite/diagnostic/129-le-diagnostic/112-surdite-transmission-perception>, consulté le 15 novembre 2014.

Surdi Info. (2013). *Surdités de transmission chez l'adulte*. En ligne http://www.surdi.info/index.php/site_content/131-les-autres-causes-de-perte-auditive/128-surdites-transmission-adulte, consulté le 15 novembre 2014.

Surdi Info. (2013). *Surdités de perception chez l'adulte*. En ligne http://www.surdi.info/index.php/site_content/131-les-autres-causes-de-perte-auditive/131-les-autres-causes-de-perte-auditive/129-surdites-perception-adulte, consulté le 15 novembre 2014.

RAPPORTS ET TEXTES LÉGISLATIFS

Annexe du Bulletin Officiel n°32 : Certificat de capacité d'orthophoniste – Référentiel d'activités (2013). Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 5 septembre 2013.

Arrêté : Arrêté du 3 novembre 2014 relatif au cahier des charges national du programme de dépistage de la surdité permanente néonatale. (2014). Journal Officiel de la République Française, 14 novembre 2014.

Rapport de la Haute Autorité de Santé : Évaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale. (2007). HAS/service évaluation médico-économique et santé publique, janvier 2007.

Recommandations de bonne pratique : Surdité de l'enfant : accompagnement des familles et suivi de l'enfant de 0 à 6 ans - hors accompagnement scolaire. (2009). HAS/Service des bonnes pratiques professionnelles, décembre 2009.

Glossaire

ANPEDA : Association Nationale des Parents d'Enfants Déficients Auditifs

SSEFS : Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à la Scolarisation

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

AM : Assistant(e) Maternel(le)

RAM : Réseau d'Assistants Maternels

MAM : Maison d'Assistants Maternels

EJE : Éducateur de Jeunes Enfants

PMI : Protection Maternelle Infantile

OEA : Oto-Émissions Acoustiques

PEAA : Potentiels Évoqués Auditifs Automatisés

IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé

PAROL' pdl : Prévention et Actions Régionales des Orthophonistes Logopèdes des Pays de Loire

Annexes

Annexe 1 : Mail transmis aux professionnels

Annexe 2 : Questionnaire

Annexe 1 : Mail transmis aux professionnels

Madame, Monsieur

Nous sommes deux étudiantes en dernière année d'études d'orthophonie au centre de formation en Orthophonie de Nantes.

Dans le cadre de notre mémoire, nous nous intéressons au **développement du langage de l'enfant** et à la manière dont il est **appréhendé par les professionnels de la petite enfance**.

Pour cela, nous avons élaboré un **questionnaire** à destination des professionnels de la petite enfance dont vous faites partie. Notre objectif, en fonction des résultats et des demandes qui nous seront parvenus, est d'élaborer un **support d'information adapté à votre pratique professionnelle**.

Pourriez-vous remplir et/ou proposer ce questionnaire, via le lien internet ci-dessous, aux professionnels de la petite enfance travaillant au sein de votre structure ? Nous souhaiterions avoir des réponses le plus rapidement possible afin d'avoir le temps d'analyser les réponses et d'élaborer un support adapté **dès début janvier**.

Lien du questionnaire : https://docs.google.com/forms/d/1x_UV0Q0-VnNBpyDXjrEHxkd9lpLLcRkT7higiK-LLhE/viewform

Nous souhaiterions commencer notre analyse des réponses mi-janvier. Aussi, nous aimerions recevoir toutes les réponses au questionnaire pour le **15 janvier 2015**.

Nous tenons à préciser qu'il ne s'agit pas de juger les réponses qui seront faites ; il s'agit pour nous d'observer comment le développement du langage de l'enfant est perçu par les professionnels de la petite enfance interrogés. Aussi, nous invitons les professionnels à y répondre en toute honnêteté.

Le questionnaire se remplit en 15 à 25 minutes, une barre de progression indique au fur et à mesure le pourcentage du questionnaire déjà rempli.

Nous vous remercions de l'aide précieuse que vous nous apportez,

Nous restons à votre disposition pour toute information,

Bien cordialement,

Marion Lucas et Nathalie Bichon
memoireorthophonie.mlnb@gmail.com

Annexe 2 : Questionnaire



Petite enfance et orthophonie

Bonjour ! Merci d'avoir accepté de remplir ce questionnaire !

Avec cette enquête, nous souhaitons recueillir les informations que vous avez sur le langage de l'enfant en tant que professionnel de la petite enfance. Le but n'est pas de juger vos réponses mais bien d'observer le point de vue de professionnels côtoyant au quotidien des enfants. Aussi, nous vous demandons de le remplir en toute honnêteté pour faciliter notre recueil d'informations.

N.B. 1 : le temps de réponse à cette enquête "Petite enfance et orthophonie" est de 20 minutes en moyenne. Tout au long du questionnaire, une barre de progression vous indiquera, sous forme de pourcentage, la part du questionnaire à laquelle vous avez déjà répondu.

N.B. 2 : A la fin de l'enquête, cliquez sur "Envoyer", un message vous confirmera que votre réponse a bien été prise en compte.

[Continuer »](#)



Terminé à 12 %

Quelques informations sur vous...

Quelle profession exercez-vous ? *

- Assistant(e) petite enfance
- Educateur/rice de jeunes enfants
- Médecin de protection maternelle infantile
- Auxiliaire de puériculture
- Puériculteur/trice
- Assistant(e) maternel(le)
- Autre :

Dans quel type de structure travaillez-vous ? *

(Plusieurs réponses possibles)

- Multi-accueil
- Crèche
- Centre médico-social
- Halte-garderie
- A domicile
- Au sein d'un RAM (Relais Assistantes Maternelles)
- Au sein d'une MAM (Maison d'Assistants Maternels)
- Autre :

Depuis combien de temps exercez-vous votre profession ? *

Dans quelle commune travaillez-vous ? Précisez le département. *

Dans votre travail, considérez-vous avoir un rôle de prévention auprès des familles (oui/non) ? Si, oui, précisez ce rôle. *

(On entend par prévention, le fait de conseiller, d'accompagner les parents. Cet accompagnement peut se faire dans les soins à apporter à l'enfant, dans les activités d'éveil de l'enfant, ou dans l'orientation vers d'autres professionnels si besoin (psychologue, psychomotricien, orthophoniste...))

Avez-vous des temps d'échange en équipe pour parler des enfants que vous accueillez, des interrogations que vous pouvez avoir concernant certains enfants... ? *

- oui
 non

« Retour

Continuer »



Terminé à 25 %

Parlons du développement du langage de l'enfant...

Pour vous, qu'est-ce qu'un mot ? *

Pour chaque proposition, cochez "oui" si vous pensez que la proposition est un mot et "non" si vous considérez que la proposition n'est pas un mot.

	oui	non
"aaaaaa" (un son est toujours un mot)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"o" pour "gâteau" (un son peut être un mot si l'enfant lui accorde du sens)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"bababa" (la combinaison de plusieurs sons constitue un mot)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"ala" pour "voilà" (la combinaison de plusieurs sons peut constituer un mot si l'enfant lui accorde du sens)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"encore" (une production vocale devient un mot lorsqu'elle appartient à la langue française et qu'elle est correctement prononcée)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous le souhaitez, vous pouvez justifier vos réponses dans l'encart ci-dessous ou apporter votre définition personnelle d'un mot.

Pour vous, qu'est-ce qu'une phrase ? *

	oui	non
"papa" pour "papa est rentré" est une phrase (un mot peut constituer une phrase)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"papa pati" pour "papa est parti" est une phrase (structure grammaticale correcte mais mots incorrectement prononcés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"joue moi" pour "je joue" est une phrase (structure grammaticale incorrecte mais mots correctement prononcés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"maman dort" est une phrase (structure grammaticale "sujet-verbe" correcte et mots correctement prononcés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"mamie egade la télé" pour "mamie regarde la télé" est une phrase (structure "sujet-verbe-complément" correcte mais mots incorrectement prononcés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"tu suis content ?" pour "tu es content ?" est une phrase (structure grammaticale correcte, mots correctement prononcés mais verbe mal conjugué)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"je joue à la poupée" est une phrase (structure "sujet-verbe-complément" correcte, et mots correctement prononcés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous le souhaitez, vous pouvez justifier vos réponses dans l'encart ci-dessous ou apporter votre définition personnelle d'une phrase.

Pour vous, qu'est-ce que la communication ? *

	oui	non
A partir du moment où un enfant parle en présence d'une autre personne, il communique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un enfant doit-il parler pour communiquer ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un bébé sourit en réponse à votre sourire, est-ce une situation de communication ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un bébé émet des sons après que vous lui avez parlé, est-ce une situation de communication ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un bébé vous regarde attentivement quand vous lui parlez et/ou le regardez, cela peut-il être une situation de communication ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un enfant agite ses bras et ses jambes quand vous vous approchez de lui et commencez à lui parler, est-ce une situation de communication ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un enfant est attentif et participe pendant que vous lui lisez un livre (tourne les pages, émet des sons, des mots, désigne des images...), est-ce une situation de communication ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous le souhaitez, vous pouvez justifier vos réponses dans l'encart ci-dessous ou définir ce qui constitue, pour vous, une situation de communication, ce qu'est la communication pour vous.

Pour vous, à quel âge, en moyenne, un enfant commence-t-il à produire ses premiers mots ? *

- entre 7 et 10 mois
- entre 11 et 14 mois
- entre 15 et 18 mois
- entre 19 et 22 mois
- entre 23 et 26 mois
- après 26 mois

Pour vous, à quel âge, en moyenne, un enfant commence-t-il à produire ses premières phrases ? *

- entre 12 et 15 mois
- entre 16 et 19 mois
- entre 20 et 23 mois
- entre 24 et 27 mois
- entre 28 et 31 mois
- entre 32 et 36 mois
- entre 3 ans et 3 ans 1/2
- à plus de 3 ans 1/2

« Retour

Continuer »



Terminé à 37 %

Et quand tout ne se passe pas "comme d'habitude"...

Vous observez un décalage dans le développement du langage d'un enfant par rapport aux autres enfants de son âge, que faites-vous ? *

Plusieurs réponses peuvent être cochées

- Vous en parlez en équipe
- Vous attendez de voir l'évolution
- Vous en parlez aux parents
- Vous demandez conseil à un spécialiste (médecin de la structure, collègue, orthophoniste...)
- Autre :

Il arrive qu'un enfant présente des difficultés de langage. Pour les difficultés décrites ci-dessous, indiquez à quel âge vous conseillerez à ses parents de consulter un spécialiste. *

Un enfant semble ne pas comprendre ce qu'on lui dit

*

Un enfant parle peu voire pas du tout

*

Un enfant présente un décalage important dans le développement de son langage par rapport aux enfants de son âge

*

Un enfant présente un trouble d'articulation (exemple : "crain" pour "train")

« Retour

Continuer »



Terminé à 50 %

Quelques situations plus concrètes...

Pour cette partie du questionnaire, nous vous proposons 10 courtes situations. Pour chacune d'elle, nous vous demandons d'écrire si elle vous interpelle ou non (oui/non).

Nous vous demandons également de préciser ce qu'elle vous évoque.

Un enfant inattentif aux bruits ou aux objets et personnes qui ne sont pas dans son champ de vision. *

Ecrivez si cette situation vous interpelle (oui/non) et ce qu'elle vous évoque.

Un enfant ne réagit pas quand on l'appelle : ne répond pas, ne tourne pas la tête, ne regarde pas. *

Ecrivez si cette situation vous interpelle (oui/non) et ce qu'elle vous évoque.

Un enfant arrête d'émettre des sons à partir de 6 mois. *

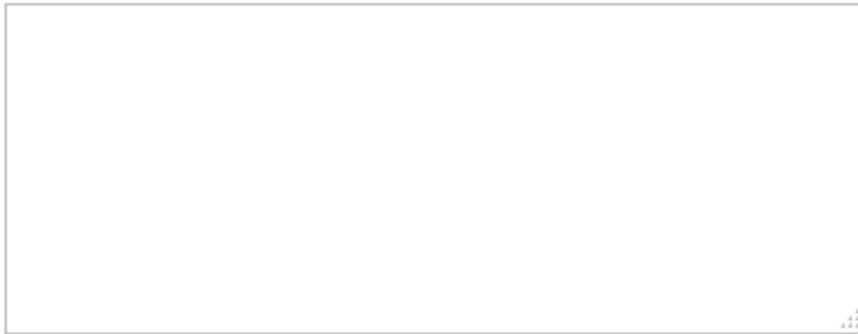
Ecrivez si cette situation vous interpelle (oui/non) et ce qu'elle vous évoque.

Un enfant ne répond pas aux ordres, aux questions. *

Ecrivez si cette situation vous interpelle (oui/non) et ce qu'elle vous évoque.

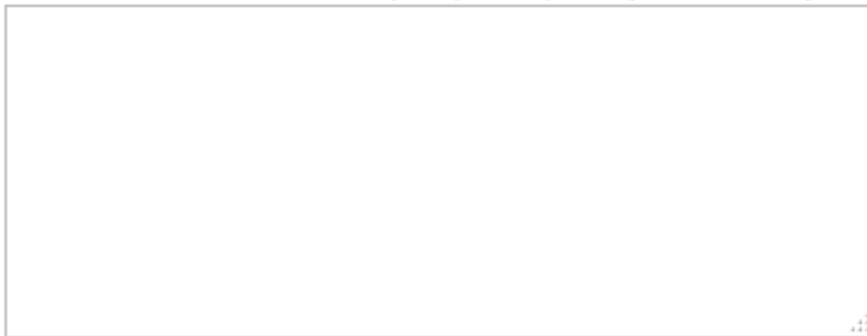
Un enfant a une voix inhabituelle (peu ou pas de mélodie ou d'intonation, crie...)*

Ecrivez si cette situation vous interpelle (oui/non) et ce qu'elle vous évoque.



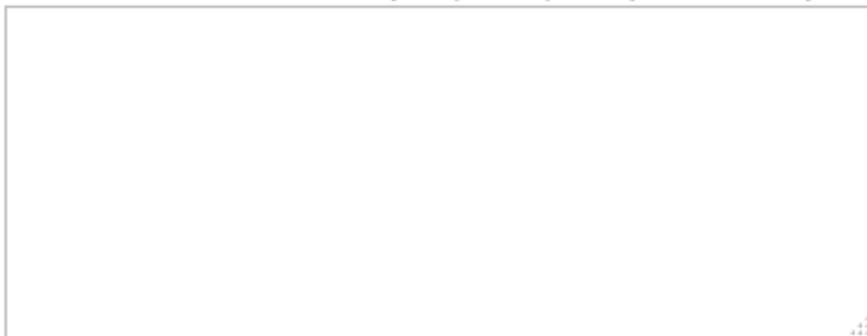
Un enfant apathique : ne semble pas avoir envie de participer à des activités, d'aller vers les autres, de prendre des initiatives.*

Ecrivez si cette situation vous interpelle (oui/non) et ce qu'elle vous évoque.



Un enfant de 2 ans ou plus, est agité : il fait des colères, peut se montrer impulsif, agressif, instable.*

Ecrivez si cette situation vous interpelle (oui/non) et ce qu'elle vous évoque.



Un enfant est dans l'opposition permanente : il ne respecte pas les consignes, les règles de socialisation.*

Ecrivez si cette situation vous interpelle (oui/non) et ce qu'elle vous évoque.



Un enfant qui, à 2ans-2 ans 1/2, n'utilise pas les mots pour s'exprimer ou ne s'exprime qu'avec un mot à la fois. *

Ecrivez si cette situation vous interpelle (oui/non) et ce qu'elle vous évoque.

« Retour

Continuer »



Terminé à 62 %

Parlons des oreilles, du nez et de la gorge...

Les enfants contractent fréquemment des infections de ces zones.

Pour chacune des 4 infections suivantes, vous indiquerez si vous pensez qu'elle a des répercussions notables sur le développement langagier de l'enfant. (oui/non)

Si oui, vous préciserez à quelle(s) répercussion(s) vous pensez.

Un rhume peut-il avoir des répercussions notables sur le développement langagier de l'enfant ? *

(oui/non). Si oui, précisez quelle(s) répercussion(s).

Une rhinopharyngite peut-elle avoir des répercussions notables sur le développement langagier de l'enfant ? *

(oui/non). Si oui, précisez quelle(s) répercussion(s).

Une angine peut-elle avoir des répercussions notables sur le développement langagier de l'enfant ? *

(oui/non). Si oui, précisez quelle(s) répercussion(s).

Une otite peut-elle avoir des répercussions notables sur le développement langagier de l'enfant ? *

(oui/non). Si oui, précisez quelle(s) répercussion(s).

« Retour

Continuer »



Terminé à 75 %

La surdité

On entend par surdité la perte TOTALE ou PARTIELLE de l'audition

Quel(s) signe(s) pourrai(en)t vous faire suspecter une surdité ou une perte auditive chez un enfant ? *

Avez-vous d j rencontré ou accueilli un enfant sourd au cours de votre exercice professionnel ? *

- Oui
 Non

Parmi les affirmations suivantes, cochez celle(s) qui vous semble(nt) vraie(s). *

- Le dépistage néonatal systématique mis en place de manière officielle depuis janvier 2014 est totalement fiable.
- Une surdité peut apparaître après la naissance.
- Tous les enfants sourds utilisent la langue des signes.
- Des enfants sourds peuvent parler
- Des enfants sourds peuvent être scolarisés en  cole ordinaire.
- Une otite est toujours douloureuse.
- L'audition d'un enfant reste toujours stable dans les premières années de sa vie.
- L'audition d'un enfant sourd reste toujours stable dans les premières années de sa vie.

Informations et prévention

Pensez-vous être assez informé(e) au sujet de la surdité, des signes d'appel de la surdité, de ses conséquences... ? *

- oui
 non

Pensez-vous avoir besoin d'informations sur la surdité ? Si oui, précisez sur quoi vous souhaiteriez avoir des informations (développement du langage, signes d'appel, conséquences, adaptations...) *

Si vous souhaitez avoir des informations, quel support préféreriez-vous ?

- sites internet
 affiches informatives
 plaquettes d'informations
 Autre :

Si vous avez des remarques, vous pouvez nous en faire part dans l'encart ci-dessous

Si oui, la surdité avait-elle déjà été diagnostiquée ou avez-vous participé au dépistage de cette surdité ?

« Retour

Continuer »



Terminé à 87 %

Résumé

Les enfants sourds peuvent présenter un retard de langage et, parfois, des troubles comportementaux qui nécessitent une prise en charge globale précoce. C'est pourquoi un dépistage précoce de la surdité est important. Aujourd'hui, en France, un dépistage de masse néonatale se met en place dans les maternités. Cependant, l'audition des jeunes enfants doit être contrôlée régulièrement. Les professionnels de la petite enfance travaillent quotidiennement avec des enfants. C'est pourquoi ils constituent un réseau privilégié pour repérer des troubles éventuels chez certains enfants. Nous avons élaboré une enquête permettant de dresser un inventaire des connaissances des professionnels et de leurs besoins en matière d'information concernant la surdité et le développement de la langue. Au vu des résultats, on remarque principalement un manque de connaissances sur la surdité, notamment sur les signes de déficience auditive. Il apparaît également une réelle volonté de la part de ces professionnels d'obtenir plus d'informations.

Mots clés :

Surdité, signes d'appel, prévention, langage, professionnels de la petite enfance.

Deaf children may present a language delay and, sometimes, behavioral disorders which need an early and overall care. That's why an early screening of deafness is important. Today, in France, a neonatal mass screening is taking place in maternity wards. However, young children hearing must be regularly controlled. Early childhood professionals work daily with children. That's why they represent a favored network to spot children eventual disorders. We elaborated a survey allowing to draw up an inventory of professionals' knowledge and their needs in information concerning deafness and language development. Given the results, we mainly notice a lack of knowledge on deafness, particularly on the signs of hearing impairment. It also shows that there is a real desire from those professionals to receive more information on the topic.

Keywords :

Deafness, language, childhood professionals, signs of hearing impairment, prevention