



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

GOMEZ Alexia
GUIDERA Julie-Anne

IMPACT D'UN PROGRAMME D'INTERVENTION EN
ORTHOPHONIE CENTRÉ SUR L'ORALITÉ EN
MILIEU VULNÉRABLE :
Expérience sénégalaise

Directeurs de Mémoire

BO Agnès
GUILLOIN-INVERNIZZI Fanny

Membres du Jury

CANAULT Mélanie
GOYET Anne-Sophie
POZARD Prescillia

Date de Soutenance
26 juin 2014

ORGANIGRAMMES

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine et de
maïeutique - Lyon-Sud Charles
Mérieux
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Institut des Sciences et Techniques de
la Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education
Directeur **M. MOUGNIOTTE Alain**

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et
Sportives (S.T.A.P.S.)
Directeur **M. COLLIGNON Claude**

POLYTECH LYON
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (ESCPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de
Lyon
Directeur **M. GUIDERDONI Bruno**

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION

ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Yves MATILLON
Professeur d'épidémiologie clinique

Directeur de la formation
Agnès BO, Professeur Associé

Directeur de la recherche
Agnès WITKO
M.C.U. en Sciences du Langage

Responsables de la formation clinique
Claire GENTIL
Fanny GUILLON

Chargées de l'évaluation des aptitudes aux études
en vue du certificat de capacité en orthophonie
Anne PEILLON, M.C.U. Associé
Solveig CHAPUIS

Secrétariat de direction et de scolarité
Stéphanie BADIOU
Corinne BONNEL

REMERCIEMENTS

Nous remercions en premier lieu Mesdames Agnès Bo et Fanny Guillon-Invernizzi, nos directrices de mémoire. Votre investissement et vos nombreux conseils avisés nous ont permis d'élaborer ce projet dans les meilleures conditions. Grâce à votre soutien et votre expérience nous avons eu la chance de pouvoir proposer aux assistantes maternelles de la Pouponnière un PRIO de qualité afin de répondre au mieux à leurs attentes. Merci pour votre présence à nos côtés durant le Programme ainsi qu'à notre retour en France et merci de nous avoir accordé votre confiance.

Agnès Witko, merci pour votre accompagnement et votre soutien méthodologique dans la réalisation de ce mémoire. Stéphanie Badiou et Corinne Bonnel, nous vous remercions également pour la patience dont vous avez fait preuve avec nous durant ces quatre années d'études.

Ysoline et Fanny, ce projet n'aurait pas vu le jour sans vous. Merci pour votre soutien, votre disponibilité et vos conseils qui nous ont guidés lors de la conception et la rédaction de ce projet. Merci Ysoline pour tes relectures et critiques constructives, qui parfois piquaient à vif mais qui nous ont surtout poussé à toujours nous remettre en question et à améliorer notre travail. Un grand merci à vous, vous avez été nos muses.

Merci également à Grégoire et Michèle Millet, directeurs de Vivre Ensemble Madrasah pour nous avoir donné l'opportunité d'intervenir au sein de la Pouponnière. Merci à Fabrice, sous directeur de l'ONG, pour ton accueil, ta confiance et ta disponibilité lors de la mise en œuvre du projet. Seydou et Jacques, responsables de l'accueil, nous vous remercions pour votre aide, votre souci du respect des horaires et du devoir accompli.

Merci à Adèle, Anne-Cécile, Lucie et Marine, stagiaires psychomotriciennes à la Pouponnière, pour votre collaboration lors de la session « Posture, langage et alimentation » qui a enrichi notre Programme en apportant un regard professionnel complémentaire au nôtre. Merci pour vos sourires, nos fous rires et tous les bons moments que nous avons partagés durant ces cinq semaines riches en émotions. Merci à vous toutes ainsi qu'à Guillaume et Joëlle pour votre soutien et vos encouragements qui nous ont permis de garder confiance en nous durant les moments difficiles. Merci pour votre bonne humeur constante, grâce à vous nous avons vécu des moments inoubliables et exceptionnels et nous garderons beaucoup de souvenirs de ce voyage au Sénégal.

Enfin un immense merci aux assistantes maternelles : Aminata, Awa-Juliette, Clarice, Coumba, Elizabeth, Jeanne, Joséphine, Khady, Maïmouna D., Maïmouna S., Marie T. D., Marie C., Ndeye, Siga, Thérèse M. et Thérèse N. de la néonatalogie, Astou, Astou, Bigue, Madeleine, Maïmouna, Marie, Rachelle, Rougui et Safietou de la petite section, Agnès, Amy, Brigitte, Dieynaba, Lydie et Rhokaya de la moyenne section et enfin Arame, Fatou, Khady, Ndeye Khady, Ramatoulaye et Virginie de la grande section. Nous vous remercions pour votre participation et pour le grand intérêt que vous avez porté à notre intervention. Merci de nous avoir si bien accueillies et de nous avoir intégrées à votre quotidien. Merci pour vos sourires, vos chansons et votre amitié.

Cette formidable expérience restera à jamais gravée dans nos mémoires et dans nos cœurs. *Djéré Dief!*

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
1. <i>Université Claude Bernard Lyon1</i>	2
1.1 <i>Secteur Santé :</i>	2
1.2 <i>Secteur Sciences et Technologies :</i>	2
2. <i>Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE</i>	3
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	8
PARTIE THEORIQUE	9
I. L'ORALITÉ.....	10
1. <i>Développement de l'oralité.....</i>	10
2. <i>Dysoralité.....</i>	11
3. <i>Les enjeux de l'oralité.....</i>	12
II. L'INTERVENTION INDIRECTE EN ORTHOPHONIE	16
1. <i>Influences théoriques et principes fondateurs.....</i>	16
2. <i>Intervention précoce et prévention.....</i>	18
3. <i>Le Programme d'Intervention en Orthophonie (PRIO).....</i>	19
III. LA CULTURE AFRICAINE	20
1. <i>Représentation de la santé et de la maladie.....</i>	20
2. <i>Le développement de l'enfant.....</i>	21
3. <i>Développement de l'enfant en pouponnière.....</i>	23
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	25
I. PROBLÉMATIQUE.....	26
II. HYPOTHÈSES	26
1. <i>Hypothèse générale.....</i>	26
2. <i>Hypothèses opérationnelles</i>	26
PARTIE EXPERIMENTALE	28
I. TERRAIN D'EXPÉRIMENTATION.....	29
II. POPULATION.....	29
1. <i>Critères d'inclusion.....</i>	29
2. <i>Recrutement de la population</i>	29
3. <i>Présentation de la population</i>	30
III. PROCÉDURE.....	32
1. <i>Phase pré-test.....</i>	32
2. <i>Le PRIO</i>	33
3. <i>Phase post-test</i>	42
IV. OUTILS D'ÉVALUATION.....	42
1. <i>Entretiens semi-dirigés.....</i>	42
2. <i>Vidéos d'interactions assistante maternelle/enfant.....</i>	43
3. <i>Questionnaires écrits</i>	43
PRESENTATION DES RESULTATS.....	44
I. MESURE DES INDICES DE CHANGEMENT	45
1. <i>Évolution des connaissances.....</i>	45
2. <i>Évolution des compétences professionnelles.....</i>	50
II. ÉVALUATION DE LA SATISFACTION CONCERNANT LE PRIO.....	55
1. <i>Les attentes.....</i>	55
2. <i>La satisfaction.....</i>	56
III. REPRISE DES HYPOTHÈSES	59
DISCUSSION DES RESULTATS.....	60
I. ANALYSE DE LA PORTÉE DU PROGRAMME.....	61

1.	<i>Gain de connaissances</i>	61
2.	<i>Gain de compétences</i>	65
3.	<i>Regard critique sur le PRIO</i>	68
II.	BIAIS ET LIMITES DE L'EXPÉRIMENTATION	72
1.	<i>Les entretiens</i>	72
2.	<i>Les questionnaires (post-test 2)</i>	73
3.	<i>Les vidéos</i>	74
III.	INTÉRÊTS DU MÉMOIRE ET PERSPECTIVES	75
1.	<i>Intérêt pour la Pouponnière</i>	75
2.	<i>Intérêt pour l'orthophonie</i>	75
3.	<i>Intérêt personnel</i>	75
	CONCLUSION	76
	REFERENCES	77
	ANNEXES	82
	ANNEXE I : GRILLES D'ENTRETIENS ET QUESTIONNAIRE	83
1.	<i>Entretien pré-test</i>	83
2.	<i>Entretien post-test 1</i>	84
3.	<i>Questionnaire post-test 2</i>	85
	ANNEXE II : FICHE « SESSION ».....	87
	ANNEXE III : FICHE « OUTIL »	88
	ANNEXE IV : FICHE « MISSION »	90
	ANNEXE V : FICHE « PANIER » COMPLÈTE.....	91
	ANNEXE VI : LE BAOBAB DE L'ORALITÉ	92
	ANNEXE VII : GRILLE D'OBSERVATION DES INTERACTIONS LORS DU REPAS.....	93
	ANNEXE VIII : BARÈME DES RÉPONSES AUX 11 QUESTIONS COMMUNES AU PRÉ-TEST ET AU POST-TEST ..	94
	ANNEXE IX : EXEMPLE DE TABLEAU DES RÉPONSES DES ASSISTANTES MATERNELLES	95
	TABLE DES ILLUSTRATIONS	96
	TABLE DES TABLEAUX.....	96
	TABLE DES GRAPHIQUES.....	96
	TABLE DES ANNEXES	96
	TABLE DES MATIÈRES	98

SUMMARY

Orality is at the heart of physiological and social development for all children. The onset of an orality disorder can have long-term repercussions on the development of the individual. This is why it is very important to take care of orality development and it requires an early intervention, particularly in vulnerable contexts. Early Language Development Program (ELDP) are indirect intervention methods that provide a preventative approach, building on collaboration between a speech therapist and the environment of the child (parents, teachers, family). By presenting the theory and co-developing tools to have positive effects on the proper orality development of babies, an ELDP should help enrich and adjust the professional skills of participants. We therefore proposed an ELDP focused on orality to nursery assistants from a Senegalese nursery and then proceeded with an assessment of their knowledge and skills through semi-structured interviews and video interactions to make a quantitative and qualitative comparison of these elements before and after the Program. Another written test was conducted four months after the end of the ELDP questionnaires; the results show that nursery assistants have acquired knowledge on development benchmarks and favorable tools to the orality development of babies in their care and that this knowledge is maintained in the medium-term. On the other hand, an objective evaluation of their skills does not allow us to conclude that a real improvement in these skills was due to the ELDP. Their professional practice is all the same enriched by a professional autonomy in the field of orality, and of the capacities of initiative and adaptation. The ELDP has thus generated an increase in quality of professional practice, which shows the relevance of the use of this format in speech therapy intervention.

KEY-WORDS

Attachment - Empowerment – Indirect intervention - Orality – Vulnerable contexts - Prevention - Early Language Development Program – Senegal

INTRODUCTION

L'oralité joue un rôle primordial dans la construction de l'individu. Elle regroupe essentiellement les fonctions alimentaires et langagières permettant à l'être humain de se structurer psychiquement et socialement. Afin que le développement oral se fasse le plus harmonieusement possible, l'enfant doit être sujet à de nombreuses stimulations et interactions de la part de son entourage.

Les enfants qui grandissent dans un contexte de vulnérabilité sont plus exposés aux risques de développer une atteinte de leur oralité. Ainsi, afin de prévenir l'installation de troubles de l'oralité chez ces enfants, une intervention précoce est primordiale (Thibault, 2012).

L'orthophonie occupe une place centrale dans la prévention et la prise en charge précoce de ces troubles afin d'éviter toute répercussion potentielle sur le développement des versants alimentaire et verbal de l'oralité. La mise en place de Programmes d'Intervention en Orthophonie, entrant dans le champ de la prévention primaire, va permettre aux personnes qui s'occupent quotidiennement des enfants, d'ajuster leurs attitudes afin de favoriser l'émergence de la communication et du langage. Ce principe de thérapie indirecte, semble donc totalement adapté à la prévention des troubles de l'oralité.

Convaincues de la nécessité d'une prévention précoce des troubles de l'oralité, nous souhaitons apporter notre aide à des populations en situation de vulnérabilité. Notre motivation pour ce travail est née suite à des échanges entretenus avec deux étudiantes en orthophonie ayant mené une action de prévention concernant l'émergence du langage et de la communication chez le jeune enfant, dans une pouponnière sénégalaise. En effet, ce premier travail de recherche a mis en lumière l'efficacité de la thérapie indirecte sur cette population et la nécessité d'un second programme d'intervention traitant de la problématique du développement de l'oralité chez le jeune enfant.

Nous avons donc choisi comme lieu d'étude cette pouponnière implantée à Mbour au Sénégal. Ce lieu d'accueil temporaire du tout petit enfant privé de sa mère, a été créé par l'ONG française « Vivre ensemble Madésahel ». Cette association a pour objectifs la protection de l'enfance en danger, la prévention et les soins de santé aux plus démunis. Elle accueille de très jeunes enfants de 0 à 36 mois dont les proches ne peuvent s'occuper.

Face au désir des assistantes maternelles qui s'occupent quotidiennement des bébés de voir ce type d'intervention se pérenniser au sein de leur lieu de travail, nous avons souhaité conduire un Programme d'Intervention centré sur le développement de l'oralité alimentaire et verbale chez l'enfant.

Au vu de ces éléments, nous nous demandons donc quel serait l'impact d'une intervention indirecte sous la forme d'un PRIO, centré sur le développement de l'oralité, sur les compétences professionnelles des participants. Ce PRIO a pour mission de proposer aux assistantes maternelles des connaissances sur le développement de l'oralité de l'enfant et des outils leur permettant d'adopter des attitudes favorables au développement de l'oralité des bébés.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

I. L'oralité

1. Développement de l'oralité

1.1. Définition de l'oralité

L'oralité est un terme issu du vocabulaire psychanalytique qui définit l'ensemble des fonctions orales, c'est-à-dire dévolues à la bouche (Abadie, 2008). Les principales fonctions de cet organe vital sont l'alimentation (succion, déglutition, mastication), la communication et la ventilation (Eyoum, 2007).

L'oralité est donc souvent dissociée en deux oralités distinctes : l'oralité alimentaire nécessaire à la survie et l'oralité verbale concernant principalement la communication (Abadie, 2004b). Ces deux versants de l'oralité se développent conjointement et leurs voies anatomiques et cérébrales sont analogues (Couly, 2010 ; Delaoutre-Longuet, 2007).

La bouche joue également un rôle essentiel dans la construction neuro-développementale, corporelle et psychique de l'enfant (Thibault, 2007). C'est en effet un lieu propice à l'exploration tactile et gustative, à la découverte du monde par la mise à la bouche des objets, à l'expérimentation précoce du plaisir et à la fondation de la relation d'attachement mère-enfant (Couly et Thibault, 2004). Ainsi Thibault et Couly considèrent la bouche comme fondatrice de l'être : « *la bouche accompagne la vie, elle est la vie* » (Couly, 2010, p. 23).

L'oralité se développe sur deux phases successives : « l'oralité primaire dépendante » caractérisée par la succion et le cri et « l'oralité secondaire autonome » caractérisée par la mastication et le langage (Couly, 2010).

1.2. Oralité primaire dépendante

C'est dès le troisième mois de la vie intra-utérine, que les premières séquences motrices observables chez l'embryon se développent. Appelées « réflexe de Hooker », elles se situent autour de la bouche et permettent de faire débiter la succion qui sera suivie de la déglutition. « *La bouche est ainsi le premier espace anatomique fonctionnel chez l'embryon humain* » lui permettant d'acquérir le statut de fœtus (Couly, 2010, p. 22). C'est l'avènement de l'oralité alimentaire primaire.

Vers la 34^{ème} semaine d'aménorrhée, le fœtus acquiert la coordination succion-déglutition. Ces fonctions réflexes, développées sous la dépendance du tronc cérébral, sont matures à la naissance à terme et permettent la découverte des premiers plaisirs par la tétée (Thibault, 2007). A cet âge de la vie, toute stimulation de la zone oro-faciale tels que les points cardinaux et le réflexe de fuissement déclencheront cette séquence réflexe de succion-déglutition.

En ce qui concerne l'oralité préverbale, l'enfant s'exprime par des cris qui sont différents selon qu'ils expriment la douleur, la faim, la joie ou encore la détresse. Ils sont alors interprétés par la mère qui leur attribue du sens et répond de manière spécifique aux besoins de son enfant (Bruner, 1983). Cela va créer une proximité entre elle et son enfant, assurant à ce dernier un équilibre émotionnel et alimentaire. De plus, le nourrisson émet des sons végétatifs qui sont liés à l'émergence du sourire. Ce premier indice de communication sociale va permettre de renforcer le lien entre la mère et son enfant (Thibault, 2007).

Au cours de l'oralité primaire succion-dépendante, l'enfant investit sa sphère oro-faciale comme le lieu des premiers attachements, des premières découvertes et interactions (Thibault, 2012). Cette phase est donc fondatrice du futur individu et fondamentale pour le développement neuropsychologique de l'être.

1.3. Oralité secondaire

Vers l'âge de 6 mois, l'oralité de l'enfant se corticalise peu à peu, devenant ainsi une praxie, c'est-à-dire une séquence de gestes volontaire s'acquérant par apprentissage grâce à l'imitation. L'enfant passe à l'utilisation de la cuillère puis à la mastication au cours de sa deuxième année. Alors que la séquence succion-déglutition était un automatisme durant la phase d'oralité primaire, la praxie de mastication suivie de la déglutition nécessite un équipement neurologique cortical pariéto-frontal mature (Thibault, 2007).

L'oralité alimentaire secondaire débutante coexistera pendant un temps plus ou moins long avec l'oralité primaire, assurant une période transitoire entre les deux oralités. Cette double stratégie alimentaire peut durer entre un et deux ans (Thibault, 2007). Selon Couly (2010), c'est au cours de cette phase d'oralité mixte que l'enfant découvre son environnement en portant les objets qui l'entourent à la bouche construisant ainsi ses rapports au monde.

Lorsque l'enfant passe à l'oralité de mastication, il commence à s'exprimer, non plus par cris, mais par proto-syllabes dans le but de communiquer intentionnellement avec ses parents. Ayant la capacité de mieux contrôler ses émissions sonores, il va donc passer par les différentes étapes du babillage jusqu'à produire ses premiers mots vers l'âge d'un an.

La coexistence entre succion et cris lors de l'oralité primaire, puis de la mastication et du langage articulé lors de l'oralité secondaire démontre les intrications des oralités verbales et alimentaires (Couly, 2010). Ainsi s'il existe un dysfonctionnement lors du développement de l'oralité chacun des deux versants peut être perturbé (Delfosse, 2006).

2. Dysoralité

Dans certains cas, l'enfant peut présenter des difficultés lors de l'alimentation par voie orale. Ces troubles, regroupés sous le terme de dysoralité de l'enfant, peuvent affecter l'ensemble du développement psychomoteur, langagier et affectif de l'enfant. (Thibault, 2007).

En 2004(a), la pédiatre Véronique Abadie, a établi une classification des causes des troubles du comportement alimentaire. Ces troubles peuvent être secondaires à une

pathologie organique digestive, extra-digestive, psychogène ou encore traumatique telle que la prématurité. Quelle que soit l'étiologie de la dysoralité, elle est toujours source d'anxiété et de culpabilité pour les parents et risque le plus souvent de s'installer durablement et d'engendrer des troubles du langage. De plus, d'après Leroy-Malherbe et Laigle (2002), si la zone oro-faciale n'est pas investie de façon appropriée avant 6-8 mois, il semblerait qu'elle ne soit jamais porteuse de bien-être.

Dans ce contexte, l'attitude thérapeutique à adopter vis-à-vis de ces troubles doit avant tout être préventive (Abadie, 2004b). On comprend donc bien là tout l'enjeu d'un développement favorable de l'oralité et d'une prise en charge précoce afin de prévenir l'apparition de troubles autour de cette sphère orale.

Afin de comprendre l'importance d'une prise en charge précoce des troubles de l'oralité de l'enfant il est nécessaire d'en saisir tous les enjeux. En effet, ces troubles peuvent affecter le développement psychoaffectif, moteur et langagier de l'enfant.

3. Les enjeux de l'oralité

3.1. Enjeux psychoaffectifs

3.1.1. Enjeux affectifs : l'attachement mère-enfant

Le bon déroulement de l'oralité primaire du nourrisson caractérisée par la succion dépendante est essentiel pour le fondement de la relation d'attachement mère-enfant. D'après Bowlby (1978), l'enfant s'intéresse et s'attache à la figure maternelle car c'est elle qui assouvit sa faim en accompagnant cet acte de gratifications. C'est « la théorie des relations d'amour de l'objet nourricier » ou « théorie de la tendance secondaire ». De plus, il considère cinq schèmes comportementaux contribuant à l'attachement : la succion, l'agrippement, le comportement de suivre, les pleurs et le sourire. Notons que trois d'entre eux sont en lien direct avec l'oralité. Toujours d'après Bowlby, (cité par Delfosse, 2006) l'oralité favorise l'attachement mère-nourrisson grâce à la continuité du lien entre le cordon ombilical durant la grossesse et le sein ou le biberon à la naissance. En effet, la mère, lorsqu'elle donne vie, s'identifie comme mère nourricière ayant pour mission de satisfaire les besoins alimentaires de son enfant. Les premiers échanges alimentaires vont donc installer les premiers liens affectifs entre la mère et son nourrisson (Couly, 2010).

C'est pour cette raison qu'un dysfonctionnement de ce système va avoir pour conséquence de culpabiliser la mère et de la disqualifier dans son rôle de mère nourricière. Dans ce cas, le plaisir de l'interaction alimentaire mère-bébé risque de rester pauvre, l'« accordage mère-enfant » ne pourra se faire, ce qui nuira à la relation mère-enfant et pourra pérenniser les troubles alimentaires de l'enfant (Morisseau, 2002 ; Delaoutre-Longuet, 2007). A contrario, la diminution de l'anxiété maternelle pourra aider l'enfant à ne plus ressentir cette zone orale comme une zone douloureuse mais comme un lieu de plaisir (Mellul et Thibault, 2004).

3.1.2. Enjeux psychiques

La relation qui se crée entre la mère et son enfant par le biais de l'alimentation va permettre à l'enfant de se construire psychiquement. En effet, la préhension du sein ou du biberon donné par la mère constitue un acte d'incorporation. Il permet à l'enfant, grâce aux sensations corporelles ressenties lors de l'alimentation, d'établir une frontière entre le monde extérieur et son intimité digestive (Leroy-Malherbe et Laigle, 2002). Inconsciemment, l'enfant accepte de mélanger un aliment à son propre corps et va ainsi prendre conscience de la limite entre le dedans et le dehors soit entre le « soi » et le « non soi » (Couly et Thibault, 2004). De plus, lors de l'alimentation, les regards échangés entre la mère et son enfant, les mots tendres et les caresses maternelles sont essentielles pour la construction de l'identité et du psychisme du nouveau-né (Eyoum, 2007 ; Morisseau, 2002). L'oralité permet donc le début de la structuration de la personnalité et l'émergence du sens du Moi.

Dans certains cas, l'oralité du nourrisson peut être perturbée. En effet, l'état de santé de certains enfants ne leur permet pas d'être alimentés par voie orale « *pour des impératifs de croissance ou de protection des voies aériennes* » (Thibault, 2007, p. 63). Ainsi, la mise en place d'une alimentation entérale ou parentérale, c'est-à-dire par sonde ou voie veineuse, sera parfois nécessaire. Le nourrisson ne pourra pas faire ces expériences et la bouche ne pourra pas être investie comme un organe d'exploration du monde extérieur. Elle pourra ainsi devenir un lieu synonyme de douleur et d'angoisse et générer un refus ultérieur de s'alimenter.

3.1.3. Enjeux sociaux

L'oralité alimentaire a également des enjeux sociaux. En effet, « *chez l'enfant le repas est un moment privilégié pour l'établissement des liens avec ses pairs* », il est un symbole de convivialité et permet de partager le comportement alimentaire de tout un groupe socio-culturel ainsi que l'adhésion aux valeurs morales et politico-religieuses du groupe (Leroy-Malherbe et Laigle, 2002, p. 325). D'après Dollard et Miller (cités par Bowlby, 1978, p. 247), « *il est probable qu'en mangeant, l'enfant a l'occasion d'apprendre à être avec d'autres ; c'est ainsi que s'édifie le fondement de sa sociabilité* ». Mellul et Thibault (2004) concluent que la propreté orale facilitée par la continence labiale ainsi que l'utilisation des outils du repas sont un bon repère de socialisation. Ainsi une perturbation de cette fonction peut engendrer un isolement de l'enfant par rapport au groupe.

3.2. Enjeux moteurs

3.2.1. Lien entre oralité et développement psychomoteur

L'oralité a également un rôle important dans le développement psychomoteur de l'enfant. D'après Senez (2002), la motricité buccale et la motricité globale « s'influencent mutuellement au cours du développement moteur de l'enfant ».

En effet, lors des premiers mois de vie, toutes deux sont réflexes et sont interdépendantes. Ainsi, la flexion et l'extension du corps vont influencer la fermeture et l'ouverture de la bouche. La flexion, qui prédomine au cours des deux premiers mois, va permettre la fermeture quasi-constante de la bouche du bébé entraînant une nasalisation lors des émissions sonores. Puis la maturation neurologique va permettre le développement de l'extension provoquant l'oralisation de la phonation et l'autonomie de la motricité buccale. Vers 6-8 mois, l'enfant va peu à peu contrôler la fermeture de sa lèvre supérieure, essentielle pour l'alimentation à la cuillère, conjointement au passage de l'enfant à la position verticale par la maîtrise de la station assise. Le passage à cette station assise va permettre le recul de la langue et une complexification de ses mouvements latéraux et rotatifs indispensables à la mastication. Ainsi, une bonne fermeture de la bouche est associée à une position linguale équilibrée dans la cavité buccale (Mellul et Thibault, 2004).

Lorsque le développement oral est perturbé cela peut provoquer des bouleversements dans le développement psychomoteur de l'enfant. D'après Delaire (cité par Mellul et Thibault, 2004), l'organisation de la base de la langue peut perturber le tonus musculaire de l'individu engendrant soit une hypotonie soit une hypertonicité. Ainsi Eyoum (2007) préconise une stimulation précoce des troubles du tonus par le développement des praxies faciales, le tout favorisant le développement de l'articulation de la parole.

3.2.2. Lien entre oralité alimentaire et articulation

Comme nous l'avons vu précédemment, les oralités verbales et alimentaires se construisent conjointement et sont donc fortement intriquées. Elles sont également étroitement liées au développement de la motricité globale. Un meilleur contrôle de la commande motrice dans l'alimentation permettra donc de mieux contrôler les muscles lors de la phonation (Delaoutre-Longuet, 2007).

D'après Cauhépé et Husson (cités par Senez, 2004), la succion précède l'articulation des consonnes bilabiales grâce aux mouvements des lèvres impliqués dans la production des bilabiales, tandis que les mouvements de mastication jouent un rôle primordial dans l'articulation des dentales par mobilisation de la langue. De plus, Delaoutre-Longuet (2007) affirme que l'impossibilité de réaliser certaines praxies bucco-faciales provoquant des difficultés alimentaires, peut entraîner des difficultés futures d'articulation. Senez (2004), quant à elle, établit un lien entre réflexe nauséux et difficulté articulaire ou phonologique. Elle démontre que le lieu d'articulation des phonèmes postérieurs «k-g-r » peut entraîner un réflexe nauséux chez certains enfants. De fait, ces derniers auront tendance à les éviter, en utilisant des stratégies de remplacement ou d'omission. Enfin, Delfosse (2006, p. 32) confirme cette hypothèse en affirmant que « *les difficultés de langage se rencontrent significativement chez les enfants dont les étapes alimentaires ont été décalées* ».

« *Il y a donc une très forte corrélation entre la régulation de la motricité bucco-faciale, les praxies de l'alimentation et l'articulation* » (Delaoutre-Longuet, 2007, p. 52). De ce fait, nous pouvons considérer que « *Téter et mâcher organisent le bien parler* » (Tsymbal, Raphaël et Morand, 2003, p. 95).

3.3. Conséquences du manque de stimulation orale

Comme nous venons de le démontrer, la multitude d'expériences orales que vit le nourrisson va influencer son développement oral et global. Ces expériences vont être principalement dépendantes des stimulations apportées par l'entourage et vont définir l'investissement positif ou négatif de la sphère orale.

3.3.1. Conséquences du manque de stimulation sur l'oralité alimentaire

Afin d'avoir une succion/déglutition fonctionnelle, l'enfant a besoin d'un équipement neurologique intact et d'expériences sensori-motrices pluriquotidiennes et répétitives les premiers mois de sa vie. C'est pour cette raison que les enfants sous alimentation entérale prolongée, n'ayant pas accès à cet entraînement répété ne peuvent pas investir leur bouche comme un organe d'exploration et sont plus susceptibles de présenter des troubles de l'oralité. La sphère oro-faciale étant très peu stimulée, certaines praxies bucco-faciales sont impossibles à réaliser, engendrant ainsi des difficultés praxiques alimentaires et articulatoires. D'après l'étude de Delfosse (2006), chez les grands prématurés, une perturbation précoce de l'activité orale engendre des difficultés prolongées sur le plan alimentaire et langagier. Cependant il existe des remédiations car les bébés prématurés ayant bénéficié d'une stimulation précoce de la succion mangent plus tôt à la cuillère et présentent un langage mieux organisé que des bébés non stimulés.

3.3.2. Conséquences du manque de stimulation sur l'oralité verbale

L'émergence et le maintien des productions orales de l'enfant sont dépendantes des stimulations du milieu extérieur. En effet, selon Backbill, Rheingold, Gewirtz et Ross (cités par Bowlby, 1978) les nourrissons sont calmés par l'interaction sociale dès les premiers jours de vie. Leurs réactions de babil et de sourire sont ainsi accrues lorsque l'adulte y répond en leur accordant de l'attention. Dès lors, plus on encouragera l'enfant à imiter et on le récompensera affectivement, plus il enrichira ses productions. D'après Denni-Krichel (2003), c'est en interagissant avec l'enfant, en communiquant avec lui, en utilisant le plus de modalités possible tels que les sons, les gestes, les mimiques faciales et les attitudes corporelles qu'on le prépare de la façon la plus positive à acquérir le langage.

En grandissant, l'enfant va être de plus en plus sensible aux gestes articulatoires de sa mère et aux sons de la parole qu'il entend et va ainsi construire le « regard conjoint ». Ce contact visuel va permettre à l'enfant d'entrer en interaction avec son interlocuteur et de l'imiter spontanément. Il devient ainsi un partenaire actif de l'échange (Boysson-Bardies, 1996). La mère, elle, interprète et donne du sens aux productions de son enfant ce qui va permettre à cette dyade de co-construire la communication. Cela permettra à l'enfant de faire du lien entre l'objet réel et sa représentation symbolique, le mot parlé (Thibault, 2007). En effet en fonction du feed-back produit par le parent, l'enfant percevra l'effet de ses réalisations, leur attribuera également une signification (Bruner, 1983) et adaptera ses futures productions en fonction du contexte (Bloom et Lahey, 1978).

Dans la période préverbale l'enfant acquiert donc des savoir-faire sur lesquels vont se greffer les nouvelles compétences langagières. Les expériences interactionnelles et plus

spécifiquement conversationnelles, telles que l'imitation, les tours de rôle, la reformulation positive, la dénomination et les questions adéquates (Denni-Krichel, 2003) facilitent l'acquisition de certains aspects de la compétence langagière (Veneziano dans Kail et Fayol, 2000).

En revanche, un environnement pauvre et peu stimulant engendrera un appauvrissement des productions de l'enfant et une hypospontanéité de sa part (Denni-Krichel, 2003 ; Monfort et Jaurez Sanchez, 2000). Ainsi, le manque d'initiative de l'enfant pourra provoquer une réduction significative des interactions verbales entre lui et son entourage. En effet, le renforcement émotionnel de la part des parents se trouvera affaibli, les productions tardives ou encore erronées de l'enfant suscitant parfois des réactions de déception, d'angoisse ou même de colère (Monfort et Jaurez Sanchez, 2000). De plus, d'après Snow, Perlmann et Nathan (cités par Monfort et Jaurez Sanchez, 2000) il existe une relation entre les réponses interactionnelles contingentes et l'acquisition du langage. Dans le cas de troubles du langage, ces réponses contingentes diminuent, provoquant donc un double handicap chez l'enfant qui non seulement voit ses productions verbales réduites, mais également un appauvrissement de la qualité des interactions qu'il entretient avec ses parents (Monfort et Jaurez Sanchez, 2000).

Ainsi la qualité de la relation parent-enfant et des stimulations et interactions pluri-quotidiennes sont fondamentales pour le développement langagier, psychique et intellectuel de ce dernier (Denni-Krichel et Piaget cités par Delaoutre-Longuet, 2007).

On comprend donc aisément le lien existant entre oralité alimentaire et verbale, donnant à l'orthophoniste toute sa place pour intervenir en cas de dysoralité. Son rôle sera d'intervenir auprès des populations jugées à risque, afin de prévenir, par une prise en charge précoce, les difficultés alimentaires et les éventuelles perturbations secondaires de l'expression orale.

II. L'intervention indirecte en orthophonie

Certaines difficultés concernant l'oralité peuvent être prévenues par une adaptation de l'environnement. Pour agir sur ce dernier, une intervention indirecte paraît toute indiquée. En effet, le principe d'intervention indirecte, est sous-tendu par l'idée d'une action réalisée par le biais d'un intermédiaire. En orthophonie, ce mode d'intervention implique une action sur l'entourage du patient plutôt que sur le patient lui-même.

1. Influences théoriques et principes fondateurs

1.1. Le rôle des aidants

L'approche socio-interactionniste du développement langagier de l'enfant constitue l'essence même de l'intervention indirecte. Selon cette approche, l'acquisition du langage est conditionnée par les interactions entre l'enfant et ses « partenaires de communication » (Bruner, 1983).

En effet, les aidants sont les interlocuteurs les plus présents dans la vie de l'enfant. Ils sont donc les plus à même d'avoir un impact positif sur le langage de l'enfant, et ce, d'autant plus s'ils sont renforcés dans ce rôle par les conseils ou la formation.

C'est sur ce principe que se base l'accompagnement familial de type III selon Bo (2010, en cours de publication). Ce type d'accompagnement, impliquant une forte alliance thérapeutique, permet aux aidants et aux thérapeutes de mettre en commun des ressources et des savoir-faire (Bouchard et Kalubi, 2006).

Cette démarche place les aidants au cœur de l'intervention. L'entourage devient ainsi réellement acteur, garant du processus de généralisation des situations favorables à l'enfant (Girolametto, 2000).

1.2. Une adaptation de l'environnement

L'intervention indirecte s'appuie également sur les principes de l'approche écologique. Cette approche considère que les problèmes de santé publique ne doivent pas être seulement considérés à l'échelle de l'individu, mais également au niveau des divers environnements de celui-ci (Renaud et Lafontaine, 2011).

Bronfenbrenner en 1979, postule que le développement de l'individu résulte des influences complexes et multiples qu'il exerce sur son environnement et réciproquement (Absil, Vandoorne, et Demarteau, 2012). L'intervention indirecte se nourrit de ce principe en misant sur l'influence que l'environnement peut avoir sur l'enfant.

L'approche indirecte en orthophonie, tente donc d'agir de manière écologique sur les facteurs environnementaux qui influencent le développement langagier de l'enfant. Cette démarche écologique a pour objectif la création d'un espace le plus propice possible au développement communicatif de l'enfant (Sylvestre, Cronk, Tribble et Payette, 2002).

1.3. L'empowerment

C'est lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé (Charte d'Ottawa, 1986) qu'apparaît pour la première fois ce terme d'« empowerment ». Il correspond à l'idée d'offrir aux populations la possibilité d'agir sur leur propre santé et leur environnement en les rendant capables d'effectuer des « choix judicieux ».

Le Bossé (2003) propose une traduction de cette notion-clef « d'empowerment » par le terme « pouvoir d'agir ». Dans le cadre d'une intervention indirecte, il ne s'agit pas d'effectuer un transfert passif de connaissances et de compétences. L'objectif est de donner réellement un pouvoir aux aidants afin qu'ils s'investissent dans l'interaction en tant qu'acteurs d'une évolution favorable au développement de l'enfant.

Concrètement, donner le pouvoir d'agir, c'est impliquer les personnes directement concernées par un problème, quel qu'il soit. En effet, grâce à leurs expériences et connaissances intrinsèques, ce sont ces personnes qui pourront trouver une solution adaptée à leur problème, et non les experts « qui savent ce qui est bon pour l'autre » (Vallerie, 2012).

C'est précisément le rôle de l'orthophoniste en accompagnement familial : aider les proches (parents, tuteurs, assistantes maternelles,...) à rendre conscientes les attitudes favorables qu'ils utilisent lors des interactions. La reconnaissance et la valorisation des connaissances des aidants naturels est un pré-requis indispensable à la prise en soin indirecte.

2. Intervention précoce et prévention

2.1. L'intervention précoce

La pratique orthophonique actuelle tend vers une prise en charge de plus en plus précoce des troubles. Thibault (2012) préconise d'intervenir précocement chez l'enfant pour prévenir les difficultés de parole et d'alimentation, le risque de difficultés d'apprentissage et de réalisation sociale de l'enfant ainsi que les possibles difficultés au niveau des habiletés langagières.

Les principes de cette intervention précoce sont définis par Dunst (2007) :

- L'enfant prend plaisir à s'apercevoir qu'il obtient des réponses en agissant sur son environnement, il faut donc suivre son initiative.
- Les parents doivent prendre conscience que ce sont leurs réactions face aux comportements de l'enfant qui conditionnent les échanges à venir.
- Ce sont les situations naturelles quotidiennes et répétées qui permettent à l'enfant de progresser.

Autrement dit, par des situations quotidiennes et répétées, le parent aide l'enfant à renforcer les adaptations correctes de ses compétences. L'efficacité de cette aide renforce la confiance en soi du parent qui développe alors de nouvelles compétences. C'est à travers ce cercle vertueux que l'enfant peut acquérir lui-même de nouvelles compétences de communication.

Le rôle du soignant en intervention précoce est donc d'accompagner le parent dans le repérage des outils de communication adaptés. Grâce à cela, l'aidant naturel bénéficiera d'une reconnaissance de ses capacités, lui permettant d'offrir de nouvelles opportunités d'interactions favorables à l'enfant.

2.2. La prévention

L'intervention précoce est étroitement liée à la notion de prévention qui fait partie des champs de compétences de l'orthophoniste (Décret n°2002-721).

La prévention est définie selon l'OMS par « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Elle est divisée en trois sous-types : la prévention primaire qui vise « *à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque* » (Rapport Flajolet). La prévention secondaire correspond au dépistage des maladies ou problèmes de santé. La prévention tertiaire

renvoie quant à elle à la notion de remédiation pour réduire la progression d'un problème de santé avéré ou les complications qui y sont liées.

Au travers de son expérience africaine, Manteau (2001, p. 150), relate que « *Les éducateurs demandent surtout de l'information et de la formation* ». Pour Kremer et Denni-Krichel (2010) également, une « bonne prévention » passe avant tout par une bonne information des professionnels de la petite enfance sur le développement de la communication chez l'enfant tout-venant, afin d'avoir une analyse fine des signaux d'alerte et de pouvoir réagir par une prise en soin adaptée et précoce.

L'intervention indirecte incluant formation et information semble donc tout à fait s'inscrire dans le cadre d'une démarche préventive.

3. Le Programme d'Intervention en Orthophonie (PRIO)

3.1. Définition

L'accompagnement familial peut prendre différentes formes et parmi elles, celle du Programme d'Intervention en Orthophonie (PRIO).

Depuis une trentaine d'années, de nombreux programmes ont vu le jour. Ils visent la mise en place d'interventions efficaces pour le développement du langage de l'enfant par un enrichissement des compétences des parents ou de son entourage proche (Girolametto, 2000).

Les Programmes d'Intervention en Orthophonie (PRIO) les plus connus sont ceux du centre canadien Hanen, dirigé par l'orthophoniste Ayala Manolson. Les professionnels du centre Hanen, forment les parents et les éducateurs pour qu'ils développent des attitudes favorables à l'émergence du langage chez les jeunes enfants (Manolson, 1997).

3.2. Objectifs et construction d'un PRIO

Montfort (2010) parle de deux axes fondamentaux dans la conduite d'un programme d'intervention : l'information et la formation.

En effet, selon Weitzman (2000, p. 90), il s'agit de donner « *aux professionnels d'éducation de jeunes enfants les connaissances et compétences nécessaires pour adapter leurs comportements linguistiques et interactionnels aux besoins individuels de l'enfant* ».

Un PRIO est basé sur les formats des programmes du centre Hanen. Il est composé de six sessions espacées dans le temps afin que les aidants puissent s'approprier les connaissances et expérimenter les compétences efficaces déterminées en partenariat avec le thérapeute (Weitzman, 2000).

Une session est divisée en quatre temps. Le premier est la préparation aux apprentissages, permettant de faire un état des lieux des connaissances sur le sujet abordé. La deuxième étape est la présentation de nouvelles connaissances. Vient ensuite la pratique d'activités,

qui permet aux aidants de faire des essais et de développer leur analyse. Enfin, la personnalisation des stratégies doit permettre une mise en œuvre des outils au quotidien.

Dans ces sessions, une large place est accordée aux échanges et aux mises en pratique, et l'utilisation d'outils co-construits y est privilégiée. En effet, Terrisse et Larose (2006) ont démontré que « seuls les modèles incluant une véritable formation, un « entraînement », ont amené des transferts des apprentissages sur le plan des pratiques » en opposition avec les programmes qu'ils appellent « de formation » ou « de discussion ».

3.3. Efficacité des PRIO

L'efficacité des programmes du centre Hanen a été largement prouvée. Des études ont mesuré les progrès langagiers de population d'enfants dits « à risque » dont les éducateurs ont suivi l'un ou l'autre des programmes Hanen (Girolametto, Weitzman et Greenberg, 2004 ; Girolametto, Weitzman et Greenberg, 2003 ; Flowers, Girolametto, Weitzman et Greenberg, 2007).

L'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation de l'Université Lyon 1, s'attache à développer les études sur ce mode d'intervention à travers les travaux de mémoires de recherche en orthophonie (Auzias-Le Menn, 2011).

Le PRIO est un format adaptable à divers domaines d'intervention en orthophonie. Un essai d'adaptation à la prise en charge des troubles de l'oralité chez les enfants prématurés a permis de mettre en avant la pertinence de la mise en place de ce type d'intervention dans les cas de troubles de l'oralité (Caverot-Rousseau, 2012).

En 2012, une action a été menée au Sénégal pour étudier l'impact d'un PRIO centré sur le langage et la communication auprès d'assistantes maternelles (Lorin-Payet, 2013). Cette étude a démontré que les pratiques professionnelles des assistantes maternelles avaient évolué positivement suite à ce PRIO. Cette dernière étude est la preuve qu'un PRIO s'envisage tout à fait comme un format exportable et adaptable à l'étranger.

III. La culture africaine

La France et l'Afrique entretiennent des relations étroites et anciennes dans bien des domaines. Cependant, de nombreuses différences de représentations existent entre nos deux cultures. Une intervention, quelle qu'elle soit, auprès d'une population si différente de la nôtre ne peut être envisagée sans avoir appréhendé au préalable la culture du pays.

1. Représentation de la santé et de la maladie

1.1. La santé

Tous les pays d'Afrique de l'Ouest proposent des Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS). Ce sont des projets définissant des objectifs à long terme en matière de santé publique. Les autorités sanitaires sénégalaises axent leur politique sur trois grands

objectifs : la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, la maîtrise de la fécondité et l'accès accru aux services de base pour les plus démunis (Rapport final EDS-MICS, 2012).

Comme le soulignent Gobbers et Pichard (2000), en Afrique, la santé est rapportée principalement aux questions essentiellement médicales. En effet, les pathologies sont réduites au sens de dysfonctionnement organique nécessitant un diagnostic par un médecin et des soins médicamenteux.

Cette conception de la santé s'explique par la réalité du terrain. Un grand nombre de décès sont dus au paludisme ou au VIH par exemple. On comprend alors aisément que les soins paramédicaux soient relégués à un plan plus secondaire en matière de santé que dans les pays industrialisés.

1.2. La maladie

Pour ce qui est de la représentation de la maladie et du handicap au Sénégal, les conceptions culturelles sont souvent mystiques. La naissance d'un enfant « différent » est vue comme une épreuve imposée par Dieu pour éprouver la foi ou pour punir les parents d'une faute commise avant ou durant la grossesse. La réussite de l'enfant incombe à la mère qui, si elle est « suffisamment bonne », accouchera d'un enfant qui ne rencontrera pas de difficultés (Diop, 2012).

En grandissant, l'enfant handicapé, que ce soit physiquement, psychologiquement ou socialement, n'a que peu de chance d'aboutir à une intégration sociale réussie. Quelques structures d'accueil spécialisées existent au Sénégal. Cependant, le manque d'information et d'organisation, la faible collaboration entre professionnels, et le sentiment d'impuissance généralisé poussent souvent ces institutions à délaisser les enfants les plus en difficulté (Fall et al., 2007).

Cette vision de la maladie justifie la cohabitation d'un système de santé médical au sens occidental avec des pratiques et des rituels traditionnels et parfois religieux. Au Sénégal, les croyances conditionnent les représentations que les adultes ont du développement de l'enfant et ce qu'ils vont mettre en place pour favoriser ce développement (Rabain, 2003).

2. Le développement de l'enfant

2.1. Les étapes du développement

Chez les wolofs, ethnie la plus représentée au Sénégal, l'enfant est considéré comme vulnérable à sa naissance. Il est appelé « liir bu tooy », c'est-à-dire « nouveau-né fragile, délicat » (Rabain-Jamin, 2003).

C'est la mère qui occupe alors la place principale auprès de l'enfant. Si l'autorité est représentée par le père chez les wolofs, le rôle de ce dernier est cependant moins important dans les premières années de vie de l'enfant (Ezembé, 2009).

Selon une récente enquête, 97% des bébés sénégalais sont allaités au sein (Rapport final EDS-MICS, 2012). Cet allaitement peut être assuré par la mère biologique ou les autres femmes du clan. Les tétées sont fréquentes, généralement dès que l'enfant les demande. Ces tétées nombreuses et répétées auraient plusieurs fonctions selon Ezembé : « consolatrices, ludiques, apaisantes ».

Par l'allaitement et les massages notamment, la mère va progressivement aider le bébé à consolider ses os et à devenir « liir bu dègër », ou « nourrisson ferme ». Cette étape s'achève avec le sevrage qui correspond au moment de la maîtrise de la marche et du langage entre 20 et 24 mois (Rabain-Jamin, 2003).

L'enfance, ou « ngone », débute vers 3-4 ans et correspond à l'âge où l'enfant va découvrir progressivement son rôle à travers des tâches réparties en fonction de son sexe. Les jeunes enfants découvrent aussi la socialisation en sortant du cadre familial pour aller jouer avec des enfants de leurs classes d'âges (Rabain-Jamin, 2003).

Les enfants entrent ensuite dans la période d'adolescence où la différence sexuée s'accroît au travers des tâches à effectuer. Enfin, c'est vers quinze ans que ces enfants deviennent des « jeunes hommes et femmes », grâce à des rites leur faisant passer la frontière entre l'adolescence et l'âge adulte (Rabain-Jamin, 2003).

2.2. Le langage et la communication

« *Les sociétés africaines sont des sociétés de parole. Les échanges sociaux sont basés sur des échanges de parole.* » (Manteau, 2001, p. 150). En Afrique peut-être plus qu'ailleurs, l'enjeu de l'apprentissage du langage et de la communication est majeur. La reconnaissance sociale du futur adulte dépend de ses capacités à maîtriser et à manier la langue (Ezembé, 2009).

Dans les premiers mois de la vie de l'enfant, la communication avec sa mère se fait surtout par des rapports corporels (portages, bercements, caresses, etc.). Les échanges sont principalement non-verbaux et prennent la forme de jeux et chants, de bruits de bouche, d'onomatopées et de vocalisations mutuellement imitées (Rabain, 1994). Le nourrisson est baigné dans le langage qui l'entoure mais les mots ne s'adressent que rarement à lui.

Ce n'est qu'après le sevrage que se mettent en place des routines de questions-réponses entre l'enfant et les adultes du clan. L'adulte entraîne alors l'enfant dans un jeu conversationnel. Par des reformulations et des répétitions, l'adulte encourage l'enfant en lui signifiant l'intérêt qu'il a pour son langage. Ces reformulations sont aussi l'occasion d'enrichissement des connaissances et du vocabulaire (Rabain-Jamin et al. , 2006).

Par ces jeux, tout l'entourage de l'enfant assure la fonction d'exhausteur du langage et pousse l'enfant à intégrer les conventions sociales.

2.3. L'alimentation

Selon Rabain (1994), c'est également au travers de l'alimentation que l'enfant peut enrichir ses capacités langagières et découvrir les règles sociales.

En premier lieu, l'allaitement, parce qu'il est l'occasion d'un moment d'échanges privilégiés entre nourrice et enfant, est un précurseur des interactions sociales.

Dans un second temps, le passage à l'alimentation solide constitue aussi une grande étape dans la socialisation de l'enfant. Au Sénégal, le temps du repas est assimilé à un moment de partage où les convives s'accroupissent autour d'un même plat pour échanger. En effet, « ceux qui mangent ensemble » sont considérés comme membres de la famille (Ezembé, 2009). Les enfants participent alors aux interactions et sont donc intégrés symboliquement à la famille dès lors qu'ils participent au repas avec les adultes.

3. Développement de l'enfant en pouponnière

Le parcours de l'enfant est donc balisé par les étapes qui jalonnent sa vie avant l'entrée dans l'âge adulte. Ces étapes sont déterminées et conditionnées par la famille et ses traditions. Cependant, il est des situations où la famille ne peut assurer son rôle de guide (décès des parents, incarcération, maladie, etc.). Au Sénégal, une des réponses à cette problématique, est la création de lieux d'accueil temporaires ou définitifs des tout-petits.

3.1. Des enfants vulnérables

Le terme « vulnérable » signifie étymologiquement « qui peut être blessé ». Cette notion fait appel à « *des processus sociaux ou des interactions sociales qui rendent les personnes vulnérables ou qui les inscrivent dans une situation, un contexte, un processus de vulnérabilité* » (Roy, 2008 dans Becquet, 2012, p. 53).

Selon Becquet (2012), c'est une notion ambiguë dont l'usage est élargi. La jeunesse est par définition un âge de vulnérabilité. Pour Marty (2001), la vulnérabilité résulte d'une fragilité sur le plan physique, psychique ou social.

Nous retiendrons la définition de Larose et Terrisse (2001) qui soutiennent qu'un enfant vulnérable est un enfant « dont les caractéristiques personnelles, constitutionnelles ou non » laissent envisager un développement plus psychopathologique que la moyenne.

Larose et Terrisse (2001) proposent ainsi divers facteurs de risque et de protection chez l'enfant lui-même ou son environnement. Ils repèrent les facteurs ontosystémiques (propres à l'enfant), qui peuvent être organiques ou psychologiques. Cet ontosystème est influencé par des facteurs constitutionnels ou acquis. Parmi les facteurs acquis, la différence est faite entre la part socioéconomique et psychosociologique de l'environnement familial, et la part structurelle et sociologique des milieux de garde. Ces facteurs sont eux-mêmes soumis à l'influence de contraintes plus larges comme les valeurs socioculturelles, les institutions et les lois par exemple. Ces facteurs imbriqués

dans des relations complexes et réciproques entraînent des effets positifs ou négatifs sur l'apprentissage et l'adaptation des enfants.

3.2. Se développer en contexte de vulnérabilité

En Afrique, le fait de confier temporairement ou définitivement son enfant est une pratique relativement fréquente. Les principales causes de ces « confiages » sont la précarité et le rejet socioculturel des naissances illégitimes ou « extra-ordinaires » (Delaunay, 2009). La mortalité maternelle importante : 392 décès pour 100 000 naissances (Rapport final EDS-MICS, 2012) vient également s'ajouter à ces causes. Les bébés peuvent alors être confiés à des membres de la famille au sens large ou à des institutions. Ces ruptures dans la prise en charge des enfants constituent en elles-mêmes des facteurs de vulnérabilité.

Dans des lieux d'accueil tels que les pouponnières africaines, d'autres facteurs de risque peuvent amener les enfants à être considérés comme vulnérables. En premier lieu, la séparation précoce et durable d'avec la mère est un facteur de carence relationnelle. Cette question de l'absence de la mère soulève celle de l'attachement. En effet, « *les enfants placés doivent être considérés a priori comme ayant une problématique d'attachement* » (Dozier et Rutter, 2008 dans Guédénéy, 2010). Il a été prouvé que cette carence de soins maternels entraîne des retards de développement et notamment de langage (Bender et Chess dans Guédénéy, 2010).

La multiplicité des personnes dispensant des soins à l'enfant ajoute un facteur de risque d'atteinte au développement de l'enfant. L'assistante maternelle s'occupant de plusieurs bébés n'a pas assez de temps pour apprendre à connaître les habitudes d'un enfant en particulier. Les interactions sont réduites et le milieu est peu stimulant pour l'enfant (Falk, 1990). Inversement, le bébé ne peut pas percevoir et reconnaître les signaux émis par les différentes personnes qui s'occupent de lui. En effet, c'est par les interactions multiples et répétées, par la mise en place de routines avec ses proches que le tout-petit apprend à les reconnaître et parvient à créer un lien d'attachement avec eux (Guédénéy, 2010). Le changement perpétuel et régulier d'aidant est susceptible de perturber la mise en place de cette ritualisation indispensable au développement de l'enfant.

L'environnement a un impact considérable sur le développement de l'enfant dans sa première année de vie (Mascaro et al., 2012). Dans une période si importante, le lieu d'accueil du tout-petit doit offrir un système d'attachement suffisamment sécurisant au bébé pour qu'il « *restaure son sentiment de continuité, recouvre sa confiance en son environnement et reçoive une attention qui lui transmette le sens de sa valeur personnelle* » (Pieuchot, 2007, p. 500).

Cependant, il s'agit de rester prudent face à cette idée de facteurs de risque. En effet, malgré une exposition à des conditions défavorables, certains bébés échappent au déterminisme auquel ils sont appelés (Larose et Terrisse, 2001).

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I. Problématique

La bouche est le point de départ de nombreuses acquisitions chez le tout-petit. C'est un organe vital dont les enjeux sont multiples : de la survie, par son rôle dans l'alimentation et la ventilation, à la communication et au langage, en passant par la construction psychoaffective et sociale de l'individu (Abadie, 2004 ; Dollard et Miller cités par Bowlby, 1969 ; Eyoun, 2007 ; Golse et Guinot, 2004 ; Thibault, 2007).

Par des stimulations et des interactions précoces pluri-quotidiennes, l'entourage a un rôle primordial à jouer dans le développement oral de l'enfant. Il pourra favoriser l'émergence du langage de l'enfant et lui assurer un équilibre alimentaire (Denni-Krichel, 2003 ; Thibault, 2007 ; Veneziano dans Kail et Fayol, 2000).

Cependant, dans un contexte de vulnérabilité les enfants sont susceptibles de présenter une atteinte de leur oralité, constituant ainsi un facteur de risque pour l'intégration sociale des jeunes enfants. Ainsi pour prévenir toute atteinte du développement de l'oralité, une intervention précoce est primordiale (Thibault, 2012).

Les Programmes d'Intervention en Orthophonie (PRIO), entrant dans le champ de la prévention primaire, ont pour vocation d'agir précocement sur l'environnement en plaçant les personnes qui s'occupent quotidiennement de l'enfant comme les acteurs privilégiés de leur développement (Montfort, 2010 ; Le Bossé, 2003 ; Vallerie ; 2012). Ce format d'intervention indirecte semble donc totalement adapté à la prévention des troubles de l'oralité.

Au vu de ces éléments, nous nous demandons quel serait l'impact d'une intervention indirecte sous la forme d'un PRIO, destiné aux assistantes maternelles d'une pouponnière sénégalaise et centré sur l'oralité alimentaire et verbale, sur les compétences professionnelles des participantes.

II. Hypothèses

1. Hypothèse générale

La mise en place d'une action de prévention primaire sous la forme d'un PRIO, destiné aux assistantes maternelles d'une pouponnière sénégalaise et centrée sur l'oralité alimentaire et verbale des enfants permettrait un enrichissement et un ajustement durable des connaissances et des compétences professionnelles des participantes travaillant auprès d'enfant de 0 à 3 ans.

2. Hypothèses opérationnelles

Le PRIO, devrait permettre aux assistantes maternelles d'acquérir des connaissances sur le développement de l'enfant ainsi que sur les outils permettant d'avoir des attitudes favorables au développement de l'oralité des bébés.

Le PRIO devrait permettre un maintien durable des connaissances sur le développement de l'enfant ainsi que sur les outils évoqués.

Le PRIO devrait faire évoluer la qualité du ressenti des assistantes maternelles sur leurs compétences professionnelles.

Le PRIO enrichirait les compétences professionnelles des participantes et leur permettrait de mettre en pratique des attitudes favorables au bon développement de l'oralité alimentaire et verbale des bébés dont elles prennent soin.

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTALE

I. Terrain d'expérimentation

De nombreuses Organisation Non Gouvernementale (ONG) proposent de venir en aide à la population sénégalaise à travers la construction de pouponnières. Nous avons choisi comme terrain d'étude celle de l'association « Vivre ensemble Madésahel ».

Cette association est dirigée par des éducateurs spécialisés et propose des séjours de rupture à de jeunes français en difficulté depuis 2001. La vocation première de cette association est de remobiliser et revaloriser ces adolescents en leur proposant une immersion de neuf mois dans le mode de vie africain dans la ville de Mbour au Sénégal. Dans le cadre de leur séjour, les jeunes missionnés ont ainsi créé une pouponnière.

La Pouponnière est un lieu d'accueil temporaire du tout petit enfant privé de sa mère. Son objectif est de prendre soin d'orphelins et d'enfants dont les proches ne peuvent pas s'occuper, en attendant de les réintégrer dans leurs familles.

La Pouponnière prend intégralement en charge plus de 160 enfants entre 0 et 36 mois. L'équipe de direction est française mais tous les employés de la Pouponnière (assistantes maternelles, lingères, secrétaires, assistants sociaux, infirmiers, cuisinières, etc.) sont sénégalais.

II. Population

1. Critères d'inclusion

Pour le choix de notre population, nous avons retenu les critères d'inclusion suivants :

- Être assistante maternelle à la Pouponnière
- Être volontaire pour participer au Programme
- Pouvoir participer à au moins quatre sessions sur six
- Être sénégalais
- Comprendre et parler la langue française

Nous n'avons pu retenir aucun critère d'âge, d'année d'expérience ou de formation préalable du fait de la grande diversité des profils des travailleuses de la pouponnière.

2. Recrutement de la population

En préalable, notons que nous parlerons indifféremment de Programme d'Intervention en Orthophonie (PRIO) ou de formation. Ce dernier terme a été préférentiellement utilisé par le personnel de la Pouponnière pour dénommer notre intervention.

Ce projet faisant suite à un PRIO mené en 2012 par deux étudiantes en orthophonie (Lorin, Payet, 2013), nous avons préalablement informé la direction de l'ONG de notre

désir de poursuivre cette action. Les assistantes maternelles ont alors été prévenues de notre arrivée et de nos intentions.

Nous avons donc pu, dès notre première semaine sur place, préciser notre projet. En effet, la première semaine de notre séjour a été consacrée à une immersion dans les différentes sections. Cela nous a permis de nous acclimater au fonctionnement de la Pouponnière, de côtoyer les professionnelles travaillant sur place et de leur exposer les raisons de notre présence.

C'est à travers ces échanges avec les assistantes maternelles, le bouche-à-oreille et grâce aux retombées positives du Programme précédent que nous avons recueilli une liste de quarante assistantes maternelles désireuses de participer à la formation. Elles ont été informées que l'inscription au Programme se faisait sur la base du volontariat, et que les sessions auraient lieu sur leur temps de travail avec l'accord de leurs supérieurs.

3. Présentation de la population

Parmi les quarante personnes inscrites au Programme, trente et une assistantes maternelles ont été retenues pour constituer notre population. Nous avons exclu de l'échantillon les assistantes maternelles ayant assisté à moins de quatre sessions et celles dont les enregistrements pré-test et/ou post-test étaient de trop mauvaise qualité pour être exploités.

Au vu de la diversité des profils des assistantes maternelles, il est difficile de les rassembler en groupes de critères communs. Nous avons donc réparti ces profils dans un tableau par section de travail ce qui correspond aux tranches d'âge des enfants dont elles prennent soin : néonatalogie : 0-6 mois, petite section : 6-12 mois, moyenne section : 12-18 mois et grande section : 18-24 mois et plus.

Prénom	Age	Section de travail	Ancienneté	Niveau scolaire	Formations, emplois antérieurs
AM 1	37 ans	Néonatalogie	7 ans	Collège	<i>Non précisé</i>
AM 2	28 ans	Néonatalogie	5 ans	BAC	Aucun
AM 3	42 ans	Néonatalogie	6 ans	BFEM (équivalent du Brevet des collèges)	Domestique
AM 4	50 ans	Néonatalogie	5 ans	Collège	Poissonnière
AM 5	40 ans	Néonatalogie	8 mois	<i>Non précisé</i>	Femme de ménage et garde d'enfants à domicile
AM 6	29 ans	Néonatalogie	7 ans	BAC	Formation de comptabilité

AM 7	59 ans	Néonatalogie	12 ans	<i>Non précisé</i>	Femme de ménage puis Formation d'enseignement préscolaire
AM 8	30 ans	Néonatalogie	8 ans	Collège	Aucun
AM 9	35 ans	Néonatalogie	9 ans	Université	Études en Histoire-Géographie et Formation en école hôtelière
AM 10	56 ans	Néonatalogie	12 ans	Primaire	Femme de chambre
AM 11	32 ans	Néonatalogie	5 ans	Lycée	Garde d'enfants à domicile
AM 12	42 ans	Néonatalogie	6 ans	Collège	Restauration
AM 13	33 ans	Néonatalogie	2 ans et 9 mois	Université	Licence en lettres modernes
AM 14	48 ans	Néonatalogie	3 ans	<i>Non précisé</i>	Garde d'enfants à domicile
AM 15	30 ans	Néonatalogie	7 ans	Université	Études en Géographie
AM 16	41 ans	Petite section	6 ans	<i>Non précisé</i>	Femme de ménage
AM 17	27 ans	Petite section	5 ans	<i>Non précisé</i>	Formation en maintenance
AM 18	33	Petite section	5 ans	<i>Non précisé</i>	Femme de ménage
AM 19	33	Petite section	4 ans	BFEM	Femme de ménage
AM 20	27 ans	Petite section	3 ans 1/2	Primaire	<i>Non précisé</i>
AM 21	28 ans	Petite section	10 ans	Collège	<i>Non précisé</i>
AM 22	32 ans	Petite section	4 ans	Collège	Femme de ménage
AM 23	27 ans	Moyenne section	2 ans 1/2	BAC	Formation en informatique
AM24	36 ans	Moyenne section	7 ans	<i>Non précisé</i>	Femme de ménage
AM25	Non connu	Moyenne section	3 ans	BFEM	Formation en bureautique
AM26	35 ans	Moyenne section	6 ans	<i>Non précisé</i>	Formation en informatique

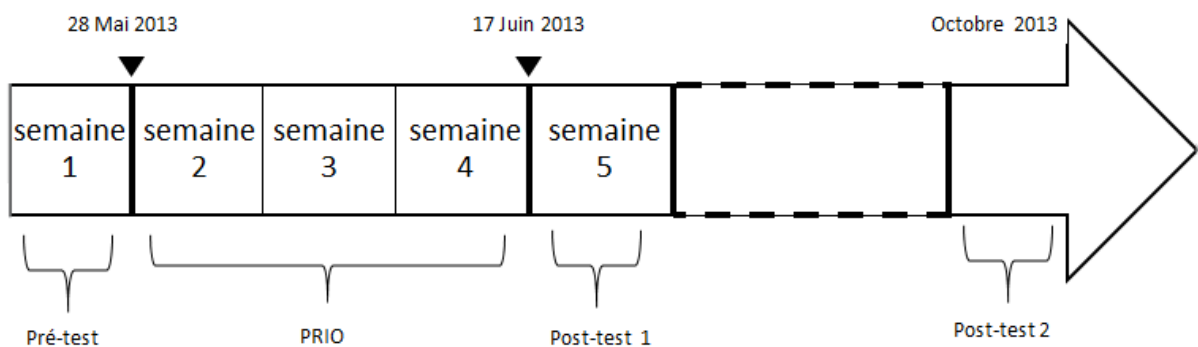
AM27	26 ans	Moyenne section	2 ans	BFEM	Diplôme en hôtellerie
AM28	23 ans	Moyenne section	1 an	Lycée	<i>Non précisé</i>
AM29	31 ans	Grande section	1 an	Université	Études en Anglais
AM30	26 ans	Grande section	3 ans	Université	<i>Non précisé</i>
AM31	28 ans	Grande section	7 ans	Lycée	<i>Non précisé</i>

Tableau 1 : Présentation de la population

III. Procédure

Notre étude cherche à mesurer les effets d'un Programme d'Intervention en Orthophonie (PRIO) centré sur l'oralité auprès des assistantes maternelles d'une pouponnière sénégalaise. Afin de mesurer l'impact de ce Programme sur les connaissances et les compétences professionnelles des participantes, des évaluations pré-test et post-test ont été réalisées. Ces évaluations nous ont permis de réaliser une analyse quantitative et qualitative.

Notre expérimentation s'est donc déroulée en trois temps : la phase pré-test, la réalisation du PRIO et la phase post-test.



1. Phase pré-test

Lors de la phase pré-test nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés auprès des 31 assistantes maternelles participant au Programme (Annexe I).

De plus, nous avons réalisé pour dix des participantes, des vidéos d'interactions entre elles et des enfants de leur section, durant le repas, afin de faire un état des lieux des modes d'interactions et des stratégies d'aide à l'alimentation qu'elles utilisent avec leurs bébés.

2. Le PRIO

2.1. Organisation dans le temps

Session	Date des sessions	Informations présentées	Mise en pratique proposée	Mission
Session 1	Du 28/05/13 au 30/05/13	Les repères de développement Les précurseurs L'oralité	Réflexion interactive autour de ces thèmes	Observer l'oralité de l'enfant
Session 2	Du 31/05/13 au 03/06/13	Le Panier Le développement de la bouche Les réflexes oraux	Réflexion interactive	Entraîner la bouche de l'enfant
Session 3	Du 04/06/13 au 06/06/13	Se sentir en sécurité Échanger et comprendre Suivre l'initiative	Réflexion interactive sur la sécurité Mise en scène Partage d'expériences	Entraîner à échanger et comprendre pendant un moment cœur
Session 4	Du 07/06/13 au 10/06/13	Le repas: Une chaîne de réactions physiologiques Des gestes précis (la succion ou la mastication) Un moment d'échange	Illustration des 5 sens Test de mastication Recherche d'outils adaptés pour le repas / Étude de cas	Utiliser les outils pour le repas
Session 5	Du 11/06/13 au 13/06/13	Liens entre posture et alimentation Repères moteurs et posturaux	Mise en scène Réflexion interactive Partage d'expériences	Aider l'enfant à l'enroulement et à la station assise
Session 6	Du 14/06/13 au 17/06/13	L'oralité et l'enfant en difficulté Récapitulatif des sessions précédentes	Quiz en équipes	S'entraîner à pratiquer c'est aider l'enfant à bien grandir

Tableau 2 : Déroulement du Programme

Le Programme s'est divisé en 6 sessions réparties sur trois semaines. Chaque session durait approximativement une heure et demie.

Le Programme étant organisé sur le temps de travail des assistantes maternelles nous avons dû présenter quatre fois chaque session afin que toutes les inscrites aient la possibilité de participer à toutes les sessions du Programme. En effet, le planning des sessions a été adapté aux emplois du temps des assistantes maternelles qui travaillaient soit le matin, soit l'après-midi, soit la nuit. L'emploi du temps de chaque assistante maternelle n'étant pas stable, les groupes de sessions ont été fluctuants durant tout le Programme.

Du fait de cette difficulté d'organisation, certaines assistantes maternelles n'ont pas pu participer à toutes les sessions. Lorsque l'une d'entre elles était absente à une session, nous lui proposons un petit temps de rattrapage au début de la session suivante afin qu'elle puisse profiter au maximum de toutes les informations et de tous les outils évoqués durant le Programme.

Afin de ne pas perturber le travail des assistantes maternelles, les sessions du Programme étaient dispensées entre les heures de repas des bébés. La direction nous a ainsi proposé de mener les sessions du Programme soit le matin entre 12h et 13h30, soit l'après-midi entre 15h30 et 17h.

2.2. Lieu

Les sessions du Programme se sont déroulées au sein de la Pouponnière dans deux salles mises à disposition par l'ONG. La première salle était celle réservée aux formations dispensées par l'ONG elle-même, servant également de salle de réunion à la direction. Cette salle était claire, spacieuse et aérée mais était parfois réquisitionnée par l'ONG. Lorsque nous ne pouvions pas nous installer dans cette salle, un local, plus petit et ne disposant ni de table ni de chaises était mis à notre disposition.

2.3. Participants

Notre population se compose de 31 assistantes maternelles sénégalaises travaillant dans la Pouponnière de Mbour. Cependant, nous comptabilisons un ensemble de 40 participants au Programme.

De plus, nous avons invité toute l'équipe de direction (assistante sociale, formateurs, sous-directeur, professeurs, secrétaires et surveillantes) ainsi que les différents stagiaires de l'ONG à participer à notre Programme. Ces personnes supplémentaires ne font bien sûr pas partie de notre échantillon. Certains sont venus participer à quelques sessions et deux surveillantes ont participé à l'intégralité du Programme.

Parmi les 31 assistantes maternelles de notre population : 19 ont participé aux 6 sessions, 10 ont participé à 5 sessions et 2 n'ont participé qu'à 4 sessions.

A. Bo et F. Guillon-Invernizzi, (orthophonistes et enseignantes à l'ISTR, UCBL) ont pu nous rejoindre pour la première semaine du Programme. Ce sont elles qui ont mené les premières séances, en nous confiant progressivement le rôle de co-animatrices afin de nous habituer à cette fonction pour pouvoir guider nous-mêmes les sessions suivantes.

2.4. Matériel

Nous avons emmené :

- Un ordinateur, ainsi qu'un rétroprojecteur permettant de projeter sur un mur le diaporama durant les sessions. Ce diaporama nous permettait de présenter les

informations essentielles et les supports visuels (photos, schémas et vidéos) que nous commentions à l'oral.

- Un tableau papier présentant les titres des différentes parties constituant la session, servant également de support aux activités interactives avec les assistantes maternelles – inscription d'idées autour d'un thème – et lors des retours de mission.
- Une caméra et un dictaphone pour enregistrer les sessions et les entretiens semi-dirigés.
- Une pochette contenant le planning personnel du Programme pour chaque assistante maternelle, une illustration du baobab de l'oralité, un cahier et un stylo. Dans cette pochette, les assistantes maternelles ont pu insérer les documents fournis au fur et à mesure du Programme : les fiches « sessions » (Annexe II) reprenant les informations données lors de chaque session, les fiches « outils » (Annexe III) dans lesquelles sont détaillés les outils évoqués lors de la session, les fiches « missions » (Annexe IV) et la fiche « panier » (Annexe V) dans laquelle sont collés les outils généraux évoqués durant le Programme. Chaque document a été imprimé au fil des sessions grâce à une imprimante multifonction. Lors de notre départ, une pochette complète a été conservée par l'accueil afin que les assistantes maternelles puissent venir la consulter en cas de perte d'un document.
- Une affiche illustrant le baobab de l'oralité, préalablement réalisée par nos soins, que nous avons accrochée dans la grande salle de formation à la fin du Programme.

2.5. Organisation d'une session type

Les sessions du PRIO se déclinent en objectifs, desquels découlent des mises en pratique. Chaque session s'organise autour de quatre temps forts :

L'accueil et le retour de mission

La séance commence toujours par un temps d'accueil des assistantes maternelles et un retour sur la mission donnée à la fin de la session précédente. Chaque participante peut ainsi raconter l'expérience qu'elle a vécue avec l'enfant qu'elle a choisi et faire part de ses observations. Le groupe peut alors commenter avec elle ses ressentis et ses questionnements sur les éléments mis en pratique. Ainsi, tout le monde peut bénéficier de l'expérience de l'autre et enrichir sa propre pratique.

Présentation des informations

Cette phase constitue un apport d'informations théoriques introduisant l'objectif de la session. Elle est étayée par des vidéos, des images, des schémas explicatifs, des exemples concrets, des échanges d'expériences et des réflexions sur le thème évoqué.

Mise en pratique

Afin de mieux s'approprier les informations, une mise en pratique est proposée pour chaque session. Celle-ci peut se présenter sous différentes formes telles que des mises en situation, des jeux de rôles, des échanges d'expériences tirées du vécu personnel ou

professionnel, des *brainstormings* qui sont des mises en commun d'idées et de connaissances autour d'un thème donné, des études de cas ou encore un *quiz*.

Mission

Afin de mettre en place les stratégies évoquées lors de la session et de se les approprier, une mise en action sous forme de mission est proposée à chaque assistante maternelle. Les assistantes maternelles reçoivent une fiche « mission », qu'elles doivent remplir pour la session suivante. Elles choisissent un enfant dont elles s'occupent en fonction de la mission à effectuer, puis choisissent un moment précis pour expérimenter un des outils co-construits lors de la session.

2.6. Description du Programme

Au cours de chacune des six sessions, différents thèmes ont été abordés. L'objectif était à la fois de fournir des informations et de co-construire avec les assistantes maternelles des outils concrets pouvant être utilisés au quotidien avec les enfants.

2.6.1. Session 1 : Grandir...

a. Informations présentées

La première session du Programme a joué un rôle d'introduction et de sensibilisation au rôle de l'oralité dans le développement de l'enfant.

Les repères de développement de l'enfant de 0 à 2 ans

Afin d'établir la chronologie des événements marquants dans le développement des tout-petits, nous avons construit une frise de repères développementaux de l'enfant de 0 à 2 ans. Les repères ont été répartis en trois domaines : développement moteur, développement cognitif et enfin développement de l'oralité. L'objectif de cette session était de sensibiliser les participantes à la notion de signes d'alerte en fonction de l'âge afin qu'elles puissent repérer les enfants en difficulté.

Grandir

Aborder cette notion de « grandir », nous a permis de mettre en lien les trois domaines proposés précédemment. En effet, grandir est synonyme de développement de la motricité, de la cognition et de l'oralité. Nous voulions ainsi faire prendre conscience aux assistantes maternelles de l'importance d'un développement harmonieux de ces trois domaines et des conséquences d'un décalage dans les acquisitions.

L'oralité alimentaire et verbale

La notion d'oralité a été introduite afin de préciser le contenu du PRIO et de définir la terminologie utilisée par la suite.

b. Activités pratiques

Lors de la première mise en pratique, les assistantes maternelles devaient placer des éléments du développement de l'enfant sur une frise vierge. Le but était de reconstituer une chronologie des acquisitions de l'enfant tout-venant. Les animatrices lisaient les items écrits sur des papiers collants de trois couleurs différentes (représentant les trois types de développement) et les plaçaient sur la frise selon le choix des assistantes maternelles après discussion et argumentations. Une fois tous les papiers collants situés sur la frise, les assistantes maternelles ont dû déduire quels étaient les trois types de développements représentés sur la frise. Certains précurseurs de la communication tels que les vocalisations, le babillage, le sourire, le pointage, la reconnaissance des voix, des visages, des situations, l'intérêt pour ce qui l'entoure ont été présentés et placés sur cette frise. Le but de cette activité était de fournir des repères développementaux de façon interactive.

Suite à cette activité, deux *brainstormings* ont été proposés. Le premier répondait à la question : « Que vous évoque le mot grandir ? ». Le but était de faire émerger le lien entre le fait de grandir et le développement de la motricité, de la cognition et de l'oralité de l'enfant. Le second *brainstorming* sur le thème de la bouche nous a permis de faire émerger les deux versants de l'oralité (alimentaire et verbale).

Pour symboliser l'oralité nous avons ensuite proposé un arbre nommé « baobab de l'oralité » afin de mettre en avant le lien étroit entre oralité verbale et oralité alimentaire. Les deux oralités sont représentées sur cet arbre par deux branches distinctes issues du même tronc et s'entrecroisant par endroits. Une troisième branche illustre tout ce qui est commun aux deux oralités. Sur chaque branche sont écrits les mots en rapport avec chaque type d'oralité ayant émergé au cours du *brainstorming* (Annexe VI).

c. Outil proposé

L'outil « Observer c'est déjà aider » a émergé de cette session. En effet, nous cherchions à sensibiliser les assistantes maternelles sur le fait que savoir situer les enfants par rapport à la norme est déjà un premier pas vers l'aide qu'elles peuvent apporter à ces enfants.

d. Mission

L'objectif de la première mission était d'entraîner les assistantes maternelles à observer l'oralité de l'enfant et à repérer les difficultés. Elles devaient choisir un enfant qu'elles pensaient en difficulté sur le versant de la communication et/ou sur celui de l'alimentation, l'observer et relever les indices leur permettant de confirmer ces difficultés à partir des éléments développementaux et des signes d'alerte abordés lors de la session.

2.6.2. Session 2 : J'entraîne ma bouche

a. Informations présentées

Le développement de la bouche

Il s'agissait ici de présenter aux assistantes maternelles des données théoriques et des repères d'âges sur la manière dont la bouche se forme et se développe depuis la vie intra-utérine jusqu'au passage à la cuillère. Nous avons illustré par des vidéos les différents réflexes oraux observables chez le tout-petit et leur utilité.

b. Activité pratique

Au travers d'une réflexion interactive, les assistantes maternelles ont proposé des exercices qu'elles mettaient déjà en pratique pour entraîner la bouche de l'enfant et favoriser sa maturation. A partir de ce qui était proposé nous avons pu réfléchir ensemble aux outils à mettre en place pour favoriser un développement harmonieux de l'oralité de l'enfant.

c. Outils proposés

Au cours de cette session nous avons construit la fiche « j'entraîne ma bouche », sur laquelle ont été répertoriés divers outils permettant de stimuler l'oralité des bébés.

Dans cette session nous avons également présenté le « panier ». C'est une fiche « outil » transversale sur laquelle les assistantes maternelles ont pu coller les outils construits tout au long du PRIO.

d. Mission

Les assistantes maternelles ont eu pour mission de choisir un moment pour mettre en pratique un des exercices proposés sur la fiche-outil « j'entraîne ma bouche » et d'observer les réactions de l'enfant face à l'utilisation de cet outil.

2.6.3. Session 3 : la bouche qui parle

a. Informations présentées

L'attachement

L'objectif principal était ici que les assistantes maternelles prennent conscience du rôle qu'elles jouent dans le développement de l'oralité de l'enfant. Nous avons

particulièrement développé les notions d'attachement et de routines, favorables au développement de la communication et du langage.

Les règles de l'échange

Nous voulions faire verbaliser aux assistantes maternelles ce qui régit les interactions entre enfants et adultes. Nous leur avons ainsi posé des questions concrètes : « Comment l'enfant comprend ? » « Pourquoi parle-t-il ? » « Que met-on spontanément en place pour faciliter cette communication ? ».

b. Activité pratique

Les assistantes maternelles ont énuméré toutes les situations dans lesquelles elles se sentaient en sécurité. Elles les ont écrites sur le tableau et ont ensuite pu en déduire les situations favorables pour que les bébés se sentent en sécurité.

Au moyen de petites mises en scène, les assistantes maternelles et nous-mêmes avons joué des situations où la communication était brisée, afin d'en déduire les gestes et attitudes favorisant la communication.

c. Outils proposés

A l'issue de cette session les outils qui ont été proposés concernaient les attitudes encourageant l'apparition et le développement du langage. Nous avons ainsi suggéré les « moments cœur » qui sont des moments à répéter de nombreuses fois dans la journée. Ce sont des instants calmes où on est disponible, en tête-à-tête avec l'enfant et où notre attention n'est portée que sur lui. Dans ces moments les outils à utiliser sont le face à face, l'imitation et les tours de rôle par exemple.

d. Mission

La mission n°3 consistait en une application directe d'un moment cœur avec un enfant et une réflexion autour de ce qui avait été mis en œuvre pour favoriser l'échange au cours de ce moment.

2.6.4. Session 4 : la bouche qui mange

a. Informations présentées

La chaîne de réactions physiologiques

Nous avons présenté et illustré le trajet de l'aliment de l'assiette à l'intestin en insistant sur le temps de préparation du repas. Cela nous a permis de réfléchir avec les assistantes maternelles à ce qu'il était possible de mettre en place pour faire du moment du repas un temps agréable pour le bébé.

Succion / mastication

Cette présentation a permis d'expliquer le passage de l'oralité primaire à l'oralité secondaire et les conséquences de ce changement sur l'alimentation et le langage de l'enfant.

Un moment d'échange

Nous voulions ici insister sur la nécessité de faire du repas un moment de plaisir et de partage, favorable aux interactions. En effet, les repas à la pouponnière sont souvent expéditifs au vu du nombre d'enfants et du manque de personnel.

b. Activité pratique

Nous avons proposé un jeu sur les cinq sens avec de la nourriture pour faire prendre conscience aux assistantes maternelles de l'importance de ce qui est mis en jeu dans l'appétit.

Nous les avons également invitées à mâcher un gâteau de manière consciente afin de leur faire trouver les organes impliqués dans la mastication et de repérer le fonctionnement de ces organes.

Après une réflexion interactive sous forme de *brainstorming* autour des enjeux du repas, les assistantes maternelles ont travaillé en groupe sur des études de cas d'enfants en difficulté face à l'alimentation.

c. Outils proposés

Cette session a fait l'objet de nombreuses interventions d'assistantes maternelles racontant les difficultés qu'elles rencontraient avec les bébés durant le repas. Nous leur avons donc proposé une fiche intitulée « des outils pour le repas » qui recense de manière non exhaustive des gestes et des attitudes permettant de s'adapter aux difficultés de l'enfant et de l'aider en cas de problème.

d. Mission

La mise en pratique proposée à la suite de cette session était la suivante : chaque assistante maternelle a choisi un enfant en difficulté avec l'alimentation et lui a proposé une solution adaptée. Elles devaient ensuite faire un retour critique sur l'adaptation ou non de l'outil proposé à l'enfant.

2.6.5. Session 5 : posture, langage et alimentation

Cette session a été réalisée en collaboration avec quatre étudiantes en psychomotricité de l'école de la Pitié Salpêtrière à Paris qui ont animé les sessions à nos côtés.

a. Informations présentées

Le tonus

L'objectif de cette session était de mettre en avant le lien entre tonus, posture et développement du langage et de l'alimentation. Nous avons notamment présenté les notions d'hypotonie et d'hypertonie et illustré leurs conséquences au niveau postural et buccal.

Les différentes postures avant la marche

Grâce à des vidéos, les différentes étapes précédant la marche ont été illustrées. Ces différentes postures (enroulement, tenue de tête, retournement, position assise, rampé et marche à quatre pattes) ont été corrélées au développement alimentaire, langagier et cognitif de l'enfant afin que les participantes puissent intégrer les liens entre le développement moteur, cognitif et langagier de l'enfant.

b. Activité pratique

Pour cette mise en pratique, les assistantes maternelles ont pu expérimenter sur elles-mêmes les techniques pour aider à franchir les différentes étapes. Elles ont joué tour à tour les rôles de bébés et d'aidants et ont fait des essais commentés par l'ensemble du groupe. Les meilleures solutions étaient ensuite illustrées par des vidéos réalisées auprès des enfants de la Pouponnière.

c. Outils proposés

Avec l'aide des étudiantes en psychomotricité, nous avons créé une fiche reprenant les gestes permettant de favoriser le développement moteur de l'enfant.

d. Mission

La dernière mission consistait en une mise en pratique des gestes d'aide à l'enroulement et à la station assise. Tout en proposant ces manipulations, les participantes devaient observer les effets sur la bouche des bébés.

2.6.6. Session 6 : l'oralité et l'enfant en difficulté

a. Informations présentées

Cette dernière session a été l'occasion d'un retour sur l'ensemble du PRIO et d'un espace ouvert aux questions et aux débats. Les assistantes maternelles ont spontanément proposé des exemples de situations problématiques qu'elles avaient rencontrées, entraînant une réflexion interactive et un échange autour de ces situations.

b. Activité pratique

Les assistantes maternelles ont participé à un *quiz* en équipe sur des notions abordées durant le PRIO.

c. Mission

Pour cette dernière session, aucune mission n'a formellement été proposée puisqu'aucun retour sur cette mission ne pouvait être programmé. Cependant, les assistantes maternelles ont été encouragées à aller regarder ce qui se trouvait dans leur panier le plus souvent possible, afin d'adopter au maximum les gestes et attitudes favorisant le développement de l'oralité des bébés.

3. Phase post-test

La phase post-test s'est divisée en deux étapes.

La première, appelée post-test 1 a consisté en la réalisation d'entretiens semi-dirigés dès le lendemain de la fin du Programme. Par ailleurs, nous avons de nouveau réalisé des vidéos de moments d'interactions entre les dix assistantes maternelles précédemment filmées et dix bébés de leur section durant le repas. Notons que les conditions d'enregistrement et le manque de temps ne nous ont pas permis de réaliser les vidéos post-test avec les mêmes bébés qu'en pré-test. Cependant, le but de ces vidéos étant de filmer les modes d'interaction qu'utilisent les assistantes maternelles avec leurs bébés, et non d'étudier les bébés, la présence d'un bébé cible n'était pas essentielle.

La deuxième étape, appelée post-test 2 a été réalisée en autonomie par les assistantes maternelles qui ont reçu un questionnaire écrit quatre mois après la fin du Programme, soit en octobre 2013.

IV. Outils d'évaluation

1. Entretiens semi-dirigés

Un entretien semi-dirigé individuel a été réalisé auprès de chaque assistante maternelle avant et après le Programme. Ces entretiens ont duré en moyenne trente minutes.

L'entretien réalisé avant le Programme est appelé entretien pré-test. Il nous a permis de recueillir des informations concernant l'état civil des participantes, leur ancienneté dans la Pouponnière, leur formation initiale, leurs conditions de travail et leur culture. Il nous a également permis de faire l'état des lieux de leurs connaissances concernant l'orthophonie, l'oralité alimentaire et verbale, de la représentation de leur compétences et de les questionner sur leurs attentes concernant le Programme.

L'entretien réalisé dès le lendemain de la fin du Programme est appelé entretien post-test. Il visait d'une part à évaluer la satisfaction des assistantes maternelles concernant la forme et le contenu du Programme et d'autre part à évaluer l'évolution de leurs connaissances ainsi que l'évolution du ressenti de leurs compétences.

2. Vidéos d'interactions assistante maternelle/enfant

Afin d'affiner notre analyse, des vidéos d'interactions entre les participantes au PRIO et des bébés de leurs sections ont été enregistrées durant le repas avant et après le Programme. Ces vidéos ont été réalisées dans le but d'observer les modes d'interactions qu'utilisent les assistantes maternelles avec leurs bébés ainsi que les stratégies qu'elles mettent en place pour aider l'enfant à s'alimenter.

Les séquences sélectionnées ont fait l'objet d'une analyse quantitative et qualitative au moyen d'une grille d'observation des comportements interactifs des participantes et des stratégies d'aide au repas mises en place. Pour la création de cette grille, nous nous sommes inspirées des grilles d'observation des attitudes du parent des centres Hanen regroupant l'ensemble des attitudes interactives favorisant l'échange avec l'enfant ainsi que des outils abordés lors du PRIO (Annexe VII).

3. Questionnaires écrits

Lors de la deuxième phase post-test, réalisée quatre mois après la fin du Programme, un questionnaire écrit a été envoyé aux assistantes maternelles. Il nous a permis d'avoir une indication sur les outils mis en place au quotidien par les assistantes maternelles, de recueillir leurs perceptions de l'influence du Programme sur leurs pratiques professionnelles et sur le développement des enfants et enfin, d'évaluer les réponses obtenues sur leurs connaissances afin de voir si ces connaissances ont été acquises durablement.

Chapitre IV

PRESENTATION DES RESULTATS

I. Mesure des indices de changement

1. Évolution des connaissances

Notre première hypothèse opérationnelle suppose que le PRIO devrait permettre aux assistantes maternelles d'acquérir des connaissances sur le développement de l'enfant ainsi que sur les outils permettant d'avoir des attitudes favorables au développement de l'oralité des bébés.

Afin d'évaluer ces connaissances sur l'oralité, ses troubles et leur prise en charge, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés individuels avant et après le PRIO auprès d'un groupe de 31 assistantes maternelles (groupe A).

1.1. Analyse qualitative

1.1.1. Savoirs initiaux

Au cours de ces entretiens nous avons voulu faire un état des lieux des connaissances et des représentations que les assistantes maternelles avaient sur l'oralité des bébés. Nous avons choisi de différencier les termes « connaissances » et « représentations ». Les connaissances correspondent aux savoirs scientifiquement avérés comme les repères d'âge de développement par exemple. Les représentations sont des savoirs plutôt liés à la culture et à l'expérience personnelle et professionnelle, elles sont propres aux sujets et ne sont pas forcément partagées par tous.

a. Connaissances

L'analyse qualitative des entretiens nous permet de relever que les assistantes maternelles possèdent des connaissances théoriques établies avant même leur participation au Programme. Par exemple, la quasi-totalité (93%) des participantes estime correctement l'âge du passage à l'alimentation à la cuillère, c'est-à-dire autour de six mois. Plus de la moitié des interrogées est également capable de citer précisément certaines parties de la bouche servant à téter, ou de situer l'âge d'apparition des premiers mots autour de 12 mois. Elles sont également capables de nous citer un certain nombre d'attitudes favorables au développement de l'oralité verbale et alimentaire des enfants ainsi que des outils permettant de pallier les difficultés rencontrées.

b. Représentations

Nous notons quelques éléments prégnants dans les représentations que les assistantes maternelles ont sur le développement de l'enfant en général. Les participantes affirment en majorité (81%) que l'enfant est considéré comme une personne à part entière dès sa naissance et que les adultes lui doivent aide au développement, éducation, soin, alimentation, apprentissages, protection, affection et accompagnement dans le jeu.

Interrogées sur la fonction du langage et de la communication, les assistantes maternelles donnent des réponses tout à fait acceptables telles que « *ça sert à éveiller l'enfant et à lui apprendre de nouvelles choses* » (16 sur 31 interrogées), « *à communiquer ses besoins* » et « *à se faire comprendre* » (8 sur 31 interrogées). Quelques-unes d'entre elles évoquent le fait que le langage sert à échanger des idées, donner de l'affection et connaître autrui.

L'idée que les assistantes maternelles avaient des savoirs intrinsèques avant le PRIO, est donc confirmée par les réponses aux questions posées lors de l'entretien pré-test. Il s'agit maintenant d'évaluer ces connaissances afin de les comparer à celles que les assistantes maternelles ont après le PRIO.

1.1.2. Changements qualitatifs dans les réponses

Avant de mesurer l'évolution des réponses entre le pré-test et le post-test, nous constatons des changements dans la qualité des réponses que les assistantes maternelles donnent après le Programme.

Nous remarquons tout d'abord que certaines assistantes maternelles donnent de nouvelles réponses en post-test 1 par rapport au pré-test. Par exemple à la question : *Qu'est-ce qui peut aider le langage et les mots à venir ?* les assistantes maternelles donnent des réponses deux fois plus variées au cours du deuxième entretien.

Nous notons également une amélioration de la précision des réponses. Les termes utilisés, sont en grande partie ceux que nous avons employés lors du PRIO. Pour illustrer, reprenons cette même question. Avant le programme, les participantes citaient par exemple « parler, imiter, dire ce qu'on fait, laisser faire, ... », à la fin du Programme, elles parlent de « faire des mimiques, être face à face, avoir des moments-cœurs, stimuler la bouche, laisser l'enfant prendre l'initiative, ... ».

Pour les questions attendant une réponse en âge de développement, nous observons une diminution de l'étendue des réponses. Par exemple à la question : *A quel âge le bébé commence-t-il à comprendre ?* les assistantes maternelles donnent des réponses entre 0 et 24 mois en pré-test et de 0 à 12 mois en post-test. Les réponses se condensent également autour de l'âge de référence comme pour la question : *A quel âge le bébé commence-t-il à communiquer ?* où nous attendions une réponse entre 0 et 3 mois. Pour cette question, 32% des interrogées donnent une réponse dans la bonne tranche d'âge en pré-test contre 67% en post-test.

Même lorsque les pourcentages de réussite n'augmentent pas entre pré-test et post-test 1, les réponses sont tout de même souvent plus précises. Par exemple pour la question : *A quoi voyez-vous que les enfants ont des difficultés pour s'alimenter ?* où les résultats stagnent à 70 %, les assistantes maternelles utilisaient des termes vagues comme « refus » ou « difficultés à avaler ». En post-test 1 on relève des termes plus précis tels que « fuites » ou « fausse route » dans leurs réponses.

Nous notons par ailleurs que certaines représentations que les assistantes maternelles avaient avant le PRIO, persistent en post-test. Prenons pour exemple cette assistante maternelle qui dit que le lien entre manger et parler est qu' « *on est obligé de dire à*

l'enfant qu'on va lui donner à manger » en pré-test. En post-test 1, elle nous dit de nouveau qu'on « ne peut pas prendre l'enfant sans lui parler ».

Cependant, d'une manière générale, les réponses sont plus pertinentes. Lors de nos entretiens pré-test, 11 participantes sur 31 évoquent les « freins de langue trop courts » comme une entrave au développement du langage et de la communication. Après le Programme, quasiment aucune des participantes ne parle du frein de langue. En revanche, la plupart cite le « manque de communication et de stimulations » comme principale cause de retard de langage. Nous notons donc que les représentations culturelles ont peu à peu cédé la place aux connaissances scientifiques.

Cette évolution positive des réponses constitue un premier élément dans la validation de notre hypothèse d'enrichissement des connaissances, notamment par l'emploi d'une terminologie plus précise et plus adaptée.

1.2. Analyse quantitative

Afin de chiffrer l'évolution des connaissances des assistantes maternelles, nous avons extrait des entretiens individuels un échantillon de 11 questions communes au pré-test et au post-test 1. Ces questions interrogent les assistantes maternelles sur leurs connaissances théoriques et pratiques sur le thème de l'oralité. Elles portent sur des âges repères et des notions concernant l'oralité alimentaire et verbale, sur les difficultés que les bébés peuvent rencontrer et les solutions envisageables.

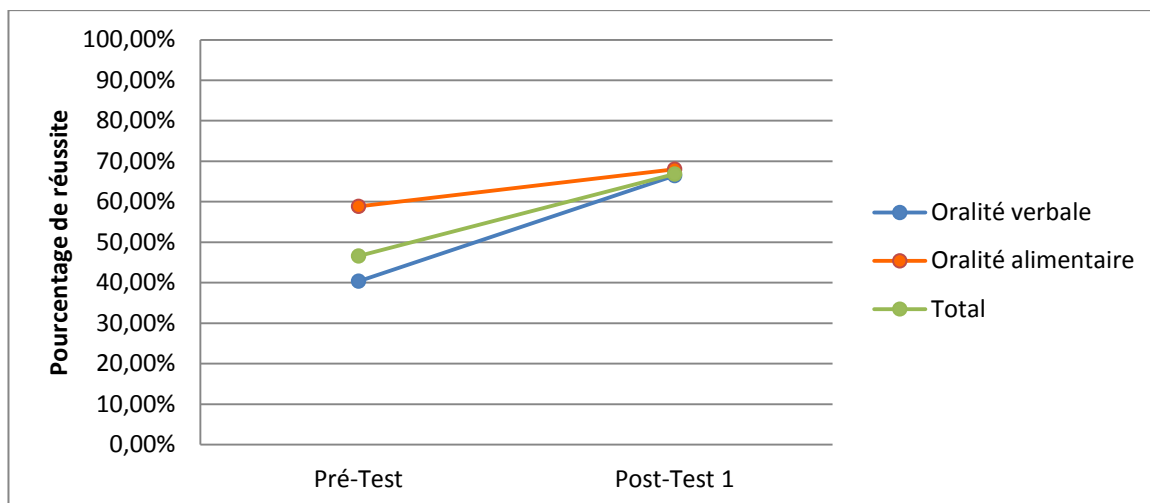
Nous avons mesuré les réponses à ces questions de manière quantitative. Afin de rester objectives sur l'évaluation des réponses nous avons établi un barème pour chaque question qui nous a permis d'attribuer un score en fonction des réponses produites (Annexe VIII). Pour une analyse plus fine des résultats nous avons divisé les réponses en deux thèmes : oralité verbale (7 questions) et oralité alimentaire (4 questions). Nous obtenons ainsi un score « oralité verbale » et un score « oralité alimentaire » pour chaque assistante maternelle en pré-test et en post-test 1. Ces scores bruts sont convertis en pourcentages de réponses correctes pour chaque assistante maternelle.

Afin de vérifier la première hypothèse opérationnelle, nous avons calculé la moyenne de ces pourcentages pour chacune des phases du test. Nous pouvons ainsi comparer ces résultats entre eux et observer l'évolution, pour le groupe A, des connaissances pour chacun des thèmes entre la phase pré-test et la phase post-test 1.

		Moyenne	Écart-type
Oralité verbale	Pré-test	40,37%	0,12
	Post-test 1	66,44%	0,11
Oralité alimentaire	Pré-test	58,86%	0,15
	Post-test 1	67,70%	0,12
Total	Pré-test	46,59%	0,09
	Post-test 1	66,84%	0,09

Tableau 3 : Évolution des moyennes des pourcentages de réussite entre pré-test et post-test 1

L'évolution des résultats est représentée sur le graphique suivant :



Graphique 1 : Évolution des pourcentages de réussite pré/post-test 1 pour le groupe A

L'ensemble des analyses a été réalisé à l'aide du logiciel SPSS 17.0 (Illinois, Inc).

Nous avons utilisé un test T pour échantillons appariés afin de mesurer l'évolution des scores entre le pré-test et le post-test 1. Le risque alpha de 1^{ère} espèce est fixé à 5%.

La différence observée entre le pré-test (40.4%) et le post-test 1 (66.4%) en oralité verbale est statistiquement significative ($p < 0.001$).

La différence observée entre le pré-test (58.9%) et le post-test 1 (68%) en oralité alimentaire est statistiquement significative ($p = 0.004$).

La différence observée entre le pré-test (46.6%) et le post-test 1 (66.8%) au total est statistiquement significative ($p < 0.001$).

Nous pouvons voir que les assistantes maternelles ont acquis des connaissances sur les repères de développement, sur les indices permettant de repérer les enfants en difficulté, et sur les outils pour leur venir en aide.

Nous avons également questionné les assistantes maternelles sur ce qu'était l'oralité lors des entretiens post-test 1. 58.1% des interrogées donnent une réponse correcte après le Programme.

Notons aussi qu'avant le Programme plus de 80% des interrogées ne savaient pas ce qu'était l'orthophonie et qu'après le Programme 89% sont capables de dire à qui ce métier s'adresse et pour quelles raisons.

Nous observons donc que, pour chacun des thèmes et pour l'entretien général, l'évolution des scores est significative. En effet, pour ces questions concernant les connaissances en oralité, nous notons une augmentation des réponses correctes après le Programme et les 31 participantes obtiennent un meilleur résultat lors de notre deuxième entretien. Notre première hypothèse selon laquelle le PRIO devrait permettre aux assistantes maternelles d'acquérir des connaissances sur le développement de l'enfant ainsi que sur les outils permettant d'avoir des attitudes favorables au développement de l'oralité des bébés, est donc validée.

1.3. Maintien des connaissances

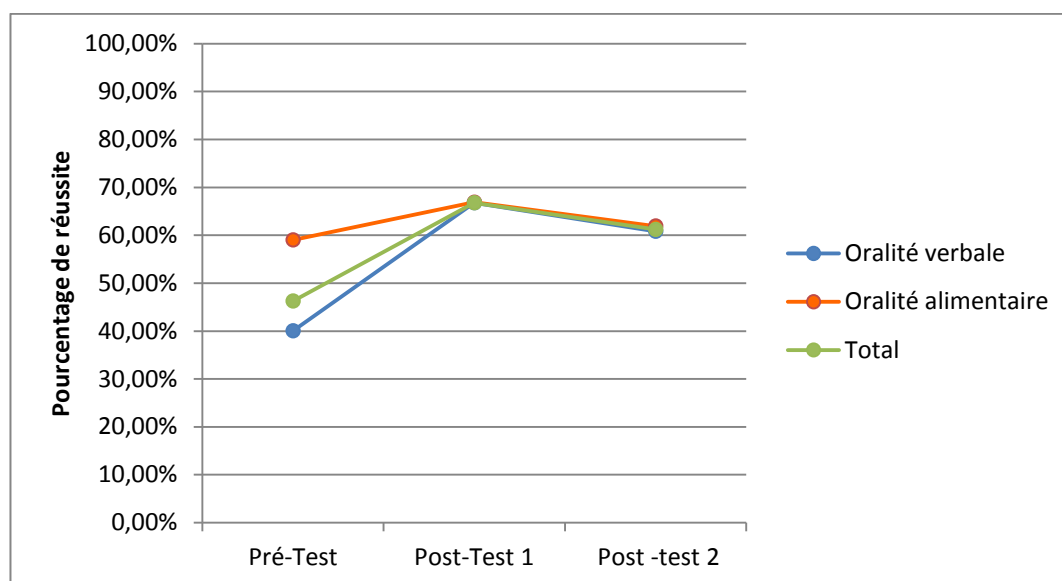
En réalisant ce Programme, notre ambition était de provoquer des changements durables dans les attitudes des assistantes maternelles. Ne pouvant évaluer les changements effectifs dans le temps, nous avons cherché à estimer la durabilité des acquisitions théoriques. Pour ce faire, nous avons demandé aux assistantes maternelles de répondre à un questionnaire écrit quatre mois après la fin du PRIO. Cette étape constitue la phase post-test 2 de notre étude. Dans ce questionnaire nous posons les mêmes questions que celles posées en pré-test et post-test 1.

Un groupe de 21 assistantes maternelles a répondu à ce questionnaire. Ce groupe est appelé groupe B. Nous avons calculé un pourcentage de réussite par assistante maternelle en suivant le même barème que précédemment. Les analyses ont été effectuées de la même manière et à l'aide du même logiciel que pour le pré-test et le post-test 1.

		Moyenne	Ecart-type
Oralité verbale	Pré-test	40,03%	0,13
	Post-test 1	66,76%	0,12
	Post-test 2	60,81%	0,12
Oralité alimentaire	Pré-test	59,00%	0,14
	Post-test 1	66,87%	0,13
	Post-test 2	61,90%	0,09
Total	Pré-test	46,25%	0,1
	Post-test 1	66,76%	0,1
	Post-test 2	61,19%	0,09

Tableau 4 : Évolution des moyennes des pourcentages de réussite entre pré-test et post-test 2

Le graphique suivant modélise l'évolution des connaissances entre pré-test, post-test 1 et post-test 2.



Graphique 2 : Évolution des pourcentages de réussite pré/post-test 1 et 2 pour le groupe B

La différence observée entre le pré-test (40%) et le post-test 2 (60.8%) en oralité verbale est statistiquement significative ($p < 0.001$).

La différence observée entre le pré-test (59%) et le post-test 2 (62.14%) en oralité alimentaire est statistiquement non-significative ($p = 0.386$).

La différence observée entre le pré-test (46.2%) et le post-test 2 (61.2%) au total est statistiquement significative ($p < 0.001$).

Grâce à la comparaison des moyennes de pourcentages totaux, on constate une amélioration des résultats entre les connaissances avant le Programme (pré-test) et quatre mois après sa fin (post-test 2). Ceci valide notre deuxième hypothèse selon laquelle le PRIO permettrait d'enrichir les connaissances théoriques et pratiques des assistantes maternelles de manière durable.

Notons que d'un point de vue qualitatif, certaines réponses aux questions en post-test 2 sont moins pertinentes que celles du post-test 1. En effet, on note que certaines assistantes maternelles ont reproduit mot pour mot ce qui était écrit sur leurs fiches « sessions » ou leurs fiche « outils » dans les réponses au questionnaire. Ces réponses ne se retrouvent pas toujours là où on les attendait et les mots ne sont pas forcément utilisés à bon escient. Par exemple à la question *Qu'est-ce qui peut empêcher le langage et les mots de venir ?* on retrouve « l'épiglotte » dans trois questionnaires alors que les participantes avaient des réponses plus acceptables en post-test 1. Nous avons effectivement utilisé ce terme au cours de la formation pour expliquer les mécanismes de la déglutition, mais n'en avons jamais parlé comme d'une barrière à l'apparition du langage.

Nous observons une légère baisse des moyennes de pourcentages de réussite entre les phases post-test 1 et 2. Nous avons donc comparé le pourcentage total en post-test 1 (66.76%) et en post-test 2 (61.19%). Cette baisse ne se révèle pas statistiquement significative ($p = 0.045$ pour les moyennes de pourcentages de réussite totaux), on peut donc affirmer que les connaissances sont maintenues dans le temps.

2. Évolution des compétences professionnelles

Un Programme d'Intervention a pour objectif d'apporter des connaissances, mais aussi des compétences. Nous cherchons ici à évaluer les changements dans les compétences des professionnelles avant et après le PRIO. Nous abordons ces changements sous deux angles : ce que les assistantes maternelles pensent de leurs compétences professionnelles, et, objectivement, ce qui a réellement changé dans leur pratique.

2.1. Ressenti sur les compétences

Nous avons étudié les réponses recueillies lors des post-test 1 et 2 à propos de ce que les assistantes maternelles ressentent de leurs compétences professionnelles. Ici, l'analyse étant essentiellement qualitative, nous ne différencions pas les groupes A et B et considérons indifféremment les réponses aux post-test 1 ou 2 (entretien ou questionnaire écrit).

2.1.1. Les perspectives de changements

Lors du post-test 1, nous avons interrogé les assistantes maternelles sur ce qu'elles pensaient voir changer dans leur pratique à l'avenir.

Suite au PRIO, 48% des participantes pensent que leur travail sera amélioré et 55% d'entre elles disent qu'elles sauront mieux s'adapter aux enfants. Selon elles, cela sera rendu possible en portant plus d'attention aux bébés et grâce à l'utilisation d'outils qui leur permettront notamment de repérer et d'aider les enfants en difficulté lors du repas et dans la communication.

Nous leur avons demandé si cela serait facile de mettre en pratique ce qu'elles ont appris. Les trois quarts pensent que cela le sera, notamment en relisant les fiches pratiques, grâce à l'entraînement et la patience. Le reste des interrogées ne considère pas que ce sera difficile mais insiste sur le manque de temps et de personnel qui rendra la tâche plus ardue.

Elles estiment toutes que ce qu'elles ont appris leur sera utile dans leur pratique professionnelle et 3 sur 28 interrogées soulignent l'idée que cela leur sera utile aussi dans leur sphère personnelle.

Immédiatement après le PRIO, les participantes espéraient donc surtout des changements au niveau de leur adaptation aux difficultés. Quatre mois après le Programme, les assistantes maternelles mentionnent toutes des changements dans leurs pratiques professionnelles qui sont conformes à ce qu'elles avaient supposé mettre en pratique auparavant. Ainsi une assistante maternelle témoigne en post-test : « *Avant je ne savais pas comment reconnaître un enfant qui avait des difficultés alimentaires et comment l'aider, maintenant j'ai changé mon style de travail* ».

2.1.2. Les savoir-faire

A travers différentes questions ouvertes ou des récits d'expériences, les assistantes maternelles rapportent toutes des changements notables dans leur manière d'exercer leur travail.

a. Repérer les enfants en difficulté

Le premier changement qu'elles signalent concerne les enfants en difficulté, qu'elles disent mieux repérer depuis le PRIO. En effet, 100% des assistantes maternelles répondent par l'affirmative à la question : *Savez-vous mieux repérer les enfants en difficulté ?*

C'est aussi l'élément qui ressort le plus de leurs réponses lorsqu'on leur demande ce qu'elles ont appris lors de la formation. Elles disent mieux discerner les enfants en difficulté sur le plan alimentaire, langagier ou moteur. La majorité des assistantes maternelles juge que la connaissance des repères de développement est la clef du dépistage de ces bébés comme en témoignent ces deux citations d'assistantes

maternelles : «*Les enfants sont en difficulté s'ils n'arrivent pas à faire ce que les enfants de leur même âge arrivent à faire*», « *quand ils n'arrivent pas à parler, ni à manger bien, ni s'asseoir lorsqu'ils ont atteint un certain âge* ». Pour 25% des participantes le repérage des enfants en difficulté s'appuie plutôt sur l'observation du comportement dans les interactions. Elles remarquent que l'enfant est en difficulté lorsqu'il s'isole ou qu'il ne s'intéresse pas à ce qui se passe autour de lui. « *Un enfant qui est en difficulté est toujours recroquevillé sur lui-même, ne joue pas avec les autres enfants, est passif et des fois pleure beaucoup* ».

Grâce à un regard plus aiguisé et des références à la norme, elles disent pouvoir mieux aider ces bébés.

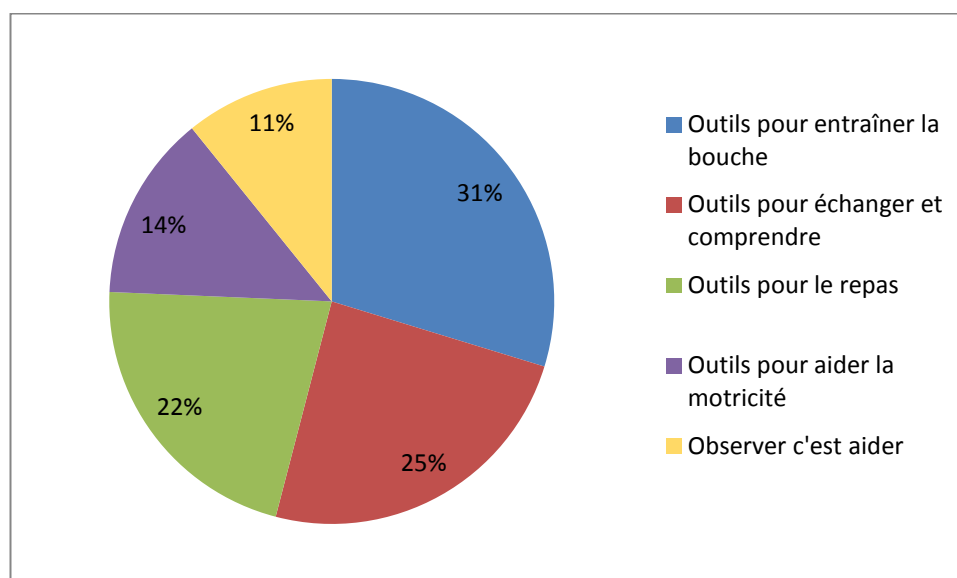
b. Aider les enfants en difficulté

Pour venir en aide aux enfants en difficulté face au langage ou à l'alimentation, les professionnelles déclarent avoir plus d'outils à disposition dans leur « panier ».

Une assistante maternelle affirme en effet : « *J'avais des moyens mais pas assez, mais maintenant j'ai un peu d'outils pour m'en sortir, j'ai une multitude de méthodes, je vais varier les méthodes, je pense que je vais pouvoir faire le travail comme il faut* ».

Les items qui ont été collés dans la fiche « panier » renvoient chacun à un ensemble de plusieurs outils. Par exemple l'item « entraîner sa bouche » comprend les outils jeux de bouche, chansons, grimaces, comptines, etc.

Le graphique suivant illustre les réponses à la question en post-test 2 : *Citez-nous les deux outils que vous utilisez le plus.*



Graphique 3 : Répartition des outils cités en post-test 2

Les participantes déclarent toutes utiliser les outils de la formation. Parmi ceux qu'elles disent utiliser le plus souvent, on retrouve des gestes techniques : les jeux de bouche,

l'enroulement, le foussement et des attitudes de communication comme les moments cœur, le face à face et l'imitation.

Lors des récits de leurs expériences avec les enfants, les assistantes maternelles nous relatent également des moments où elles utilisent des outils, particulièrement lorsqu'elles se sentent en difficulté avec l'enfant. Prenons pour exemple le récit de cette assistante maternelle :

« C'est avec A. que j'ai fait des moments cœur, il est en difficulté, se tord sur le côté, ne tient pas sa tête et a des difficultés pour manger. J'ai bien immobilisé sa tête pour l'aider à la tenir afin de privilégier le contact visuel (le face à face). Je lui parle doucement de son repas en le stimulant avec la tétine sur les joues et les lèvres pour qu'il ouvre sa bouche ».

On retrouve ici l'utilisation d'attitudes de communication : parler doucement, expliquer, faire des moments cœur, être face à face et des gestes d'aide au repas présentés lors des sessions comme la stimulation du foussement et le maintien de tête en position fléchie.

c. Influence des savoir-faire sur les bébés

Dans les réponses aux questionnaires, 19 assistantes maternelles sur 21 affirment ressentir une influence de leurs changements d'attitudes sur les enfants dont elles s'occupent.

En post-test 2, certaines constatent une évolution des relations entre elles et les enfants. L'une d'elles nous dit ressentir que ses bébés sont « plus proches » d'elle, une autre qu'elle communique « mieux » avec les bébés. Enfin, l'une des participantes estime qu'ils sont « mieux traités ».

Lors des retours de mission, les assistantes maternelles devaient observer ce qui se passait lorsqu'elles mettaient en pratique les outils présentés lors de la session précédente. Ces moments étaient à chaque fois riches d'expériences et les participantes attendaient avec impatience le moment où elles pourraient nous exposer la réaction de leurs bébés. L'une d'entre elle nous en parle encore en post-test 2 : *« j'avais un bébé qui ne voulait pas de moi. Un jour, j'ai utilisé un face à face avec elle, je lui ai expliqué que j'étais sa nouvelle maman [...] deux jours après notre face à face, elle avait cédé, elle venait toujours vers moi et c'était extraordinaire ».*

Par ailleurs, la moitié des assistantes maternelles note une progression plus rapide des bébés grâce à l'utilisation des outils de la formation. Elles relatent dans leurs réponses aux questionnaires un meilleur développement de l'enfant, qu'il soit en difficulté ou non. L'une d'elle évoque le fait que les bébés dont elle prend soin progressent plus rapidement que les bébés qu'elle avait avant la formation. Elles observent des changements du point de vue de la communication, de l'alimentation et deux participantes parlent de l'influence de leurs pratiques sur la motricité de l'enfant.

Au cours des sessions, nous insistions sur le rôle que les assistantes maternelles pouvaient jouer sur le développement des bébés. Nous insistions également sur le fait qu'un changement pourrait s'opérer grâce à une mise en pratique fréquente des outils. Une

assistante maternelle a pu observer de manière concrète certains des éléments évoqués lors des sessions. Elle a ainsi pu faire un lien direct entre la théorie et la pratique. « *Ils s'assoient, mangent seuls et ça permet de mieux fermer la bouche et de produire des sons différents* ».

d. Influence sur les autres professionnelles

Nous espérons une généralisation des attitudes favorables en passant aussi par la communication avec les autres professionnelles de la Pouponnière. Du point de vue des participantes, 19 d'entre elles (sur 20 ayant répondu) pensent que leur attitude influence la pratique de leurs collègues. Elles peuvent leur expliquer et leur montrer comment elles utilisent les outils, faire des essais ensemble afin que leurs collègues les imitent. Une seule participante juge que son attitude n'influence pas la pratique des assistantes maternelles n'ayant pas participé au Programme.

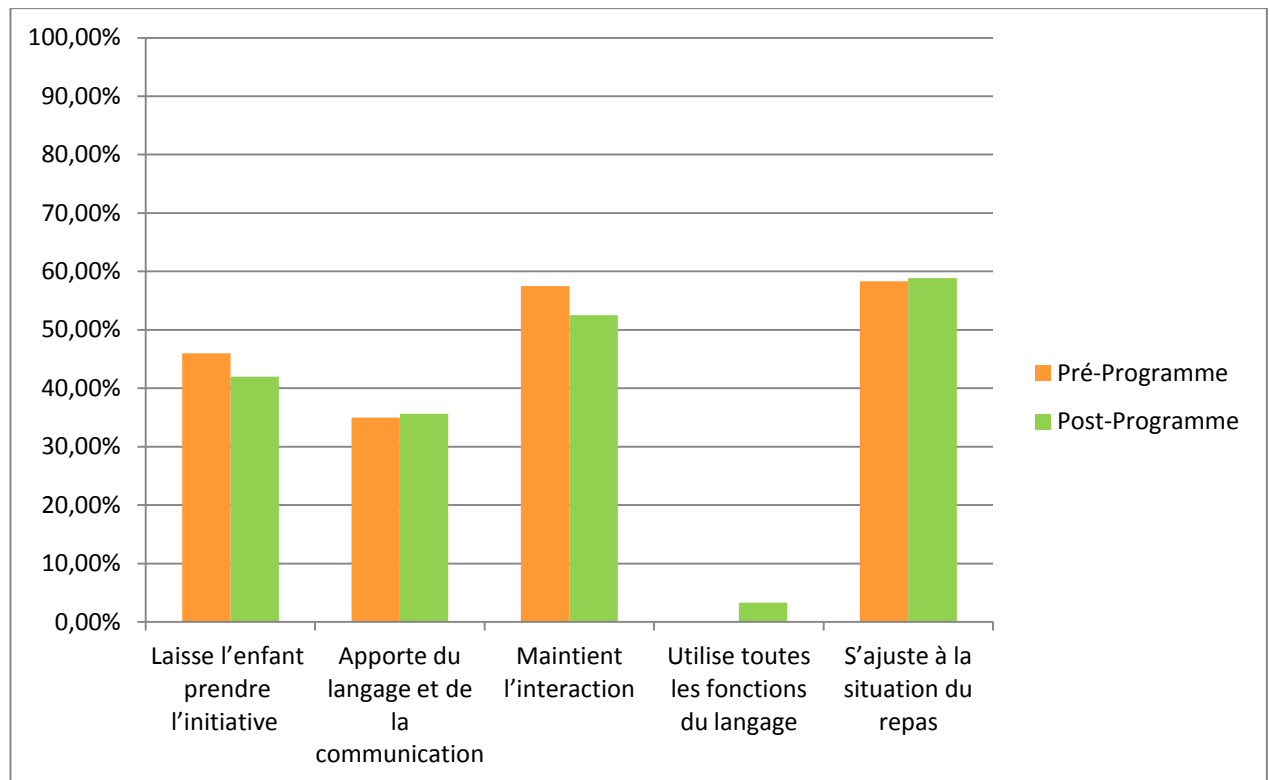
Les participantes nous disent toutes avoir parlé de la formation aux assistantes maternelles n'ayant pas participé au PRIO. Ces dernières trouvent que le thème de la formation était intéressant et regrettent de ne pas avoir pu y participer. Certaines souhaiteraient même participer à une éventuelle nouvelle formation d'après ce qui nous a été rapporté. Trois participantes sur 21 soulignent que leurs consœurs leur demandent des explications sur les outils.

Au vu de tous ces éléments nous pouvons conclure à la validation de notre troisième hypothèse opérationnelle selon laquelle les assistantes maternelles ressentent une amélioration de leurs pratiques professionnelles.

2.2. Mesure de l'évolution des compétences

Si les assistantes maternelles ressentent un enrichissement de leurs compétences professionnelles, nous avons voulu objectiver l'évolution réelle de leurs pratiques. Nous avons réalisé une analyse des vidéos enregistrées avant et après le Programme. Cette analyse a été faite au moyen d'une grille d'observation des attitudes interactives des assistantes maternelles lors du repas. Cette étude nous permet d'observer s'il y a bien une évolution des compétences des assistantes maternelles après le PRIO comme le suggère notre dernière hypothèse opérationnelle.

Nous avons coté les items en fonction d'une échelle allant de 0 à 2 (0=absent ; 1=émergent ; 2=présent). Nous obtenons ainsi un score par assistante maternelle qui est converti en pourcentage d'apparition des items. Le graphique ci-dessous illustre l'évolution de ces résultats.



Graphique 4 : Analyse pré-post Programme des attitudes interactives des assistantes maternelles lors du repas

Par un test de Wilcoxon nous avons pu repérer qu'il n'existe pas de différences entre le pré-test (moyenne pré-test) et le post-test (moyenne post test), ($T = 21$; $Z = 0.18$; $p = 0.86$).

Ces résultats ne nous permettent pas d'objectiver un changement significatif entre les attitudes interactives des assistantes maternelles avant et après le Programme. Notre quatrième hypothèse opérationnelle selon laquelle le PRIO enrichirait les compétences professionnelles des participantes par une mise en pratique d'attitudes favorables au bon développement de l'oralité des bébés n'est donc pas validée par cette analyse.

II. Évaluation de la satisfaction concernant le PRIO

Dans les entretiens (post-test 1) et les questionnaires (post-test 2) nous avons cherché à recueillir l'avis des assistantes maternelles sur le PRIO du point de vue de son contenu et de sa forme.

1. Les attentes

Au cours des entretiens préliminaires, les assistantes maternelles semblent toutes avoir un grand désir d'apprendre, c'est pour 12 participantes sur 28 la raison de leur inscription. Elles disent vouloir mieux connaître l'enfant et ainsi pouvoir l'aider. Neuf autres participantes avaient envie de s'inscrire dès l'année précédente, poussées par les retours des assistantes maternelles ayant participé au PRIO de 2012 (Lorin F., Payet Y., 2013). Parmi les réponses à la question : *Qu'est-ce qui vous a poussé à vous inscrire ?* on

retrouve également la curiosité, l'amour du travail et l'une d'entre elles déclare vouloir « connaître l'orthophonie ». Les assistantes maternelles espèrent de la formation qu'elle leur permettra surtout d'apprendre comment « mieux s'occuper de l'enfant », et d'en savoir plus sur le repas et le langage.

Par ailleurs, à la Pouponnière, les assistantes maternelles bénéficient d'un programme de formation continue avec l'équipe de direction. Elles sont incitées à participer à des rencontres sur des thèmes variés comme « le travail avec les enfants », « l'encombrement nasal », « l'autisme ». 26 assistantes maternelles sur 31 ont déjà participé à au moins une de ces formations. Nous notons également que 5 de nos participantes avaient déjà participé au précédent PRIO d'Y. Payet et F. Lorin.

2. La satisfaction

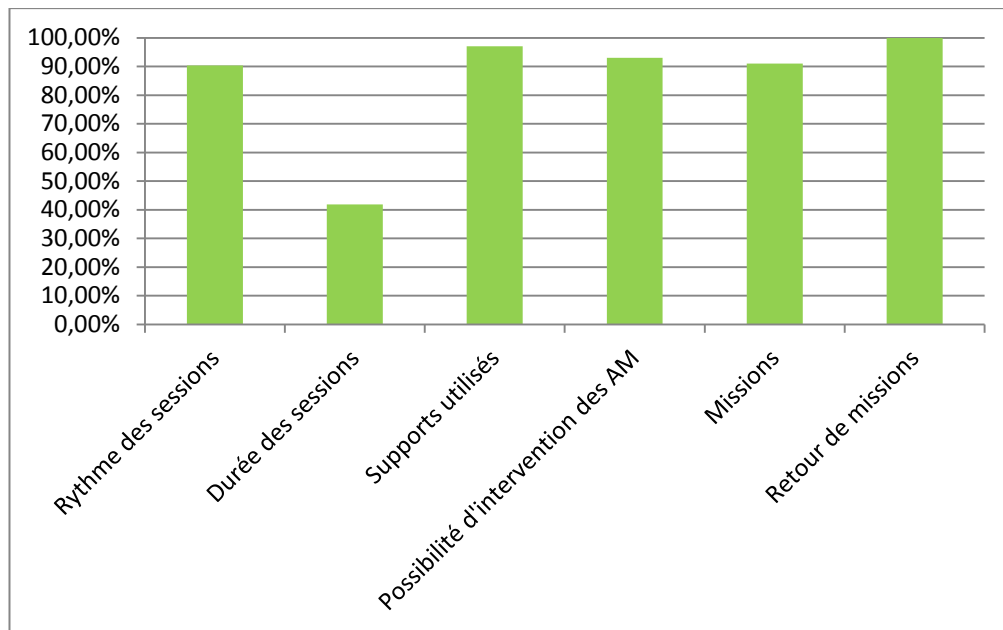
2.1. Avis sur le contenu

100% des assistantes maternelles interrogées ont trouvé le thème du PRIO « intéressant », et 21 participantes sur 31 estiment qu'il ne manquait rien à la formation. Cependant, 2 assistantes maternelles auraient aimé avoir plus de pratique. Elles suggèrent une étude de cas avec un enfant présent dans la salle. Les autres suggestions quant aux changements à apporter au PRIO concernent plutôt la forme de celui-ci.

Cette satisfaction sur le contenu se retrouve lorsqu'on cherche à savoir si elles aimeraient avoir une suite à cette formation : 20 sur 21 interrogées répondent par l'affirmative. Les thèmes qu'elles souhaiteraient aborder sont, du plus fréquent au moins fréquent : le développement de l'enfant, la psychomotricité, le handicap, l'autisme, la diététique, les enfants non-verbaux et enfin l'éducation.

2.2. Avis sur la forme

Nous avons également questionné les assistantes maternelles sur le format du PRIO. Le détail de leurs réponses en pourcentages de satisfaction est présenté dans le graphique ci-contre.



Graphique 5 : Pourcentage de satisfaction concernant la forme du PRIO

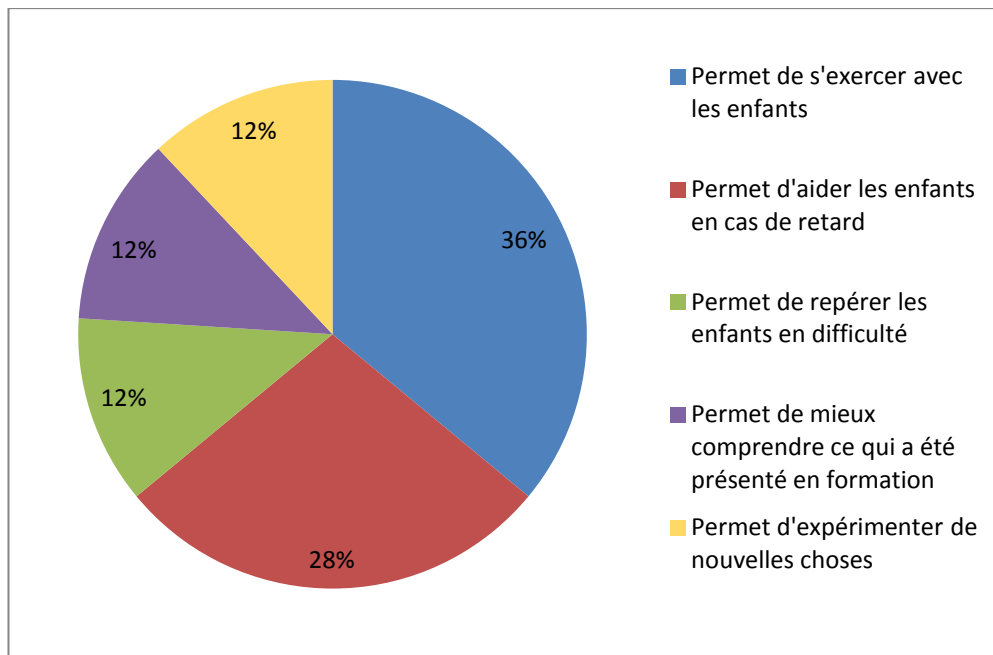
A propos du rythme des sessions, les 9% restants d'assistantes maternelles pensent que les sessions étaient parfois trop rapprochées les unes des autres.

En ce qui concerne la durée des séances, la majorité (58%) des interrogées estime qu'elles étaient trop courtes, même si certaines précisent que ce temps de session était adapté à leurs plannings et à leur rythme de travail dans les sections.

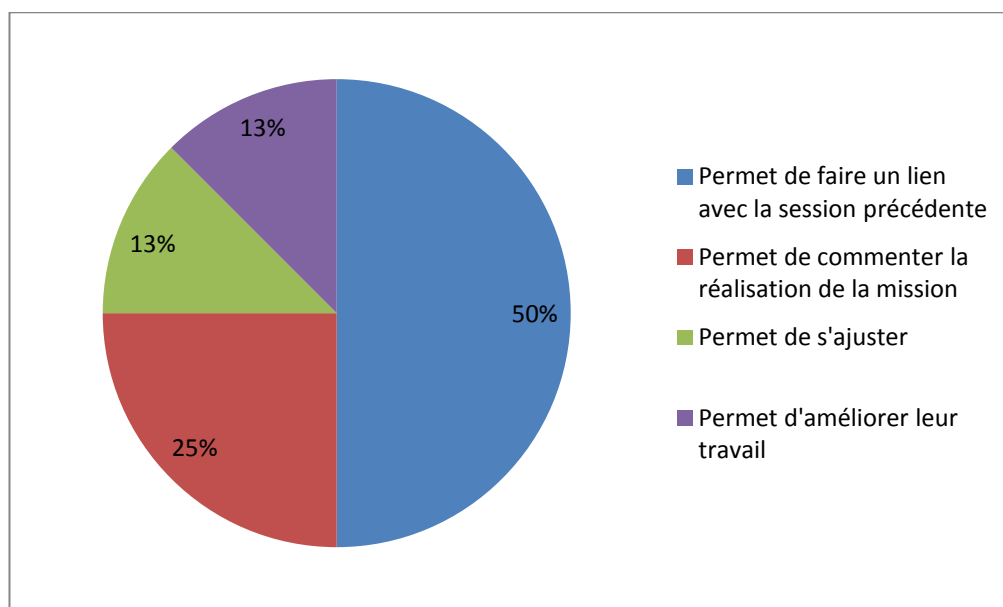
Du point de vue des supports illustratifs utilisés tout au long du Programme, elles pensent qu'ils sont complets et bien détaillés, et que cela leur permettait durant les sessions de se concentrer sur les informations présentées, « *C'était bien car vous expliquiez d'abord et après on avait les feuilles et on pouvait mieux comprendre que si on écrivait* ». Parmi les participantes, 12 pensent que les supports papiers distribués leur permettent de revoir les informations chez elles et ainsi de mieux les connaître : « *Quand j'oublie quelque chose, j'ouvre mon cahier pour me rappeler* ». Quatre mois après la fin du Programme, elles disent toutes regarder régulièrement leurs fiches « outils », notamment quand elles sont face à un enfant en difficulté.

Une des assistantes maternelles insiste sur l'interactivité du Programme : « *Vous n'êtes pas venues nous donner des documents et poser des questions, vous nous avez posé des questions pour voir si on avait des éléments à apporter et après vous nous donniez aussi des documents* ». Les assistantes maternelles sont d'ailleurs contentes des occasions qu'elles ont eu de s'exprimer : « *C'était une conversation, on se complétait* », même si 2 d'entre elles auraient aimé avoir plus d'occasion de s'exprimer : « *J'aurais aimé que ça dure toute la journée, comme ça on aurait plus le temps de poser des questions* ».

Enfin, concernant les missions et les retours de missions, cette modalité a plu à la majorité des assistantes maternelles. Seules trois des 30 interrogées sur ce point ont trouvé les missions difficiles et pas forcément adaptées aux enfants dont elles s'occupent. Les graphiques suivants illustrent les avantages qu'elles ont trouvés à ces mises en pratique :



Graphique 6 : Avis des assistantes maternelles sur les missions



Graphique 7 : Avis des assistantes maternelles sur les retours de missions

En post-test 2, nous avons posé des questions fermées aux assistantes maternelles sur la forme du Programme, ces questions impliquent une réponse binaire (plus ou moins). Il en ressort qu'elles voudraient plus de sessions et que celles-ci soient plus longues tout comme la formation en général. Elles aimeraient également que le projet soit proposé à plus de personnes et que les mises en pratique soient plus nombreuses et plus encadrées (c'est-à-dire que nous puissions les accompagner dans la réalisation des missions). Elles souhaiteraient également avoir plus de vidéos et de matériel.

Ces résultats ne valident a priori aucune hypothèse, mais ils nous permettent d'avoir un retour sur la satisfaction globale des assistantes maternelles à propos de notre PRIO. Les retours que nous avons eus, tant dans les entretiens et questionnaires, que dans nos

échanges informels avec les participantes, leurs collègues et leurs responsables sont très positifs. Les participantes nous remercient de notre présence et de notre implication, elles saluent nos capacités d'intégration et de partage. Elles affirment que le Programme a été bénéfique autant pour elles que pour les bébés. Elles souhaitent fortement que cette intervention devienne pérenne. Les assistantes maternelles disent avoir particulièrement apprécié la session « posture, langage et alimentation » construite en collaboration avec les stagiaires psychomotriciennes de l'association « Psychomotriciens Sans Frontière » de l'école de la Pitié Salpêtrière de Paris. Ces étudiantes elles-mêmes ont été ravies de ce travail d'équipe et cela les fait réfléchir à l'adaptation d'un tel Programme dans leur domaine.

Une des assistantes maternelles témoigne ainsi :

« Je ne cesserai jamais de vous remercier pour votre disponibilité et votre dévouement. Vous avez fait du beau travail de nous avoir beaucoup aidé, en même temps vous avez aidé aussi les enfants. On vous remercie beaucoup et on attend d'autres formations ».

III. Reprise des hypothèses

Au vu des résultats présentés ici, notre première hypothèse opérationnelle selon laquelle le PRIO devrait permettre aux assistantes maternelles d'acquérir des connaissances sur le développement de l'enfant ainsi que sur les outils permettant d'avoir des attitudes favorables au développement de l'oralité des bébés est validée.

L'analyse des réponses au post-test 2 nous permet de valider la deuxième hypothèse opérationnelle supposant que le PRIO devrait permettre un maintien durable des connaissances sur le développement de l'enfant ainsi que sur les outils évoqués.

Notre analyse montre que le PRIO a également fait évoluer la qualité du ressenti des assistantes maternelles sur leurs compétences professionnelles, ceci valide notre troisième hypothèse opérationnelle.

Enfin, notre dernière hypothèse opérationnelle selon laquelle le PRIO enrichirait les compétences professionnelles des participantes et leur permettrait de mettre en pratique des attitudes favorables au bon développement de l'oralité alimentaire et verbale des bébés dont elles prennent soin n'est pas validée.

En conclusion, notre hypothèse générale qui était la suivante : la mise en place d'une action de prévention primaire sous la forme d'un PRIO, destiné aux assistantes maternelles d'une pouponnière sénégalaise et centrée sur l'oralité alimentaire et verbale des enfants permettrait un enrichissement et un ajustement durable des connaissances et des compétences professionnelles des participantes, est donc partiellement validée.

Chapitre V

DISCUSSION DES RESULTATS

I. Analyse de la portée du Programme

Selon Monfort (2010), les programmes d'intervention doivent apporter de « l'information et de la formation ». A travers notre PRIO, nous avons donc cherché à donner des connaissances aux assistantes maternelles et à réfléchir avec elles à la mise en pratique de ces connaissances. L'analyse de nos résultats nous permet de valider notre première hypothèse opérationnelle selon laquelle le PRIO permettrait aux assistantes maternelles d'acquérir des connaissances sur le développement de l'enfant ainsi que sur les outils permettant d'avoir des attitudes favorables au développement de leur oralité. Nos résultats prouvent également que ces connaissances sont maintenues à moyen terme, nous permettant ainsi de valider notre deuxième hypothèse opérationnelle.

1. Gain de connaissances

1.1. Savoirs initiaux

Nous avons vu que les assistantes maternelles disposaient avant notre arrivée d'un certain nombre de connaissances et de représentations exactes sur le développement de l'enfant. Les entretiens nous ont aussi révélé qu'elles connaissaient certains outils pour favoriser le développement de l'oralité des bébés. En effet, malgré leur absence de diplôme dans le domaine de la petite enfance, leur intuition, leur expérience et leur connaissance des enfants font qu'elles possédaient déjà des points de repères.

Cependant, nous devons être vigilants quant à l'utilisation pratique de ces connaissances. En effet, nous avons remarqué que les assistantes maternelles utilisaient parfois certaines données théoriques de façon systématique et non adaptée en fonction des cas. Par exemple, avant notre PRIO, les assistantes maternelles avaient comme point de repère l'âge de 6 mois pour le passage à la cuillère. Nous avons remarqué qu'en pratique, cela se traduisait par un passage systématique à l'alimentation à la cuillère à 6 mois, sans tenir compte de la maturité de l'enfant et des difficultés qu'il pouvait alors rencontrer. C'est pour cela que, pendant le PRIO, nous avons insisté sur la variabilité entre les enfants, les signes d'alerte et sur des intervalles d'âge pour les acquisitions.

Nous supposons que ces connaissances et représentations déjà installées peuvent avoir un double effet sur la capacité des assistantes maternelles à s'approprier de nouvelles informations. En effet, ces savoirs initiaux peuvent être profondément ancrés dans leurs esprits et il peut être difficile de les faire évoluer dans le but de les rendre plus proches de la réalité de terrain observée. A l'inverse, cette expérience et ces savoirs initiaux peuvent servir de base à une acquisition plus rapide et plus aisée de nouvelles connaissances.

Vallerie (2012) soutient que la prise en compte de l'expérience et des connaissances des personnes accompagnées est primordiale pour la réussite d'une intervention. Ce socle de savoirs a principalement servi de base aux échanges lors des sessions. En effet, nous avons pris soin de partir des connaissances déjà en place afin d'induire une évolution émanant des professionnelles elles-mêmes. L'évolution des connaissances a ainsi pu se baser sur une perception fine de leur réalité quotidienne. Nous pensons que cela a

également eu pour effet de renforcer le sentiment de compétence des assistantes maternelles, d'instaurer une relation horizontale entre elles et nous, leur permettant d'acquérir de nouvelles connaissances.

1.2. Appropriation des connaissances

Nous objectivons une augmentation des connaissances après le PRIO grâce à la comparaison des réponses aux questions posées en pré-test et post-test 1. L'ensemble de ces nouvelles connaissances porte sur les repères de développement, les indices permettant de détecter les enfants en difficulté et sur les outils pour leur venir en aide. Cette augmentation est chiffrée et a fait l'objet d'une étude quantitative montrant que les assistantes maternelles possèdent un nombre plus important de connaissances après le Programme. Nous avons également remarqué un gain de précision dans les réponses et l'emploi de plus de termes qui ont été évoqués lors du PRIO. Cependant, nous pouvons nous questionner sur la qualité de l'appropriation de ces connaissances par les assistantes maternelles. Ont-elles réellement intégré ces nouvelles données ou se contentent-elles de citer les termes que nous avons employés sans y mettre le sens que nous attendons?

1.2.1. Les repères de développement

Selon Kremer et Denni-Krichel (2010), « *une bonne prévention nécessite en premier lieu que les professionnels de la petite enfance soient bien informés du développement « normal » du langage et de la communication chez le jeune enfant* ». Nos résultats confirment que les assistantes maternelles ayant participé au Programme ont acquis des repères sur ce développement et savent à présent à quoi elles doivent être attentives.

Cependant lorsque l'on s'intéresse particulièrement aux réponses portant sur les repères de développement, on note qu'il existe une certaine variabilité entre les réponses. Nous observons qu'après le Programme l'étendue des âges a diminué et que les réponses se recentrent autour de l'âge de développement admis par la littérature. Nous constatons tout de même que cette étendue reste encore assez importante. Une si grande variabilité entre les assistantes maternelles pourrait s'expliquer par le manque d'harmonisation entre les termes utilisés lors du Programme et ceux de nos entretiens. Par exemple, nous avons demandé aux assistantes maternelles à partir de quel âge l'enfant comprend ou communique. Lors du PRIO, nous avons parlé des gestes communicatifs qui apparaissent tôt chez l'enfant, ou encore de l'émergence du babillage. Nous les avons placés sur une frise chronologique avec les participantes mais nous n'avons pas placé les termes « comprend » ou « communique ». Nous avons ainsi présenté un grand nombre d'informations qui, une fois reliées entre-elles implicitement permettaient de pouvoir répondre aux questions, cependant le lien explicite n'a jamais été verbalisé. Ainsi, la variabilité des réponses émises par les assistantes maternelles peut être due à ce manque d'uniformisation des termes utilisés entre les sessions et les entretiens. Peut-être aurions-nous dû insister sur ce que nous entendions sous ces termes de « communication » et de « compréhension » en précisant ces notions lors de l'entretien ou encore aurions-nous dû leur donner les moyens de se les approprier lors des sessions en les explicitant clairement. Nous pensons que certaines assistantes maternelles ont ainsi pu confondre « communication » avec « langage » et « compréhension globale » avec « compréhension

verbale », ce qui a pu modifier l'intervalle de réponses dans les questions attendant des repères d'âges notamment.

Cela peut également s'expliquer par le manque de précision dans les données théoriques que nous leur avons fournies. Par exemple nous avons choisi de situer sur la frise différents repères de développement sans donner un âge précis d'apparition. L'objectif était de leur transmettre une chronologie d'apparition de ces repères et de leur faire prendre conscience de la variabilité entre les nourrissons. Or les réponses attendues à ces questions se situaient dans une étendue d'âge assez réduite (de 0 à 3 mois).

Malgré un manque de précision sur les âges de développement évoqués ci-dessus, nous observons une certaine constance et justesse des réponses concernant l'âge de l'émergence des premiers mots. Ce qui nous interpelle dans ces réponses c'est que les assistantes maternelles sont tout à fait capables de citer un âge estimé correct pour l'apparition du langage alors qu'elles observent en réalité à la Pouponnière des enfants qui ne commencent à parler que très tardivement. Cela nous permet d'objectiver la conscience qu'elles ont du décalage qui existe entre leur population d'enfants vulnérable et les enfants dans la norme.

1.2.2. Le repérage des enfants en difficulté

C'est sur ce point que les assistantes maternelles nous disent avoir vu le plus de changements dans leur pratique. Bien que, comme nous venons de l'évoquer, les assistantes maternelles avaient déjà une certaine conscience du décalage de la plupart des enfants de la Pouponnière par rapport à la norme, l'acquisition de nouvelles données théoriques vient renforcer cette compétence. Nous remarquons que les assistantes maternelles ont intégré des éléments supplémentaires leur permettant d'évaluer précisément les difficultés des bébés après le Programme. Elles savent dorénavant évoquer plus précisément et de manière plus appropriée l'origine et les manifestations d'un développement oral déviant. Déjà durant le Programme nous avons constaté qu'elles identifiaient plus aisément les enfants en difficulté auprès desquels elles pouvaient effectuer une mission.

A titre d'exemple prenons cette assistante maternelle qui affirme : « *si un enfant mange plus lentement c'est qu'il est malade* » en réponse à la question : *Comment voyez-vous qu'un enfant est en difficulté face à l'alimentation ?* en pré-test. En post-test, elle nous signale des cas de bébés qui font des fausses routes ou qui vomissent en réponse à cette même question.

1.2.3. La connaissance d'outils

D'après Martin (2010), un programme d'intervention se doit d'« outiller » les personnes accompagnées, afin que celles-ci puissent intervenir de manière adaptée lorsque l'enfant est en difficulté.

A partir des réponses aux questions telles que « Qu'est-ce qui peut aider le langage et les mots à venir », « Comment aidez-vous les enfants en difficulté lors du repas ? » et « Qu'est-ce qui est important lors du repas ? », nous pouvons constater que les assistantes

maternelles sont capables de citer plus d'outils. Si on constate effectivement une augmentation du nombre d'outils dont disposent les assistantes maternelles, il faudrait pouvoir démontrer que, comme elles le déclarent, elles sont capables de les utiliser à bon escient.

Plusieurs éléments viennent confirmer que les assistantes maternelles se sont bien approprié les outils que nous avons co-construits. Tout d'abord les retours de missions nous aident à objectiver cette appropriation. Par exemple lorsqu'elles racontaient l'expérience qu'elles avaient eue avec un bébé pendant une mission, elles décrivaient aux autres les adaptations qu'elles avaient dû apporter à l'outil. En effet, si les professionnelles sont capables d'ajuster les outils en fonction des situations, cela montre bien la maîtrise qu'elles ont de ces outils. Les signes de cette maîtrise étaient également visibles lorsque nous passions dans les sections. Les assistantes maternelles nous sollicitaient alors pour nous montrer ce qu'elles faisaient avec les bébés, nous demandant notre avis sur leur manière d'adopter une attitude de communication ou d'effectuer un geste d'aide durant le repas. Nous n'avons que très rarement eu à corriger ces attitudes et ces gestes.

Nous attribuons cette appropriation, d'une part au fait qu'elles ont pu réfléchir et trouver elles-mêmes des solutions à leurs problèmes tout au long des sessions et d'autre part au fait qu'elles ont pu les expérimenter.

Vallerie (2012) affirme que ce sont en effet les personnes concernées par un problème qui sont les plus à même de trouver une solution à ce problème. Ainsi, c'est ce que nous avons tenté de faire au cours du Programme en donnant la parole aux assistantes maternelles. Nous avons également proposé des mises en situation et des études de cas leur permettant de faire émerger des idées et des solutions qui ont ensuite été réajustées par des échanges au sein du groupe. Ainsi, le fait que les assistantes maternelles soient passées par l'expérience et qu'elles aient pu en avoir un retour commenté pourrait leur avoir permis de mieux retenir les informations.

Le gain de connaissances étant objectivé, il faudrait savoir si ces savoirs sont acquis de manière durable.

1.3. Maintien des connaissances

Nous avons objectivé la durabilité des connaissances à moyen terme (4 mois après le PRIO) grâce aux réponses aux questionnaires. En effet, malgré le temps qui s'est écoulé entre le PRIO et notre post-test 2, les assistantes maternelles obtiennent de meilleurs résultats aux questionnaires (post-test 2) que lors des entretiens pré-test.

Les paramètres qui peuvent influencer cette durabilité sont, selon nous : l'apprentissage par expérience, le rafraîchissement des données et les échanges entre collègues. Comme nous l'avons déjà dit, les assistantes maternelles ont pu s'approprier les connaissances par la mise en action. Nous supposons que cela leur permet de reproduire les gestes appris quand elles en ont besoin, même en notre absence, ce qui contribue à leur conservation en mémoire. De plus, elles nous disent toutes aller regarder régulièrement les fiches de leur pochette, ceci peut également avoir joué un rôle sur le maintien des acquisitions théoriques. Enfin, les échanges qu'elles ont pu avoir avec les autres assistantes

maternelles ayant participé au Programme, pendant ou après celui-ci ont sûrement dus les aider à mieux retenir les informations.

Si les assistantes maternelles ont effectivement plus de connaissances en post-test 2 qu'en pré-test, nous notons qu'entre la fin du Programme et le rendu des questionnaires, il y a une légère diminution des pourcentages de réussite. Cette baisse peut partiellement s'expliquer par le fait que les questionnaires soient une modalité écrite. Lors des entretiens, les assistantes maternelles pouvaient bénéficier de notre étayage pour ajuster leurs réponses (hochements de tête, sourire, froncements de sourcils). Pour les questionnaires, elles n'avaient plus ce retour sur leurs dires, et n'avaient pas d'autre choix que d'écrire leurs premières idées. Il faut aussi ajouter à cela les difficultés plus individuelles de certaines assistantes maternelles à accéder au langage écrit.

On peut aussi penser que cette baisse est tout simplement due au temps qui s'est écoulé depuis le PRIO ce qui pourrait expliquer quelques pertes de notions. Il serait intéressant de pouvoir évaluer l'influence du temps sur le maintien des connaissances grâce un nouveau post-test encore plus à distance de la fin du Programme.

Cependant, cette diminution des connaissances entre les post-tests 1 et 2 n'est statistiquement pas significative. Nous observons donc bien un maintien général des connaissances, ce qui nous permet de valider notre deuxième hypothèse opérationnelle selon laquelle les connaissances seraient acquises de manière durable.

2. Gain de compétences

Nous avons émis l'hypothèse que le PRIO permettrait un enrichissement des compétences professionnelles des participantes par l'apport de connaissances et d'outils. Cet apport de connaissances a été démontré précédemment, il nous reste donc à prouver qu'il a permis un enrichissement des compétences professionnelles des assistantes maternelles.

Nous faisons dans notre étude une distinction entre l'enrichissement des compétences professionnelles ressenti par les assistantes maternelles et l'enrichissement objectivé par une analyse de ces compétences sur le terrain.

2.1. Le ressenti sur les compétences

A la fin du Programme et 4 mois plus tard, les assistantes maternelles font globalement état d'une amélioration de leur pratique professionnelle. De leurs témoignages et de leur auto-analyse se dégage l'idée qu'elles ont acquis une capacité générale de raisonnement et d'adaptation. Tout d'abord, les participantes disent avoir pris conscience que leur action peut avoir une influence sur le développement des bébés. Elles pensent que le PRIO leur a permis d'être capables de porter plus attention à leurs bébés et se sentent désormais plus aptes à repérer et comprendre les enfants en difficulté sur le plan alimentaire, langagier ou moteur. Selon elles, cela a été rendu possible grâce à la maîtrise des éléments théoriques et des outils qu'elles ont acquis lors du PRIO. Par leurs récits, nous pouvons effectivement constater qu'elles utilisent à bon escient certains outils lorsque la situation le requiert. Grâce au repérage des difficultés des enfants et à la

maîtrise des outils, les assistantes maternelles se sentent désormais capables de venir en aide aux enfants en difficultés en s'adaptant aux situations rencontrées.

De plus, nous observons que les assistantes maternelles ont conscience que les changements opérés dans leur pratique ne leur demandent que peu d'efforts. Elles estiment même que cela est facile pour elles de mettre en place ces adaptations au quotidien. Cela peut s'expliquer par le fait que le PRIO se base sur l'expérience et les compétences initiales des assistantes maternelles. En effet, la plupart des assistantes maternelles pratiquent ce métier depuis un certain nombre d'années et sont donc déjà familiarisées avec le milieu de la petite enfance. Ainsi, ces dernières ayant conscience que leurs capacités d'analyse se sont affinées grâce au PRIO, elles se rendent compte qu'il sera aisé de s'adapter aux besoins de l'enfant. De plus, cet ajustement de leur pratique professionnelle ne provoque pas de grands bouleversements et n'implique pas de consacrer beaucoup de temps supplémentaire aux enfants, mais juste de leur porter une attention différente lors des activités de la vie quotidienne déjà en place.

Bien que nous n'ayons pas pu mesurer l'influence réelle de l'enrichissement des compétences des professionnelles sur le développement de l'oralité des bébés, les assistantes maternelles semblent penser que cela a un impact direct sur leurs bébés. En effet, elles observent une évolution des relations qu'elles entretiennent avec les bébés ainsi qu'une évolution des capacités communicatives et alimentaires des enfants. Nous pensons que le renforcement de la confiance en leurs compétences professionnelles incite les assistantes maternelles à se mettre en action et à interagir davantage avec les enfants créant ainsi un climat plus favorable au développement de l'oralité des bébés. Ainsi les assistantes maternelles entrent dans le cercle vertueux décrit par Dunst (2007) selon qui les partenaires de communication sont renforcés dans leur confiance en eux par l'aide qu'ils peuvent apporter à l'enfant, et développent alors de nouvelles compétences qui seront elles-mêmes bénéfiques à l'enfant.

2.2. L'évolution des compétences

Les interactions précoces du nourrisson avec l'adulte sont indispensables pour que le bébé puisse créer un lien avec l'entourage, pour assurer sa santé psychique, mais aussi et surtout pour acquérir et s'approprier le langage. Ces interactions dépendent de la régulation, de l'organisation, de la réciprocité et des réparations que le partenaire de communication peut apporter (Robert-Tissot, Rusconi Serpa, 2000). C'est pourquoi nous avons cherché à observer la mise en place d'attitudes en faveur de l'interaction chez les assistantes maternelles ayant participé au Programme. L'analyse de cette observation nous permet d'évaluer l'enrichissement réel des compétences professionnelles des participantes.

L'analyse des vidéos à l'aide de grilles regroupant les attitudes qui favorisent l'échange ne met en avant aucun changement significatif entre les attitudes du groupe d'assistantes maternelles avant et après le Programme.

Nous ne pouvons dégager aucune tendance globale dans les résultats des assistantes maternelles. En effet, 5 d'entre elles progressent, 4 régressent et l'une d'entre elles maintient son score. Nous notons cependant que les items où les assistantes maternelles progressent le plus sont « apporte du langage et de la communication » et « s'ajuste à la

situation du repas ». Nous supposons donc qu'elles ont acquis des outils leur permettant à la fois d'enrichir leurs interactions avec les bébés et de s'adapter lors du repas. Ces progrès, même minimes, sont peut-être le reflet de ce que nous avons cherché à leur apporter lors du PRIO. Nous avons par exemple beaucoup insisté au cours de la formation sur l'importance de la communication non-verbale avec les bébés et retrouvons plusieurs assistantes maternelles qui utilisent plus d'indices non-verbaux en post-test qu'en pré-test. Nous cherchons à savoir pourquoi certaines des attitudes que nous pensions observer en post-test ne l'ont pas été.

Nous n'avons par exemple que très peu d'indices sur l'utilisation des différentes fonctions du langage. Ce phénomène s'explique par un biais méthodologique. En effet, cet item est subdivisé en sous-items « parle des émotions », « est dans le jeu » et « parle du passé et du futur ». Ces items impliquent d'être capable d'analyser ce que disent les assistantes maternelles, or, celles-ci parlant la plupart du temps le wolof avec leurs bébés, nous n'avons pas pu analyser ce qu'elles disaient. Par conséquent, nous n'avons pas pu observer la présence de ces items.

Nous observons également de grandes différences de résultats inter-individuelles et intra-individuelles. En effet, ce ne sont pas forcément les assistantes maternelles qui avaient le meilleur score en pré-test qui ont les meilleurs résultats en post-test. Cette grande variabilité s'explique par une difficulté de la méthode d'analyse. En effet, les assistantes maternelles que nous avons filmées ne donnent pas forcément à manger aux mêmes bébés en pré-test qu'en post-test. Les relations qu'elles entretiennent avec leurs bébés sont, et c'est humain, très différentes. Certaines assistantes maternelles reconnaissent avoir des préférences, d'autres disent accorder plus de temps aux enfants qui ont des difficultés en délaissant du coup un peu ceux qui semblent mieux s'en sortir. Nous aurions aimé pouvoir observer chaque assistante maternelle avec le même enfant en pré-test et post-test, afin d'observer concrètement les changements dans les interactions et les adaptations lors du repas. Cela n'a malheureusement pas été possible. Nous avons donc choisi de ne pas tenir compte des enfants qu'elles nourrissaient lors de l'enregistrement des vidéos mais plutôt d'observer les attitudes qu'elles pouvaient avoir en général, quelles que soient les difficultés rencontrées ou non. Nous avons bien conscience que nos enregistrements ne reflètent pas, par conséquent, toutes leurs capacités et ne peuvent être considérés comme une évaluation de leurs compétences professionnelles en général.

2.3. Des compétences professionnelles enrichies

Notre étude cherche à évaluer les compétences professionnelles des participantes en ce qui concerne la prise en charge de l'oralité suite au PRIO. Or, définir la compétence professionnelle n'est pas une tâche aisée et l'évaluer, encore moins. Dans les métiers où l'on travaille avec de l'Humain, comme nos assistantes maternelles, un des facteurs principaux de la compétence professionnelle est l'adaptation. C'est-à-dire qu'on ne peut se contenter d'évaluer la compétence professionnelle des participantes du point de vue de l'application de procédures. Il faut pouvoir prendre en compte leur compréhension des modes opératoires qu'elles exécutent, leurs capacités de réponse à une situation problématique, et d'adaptation à des situations variées voire inconnues. En effet, le PRIO ne doit pas leur apporter un mode opératoire précis, mais bien une manière générale de raisonner, d'analyser, de diagnostiquer (Pastré, 2005).

L'analyse précédente par vidéos concernant les capacités d'adaptation des assistantes maternelles ne nous permet pas d'objectiver une amélioration de leurs compétences professionnelles. Cependant, plusieurs éléments peuvent nous permettre de nuancer ce résultat.

D'une part, les réponses des assistantes maternelles aux entretiens et questionnaires nous révèlent qu'elles ont une bonne analyse de la portée des outils dont elles disposent, et qu'elles sont capables de les utiliser de façon adaptée.

D'autre part, leur investissement, leur désir d'apprendre et leur curiosité les ont poussées à s'interroger sans cesse et à induire des réflexions partagées. Ces échanges tout au long du PRIO leur ont permis d'éveiller leur sens critique et leurs capacités de réflexion.

Au vu de ces éléments, nous pensons que leur compétence professionnelle se trouve tout de même enrichie de capacités de raisonnement, de réflexion et d'adaptation. Grâce au PRIO, les assistantes maternelles ont ainsi acquis une meilleure capacité d'initiative et une certaine autonomie professionnelle dans le domaine de l'oralité.

3. Regard critique sur le PRIO

3.1. L'intervention indirecte

L'acquisition du langage étant conditionnée par les interactions entre l'enfant et « ses partenaires de communication » (Bruner, 1983), l'aidant est donc le plus à même d'avoir une influence précoce sur le développement langagier de l'enfant. Ainsi une intervention indirecte dont le rôle est de placer l'entourage de l'enfant comme acteur de la généralisation des situations favorables à l'enfant (Girolametto, 2000) semblait la plus appropriée dans cette situation. En effet, au sein de la Pouponnière, les enfants côtoient essentiellement les assistantes maternelles qui s'occupent quotidiennement d'eux. Elles deviennent donc un substitut parental pour ces enfants et sont donc les mieux placées pour avoir un impact favorable sur le langage des bébés. Par leurs expériences, leurs connaissances initiales et leur proximité avec les enfants ce sont elles qui peuvent et qui trouvent les solutions adaptées aux problèmes des bébés.

De plus, ce type d'intervention a pour principe de base la reconnaissance et la valorisation des connaissances initiales des aidants. A partir de celles-ci sont intégrées de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences entre autres grâce à la co-construction d'outils favorables aux comportements interactionnels de l'enfant (Weitzman, 2000).

Les témoignages que nous avons récoltés tout au long de notre intervention nous laissent penser que ce choix a été adapté au public visé. En effet, le format semble avoir particulièrement convenu aux assistantes maternelles. Ces dernières soulignent son aspect novateur et l'attrait qu'il a en comparaison de formations plus magistrales. Il leur a permis de pouvoir s'exprimer, donner leur avis, développer leur sens critique et expérimenter grâce aux mises en situations et aux missions favorisant l'appropriation des informations. La revalorisation de leurs propres compétences professionnelles est sans doute attribuable au principe d'*empowerment* sur lequel notre Programme est fondé et qui leur a permis de les renforcer positivement et d'avoir plus confiance en elles. Ce

renforcement a pu se construire notamment grâce à des principes de base essentiels en orthophonie : le non-jugement, l'acceptation positive et l'écoute bienveillante.

Ainsi, ce type d'intervention semblait particulièrement approprié au milieu dans lequel nous intervenions. Cela a été confirmé par les résultats obtenus par Y. Payet et F. Lorin (2013) suite à leur intervention sur place. En effet, ce sont elles qui, les premières, ont souhaité intervenir auprès des assistantes maternelles de la Pouponnière en leur proposant un PRIO centré sur le langage et la communication. Devant un tel engouement de la part des participantes et de la direction de la Pouponnière et des résultats plutôt encourageants nous avons décidé à notre tour de proposer un PRIO aux assistantes maternelles de cette Pouponnière au regard de difficultés repérées lors du premier Programme.

Enfin, le choix d'une intervention indirecte semble avoir engendré un changement durable du milieu grâce au caractère reproductible des attitudes favorables au développement de l'enfant qu'elles ont su s'approprier et qu'elles pourront ainsi expérimenter sur tous les enfants dont elles auront la charge durant leur carrière.

3.2. Les participantes

Lors du recrutement de notre population, les seuls critères d'admission étaient que les assistantes maternelles parlent et comprennent la langue française et qu'elles puissent participer à la totalité du Programme. Ainsi aucune sélection par rapport à l'âge ou au niveau scolaire n'a été effectuée. Nous aurions pu supposer qu'un niveau scolaire plus élevé ou la participation au précédent PRIO aurait pu favoriser certaines participantes dans l'acquisition des connaissances. Cela n'a pas été vérifié : au cours de nos analyses, les résultats en pré et post-test des personnes ayant participé au PRIO de l'an passé ou ayant un niveau scolaire supérieur ou égal au BAC ne se démarquent pas de ceux des autres assistantes maternelles.

3.3. Le contenu

3.3.1. Le thème

Nous avons choisi de centrer le PRIO sur l'oralité. Le choix de ce thème a été influencé d'une part par le retour qui avait été fait dans le mémoire d'Y. Payet et F. Lorin (2013) suite à leur intervention à la Pouponnière l'année précédente. En effet, elles avaient fait ressortir de leur travail la nécessité d'élargir le PRIO à un plus grand nombre d'assistantes maternelles dans le but d'une homogénéisation des savoirs et des savoir-faire. Elles avaient également soulevé la nécessité d'intervenir sur le thème de l'oralité alimentaire face au constat d'un manque d'informations à ce sujet. Ce besoin d'information et de formation sur l'oralité a été corroboré par les assistantes maternelles elles-mêmes lorsque nous les avons interrogées sur ce qu'elles souhaitaient apprendre.

D'autre part, notre intervention devait se faire dans un domaine faisant partie de notre champ de compétences, c'est-à-dire le langage et la communication. Pour nous, la prévention des risques de troubles du langage et de la communication ne pouvait se concevoir sans passer par l'oralité alimentaire, tant le développement des deux oralités est

lié. En effet, d'après Delfosse (2006), les difficultés de langage se rencontrent surtout chez les enfants dont les étapes alimentaires ont été décalées. C'est ce qui a influencé notre choix de thème pour ce PRIO.

3.3.2. Une adaptation au public visé

Les assistantes maternelles qui ont participé au Programme n'ont pas forcément de diplôme dans le domaine de la petite enfance et ne disposent parfois que de leur expérience et de leur intuition pour s'occuper des bébés. Si nous avons vu que les connaissances et les représentations qu'elles avaient initialement étaient souvent bonnes et pouvaient servir de base aux échanges, ce constat a impliqué quelques adaptations de notre PRIO.

Le principe même de l'*empowerment* vise à partir de l'aidant, de ses forces et de ses savoirs (Le Bossé, 2003). Suivant ce principe, ce sont les assistantes maternelles qui guidaient le contenu des sessions, au gré de leurs besoins et des réactions que provoquaient chez elles ce que nous leur apportions. C'est par exemple de ce qu'elles nous relataient et de ce que nous observions dans leur manière de donner à manger aux bébés qu'est née la session « posture, langage et alimentation ». Cette session fait d'ailleurs partie de celles qu'elles ont le plus retenues et appréciées. Ceci prouve bien que partir des besoins qu'elles-mêmes soulèvent permet une meilleure appropriation des outils proposés.

Du point de vue des assistantes maternelles le thème de l'oralité a été développé de manière assez large et suffisante. En effet, en post-test aucune des assistantes maternelles n'estime avoir besoin de nouvelle formation sur ce thème. En revanche, elles sont demandeuses d'informations dans d'autres domaines tels que la psychomotricité ou la diététique. Ce dernier élément montre que le PRIO a permis aux assistantes maternelles d'élargir leur réflexion et d'éveiller leur curiosité et leur soif d'apprendre.

Les résultats de nos analyses ont confirmé qu'elles s'étaient en grande partie approprié les informations. Cependant, une analyse plus fine de leurs compétences après le Programme nous montre que cette appropriation ne s'est pas faite de manière optimale. Peut-être que la forme du PRIO est en partie responsable de ce manque d'appropriation.

3.4. Forme

L'analyse de la satisfaction des assistantes maternelles face à notre Programme nous rapporte qu'elles sont globalement satisfaites de notre intervention, mais elles suggèrent en effet quelques changements au niveau de la forme.

3.4.1. Accompagnement dans les missions

Conformément à ce que nous avons pu observer dans les différents Programmes Hanen, nous proposons aux assistantes maternelles une mise en pratique des outils créés à chaque fin de session.

La majorité des assistantes maternelles se disent satisfaites par cette place laissée à l'expérimentation. Elles pensent notamment que cela leur permet de s'exercer avec les enfants et de les aider en cas de retard grâce au repérage de leurs difficultés. Cela leur permet de mieux comprendre les informations lors des sessions et d'expérimenter des outils dont elles n'avaient pas connaissance auparavant. Elles soulignent également qu'elles utilisaient des outils de manière inconsciente auparavant et que, grâce au PRIO, elles ont pu prendre conscience du matériel dont elles disposaient déjà avant le Programme pour venir en aide aux bébés en difficulté face à l'oralité.

Nous pensons qu'il aurait peut-être été bénéfique pour elles d'avoir un accompagnement de notre part lors des missions. Elles auraient ainsi pu avoir un retour direct sur ce qu'elles faisaient. Cela aurait particulièrement pu aider les quelques assistantes maternelles se sentant en difficulté lors de ces missions et les renforcer positivement pour les missions suivantes. C'est en effet une des requêtes qui a été faite par les participantes au cours des entretiens post-test. Cependant, cet accompagnement aurait pu nuire à la qualité des échanges générés par les retours de missions. Si les assistantes maternelles avaient chacune eu un retour direct de notre part à chaque mission, elles n'auraient pas pu partager leurs expériences. Les débats engendrés pendant les retours de missions autour des réussites et des échecs des unes et des autres auraient eu un moindre effet et n'auraient pas pu servir de base à des réflexions constructives. En effet, Malek-Yonan et Rigaux (2009) soutiennent que le partage d'observations sur l'enfant permet que chacun se nourrisse des réflexions de l'autre afin d'avoir une vision plus globale de l'enfant et assure la cohérence des soins qui lui sont apportés.

Il serait possible de proposer aux assistantes maternelles des retours commentés de vidéos d'application des notions. Cette solution est proposée dans certains programmes : les participants sont filmés entre deux sessions et peuvent ainsi, lors du visionnage avec les animateurs commenter leurs propres actions et éventuellement les ajuster.

3.4.2. Les supports et les mises en situation

Lors de nos échanges informels au cours des sessions, les assistantes maternelles nous ont fait part de leur intérêt pour les supports et mises en situation proposés. Ainsi, nous avons constaté que les assistantes maternelles ont particulièrement apprécié l'utilisation de la vidéo permettant d'illustrer le développement de l'oralité du fœtus et les réflexes oraux du nourrisson. Par ailleurs, lors de la session « Posture, Langage et Alimentation » réalisée en partenariat avec les stagiaires psychomotriciennes de l'école de Paris, une vidéo réalisée six ans auparavant par d'autres étudiantes psychomotriciennes, au sein même de la Pouponnière, leur a permis de voir leurs propres bébés mis en action. Elles ont ainsi pu observer l'évolution favorable de certains enfants et à contrario revoir le retard moteur qu'avaient déjà quelques nourrissons aujourd'hui handicapés. De ce fait, elles ont pu se rendre compte de l'importance des repères développementaux dans le repérage des enfants en difficulté ainsi que des solutions motrices pouvant être apportées en cas de retard.

De plus, lors des sessions, les mises en pratique par des jeux de rôle, études de cas, jeux et expérimentations illustratives, leur ont permis d'aiguiser leurs capacités d'analyse et de trouver elles-mêmes des solutions adaptées aux situations rencontrées. Lors de la session finale, un *quiz* en équipe leur a été proposé. Le but de ce *quiz* était en effet de faire un

retour sur tous les thèmes abordés durant le Programme mais également et surtout de renforcer leur travail d'équipe et l'échange des informations au sein du groupe nécessaire à tout travail d'équipe. Le côté ludique de ces mises en scène a permis le renforcement de la relation horizontale qui existait entre nous, permettant ainsi une meilleure appropriation des savoir-faire qui en découlaient.

Enfin, les fiches sessions, outils et missions, leur ont permis, selon elles de mieux intégrer et de s'approprier les informations dispensées lors des sessions en leur permettant de se décharger cognitivement. D'après leurs dires, ces fiches ont aussi pu servir de base à la transmission des savoir-faire et savoir-être vers leurs collègues. Nous aurions pu évaluer un groupe témoin d'assistantes maternelles n'ayant pas participé au Programme pour mesurer objectivement la transmission des connaissances et ainsi voir si une généralisation des compétences au sein de la pouponnière était possible.

3.4.3. La durée

En ce qui concerne la durée de la formation et des sessions en elles-mêmes, les assistantes maternelles estiment qu'il aurait été bénéfique pour elles que celles-ci durent plus longtemps. En effet, cela aurait pu leur permettre de plus s'exprimer lors des sessions, notamment aux retours de missions. Cela aurait également permis un accompagnement personnalisé lors des missions pour les assistantes maternelles en demande. Enfin, cela nous aurait laissé plus de temps d'observation des attitudes professionnelles des participantes afin de compléter quantitativement et qualitativement notre analyse. Matériellement, cela n'a pas été possible car les assistantes maternelles participaient aux sessions sur leur temps de travail. Ainsi le travail dans les salles avec les bébés nécessitait leur présence et ne leur autorisait que deux heures maximum d'absence. Dans la réalité des faits, les sessions ne duraient jamais plus d'une heure trente. Si d'autres PRIO devaient être conduits à l'avenir à la Pouponnière, il serait probablement intéressant que les sessions soient un peu plus espacées dans le temps, rallongeant ainsi le temps de formation. Les assistantes maternelles ayant une soif d'apprendre, jugent la formation trop courte mais sont globalement satisfaites par l'étendue de son contenu.

II. Biais et limites de l'expérimentation

Toute recherche à ses limites surtout quand elle concerne l'Humain. Certains facteurs instables ont ainsi influencé l'étude de l'impact du PRIO. Nous pouvons citer parmi eux la passation d'entretiens semi-dirigés, la difficulté de faire correspondre les plannings des assistantes maternelles avec celui du PRIO, la réalisation de vidéos, la part de subjectivité lors de l'analyse de ces vidéos et la réalisation de questionnaires. Afin de saisir les limites de l'évaluation de l'impact du PRIO, il est important d'en connaître les biais.

1. Les entretiens

1.1. Conditions d'évaluation

Afin d'évaluer l'effet du PRIO sur les assistantes maternelles nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés. Nous avons été 4 à mener les entretiens pré-test car nous étions accompagnées de nos directrices de mémoire et 2 pour les entretiens post-test. Des guides d'entretiens ont été élaborés et rédigés avant notre départ afin que toutes les enquêtrices soient les plus neutres possibles lors de la réalisation de ces entretiens. Le but de ces guides était que toutes les enquêtrices puissent suivre sa trame afin de poser sensiblement les mêmes questions à toutes les assistantes maternelles et que toutes les questions leurs soient posées. Cependant, dans un souci de non-directivité et de cohérence, nous avons choisi de suivre le cours de la conversation et certaines questions ont parfois été omises. C'est pour cette raison que, lors de l'analyse, nous avons réalisé des pourcentages de réussite en fonction du nombre de questions qui ont été posées et non sur le score global.

De plus, bien que toutes les enquêtrices aient eu une grille d'entretien à disposition, certaines questions ont été formulées différemment et leur interprétation a donc engendré des réponses disparates.

1.2. Analyse

En ce qui concerne l'analyse de ces entretiens, nous avons choisi d'élaborer un barème afin d'évaluer les connaissances acquises par les assistantes maternelles. Nous avons donc comparé les réponses des onze questions communes à ces deux entretiens. Cependant les entretiens pré et post-test n'étant pas tout à fait identiques nous avons choisi de regrouper certaines questions en fonction du thème qu'elles abordaient afin d'analyser le contenu de leurs réponses. Les assistantes maternelles n'ayant pas l'habitude de répondre à des entretiens semi-dirigés, certaines bonnes intuitions ont été retrouvées dans des questions où on ne les attendait pas forcément. Nous avons donc choisi de prendre en compte ces réponses acceptables, et de les attribuer aux questions desquelles elles dépendaient. Nous estimons ainsi que toute bonne réponse évoquée lors des entretiens constitue une connaissance acquise quel que soit l'endroit où elle apparaît.

2. Les questionnaires (post-test 2)

Comme nous l'avons évoqué précédemment la modalité « questionnaire » ne permet pas à toutes les assistantes maternelles d'exposer leurs connaissances équitablement. En effet, les niveaux scolaires des participantes étant très différents, toutes n'ont pas la même aisance à accéder à l'écrit. Ainsi, certains des questionnaires reçus comportent des similitudes et ont probablement été réalisés en groupe. Il est donc plus difficile d'évaluer les connaissances individuelles des assistantes maternelles.

De plus, cette modalité ne constituant pas un échange direct entre l'enquêtrice et la participante, elle peut être assimilée à un test écrit par certaines assistantes maternelles. Ainsi nous avons pu constater que pour certaines questions, les réponses sont des copier-coller des fiches de leur pochette. Il est donc plus difficile dans ces cas-là d'évaluer réellement les connaissances des assistantes maternelles.

Enfin, certaines questions sur la satisfaction ont été tournées de sorte que les assistantes maternelles ne pouvaient répondre que de manière binaire. Par exemple à la question sur la durée des sessions, elles étaient obligées de trancher entre une durée « plus » ou

« moins » longue. Ceci est un biais regrettable car nous ne pouvons donc pas savoir si la durée telle qu'elle a été proposée leur convenait. Ce biais a en parti été contrebalancé par les réponses aux questions plus ouvertes posées lors de l'entretien post-test.

3. Les vidéos

3.1. Condition d'évaluation

Afin d'analyser objectivement l'utilisation des outils, nous avons choisi une méthode d'évaluation écologique se basant sur des séquences d'interactions filmées lors du repas. Cette méthode d'analyse entraîne cependant des biais expérimentaux.

Tout d'abord, cette méthode nécessite la présence d'une personne qui observe et filme ce moment d'interaction. Il peut ainsi perturber l'enfant ou l'adulte par sa présence et influencer leur comportement.

Nous avons choisi de filmer ces moments d'interaction lors du repas afin de pouvoir observer l'application de tous les outils présentés lors des sessions. Nous pouvons ainsi observer, en plus des interactions, les adaptations faites par les assistantes maternelles lors du repas. Cependant nous savons que ce moment d'interaction ne reflète pas toute l'étendue des compétences professionnelles des assistantes maternelles, notamment par le choix d'une durée courte pour les enregistrements. Pour faire une analyse plus complète il aurait été intéressant de coupler ces séquences d'interaction durant le repas avec une séquence d'interaction plus intime lors du bain ou du change.

Par ailleurs, notons que les séquences d'interaction n'ont pas pu être réalisées dans les mêmes conditions en pré et post-test. En effet, les assistantes maternelles ne donnent pas à manger aux mêmes enfants et au même moment de la journée. Ainsi le type d'alimentation (biberon ou bouillie) peut varier d'une vidéo à l'autre.

3.2. Analyse

La grille d'observation des interactions lors du repas inspirée des grilles d'observation des attitudes du parent du centre Hanen regroupe l'ensemble des attitudes interactives favorisant l'échange avec l'enfant. Elle a été conçue dans le but d'être la plus objective et exhaustive possible. Cependant, nous avons conscience qu'il nous serait difficile d'observer certains items mettant en jeu la compréhension de la langue wolof. Ainsi, certains items comme : interprète, commente, varie les sujets, parle des émotions, parle du passé et du futur n'ont pas pu être objectivés et donc comptabilisés dans nos résultats.

De plus, l'analyse exclusivement qualitative de vidéos relève d'une subjectivité certaine. Afin d'enrichir l'analyse d'une double interprétation, nous avons réalisé un double visionnage des vidéos associé à une double cotation des grilles pour chacune des vidéos pré-test et post-test. En effet, chacune d'entre nous a visionné et coté les vidéos individuellement, puis les grilles ont été mises en commun, comparées et réajustées au besoin par un troisième visionnage. Pour plus d'objectivité nous aurions pu solliciter un jury vidéo neutre (n'ayant pas participé au Programme).

III. Intérêts du mémoire et perspectives

1. Intérêt pour la Pouponnière

Si nous ne devons retenir qu'une seule chose de ce que notre PRIO a pu apporter aux assistantes maternelles, nous retiendrions la confiance en elles qu'elles semblent avoir gagné après celui-ci. Lors de notre dernière session, nous avons en face de nous des femmes renforcées dans leurs compétences et assurées de leurs capacités. Nous croyons que ce gain de confiance les conduira, dans une pratique toujours plus avisée de leur métier, à explorer de nouvelles possibilités avec les bébés, qui elles-mêmes permettront aux nourrissons de la Pouponnière de se développer dans des conditions plus favorables. Il serait intéressant de pouvoir réévaluer les compétences des assistantes maternelles afin de savoir si cette croissance exponentielle a bien eu lieu.

Dans les entretiens nous avons recueilli des témoignages de professionnelles affirmant qu'elles accueilleraient volontiers d'autres programmes de ce type notamment dans les domaines du développement de l'enfant et de la psychomotricité. Nous espérons voir naître de ce projet d'autres initiatives qui permettront à ces assistantes maternelles et à d'autres de développer un regard encore plus averti sur leurs pratiques et sur les enfants dont elles s'occupent avec bienveillance.

2. Intérêt pour l'orthophonie

Comme Martin (2000), nous pensons que la formation des parents et des éducateurs est une voie d'avenir pour l'orthophonie et que la forme du PRIO est particulièrement adaptée à une action de prévention. Nous pensons également que ce format d'intervention est transposable à toutes les cultures et à tous les champs de compétences de l'orthophoniste. Les situations de vulnérabilité entraînant un risque pour le développement du langage et de la communication de l'enfant sont nombreuses, et des contextes comme celui de notre Pouponnière se rencontrent même en France. Nous estimons qu'il serait intéressant d'évaluer l'impact que pourrait avoir un Programme semblable au nôtre dans un milieu de garde en France par exemple.

Il faudrait également pouvoir mesurer l'impact du PRIO sur les bébés. Il serait pertinent de proposer un Programme évaluant à la fois les attitudes autour de l'oralité et l'oralité de l'enfant. De nombreux programmes d'intervention existent et nous pensons qu'il serait tout aussi intéressant de pouvoir mesurer l'efficacité de PRIO centrés sur d'autres domaines de l'orthophonie comme la surdité ou le bégaiement par exemple.

3. Intérêt personnel

Mener cette étude nous a confrontées à des situations parfois difficiles. Mettre en place un tel projet nécessite avant tout de se questionner sur ses capacités humaines et méthodologiques. Cependant, nous tirons de cette expérience un apport tellement important sur le plan relationnel, professionnel et personnel, que nous ne pouvons qu'encourager toute initiative de ce type de projet.

CONCLUSION

Les bébés qui naissent puis grandissent dans un milieu vulnérable risquent de présenter des difficultés dans le domaine de l'oralité, du langage et de la communication. Dans ces milieux, la prévention et l'intervention précoce sont les meilleurs moyens pour limiter les risques d'apparition de troubles de l'oralité et/ou du langage et de la communication. C'est le rôle de l'orthophoniste d'en assurer la prise en soin, mais c'est aussi son rôle d'informer et d'anticiper l'apparition de ces troubles.

L'intervention indirecte, par une action sur les personnes qui sont au plus près des bébés à risque, offre un cadre adapté à cette prévention. Elle permet la mise en place d'un climat favorable au développement de l'oralité, qu'elle soit verbale ou alimentaire, et ce, le plus tôt possible dans le développement de l'enfant.

Les Programmes d'Intervention en Orthophonie (PRIO), par leur format particulier et par la possibilité qu'ils offrent d'être diffusés largement, semblent particulièrement adaptés à une intervention qui se veut limitée dans le temps mais qui doit se répercuter sur le long terme. C'est dans ce but d'action de prévention en milieu vulnérable que nous avons choisi de proposer un PRIO centré sur l'oralité aux assistantes maternelles de la Pouponnière de M'Bour au Sénégal.

Notre étude montre que le PRIO que nous avons mené a doté les assistantes maternelles de connaissances et de compétences autour de l'oralité des bébés dont elles prennent soin. La mise en place de cette action de prévention sous la forme d'un PRIO centré sur l'oralité alimentaire et verbale des enfants a donc bien permis un enrichissement et une adaptation des compétences professionnelles des participantes, et ce, de manière durable. Notre hypothèse initiale est donc validée.

Ce PRIO a donné aux assistantes maternelles de la Pouponnière de M'Bour l'occasion de renforcer leur expertise et leur a fait prendre conscience de la place centrale qu'elles occupent auprès des bébés et de l'influence de leurs gestes et attitudes sur le développement de l'oralité de ceux-ci.

Ce PRIO a permis, par l'apport de savoirs et de pratiques, ainsi que par le renforcement de leurs compétences initiales de revaloriser leur identité professionnelle. Ce gain de confiance en elles, devrait permettre aux assistantes maternelles d'offrir aux bébés un éventail plus vaste d'adaptations afin de limiter les risques d'apparition de troubles. Ce répertoire d'attitudes favorables au développement de l'oralité devrait s'agrandir au fur et à mesure du constat de réussite.

Ce type d'intervention enrichit la pratique orthophonique en plaçant l'entourage au centre de la prise en soin et en créant une alliance thérapeutique entre celui-ci et l'orthophoniste. Nous souhaiterions que cette recherche soit l'esquisse d'une réflexion autour de la place de l'orthophoniste dans sa relation avec les aidants naturels de leurs patients.

Cette étude rappelle la diversité du champ d'action et de compétences de l'orthophoniste qui joue aussi bien un rôle dans le domaine de la santé publique, dans lequel il peut effectuer des actions de prévention, que dans la prise en charge des patients.

REFERENCES

Abadie, V. (2004a). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de pédiatrie*, 11, 603-605.

Abadie, V. (2004b). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 55-68.

Abadie, V. (2008). Troubles de l'oralité d'allure isolée : « Isolé de veut pas dire psy ». *Archives de Pédiatrie*, 15, 837-839.

Abadie, V., Champagnat, J., Fortin, G., Couly, G. (1999). Succion-déglutition-ventilation et gènes du développement du tronc cérébral. *Archives de Pédiatrie*, 6, 1043-1047.

Absil, G., Vandoorne, C. et Demarteau, M. (2012). *Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la Promotion de la santé*. Lièges, Belgique : Appui en Promotion et Éducation pour la Santé.

Auzias, L., et Le Menn, M.-A., (2011) *L'accompagnement familial dans la pratique clinique orthophonique au Québec et en France*. Mémoire d'orthophonie, Lyon

Becquet, V. (2012). Les « jeunes vulnérables » : essai de définition. *Agora débats/jeunesses*, 3(62), 51-64.

Bloom, L. et Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York, NY : Wiley.

Bo, A. (2010) Tableau accompagnement familial en Orthophonie. [*Transmis à titre de communication personnelle, en cours de publication*].

Bouchard, J. M. et Kalubi, J. C. (2006). Partenariat et recherche de transparence : des stratégies pour y parvenir. *Informations sociales*, 5(133), 50-57.

Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte 1 : L'attachement*. Paris, France : Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1969 sous le titre *Attachment and Loss. Volume I : Attachment*. New York, NY : The Tavistock Institute of Human Relations).

Boysson-Bardies, B. (1996). *Comment la parole vient aux enfants : de la naissance jusqu'à deux ans*. Paris, France : Odile Jacob.

Bruner, J. (1983). *Savoir faire, savoir dire : le développement de l'enfant*. Paris, France : PUF.

Caverot E. et Rousseau A., (2012). *Oralité du nouveau-né prématuré : Évaluer l'intérêt d'un Programme d'Intervention en Orthophonie destiné aux parents et centré sur le langage et la communication*. Mémoire d'orthophonie, Lyon.

Charte d'Ottawa. (1986). Récupéré le 17 Décembre 2013 du site du ministère de la santé : http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf

Couly, G. et Thibault, C. (2004). Une cuillère pour....*Rééducation orthophonique*, 220, 199.

Couly, G. (2010). *Les oralités humaines - Avaler et crier : le geste et son sens*. Rueil-Malmaison, France : Doin Editions.

Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste. Récupéré le 11 Janvier 2014 du site legifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000413069>

Delaoutre-Longuet, C. (2007). Prématurité et succion. *Glossa*, 99, 48-63.

Delaunay, V. (2009). Abandon et prise en charge des enfants en Afrique : une problématique centrale pour la protection de l'enfant. *Mondes en développement*, 2(146), 33-46.

Delfosse, M. J. (2006). Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance : état des lieux à trois ans et demi. *Devenir*, 18, 23-35.

Denni-Krichel, N. (2003). Le partenariat parents-orthophonistes. *Enfance et psy*, 21, 50-57.

Diop, I. (2012). Handicap et représentations sociales en Afrique occidentale. *Le français aujourd'hui*, 2(177), 19-27.

Dunst, C. J. (2007). Early Intervention for Infants and Toddlers with Developmental Disabilities. Dans J. Blacher, R.H. Horner, S.L. Odom et M.E. Snell (dir.), *Handbook of developmental disabilities* (p.161-180). New York , NY : The Guilford Press.

Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011, Rapport final. (2012). Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Dakar, Sénégal.

Eyoum, I. (2007). Les fonctions oro-faciales, l'orthophonie et moi : 25 ans de pratique, de recherche et de passion. *Glossa*, 100, 16-20.

Ezembé, F. (2009). *L'enfant africain et ses univers*. Paris, France : Karthala.

Fall, L. et al. (2007). Handicap et école au Sénégal. *Perspectives Psy*, 4(46), 336-340.

Falk, J. (1990). Le rapport enfant-adulte en pouponnière : respect, sécurité, autonomie. *Enfance*, 43(1-2), 45-49.

Flowers, H., Girolametto, L., Weitzman, E., et Greenberg, J. (2007). Promoting early literacy skills : Effects of inservice education for early childhood educators. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 31(1), 6-17.

Girolametto, L. (2000). Participation à un programme d'intervention précoce sur le développement du langage : efficacité du programme parental de Hanen. *Rééducation orthophonique*, 203, 31-62.

Girolametto, L., Weitzman, E. et Greenberg, J. (2003). Training day care staff to facilitate children's language. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12, 299-311.

Girolametto, L., Weitzman, E. et Greenberg, J. (2004). The effects of verbal support strategies on small group peer interactions. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 35, 256-270.

Gobbers, D. et Pichard, E. (2000). L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest. *Actualité et dossier en santé publique*, 30, 35-42.

Guédeney, A. et Guédeney, N. (2010). *L'attachement : approche clinique*. Issy-les-Moulineaux, France : Masson.

Kremer, J. M. et Denni-Krichel, N. (2010). *Prévenir les troubles du langage de l'enfant*. Paris, France : J.Lyon.

Larose, F. et Terrisse, B. (2001). La résilience : facteurs de risque et facteurs de protection dans l'environnement social et scolaire de jeune enfant. *Cahiers du Centre de recherche sur les formes d'éducation et d'enseignement*, 14, 129-172.

Lau, C. (2007). Développement de l'oralité chez le nouveau-né prématuré. *Archives de pédiatrie*, 14, 35-41.

Le Bossé, Y. (2003). De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'*empowerment*. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51.

Leroy-Malherbe, V et Laigle, P. (2002, juin). Modalité d'approche des troubles de la déglutition chez le nourrisson et l'enfant. *Médecine et enfance*, 325-334.

Lorin, F. et Payet, Y., (2013). *Prévention primaire en orthophonie en milieu vulnérable : impact d'un Programme d'Intervention en Orthophonie destiné aux assistantes maternelles de la Pouponnière de Mbour (Sénégal) et centré sur le langage et la communication*. Mémoire d'orthophonie, Lyon.

Malek-Yonan, V. et Rigaux, E. (2009). L'observation en pouponnière, un outil indispensable. *Cahiers de puéricultrice*, 231, 24.

Manolson, A. (1997). *Parler, un jeu à deux, comment aider votre enfant à communiquer : guide du parent*. Toronto, Canada : Centre Hanen.

Manteau, E. (2001). Expérience africaine, des pistes de réflexion pour le travail d'orthophonie en France. *Enfances et Psy*, 14, 148-152.

Martin, S. (dir.) (2000). *Rééducation orthophonique : L'accompagnement familial*, 203, 5-10.

Marty, M. (2001). *Essai de compréhension de la notion de vulnérabilité*. Actes des sixièmes journées d'études « Médiations, bientraitance et vieillissement, La médiation en droit du travail ».

-
- Mascaro, R. et al. (2012). Évaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. *Devenir*, 2(24), 69-115.
- Mellul, N. et Thibault, C. (2004). L'éducation orale précoce. *Rééducation orthophonique*, 220, 117-125.
- Monfort, M. et Jaurez Sanchez, A. (2000). L'intervention centrée sur l'interaction familiale dans les cas de troubles graves du développement du langage. *Rééducation orthophonique*, 203, 125-138.
- Monfort, M. (2010). Guidance, accompagnement, partenariat : les alentours de l'intervention orthophonique. Dans *Les entretiens de Bichat* (p.53-57), Paris, France.
- Morisseau, L. (2002). Relation à la nourriture, relation à la mère. *Archive de pédiatrie*, 9, suppl. 4, 456-458.
- Pastré, P. (2005). Dynamique et métamorphose des compétences professionnelles. *Psychologie du travail et des organisations*, 11, 73-87.
- Pieuchot, C. (2007). « La prévention à partir d'une pouponnière » Penser l'accueil, l'observation, l'orientation. *Vie sociale et traitements*, 2(94), 131-139.
- Rabain, J. (1994). *L'enfant du lignage, du sevrage à la classe d'âge chez les Wolofs du Sénégal*. Paris, France : Payot.
- Rabain-Jamin, J. (2003). Enfance, âge et développement chez les Wolof du Sénégal. *L'Homme*, 3(167-168), 49-65.
- Rabain-Jamin J. et al. (2006). Reprises de l'adulte et socialisation de l'enfant wolof (Sénégal). *La linguistique*, 2(42), 81-98.
- Rapport Flajolet, Annexe 1, La prévention : définitions et comparaisons. Récupéré le 11 Janvier 2014 de : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
- Renaud, L. et Lafontaine, G. (2011). *Guide pratique : intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Montréal, Canada : Partage.
- Robert-Tissot, C. et Rusconi Serpa, S. (2000). Interactions du nourrisson avec ses partenaires. *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37-190-B-60.
- Senez, C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Marseille, France : Solal.
- Senez, C. (2004). Hyper nauséeux et troubles de l'oralité chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 203, 91-102.
- Sylvestre, A., Cronk, C., St-Cyr Tribble, D. et Payette, H. (2002). Vers un modèle écologique de l'intervention orthophonique auprès des enfants. *Revue d'orthophonie et d'audiologie*, 26(4), 180-196.
-

Terrisse, B., Larose, F., Bédard, J., Lefebvre, M.-L. et Larivée, S. (2006). *Étude des effets d'un programme interactif d'entraînement à la communication parents-enfants sur les attitudes et les pratiques parentales et sur les compétences des enfants à la maison et à l'école*. Récupéré le 5 Octobre 2013 du site de l'Université du Québec à Montréal : <http://www.unites.uqam.ca/terrissse/pdf/EPA.pdf>

Thibault, C. (2007). *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Thibault, C. (2012). Les enjeux de l'oralité. Dans *Les entretiens de Bichat* (p.115-136), Paris, France.

Tsymbol, E., Raphaël, B. et Morand, B. (2003). Rééducation des incompétences vélo-pharyngées. *Rééducation orthophonique*, 216, 91-95.

Vallerie, B. (2012). Quelques intérêts de la référence à l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités dans les interventions sociales. Dans B. Vallerie (coord.), *Interventions sociales et empowerment* (p.155-182). Paris, France : L'Harmattan.

Veneziano, E. (2000). Interaction, conversation et acquisition du langage dans les trois premières années. Dans M. Fayol et M. Kail (dir), *L'acquisition du langage : le langage en émergence de la naissance à trois ans* (p. 231-266). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Weitzman, E. (2000). Apprendre le langage en ayant du plaisir – Le programme de Hanen pour éducateurs de jeunes enfants : une formation interne dans les crèches, visant à faciliter le développement des compétences sociales et du langage oral et écrit. *Rééducation orthophonique*, 203, 85-124.

ANNEXES

Annexe I : Grilles d'entretiens et questionnaire

1. Entretien pré-test

Données personnelles :

Nom – Age:

Durée de l'emploi à la pouponnière

Quels autres emplois avant

Diplômes et formations

A. Conditions de travail

1. Qu'est ce qui vous plaît le plus dans votre travail ?
2. Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous dans ce travail ?

B. Culture

1. Au Sénégal, à partir de quel âge considère-t-on l'enfant comme une vraie personne, un membre de la famille à part entière ?
2. Est-ce qu'on laisse l'enfant grandir par lui-même ou est-ce que les adultes guident le développement de l'enfant ? Est-ce que l'adulte a des obligations envers l'enfant pour l'aider à grandir ? Lesquelles ?

C. L'orthophonie

1. Avant aujourd'hui est-ce que vous aviez connaissance de l'orthophonie ?
2. Si oui dans quel cadre ?
3. Si non d'après vous à quoi ça peut servir ?
4. Pour vous l'orthophonie ça sert à quoi ?
5. L'orthophonie c'est pour qui ?

D. Oralité verbale/communication

1. En quelle langue vous adressez vous aux bébés ?
2. A quel moment leur parlez-vous le plus ?
3. A quoi servent le langage et la communication ?
4. A partir de quel âge parle-t-on à un petit enfant ?
5. Comment vous adressez-vous à un bébé de... mois ? (selon la réponse)
6. Comment vous adressez-vous à un enfant de 2 ans ?
7. A partir de quand le bébé communique ?
8. A partir de quand le bébé comprend ?
9. Comment savez-vous qu'il comprend ?
10. Comment fait le petit enfant pour communiquer ?
11. A quel moment les mots apparaissent ?
12. Qu'est-ce qui peut empêcher le langage et les mots de venir ?
13. Qu'est-ce qui peut aider le langage et les mots de venir ?
14. Quels liens faites-vous entre manger et parler ?

E. L'oralité alimentaire

1. Comment se passent le repas des bébés ici ? Combien de temps cela dure-t-il ? Dans quelle position sont les enfants ?

-
2. Qu'est-ce qui est important pour vous pendant le repas ?
 3. Jusqu'à quel âge est-il nourri ? Et par qui ?
 4. Est-ce que vous pensez que dans la pouponnière certains enfants ont des problèmes pour s'alimenter ?
 5. Si oui, à quoi le voyez-vous ?
 6. Comment faites-vous avec ces enfants-là ?
 7. A votre avis quels sont les organes importants pour téter ?
 8. Qu'est-ce qui peut empêcher un enfant de téter ?
 9. Peut-on aider un enfant qui ne peut pas téter ?
 10. Si oui, comment ?
 11. Que se passe-t-il quand un enfant ne peut pas s'alimenter par la bouche/téter ?
 12. A quel âge l'enfant commence-t-il à manger à la cuillère ?
 13. A quel âge un enfant fait-il ses premières dents ?

F. Les attentes

1. Avez-vous participé aux ateliers d'Ysoline et Fanny l'an dernier (Juin 2012)?
2. Avez-vous fait d'autres formations ? Dans quel domaine ?
3. Est-ce que vous avez utilisé ce que vous avez appris ?
4. Qu'est-ce que vous avez utilisé de ce que vous avez appris?
5. Est-ce que vous l'utilisez toujours ?
6. Qu'est-ce que vous voudriez apprendre dans cette formation ?
7. Est-ce que vous préférez un grand groupe, un petit groupe ou une formation individuelle ?
8. Qu'est-ce qui vous a poussé à vous inscrire ?

2. Entretien post-test 1

A. Le Programme

1. Avez-vous participé aux ateliers d'Ysoline et Fanny l'an dernier (Juin 2012)?
2. A combien de sessions avez-vous participé ?
3. Qu'avez-vous pensé du rythme des séances ?
4. Qu'avez-vous pensé de la durée des séances ?
5. Qu'avez-vous pensé des supports utilisés ?
6. Pensez-vous que vous avez suffisamment eu l'occasion de dire ce que vous pensiez ?
7. Qu'avez-vous pensé des « missions » et des retours de missions ?
8. Le thème de la formation est-il intéressant ?
9. Avez-vous appris des choses ?
10. Quoi ?
11. Pensez-vous qu'elles seront utiles à votre pratique ? Lesquelles seront le plus utiles ?
12. Sera-t-il facile de les mettre en pratique ?
13. Vous sentez-vous capable de le faire ?
14. Pensez-vous que vous le ferez ?
15. Qu'est-ce que ça va changer dans votre pratique ?

-
16. Que vous a-t-il manqué dans cette formation ?
 17. Qu'aimeriez-vous qu'on change ?
 18. S'il devait y avoir une autre formation l'année prochaine sur quoi aimeriez-vous qu'elle porte ? Qu'est-ce qui vous manque pour aider les enfants en difficultés ?

B. L'orthophonie

1. Pour vous l'orthophonie ça sert à quoi ?
2. Qu'est-ce que l'oralité ?

C. Oralité verbale/communication

1. A partir de quand le bébé communique ?
2. A partir de quand le bébé comprend ?
3. Comment savez-vous qu'il comprend ?
4. A quel moment les mots apparaissent ?
5. Qu'est-ce qui peut empêcher le langage et les mots de venir ?
6. Que peut-on faire pour aider l'enfant à échanger et comprendre ?
7. Saurez-vous repérer les enfants en difficulté ?
8. Aurez-vous des idées pour les aider à développer leur langage ?
9. Quels liens faites-vous entre manger et parler ?
10. Comment peut-on aider un enfant à entraîner sa bouche ?

D. L'oralité alimentaire

1. Qu'est-ce qui est important pour vous pendant le repas ?
2. Est-ce que vous pensez que dans la pouponnière certains enfants ont des problèmes pour s'alimenter ?
3. Quels types de difficultés l'enfant peut-il rencontrer quand il mange ?
4. Comment faites-vous avec ces enfants-là ?
5. Avez-vous quelque chose à rajouter ?

3. Questionnaire post-test 2

A. Le programme et les pratiques

1. Quel est le souvenir le plus marquant que vous gardez de la formation ?
2. Depuis notre départ, avez-vous changé quelque chose à votre façon de travailler ?
3. Si oui, quoi ?
4. Avez-vous l'impression que ce changement a une influence sur les enfants ?
5. Comment le voyez-vous ?
6. Utilisez-vous certains des outils de la formation ?
7. Cela est-il facile pour vous de les utiliser au quotidien ?
8. Est-ce que vous regardez parfois les fiches sessions de votre pochette ?
9. Citez-nous les deux outils que vous utilisez le plus ?
10. Racontez-nous une de vos expériences, quelque chose que vous avez essayé avec un enfant.
11. Qu'auriez-vous aimé que l'on change dans la formation ?
 - i. plus / moins **de sessions** ?
 - ii. **des sessions** plus / moins **longues** ?
 - iii. **une formation** qui dure plus / moins **longtemps** ?

-
- iv. présentation du projet à plus / moins de personnes ?**
 - v. des mises en pratique plus / moins nombreuses ?**
 - vi. un accompagnement plus / moins important dans les missions ?**
 - vii. plus / moins d'utilisation des vidéos ?**
 - viii. apport de plus / moins de matériel ?**
 - ix. d'autres thèmes abordés : lesquels ?**
12. Avez-vous discuté du contenu de la formation avec vos collègues ?
 13. Qu'est-ce qu'elles vous en disent ?
 14. Pensez-vous que votre attitude a une influence sur la pratique de vos collègues (qui n'ont pas participé à la formation) ?
 15. Souhaiteriez-vous qu'il y ait une suite à cette formation ?
 16. Si oui, sur quels thèmes ? (Qu'est-ce qui vous manquerait pour aider les enfants en difficultés ?)
 17. Aimerez-vous avoir des formations de ce type dans d'autres domaines (autres que l'orthophonie) ?
 18. Si oui, dans quels domaines ?

B. L'orthophonie

1. A qui est destinée l'orthophonie ?
2. A quoi leur sert l'orthophonie ?
3. Qu'est-ce que l'oralité ?

C. Oralité verbale

1. A partir de quand le bébé communique-t-il ?
2. Par quels moyens ?
3. A partir de quand le bébé comprend ?
4. Comment savez-vous qu'il comprend ?
5. A quel moment les mots apparaissent ?
6. Qu'est-ce qui peut empêcher le langage et les mots de venir ?
7. Que peut-on faire pour aider l'enfant à échanger et comprendre ?
8. Savez-vous mieux repérer les enfants en difficulté ?
9. Comment voyez-vous qu'ils sont en difficulté ?
10. Avez-vous des idées pour les aider à développer leur langage et leur communication ?
11. Quels liens faites-vous entre manger et parler ?
12. Comment peut-on aider un enfant à entraîner sa bouche ?

D. L'oralité alimentaire

1. Qu'est-ce qui est important pour vous pendant le repas ?
2. Est-ce que vous pensez que dans la pouponnière certains enfants ont des problèmes pour s'alimenter ?
3. Quels types de difficultés l'enfant peut-il rencontrer quand il mange ?
4. Comment faites-vous avec ces enfants-là ?
5. Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Annexe II : Fiche « session »

Cette fiche est donnée en fin de session. Elle récapitule les informations évoquées lors de la session et s'ajoute à la pochette des assistantes maternelles.

ATELIER MANGER-PARLER MBOUR MAI 2013

SESSION 2 : J'ENTRAINE MA BOUCHE

LA GROSSESSE

La grossesse normale dure entre 38 et 40 semaines (9 mois)

Si le bébé naît trop tôt:

De 33 à 37 semaines : légère prématurité

De 29 à 32 semaines : grande prématurité

De 24 à 28 semaines : très grande prématurité



LA BOUCHE SE FORME DANS LE VENTRE: Vers 2 mois

LA BOUCHE COMMENCE A FONCTIONNER : Vers 3 mois

Le fœtus commence à avaler le liquide amniotique

LA BOUCHE S'ENTRAINE :

La succion est vraiment efficace vers 33-34 semaines

A LA NAISSANCE LA BOUCHE EST PRETE A FONCTIONNER :

Réflexe de foussement

Réflexe de succion

Réflexe nauséux

L'automatisme d'orientation de la langue

Réflexe de toux

Cris et pleurs



LA BOUCHE DU PETIT ENFANT S'ENTRAINE ENCORE :

Aux alentours de 4-6 mois l'enfant passe de la bouche réflexe (téter et gazouiller) à la bouche contrôlée (manger à la cuillère et babiller)

Annexe III : Fiche « outil »

Cette fiche permet de retrouver le détail de tous les outils évoqués lors de la session.

ATELIER MANGER-PARLER MBOUR MAI 2013

Des idées pour entraîner la bouche

Jeux avec le corps

Ouh, je vais les manger ces petits pieds !!!
Où es-tu ? Où te caches-tu ?
Coucou te voilà !!!
C'est la petite bête qui monte, qui monte ... !



Chansons

Chansons qui parlent des parties du corps, qui font jouer avec la bouche
Petite comptine avec le doigt :
«Je fais le tour de la maison (tour du visage), je ferme les volets (fermer les yeux) et je ferme la porte (fermer la bouche) à clé !(tour sur le nez).

Bruits et cris

Cris des animaux :
Bébé !!! Hihan !!!, le cheval, la poule, le cochon...
Bruit de la voiture, de la mer...

Grimaces et jeux de bouche

- Le bisou.
- Le grand sourire.
- Tirer la langue.
- Langue vers le nez et vers le menton.
- Langue dans les coins.
- Claquer la langue.
- Rentrer/sortir la langue rapidement.
- Lalalala.
- Rentrer les lèvres.
- Souffler (plus ou moins fort).
- Froncer les sourcils.
- Plisser le nez.
- Gonfler les joues (d'abord les deux puis l'une après l'autre).

Matériel et objets d'entraînement

Jouets à mâchouiller
Cuillères
Souffler sur des morceaux de papier, des feuilles d'arbres ...

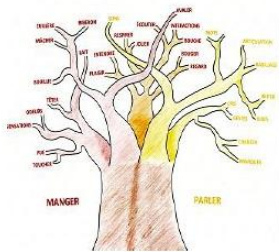
Le tour de ma cour

Seulement si tu veux bien.... Je fais le tour de la cour	<i>(Tourner dans la main)</i>	
Je monte en haut du baobab	<i>(Remonter le long du bras jusqu'à l'oreille)</i>	
Et je glisse Et je glisse... sur le chemin	<i>(on déclenche le frouissement sur une joue)</i> <i>(pareil sur l'autre joue)</i>	
Toc, toc, y a-t-il quelqu'un ? Toc, toc, toc, toc, oui je vois bien !	<i>(Appuyer de chaque côté de la joue, près de la bouche)</i> <i>(Appuyer aux quatre coins des lèvres)</i>	
Et je tourne Et je tourne... dans ma cour	<i>(Mouvements circulaires sur une joue)</i> <i>(Idem sur l'autre joue)</i>	
Toc je peux entrer ? Non, je ne peux pas entrer ? Alors je reste là, à la prochaine fois ! Je m'essuie les pieds Je tire les rideaux	<i>(Chatouiller l'intérieur du milieu de la lèvre inférieure)</i> <i>(Si l'enfant se ferme, arrêter)</i> <i>(Sinon, continuer à l'intérieur de la bouche)</i> <i>(Chatouiller les gencives)</i> <i>(Faire des ronds à l'intérieur des joues)</i>	
Et je creuse, et je creuse ... mon p'tit lit douillet La charrette a bien démarré Sinon tournons la clé ! Et je creuse, et je creuse... ça va l'aider ! ça va mieux, je replace la clé	<i>(Mettre le petit doigt sur la langue)</i> <i>(Quand la succion démarre)</i> <i>(S'il n'y a pas de succion retourner le doigt, et le coller au palais, faire de petits mouvements d'avant en arrière)</i> <i>(Puis retourner le doigt en bas, contre la langue)</i>	
Alors au revoir, je vais te laisser...	<i>(Terminer par des caresses)</i>	

Annexe IV : Fiche « mission »

ATELIER MANGER PARLER MBOUR 2013

ISTR-UCBLYON1



MISSION N°2

- Je choisis un enfant avec lequel je vais commencer à pratiquer
- Je choisis un outil avec lequel je me sens à l'aise
 - Jeu de bouche
 - Grimaces
 - Chanson
 - Comptine de stimulation
- Je choisis un outil qui me paraît plaire à l'enfant choisi
- Je choisis un moment tranquille

Mon outil

Le moment choisi

Comment l'enfant réagit

Qu'est-ce qui m'a plu

Annexe V : Fiche « panier » complète

ATELIER MANGER-PARLER MBOUR MAI 2013



Je remplis mon panier



1.

OBSERVER C 'EST AIDER



2.

DES OUTILS POUR ENTRAINER LA BOUCHE



3.

DES OUTILS POUR ECHANGER ET COMPRENDRE



4.

DES OUTILS POUR LE REPAS



5.

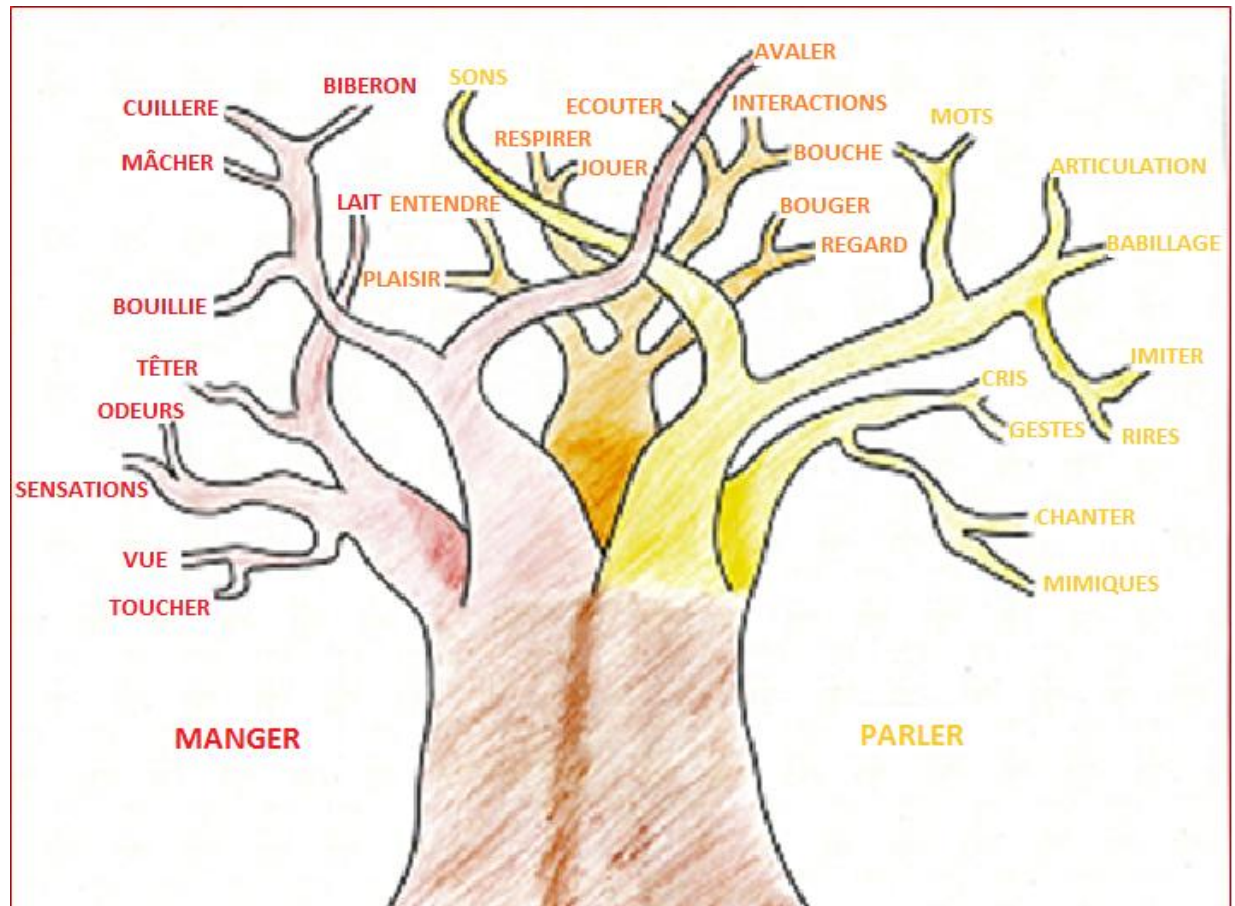
DES GESTES POUR AIDER LA MOTRICITE DEL'ENFANT



6.

S'ENTRAINER A PRATIQUER C'EST AIDER L'ENFANT A BIEN GRANDIR

Annexe VI : Le baobab de l'oralité



Annexe VII : Grille d'observation des interactions lors du repas

Laisse l'enfant prendre l'initiative :

- Observe/Regarde
- Attend
- Écoute
- Suit les intérêts de l'enfant
- Traite les indices non-verbaux émis par l'enfant pour le laisser prendre l'initiative.

Apporte du langage et de la communication :

- Sourit à l'enfant
- Interpelle l'enfant
- Imité l'enfant (Gestes, Parole/Babil, Mimiages, Bruits)
- Interprète : (Gestes, Parole/Babil, Mimiages, Bruits)
- Commente/ Nomme/ Explique
- Pose des questions
- Utilise des indices non verbaux (fait des mimiages)
- Varie les sujets (on le laisse même si on ne peut pas l'analyser)

Maintient l'interaction :

- Se met face à l'enfant
- Recherche le contact visuel
- Aide l'enfant à prendre son tour (Installe des tours de rôle et de parole)
- Donne du renforcement (renforce, valorise, félicite)

Utilise toutes les fonctions du langage :

- Parle des émotions
- Est dans le jeu
- Parle du passé et du futur

S'ajuste à la situation du repas :

- Ajuste la vitesse de sa parole
- Ajuste l'intensité de sa parole
- Favorise un environnement sécurisé (baiser, caresse, portage, bercement)
- Est attentif à l'environnement
- Favorise l'autonomie de l'enfant
- Ajuste la posture de l'enfant
- Ajuste ses gestes aux difficultés rencontrées (biberon, cuillère)
- Ajuste le rythme du repas (prend le temps, ne force pas l'enfant)
- Ajuste la quantité de nourriture

0 : absent

1 : intermédiaire/aléatoire/émergent

2 : présent

Annexe VIII : Barème des réponses aux 11 questions communes au pré-test et au post-test

Questions	Thèmes	Pré-test	Post-test 1	Post-test 2	Réponses attendues
Oralité verbale					
A partir de quand le bébé communique ?	Début de la communication	P0D7	P1C1	P2C1	0 à 3 mois = 1; Autre âge = 0
A partir de quand le bébé comprend ?	Début de la compréhension	P0D8	P1C2	P2C3	0 à 3 mois = 1; Autre âge = 0
Comment savez-vous qu'il comprend ?	Comment mesurer la compréhension	P0D9	P1C3	P2C4	Enfant réagit à une demande = 1 Enfant réagit à son nom = 1 Enfant a réaction contextualisée = 1 Pas de réponse = 0
Comment fait le petit enfant pour communiquer ?	Moyens de communication	P0D10		P2C2	Expression orale = 1 Expression motrice = 1 Gestes naturels et sociaux = 1 Pas de réponse = 0
A quel moment les mots apparaissent ?	Apparition des mots	P0D11	P1C4	P2C5	Entre 9 et 20 mois = 1 Pas de réponse = 0
Qu'est-ce qui peut empêcher le langage et les mots de venir ?	Empêchement des mots	P0D12	P1C5	P2C6	Environnement/Stimulation = 1 Handicap/Maladie = 1 Pas de réponse = 0
Qu'est-ce qui peut aider le langage et les mots à venir ?	Aides à la communication	P0D13	P1C6 P1C8	P2C7 P2C10	Environnement/Stimulation naturelle = 1 Aide/Adaptation/Stimulation adaptée = 1 Pas de réponse = 0
Quels liens faites-vous entre manger et parler ?	Parler/Manger	P0D14	P1C9	P2C11	État de santé = 1 Bouche = 1 Pas de réponse = 0
Oralité alimentaire					
Qu'est-ce qui est important pour vous pendant le repas ?	Important dans le repas	P0E2	P1D1	P2D1	Bien être/interaction = 1 Nutrition/Posture = 1 Pas de réponse = 0
Est-ce que vous pensez que dans la pouponnière certains enfants ont des problèmes pour s'alimenter ?	Problèmes d'alimentation	P0E4	P1D2	P2D2	Oui = 1; Non = 0
Si oui à quoi le voyez-vous ?	Comment voyez-vous un problème d'alimentation?	P0E5 P0E8	P1D3	P2D3	Anatomophysiologie = 1 Comportement de l'enfant = 1 Pas de réponse = 0
Comment faites-vous avec ces enfants-là ?	Comment faire?	P0E6 P0E10 P0E11	P1D4	P2D4	Techniques d'alimentation = 1 Interactions = 1 Pas de réponse = 0

Annexe IX : Exemple de tableau des réponses des assistantes maternelles

Questions	AM 14		
	Réponses Pré	Réponses Post 1	Réponses Post 2
Oralité verbale			
A partir de quand le bébé communique ?		Dans le ventre de sa maman	Dès la naissance
A partir de quand le bébé comprend ?	Dès la naissance	Dès la naissance	Dès la naissance
Comment savez-vous qu'il comprend ?	Fait des gestes, Babille, Regarde	Regarde, Expressions du visage, Réagit	Réagit aux bruits, Reconnaît les voix familières, Se calme quand un parent lui parle
A quel moment les mots apparaissent ?	18 mois	8 mois à 1 an	1 an
Qu'est-ce qui peut empêcher le langage et les mots de venir ?	Blocage à cause du milieu, de l'environnement	Problèmes dans la bouche, Blocage, Solitude	Parler trop vite, Ne pas être face à face, Ne pas lui laisser son tour, Ne pas être disponible, Poser trop de questions
Qu'est-ce qui peut aider le langage et les mots à venir ?	Stimulation, Parler	Stimuler sa bouche, Faire des baisers, Parler, Face à face, Lui donner de l'intérêt, Imiter, Expliquer, Jouer, Le laisser prendre l'initiative, L'accompagner	Parler, Répéter, Encourager, Moments cœurs, Adapter son langage, Commenter, Poser des questions, Parler de ses émotions, Parle doucement, L'accompagner, Explications
Quels liens faites-vous entre manger et parler ?	Que l'enfant se sente bien, qu'il participe	Bouche, Lien entre difficulté de langage et pour manger	Bouche
Oralité alimentaire			
Qu'est-ce qui est important pour vous pendant le repas ?	Le contact, un bon moment	Goût, Présentation de la nourriture, Bien être de l'enfant, Plaisir, Interaction	Moment d'échange
Certains enfants ont-ils des problèmes pour s'alimenter ?	Oui	Pas à la néo.	Oui
Si oui à quoi le voyez-vous ?	Bouillie, Physionomie, Problèmes gastriques	Tétines inadaptées, Muguet, Lait qui coule, Prématurité, Tétée difficile	Prématurité, Ne tète pas, Passage à la cuillère difficile, Mal à la bouche, Malformation du palais
Comment faites-vous avec ces enfants-là ?	Adapter l'alimentation et méthodes, Infirmier, Voir d'où vient le problème	Nettoyer la bouche, Varier les repas, Mettre l'enfant à l'aise, Prendre le temps, Doigt sous le menton, Gestes adaptés, Foussement	Entraîner la succion, Encourager la fermeture de la bouche, Désensibiliser au toucher, Cuillère sur le côté, Adapter la quantité, Varier les goûts et la température

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Table des Tableaux

Tableau 1 : Présentation de la population	32
Tableau 2 : Déroulement du Programme	33
Tableau 3 : Évolution des moyennes des pourcentages de réussite entre pré-test et post-test 1	47
Tableau 4 : Évolution des moyennes des pourcentages de réussite entre pré-test et post-test 2	49

Table des Graphiques

Graphique 1 : Évolution des pourcentages de réussite pré/post-test 1 pour le groupe A	48
Graphique 2 : Évolution des pourcentages de réussite pré/post-test 1 et 2 pour le groupe B	49
Graphique 3 : Répartition des outils cités en post-test 2	52
Graphique 4 : Analyse pré-post Programme des attitudes interactives des assistantes maternelles lors du repas	55
Graphique 5 : Pourcentage de satisfaction concernant la forme du PRIO	57
Graphique 6 : Avis des assistantes maternelles sur les missions	58
Graphique 7 : Avis des assistantes maternelles sur les retours de missions.....	58

Table des Annexes

Annexe I : Grilles d'entretiens et questionnaire.....	83
Annexe II : Fiche « session »	87
Annexe III : Fiche « outil »	88
Annexe IV : Fiche « mission ».....	90

Annexe V : Fiche « panier » complète.....	91
Annexe VI : Le baobab de l'oralité.....	92
Annexe VII : Grille d'observation des interactions lors du repas	93
Annexe VIII : Barème des réponses aux 11 questions communes au pré-test et au post-test.....	94
Annexe IX : Exemple de tableau des réponses des assistantes maternelles.....	95

TABLE DES MATIÈRES

ORGANIGRAMMES	2
1. <i>Université Claude Bernard Lyon1</i>	2
1.1 <i>Secteur Santé</i> :	2
1.2 <i>Secteur Sciences et Technologies</i> :	2
2. <i>Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE</i>	3
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	8
PARTIE THEORIQUE	9
I. L'ORALITÉ.....	10
1. <i>Développement de l'oralité</i>	10
1.1. Définition de l'oralité.....	10
1.2. Oralité primaire dépendante.....	10
1.3. Oralité secondaire	11
2. <i>Dysoralité</i>	11
3. <i>Les enjeux de l'oralité</i>	12
3.1. Enjeux psychoaffectifs.....	12
3.1.1. Enjeux affectifs : l'attachement mère-enfant	12
3.1.2. Enjeux psychiques	13
3.1.3. Enjeux sociaux.....	13
3.2. Enjeux moteurs	13
3.2.1. Lien entre oralité et développement psychomoteur	13
3.2.2. Lien entre oralité alimentaire et articulation	14
3.3. Conséquences du manque de stimulation orale.....	15
3.3.1. Conséquences du manque de stimulation sur l'oralité alimentaire	15
3.3.2. Conséquences du manque de stimulation sur l'oralité verbale	15
II. L'INTERVENTION INDIRECTE EN ORTHOPHONIE	16
1. <i>Influences théoriques et principes fondateurs</i>	16
1.1. Le rôle des aidants	16
1.2. Une adaptation de l'environnement	17
1.3. L'empowerment.....	17
2. <i>Intervention précoce et prévention</i>	18
2.1. L'intervention précoce	18
2.2. La prévention	18
3. <i>Le Programme d'Intervention en Orthophonie (PRIO)</i>	19
3.1. Définition.....	19
3.2. Objectifs et construction d'un PRIO	19
3.3. Efficacité des PRIO.....	20
III. LA CULTURE AFRICAINE	20
1. <i>Représentation de la santé et de la maladie</i>	20
1.1. La santé.....	20
1.2. La maladie	21
2. <i>Le développement de l'enfant</i>	21
2.1. Les étapes du développement.....	21
2.2. Le langage et la communication	22
2.3. L'alimentation.....	23
3. <i>Développement de l'enfant en pouponnière</i>	23
3.1. Des enfants vulnérables	23
3.2. Se développer en contexte de vulnérabilité	24
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	25
I. PROBLÉMATIQUE	26
II. HYPOTHÈSES	26
1. <i>Hypothèse générale</i>	26
2. <i>Hypothèses opérationnelles</i>	26
PARTIE EXPERIMENTALE	28

I.	TERRAIN D'EXPÉRIMENTATION.....	29
II.	POPULATION.....	29
1.	<i>Critères d'inclusion</i>	29
2.	<i>Recrutement de la population</i>	29
3.	<i>Présentation de la population</i>	30
III.	PROCÉDURE.....	32
1.	<i>Phase pré-test</i>	32
2.	<i>Le PRIO</i>	33
2.1.	Organisation dans le temps.....	33
2.2.	Lieu.....	34
2.3.	Participants.....	34
2.4.	Matériel.....	34
2.5.	Organisation d'une session type.....	35
2.6.	Description du Programme.....	36
2.6.1.	Session 1 : Grandir.....	36
a.	Informations présentées.....	36
b.	Activités pratiques.....	37
c.	Outil proposé.....	37
d.	Mission.....	37
2.6.2.	Session 2 : J'entraîne ma bouche.....	38
a.	Informations présentées.....	38
b.	Activité pratique.....	38
c.	Outils proposés.....	38
d.	Mission.....	38
2.6.3.	Session 3 : la bouche qui parle.....	38
a.	Informations présentées.....	38
b.	Activité pratique.....	39
c.	Outils proposés.....	39
d.	Mission.....	39
2.6.4.	Session 4 : la bouche qui mange.....	39
a.	Informations présentées.....	39
b.	Activité pratique.....	40
c.	Outils proposés.....	40
d.	Mission.....	40
2.6.5.	Session 5 : posture, langage et alimentation.....	40
a.	Informations présentées.....	41
b.	Activité pratique.....	41
c.	Outils proposés.....	41
d.	Mission.....	41
2.6.6.	Session 6 : l'oralité et l'enfant en difficulté.....	41
a.	Informations présentées.....	41
b.	Activité pratique.....	42
c.	Mission.....	42
3.	<i>Phase post-test</i>	42
IV.	OUTILS D'ÉVALUATION.....	42
1.	<i>Entretiens semi-dirigés</i>	42
2.	<i>Vidéos d'interactions assistante maternelle/enfant</i>	43
3.	<i>Questionnaires écrits</i>	43
	PRESENTATION DES RESULTATS.....	44
I.	MESURE DES INDICES DE CHANGEMENT.....	45
1.	<i>Évolution des connaissances</i>	45
1.1.	Analyse qualitative.....	45
1.1.1.	Savoirs initiaux.....	45
a.	Connaissances.....	45
b.	Représentations.....	45
1.1.2.	Changements qualitatifs dans les réponses.....	46
1.2.	Analyse quantitative.....	47
1.3.	Maintien des connaissances.....	49
2.	<i>Évolution des compétences professionnelles</i>	50
2.1.	Ressenti sur les compétences.....	50
2.1.1.	Les perspectives de changements.....	51
2.1.2.	Les savoir-faire.....	51
a.	Repérer les enfants en difficulté.....	51
b.	Aider les enfants en difficulté.....	52

c.	Influence des savoir-faire sur les bébés	53
d.	Influence sur les autres professionnelles.....	54
2.2.	Mesure de l'évolution des compétences.....	54
II.	ÉVALUATION DE LA SATISFACTION CONCERNANT LE PRIO.....	55
1.	<i>Les attentes</i>	55
2.	<i>La satisfaction</i>	56
2.1.	Avis sur le contenu.....	56
2.2.	Avis sur la forme.....	56
III.	REPRISE DES HYPOTHÈSES	59
	DISCUSSION DES RESULTATS	60
I.	ANALYSE DE LA PORTÉE DU PROGRAMME.....	61
1.	<i>Gain de connaissances</i>	61
1.1.	Savoirs initiaux	61
1.2.	Appropriation des connaissances	62
1.2.1.	Les repères de développement	62
1.2.2.	Le repérage des enfants en difficulté	63
1.2.3.	La connaissance d'outils.....	63
1.3.	Maintien des connaissances	64
2.	<i>Gain de compétences</i>	65
2.1.	Le ressenti sur les compétences	65
2.2.	L'évolution des compétences.....	66
2.3.	Des compétences professionnelles enrichies.....	67
3.	<i>Regard critique sur le PRIO</i>	68
3.1.	L'intervention indirecte.....	68
3.2.	Les participantes	69
3.3.	Le contenu	69
3.3.1.	Le thème	69
3.3.2.	Une adaptation au public visé.....	70
3.4.	Forme.....	70
3.4.1.	Accompagnement dans les missions.....	70
3.4.2.	Les supports et les mises en situation	71
3.4.3.	La durée	72
II.	BIAS ET LIMITES DE L'EXPÉRIMENTATION	72
1.	<i>Les entretiens</i>	72
1.1.	Conditions d'évaluation	72
1.2.	Analyse	73
2.	<i>Les questionnaires (post-test 2)</i>	73
3.	<i>Les vidéos</i>	74
3.1.	Condition d'évaluation.....	74
3.2.	Analyse	74
III.	INTÉRÊTS DU MÉMOIRE ET PERSPECTIVES	75
1.	<i>Intérêt pour la Pouponnière</i>	75
2.	<i>Intérêt pour l'orthophonie</i>	75
3.	<i>Intérêt personnel</i>	75
	CONCLUSION.....	76
	REFERENCES.....	77
	ANNEXES.....	82
	ANNEXE I : GRILLES D'ENTRETIENS ET QUESTIONNAIRE	83
1.	<i>Entretien pré-test</i>	83
2.	<i>Entretien post-test 1</i>	84
3.	<i>Questionnaire post-test 2</i>	85
	ANNEXE II : FICHE « SESSION ».....	87
	ANNEXE III : FICHE « OUTIL »	88
	ANNEXE IV : FICHE « MISSION »	90
	ANNEXE V : FICHE « PANIER » COMPLÈTE.....	91
	ANNEXE VI : LE BAOBAB DE L'ORALITÉ	92
	ANNEXE VII : GRILLE D'OBSERVATION DES INTERACTIONS LORS DU REPAS.....	93
	ANNEXE VIII : BARÈME DES RÉPONSES AUX 11 QUESTIONS COMMUNES AU PRÉ-TEST ET AU POST-TEST ..	94
	ANNEXE IX : EXEMPLE DE TABLEAU DES RÉPONSES DES ASSISTANTES MATERNELLES	95

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	96
TABLE DES TABLEAUX.....	96
TABLE DES GRAPHIQUES.....	96
TABLE DES ANNEXES.....	96
TABLE DES MATIÈRES	98

Alexia GOMEZ et Julie-Anne GUIDERA

INTERVENTION INDIRECTE EN MILIEU VULNÉRABLE : Impact d'un Programme d'Intervention en Orthophonie destiné aux assistantes maternelles de la Pouponnière de Mbour (Sénégal) et centré sur l'oralité

101 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2014

RESUME

L'oralité est au cœur de la construction psychique et sociale de l'enfant. L'apparition d'un trouble, sur le versant alimentaire ou verbal peut avoir des répercussions à long terme sur le développement de l'individu. Sa prise en charge est donc primordiale et nécessite une prévention précoce, particulièrement dans un contexte de vulnérabilité. Les Programmes d'Intervention en Orthophonie (PRIO) sont des modalités d'intervention indirecte qui s'adaptent à cette volonté préventive en s'appuyant sur la collaboration entre orthophoniste et environnement de l'enfant (parents, éducateurs, famille). Par la présentation d'éléments théoriques et la co-construction d'outils permettant d'avoir des attitudes favorables au développement harmonieux de l'oralité des bébés, un PRIO devrait permettre d'enrichir et d'ajuster les compétences professionnelles des aidants naturels. Nous avons proposé un PRIO centré sur l'oralité aux assistantes maternelles d'une pouponnière sénégalaise, puis procédé à une évaluation de leurs connaissances ainsi que de leurs compétences via des entretiens semi-dirigés et des vidéos d'interactions afin de faire une comparaison quantitative et qualitative de ces éléments avant et après le Programme. Une autre évaluation a été effectuée par questionnaires écrits quatre mois après la fin du PRIO. Notre étude met en évidence une acquisition durable de repères concernant l'oralité et d'outils favorables au développement de celle-ci par les participantes au Programme. Si une amélioration effective des compétences n'a pu être démontrée par ce travail, les résultats montrent que la pratique professionnelle des assistantes maternelles se trouve tout de même enrichie d'une certaine autonomie professionnelle dans le domaine de l'oralité et de capacités d'initiative et d'adaptation. Cet enrichissement professionnel apporté par le PRIO vient confirmer la pertinence de l'utilisation d'un tel format dans le cadre d'une intervention orthophonique.

MOTS-CLES

Attachement - *Empowerment* - Intervention indirecte - Oralité - Milieux vulnérables - Prévention primaire - Programme d'Intervention – Sénégal

MEMBRES DU JURY

CANAULT Mélanie, GOYET Anne-Sophie et POZARD Prescillia

DIRECTEURS DE MEMOIRE

Agnès BO et Fanny GUILLON-INVERNIZZI

DATE DE SOUTENANCE

26 Juin 2014
