GLOSSA

Revue Scientifique en Orthophonie Logopédie

Numéro 139, 2024

Directrice de publication :
Sylvia Topouzkhanian

Équipe de rédaction :
Rédactrice en chef :
Agnès Witko
agnes.witko@univ-lyon1.fr

Directrice de production et administratrice web :
Lydie Batilly-Gonin

Secrétaires de rédaction :
Florence Baldy-Moulinier
Bénédicte Bordet-Boullet
Ingrid Jugé
Marianne Le Floch-Bazin
Mathilde Oudry

e-ISSN : 2117-7155

Site web :
https://www.glossa.fr

Licence :
Ce travail est disponible sous licence Creative Commons Attribution 4.0 International.

Editorial
AGNES WITKO

Troubles de la déglutition des résidentes et résidents en EHPAD : connaissances et pratiques des professionnels. Des représentations à la recherche de consentement.

Swallowing disorders of residents in nursing home: professionals' knowledge and practices. From representations to the search for consent.

COLINE LAUMOND-BOULLET & CÉLINE ROUSTAIN

Intérêt d'une intervention de soutien langagier basée sur la narration et menée par l'enseignante auprès d'enfants de grande section de maternelle avec difficultés langagières.

Interest of a teacher-led narrative-based language support intervention with preschool children with language difficulties.

LUCIE MALET & OLIVIA HADJADJ

Encourager la littératie au travers de l'album de jeunesse lors de la prise en soin du langage d'enfants de 0 à 3 ans : états des lieux des pratiques actuelles en orthophonie.

Promoting early childhood literacy through the use of children's books une early language intervention ; a picture of current speech therapists' knowledge.

EMMA COMBASSON & CLÉMANTINE TRINQUESSE

EDITORIAL

Agnès Witko, rédactrice en chef

Dans le cadre de sa politique éditoriale, Glossa publie chaque année des articles issus des mémoires d'orthophonie. Par une évaluation collégiale en double aveugle, et dans un objectif de transmission pédagogique, les membres du Comité Directeur de l'UNADREO ont sélectionné cette année trois articles parmi les mémoires soutenus en 2023, sur la base de trois critères : la promotion et l'utilité d'une étude au bénéfice de l'orthophonie, traitée par une méthodologie adaptée à la question de recherche posée, et présentée dans un écrit de format scientifique.

Les trois mémoires primés en 2023 sont les suivants :

- Troubles de la déglutition des résidentes et résidents en EHPAD : connaissances et pratiques des professionnels. Des représentations à la recherche de consentement, par Coline Laumond-Boullet & Céline Roustain.

- Intérêt d'une intervention de soutien langagier basée sur la narration et menée par l'enseignante auprès d'enfants de grande section de maternelle avec difficultés langagières, par Lucie Malet & Olivia Hadjadj.

- Encourager la littératie au travers de l'album de jeunesse lors de la prise en soin du langage d'enfants de 0 à 3 ans : états des lieux des pratiques actuelles en orthophonie, par Emma Combasson & Clémantine Trinquesse.

Dans le premier article, Coline Laumond-Boullet et Céline Roustain se sont intéressées aux troubles de la déglutition dans le contexte des EHPAD français. Les professionnels de ces structures sont en première ligne pour prendre en charge ces troubles dans leur double dimension technique et biologique, sachant que les modifications des textures alimentaires peuvent avoir des conséquences directes sur la qualité de vie et l'autonomie des résidentes et résidents. Les données scientifiques actuelles indiquent que la recherche de consentement éclairé, avant la mise en place d'adaptation relative aux fausses routes, ne semble pas systématique. Afin de déterminer les connaissances et représentations des publics professionnels des EHPAD concernant les troubles de la déglutition, leurs adaptations et les implications juridiques, un questionnaire à leur intention a mis en évidence des connaissances incomplètes. Un sentiment d'anxiété marqué est relevé face à ces troubles. La recherche de consentement éclairé n'est pas systématique avant la mise en place de textures modifiées. Afin de faire valoir des droits fondamentaux de la personne âgée, la formation des personnels en EHPAD pourrait s'appuyer sur les principes éthiques qui permettent de questionner de façon méthodique les dilemmes moraux rencontrés lorsque les résidents refusent les textures modifiées, ainsi que la responsabilité professionnelle engagée en cas de fausses routes obstructives.

Dans le second article, Lucie Malet et Olivia Hadjadj se posent la question du soutien du développement langagier d'enfants d'âge préscolaire en utilisant l'intervention narrative. En misant sur la littératie précoce, la prévention devient une des solutions pour faire face à d'éventuelles difficultés de langage oral liées parfois à un niveau inégal de stimulation langagière. Cette étude a pour objectif d'implémenter une intervention indirecte au sein d'une classe de grande section maternelle, afin de permettre aux enfants présentant des difficultés de langage oral d'améliorer leurs habiletés narratives lors de la génération de récit. Un profil linguistique a été établi pour cinq enfants âgés de 5,5 ans à 5,10 ans, en difficulté de langage oral, sélectionnés parmi les élèves d'une classe dont les habiletés narratives ont été évaluées. En complément, une tâche contrôle de dénomination rapide automatisée a été proposée afin d'évaluer la spécificité de l'intervention. Une intervention hebdomadaire de 45 minutes est dispensée pendant 6 semaines aux cinq enfants identifiés, par une enseignante formée selon les principes du développement professionnel. En utilisant des icônes et des histoires séquentielles en images, des améliorations ont été observées dans l'activité de génération de récit. A la suite de l'intervention effectuée par l'enseignante, les cinq enfants ne diffèrent plus du reste de la classe dans leurs compétences en génération de récit et dans la microstructure entrainée. L'efficacité de l'intervention narrative indirecte en groupe, dans une classe, montre sa pertinence, en reposant cependant les conditions d'une implémentation en contexte pédagogique en termes de contenu et d'effet-dose, deux ingrédients actifs de tout programme d'entrainement ou de toute remédiation orthophonique.

Le troisième article traite également de prévention. Emma Combasson et Clémantine Trinquesse se

sont interrogées sur le pouvoir protecteur des interactions langagières précoces sur l'acquisition du langage, entre l'enfant et son parent, et cela dans le contexte de lecture partagée et des pratiques de littératie précoce. Des orthophonistes exerçant en France et prenant en soins des enfants de moins de 3 ans pour des difficultés langagières ont été sollicités pour compléter un questionnaire de 41 questions. L'analyse des 173 questionnaires collectés met en évidence le recours fréquent à l'album jeunesse par les orthophonistes en prise en soins précoce, notamment en cas de troubles de la communication. Cette utilisation paraît d'autant plus systématique chez les orthophonistes formés à cet outil. Enrichir les pratiques professionnelles des orthophonistes concernant l'album jeunesse en prise en soins précoce pourrait permettre de soutenir efficacement les parents dans leur pratique de la lecture partagée de manière à encourager son usage dans le quotidien des familles. Abordés lors de l'anamnèse et du bilan initial, les comportements relatifs à la littératie familiale font partie des thèmes abordés en accompagnement parental, de manière à reconnaître que la pratique de la lecture partagée est un facteur de protection du développement langagier de l'enfant, comme le décrit la littérature.

En donnant l'opportunité de publier ces trois protocoles de recherche, Glossa montre comment les résultats de ces trois études orientent cliniquement les actes orthophoniques vers des mission professionnelles, des modalités de soin et des outils appropriés. Tout d'abord, le rôle de la prévention, souligné notamment dans le programme ministériel « Ma santé 2022[1] », apparaît comme un moyen de relier les actions de prévention telle qu'elles sont définies dans le monde de la santé et les actions de dépistage ou de signalement telles qu'elles sont conduites dans les dispositifs d'éducation. Pour aller dans ce sens, des profils sont établis sur le terrain de l'école, pour identifier des enfants présentant des difficultés langagières, expérimenter une intervention indirecte, candidate à l'implémentation en situation de classe, sous réserve d'une vérification du contenu et du dosage. Ensuite, le rôle de la formation des orthophonistes est appréhendé dans son versant accompagnement parental afin d'en mesurer plus précisément les impacts sur la qualité des interactions précoces, les comportements de littératie familiale ou les compétences parentales à propos du livre, domaines dans lesquels les orthophonistes ont été plus nombreux à réagir positivement. Enfin, le rôle de l'éthique est mis en avant pour faire le lien entre la responsabilité professionnelle en cas de soins à risque et les manières de partager des prises de décision entre thérapeute et patient, par l'établissement du consentement éclairé du patient.

D'une démarche orthophonique clinique fondée sur des preuves, connue sous sa formulation exotique d'evidence-based practice, aux programmes de soin centrés sur les préférences du patient, la notion d'intégration de données scientifiques probantes comme gage de la qualité des soins est aujourd'hui reconnue. Comment capitaliser et partager ces connaissances dans une communauté professionnelle comme celle des orthophonistes et des logopèdes ? Au cours des études universitaires, le fait de réaliser une recherche permet de percevoir et de mesurer plus concrètement les enjeux d'une question clinique, qu'elle soit appliquée ou plus fondamentale. Au-delà des aspects purement scientifiques et méthodologiques, la recherche en soin facilite une réflexion autour des collectifs et du travail communautaire. Ce qui retentit sur les convergences entre soignants, patients, et toutes les parties prenantes telles que les enseignants, les parents, les associations et dispositifs d'aide publiques ou privés. Outre les aspects cliniques, la recherche ouvre un accès à divers questionnements relatifs à la prévention et aux soins primaires, directs auprès des patients ou indirects auprès des familles et des aidants. Les réseaux et les partenariats constituent des moyens précieux pour réaliser des recherches et développer la culture scientifique en orthophonie. L'UNADREO et la revue Glossa participent activement à cette mise en réseaux et à la diffusion des connaissances. En renforçant le maillage entre le parcours académique et le désir de partage des connaissances, chaque étudiant qui soumet un article pendant ses études est un créateur de contenus. En étant publié, le travail de mémoire est reconnu dans sa qualité et dans sa pertinence, ce qui peut amener certains étudiants à le prolonger en poursuivant leur cursus universitaire pour le plus grand bien de toute la communauté des orthophonistes. En cheminant ensemble, les apprentis chercheurs deviennent des passeurs de connaissances et d'innovation, pendant que Glossa affirme son rôle de gestionnaire de savoirs théoriques, cliniques et méthodologiques, selon sa devise : « Partageons-nous la recherche !! »

1 https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/

Troubles de la déglutition des résidentes et résidents en EHPAD : connaissances et pratiques des professionnels. Des représentations à la recherche de consentement.

Auteurs :
Coline Laumond-Boullet[1,2]
Céline Roustain[3]

Affiliations :
[1]CHI Espalion, Saint Laurent d'Olt, France
[2]CH Les Peyrières, Rodez, France
[3]Orthophoniste, Saint Junien, France

Auteur de correspondance :
Coline Laumond-Boullet
coline.laumond@gmail.com

Dates :
Soumission : 26/10/2023
Acceptation : 19/11/2023
Publication : 15/05/2024

Comment citer cet article :
Laumond-Boullet, C. & Roustain, C. (2024). Troubles de la déglutition des résidentes et résidents en EHPAD : connaissances et pratiques des professionnels. Des représentations à la recherche de consentement.*Glossa*, 139, 4-33. https://doi.org/10.61989/agme5239

e-ISSN : 2117-7155

Licence :
© Copyright Coline Laumond-Boullet, Céline Roustain, 2024
Ce travail est disponible sous licence Creative Commons Attribution 4.0 International.

Contexte : Les résidents des EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) français sont nombreux à présenter des troubles de la déglutition. Ces troubles s'expriment à travers des symptômes spécifiques, mais aussi non spécifiques. Les conséquences des troubles de la déglutition peuvent être fatales. Cependant, la fausse route obstructive n'est pas la seule conséquence à prendre en considération. La qualité de vie et l'autonomie des résidents doit rester le moteur principal de leur accompagnement. Les professionnels des EHPAD sont tous concernés par les troubles de la déglutition. Les troubles de la déglutition peuvent s'accompagner de modifications des textures alimentaires. Ces dernières ne sont pas toujours bénéfiques pour les résidents et s'accompagnent d'inconvénients.Les données scientifiques indiquent que la recherche de consentement éclairé avant la mise en place d'adaptation ne semble pas systématique. Les connaissances des professionnels semblent incomplètes et les principes éthiques ne permettent pas de répondre de façon méthodique aux dilemmes moraux rencontrés lorsque les résidents refusent les textures modifiées. La responsabilité professionnelle retenue en cas de fausses routes obstructives est floue.

Objectifs : Notre étude avait pour objectif de déterminer les connaissances et représentations des professionnels des EHPAD concernant les troubles de la déglutition, leurs adaptations et les implications juridiques. Elle avait également pour objectif de déterminer les répercussions de ces représentations et connaissances sur leurs pratiques professionnelles, notamment en ce qui concerne la recherche de consentement éclairé avant la modification des textures alimentaires et hydriques. Les données recueillies avaient pour objectifs de démontrer que les connaissances des professionnels concernant les troubles de la déglutition sont incomplètes et que la recherche de consentement éclairé n'est pas systématique avant la modification des textures alimentaires.

Méthode : L'analyse de notre questionnaire à destination des professionnels exerçant en EHPAD en France permet de répondre à nos hypothèses.

Résultats : Les connaissances des professionnels des EHPAD au sujet des troubles de la déglutition sont incomplètes. Un sentiment d'anxiété marqué est relevé face à ces derniers. La recherche de consentement éclairé n'est pas systématique avant la mise en place de textures modifiées.

Conclusion : Cette étude légitime la proposition de formations en EHPAD et détermine les thématiques à prioriser. De nouvelles formations permettraient une amélioration de la qualité de vie chez les résidentes et résidents en EHPAD, avec une meilleure prise en considération des droits fondamentaux de la personne âgée.

Mots-clés : consentement éclairé, modification des textures alimentaires et hydriques, EHPAD, troubles de la déglutition, éthique, professionnels médicaux et paramédicaux.

Swallowing disorders of residents in nursing home: professionals' knowledge and practices. From representations to the search for consent.

Context: Many residents of French nursing homes have swallowing disorders. These disorders are expressed through various and numerous symptoms, specific and non-specific. The consequences of swallowing disorders are multiple and can be fatal. However obstructive aspiration is not the only consequence to consider. The residents' quality of life must remain the most important factor in institutionalized elderly people.

Medical and paramedical professionals are all concerned by swallowing disorders and their management. Texture-modified meals are often suggested as an adaptation regarding swallowing disorders, although some inconveniences may occur.

Current scientific data indicate that professionals in nursing homes have incomplete knowledge of swallowing disorders. Moreover, obtaining informed consent before implementing an adaptation does not seem systematic. Ethical principles do not allow a systematic response to the moral dilemmas encountered when residents refuse modified textures. In addition, the legal implications and professional liability regarding obstructive aspirations are unclear.

Objectives: The aim of our study was to analyze professional practices in French nursing homes regarding informed consent, and to identify a possible correlation between consent collecting and training level. The data collected with our study could then be used to create relevant training for nursing home professionals.

Method: To test our hypotheses, we produced a survey for professionals working in nursing homes in France.

Results: This questionnaire revealed incomplete knowledge among professionals in nursing homes about swallowing disorders as well as a major feeling of anxiety about these troubles. In addition, consent was not systematically sought before the introduction of texture-modified meals.

Conclusions: This study demonstrates a desire for training among nursing home professionals. It also legitimizes the latter and highlights several themes to broach. New training courses based on these results could allow an improvement in the quality of life of residents in nursing homes, with better consideration of the fundamental rights of the elderly.

Keywords: informed consent, modified texture, nursing home, dysphagia, ethics, medical and paramedical professionals.

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Résidents en EHPAD et troubles de la déglutition

En 2018, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) accueillaient 594 684 personnes parmi les 27% de Français âgés de plus de 60 ans (Institut National de la Statistique et des Études Économiques, 2019). Ce nombre est en constante augmentation du fait du vieillissement de la population. Ces établissements constituent par conséquent des partenaires majeurs dans la prise en soin des personnes âgées.

En 2006, 65 % des résidents en institution présentaient des pathologies entraînant une dépendance forte (Dutheil & Scheidegger, 2006). Chez la moitié d'entre eux, elles étaient associées à un trouble neurocognitif (TNC) majeur et par conséquent à une altération des capacités cognitives et de communication (Dutheil & Scheidegger, 2006). Ces étiologies, ainsi que les Accidents Vasculaires Cérébraux, sont les plus fréquemment retrouvées en cas de troubles de la déglutition (Bomze et al., 2021 ; Forster et al., 2013 ; Ney et al., 2009 ; Puisieux et al., 2009).

Les troubles de la déglutition pourraient concerner jusqu'à 91 % des personnes de plus de 70 ans (Ortega et al., 2017). L'estimation de la prévalence de ces troubles en EHPAD varie de 30% à 60% selon les études (Cabre et al, 2010 ; Guedj Rouah, 2013 ; Puisieux et al, 2009). Les variations retrouvées concernant cette prévalence peuvent interroger sur la fiabilité des diagnostics. Ces derniers sont complexes compte tenu de la grande variabilité de symptômes existant chez les personnes âgées. Les troubles de la déglutition se manifestent à travers plusieurs symptômes spécifiques et non spécifiques (figure 1).

Ces symptômes ne sont pas tous connus par les personnels soignants (Meriau, 2013). Par ailleurs, chez les personnes âgées présentant un TNC majeur, ce sont les phases pré-orale et orale de la déglutition qui sont davantage altérées et non la phase pharyngée, en lien avec des atteintes sensorielles et cognitives (Kenigsberg et al., 2015). Le vieillissement sensoriel altère la qualité des repas des résidents (Raschilas, 2008) et les troubles de la déglutition viennent s'ajouter à ces difficultés.

Les symptômes des troubles de la déglutition sont multiples et de nombreuses complications médicales peuvent en découler. La fausse route obstructive constitue une crainte notable, tant pour les sujets âgés que pour le personnel, car elle peut entraîner un décès si aucune manœuvre n'est effectuée (Rangira et al., 2022). Les manœuvres à réaliser en cas de fausse route (manœuvre

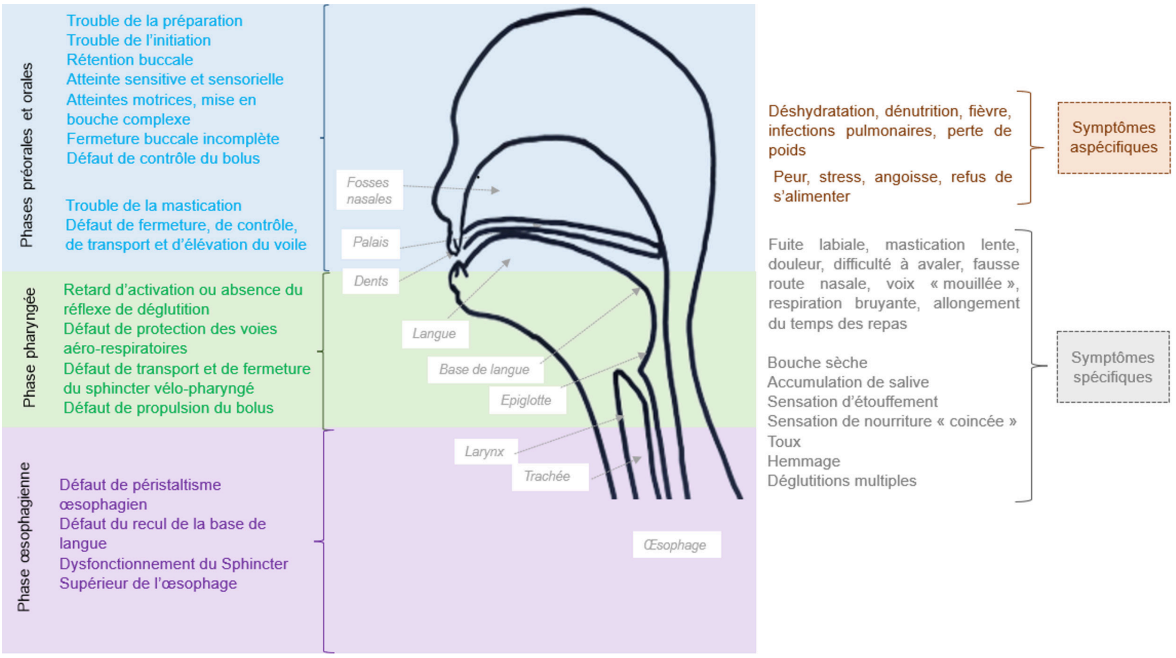


FIGURE 1 : Symptômes des troubles de la déglutition (d'après Forster et al., 2013 ; Gentil et al., 2021 ; Woisard & Puech, 2012).

de Heimlich et/ou utilisation de matériel d'aspiration) peuvent être complexes et générer de l'anxiété chez les professionnels (Meriau, 2013). Néanmoins, la fausse route obstructive reste un risque présent dans la population générale à tout âge. Elles sont par ailleurs moins fréquentes que les pneumopathies d'inhalation, constituant également une conséquence majeure des troubles de la déglutition chez les personnes âgées (Leslie & Smithard, 2021 ; Meriau, 2013). Toutefois, s'il y a une corrélation entre les troubles de la déglutition et les pneumopathies d'inhalation, ces dernières restent liées à leur combinaison avec de nombreux autres facteurs en cas de pneumopathie : âge, état cognitif, sexe, état musculaire, hygiène bucco-dentaire, etc. (Langmore et al., 2002 ; Wirth et al., 2016). Une hygiène bucco-dentaire correcte permet de prévenir la survenue de complications en cas de fausses routes (Wirth et al., 2016) et une grande vigilance doit y être portée.

Aux conséquences physiques précédemment évoquées s'ajoutent des conséquences sociales et psychologiques : la fréquente modification des textures alimentaires entraîne une dégradation du plaisir lié à l'alimentation. Les troubles de la déglutition génèrent également de l'anxiété, en lien avec les conséquences pouvant survenir. De plus, le risque de dénutrition, associé au concept de fragilité et lié aux troubles de la déglutition, ne doit pas être ignoré (Bomze et al., 2021 ; Féart, 2018). La qualité de vie est ainsi affectée par les troubles de la déglutition mais aussi par leurs adaptations (Ekberg et al., 2002 ; Ney et al., 2009).

Les risques de décès par suffocation ou par infections pulmonaires ne sont donc pas les seules conséquences délétères à prendre en considération dans la prise en soin des troubles de la déglutition. La crainte et la prise en considération de ces seuls risques pourraient mener à une surmédicalisation, notamment dans le but d'éviter les fausses routes obstructives. L'étude de Groher et McKaig (1995) exposait une surmédicalisation en cas de troubles de la déglutition. Les mêmes tendances sont décrites en 2014 en France avec une surproposition des adaptations de textures alimentaires alors qu'elles ne sont pas nécessairement justifiées (Tannou & Cormary, 2014), mais peu d'études retraçant ces pratiques ont été menées depuis.

La prise en soin des troubles de la déglutition est complexifiée par les risques les entourant. L'ensemble des professionnels des EHPAD est concerné et doit y être vigilant. Chaque professionnel possède son champ de compétences et une expérience propre, ce qui multiplie les approches et diversifie la vision des prises en soin des troubles de la déglutition. La communication devient indispensable pour coordonner et harmoniser ces dernières.

Une prise en soin pluriprofessionnelle et variée des troubles de la déglutition

Les étiologies à l'origine de troubles de la déglutition en EHPAD et les atteintes variées qu'elles entraînent nécessitent une évaluation personnalisée. Elle permet de proposer une prise en soin adaptée et d'éviter toute surmédicalisation. Le diagnostic de troubles de la déglutition fait partie des compétences de l'orthophoniste et est réalisé à la suite d'un dépistage proposé par un soignant formé ou un médecin. Toutefois, le champ de compétences des orthophonistes est mal connu et leur travail est, par conséquent, parfois délégué à d'autres professionnels (Meriau, 2013). De plus, les EHPAD manquent de ressources financières pour faire intervenir un orthophoniste : 46 % d'EHPAD français seulement bénéficient d'intervention d'orthophonistes en 2020 (Benier, 2020). Ce sont ainsi les soignants (aides-soignants et infirmiers) qui mettent en place des moyens de compensation, souvent aidés d'un diététicien, et ce malgré le manque de formation des professionnels des EHPAD concernant les troubles de la déglutition (Hermabessière et al., 2019). De ce fait, ces troubles seraient sous-évalués/mal évalués (Guedj Rouah, 2013 ; Meriau, 2013).

Qu'il y ait un orthophoniste ou non au sein de l'EHPAD, la prise en soin des troubles de la déglutition reste pluriprofessionnelle et de nombreux professionnels médicaux et paramédicaux interviennent selon leur champ de compétences (figure 2)

La communication est essentielle pour permettre une continuité des soins mais de nombreux EHPAD manquent de personnel (toutes professions confondues) et connaissent des difficultés de recrutement (Bazin & Muller, 2018). Le renouvellement des professionnels est fréquent et l'ancienneté dépasse rarement un an dans le même établissement. Ces éléments affectent la qualité de l'accompagnement proposé aux résidentes et résidents ainsi que l'alliance thérapeutique (Bazin & Muller, 2018). La communication pluriprofessionnelle est mise à mal, ce qui affectera nécessairement la prise en

soin des troubles de la déglutition et la mise en œuvre des adaptations (Benier, 2020). Le manque de temps et de formations altère également les prises en soin (Meriau, 2013).

La prise en soin des troubles de la déglutition est généralement axée sur des stratégies d'adaptation et de prévention. L'intervention se fait en collaboration avec les soignants et aidants (Hermabessière et al., 2019). Comme nous l'avons détaillé précédemment, les fausses routes obstructives ne sont pas les seuls risques à prendre en compte. Les difficultés rencontrées peuvent être liées à un contexte plus global. Une attention particulière doit donc être portée à l'environnement et à l'installation des résidents, ainsi qu'aux ustensiles proposés. Si possible et nécessaire, la posture des résidents sera adaptée et des manœuvres de déglutition pourront être proposées. Le visuel du repas devra être soigné pour stimuler la phase pré-orale. Les textures des aliments et des boissons pourront également être modifiées en fonction des besoins des résidents, à condition que toutes les autres adaptations aient bien été mises en place. Ces modifications ne doivent pas être les seules adaptations envisagées. Si sa nécessité est objectivée par un bilan, la modification de l'alimentation pourra prendre

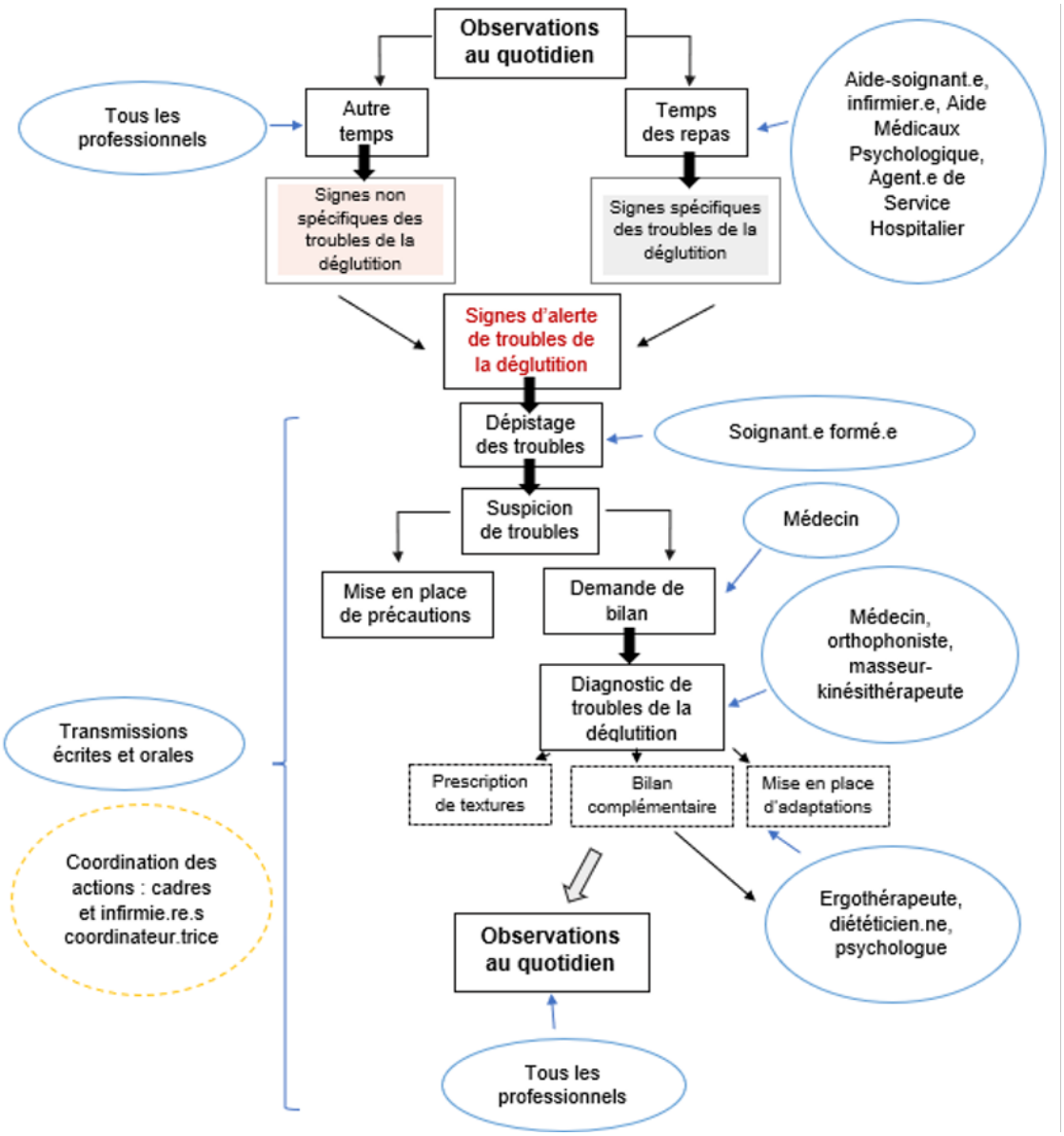


FIGURE 2 : Rôle des professionnels des EHPAD dans le cadre des troubles de la déglutition (d'après Bazin & Muller, 2018 ; Hermabessière et al., 2019 ; Meriau, 2013)

plusieurs formes : compléments nutritionnels oraux, modifications des textures alimentaires ou nutrition artificielle (sonde naso-gastrique ou gastrostomie) si l'alimentation per os n'est pas suffisante. Néanmoins, une fois qu'elle est installée, la pertinence de l'adaptation de l'alimentation n'est pas réinterrogée en l'absence de nouvel incident, alors que les difficultés des résidents peuvent évoluer et rendre les adaptations obsolètes (Foureur & Fournier, 2020 ; Hermabessière et al., 2019).

D'autre part, si la modification des textures limite la survenue de fausses routes obstructives (et donc d'asphyxie), elles n'empêchent pas la survenue de fausses routes non obstructives. Ces fausses routes, associées à une mauvaise hygiène bucco-dentaire, entraînent des pneumopathies d'inhalation (Langmore et al., 2002 ; Wirth et al., 2016). Les textures modifiées n'offrent par conséquent pas une sécurité optimale aux résidentes et résidents et s'accompagnent également de risques. Leur utilisation nécessite d'être réfléchie et basée sur une évaluation complète de la situation. La balance bénéfices/risques doit être prise en considération afin de déterminer quelles adaptations seront les plus pertinentes dans chaque situation (O'Keeffe, 2018).

Les textures modifiées sont peu appétentes et peu stimulantes. Or, il est primordial de stimuler le plus possible toutes les entrées sensorielles des résidents. Compte-tenu du lien entre les textures modifiées et la dénutrition, il est important de limiter la déprivation sensorielle causée par la modification des textures alimentaires. Limiter l'association de la dénutrition et de la dépendance pour manger réduit les facteurs de risques des pneumopathies d'inhalation (Drevet & Gavazzi, 2019 ; Féart, 2018).

L'alimentation modifiée s'accompagne également d'une quasi-impossibilité de prise de repas hors de la structure. En effet, il n'existe pas de restaurant proposant des repas avec textures modifiées. Les résidents présentant des troubles de la déglutition se voient donc souvent privés de moment de plaisir et de partage avec leur famille. Ces résidents ont par ailleurs plus facilement tendance à s'isoler, pour plusieurs raisons : sentiment de gêne, besoin d'aide pour se nourrir, moins de plaisir durant les repas (Farri et al., 2007). Cet isolement est un frein à la sociabilisation des résidents.

Les textures modifiées peuvent donc avoir, de la même manière que les troubles de la déglutition, un effet néfaste sur la qualité et l'espérance de vie (figure 3).

L'adaptation des textures n'est pas suffisante pour une alimentation optimale. Certains EHPAD essaient de rendre les plats à textures modifiées plus attrayants, en modifiant l'aspect dans l'assiette et en respectant les facteurs d'appréciations sensoriels et cognitifs des aliments présentés durant les repas (Hermabessière et al., 2019 ; Pouyet et al., 2015) et en soignant le choix de la vaisselle (Delaide et al, 2020). Peñalva Arigita et al. (2022) recommandent de diversifier l'alimentation en cas de troubles de la déglutition pour améliorer

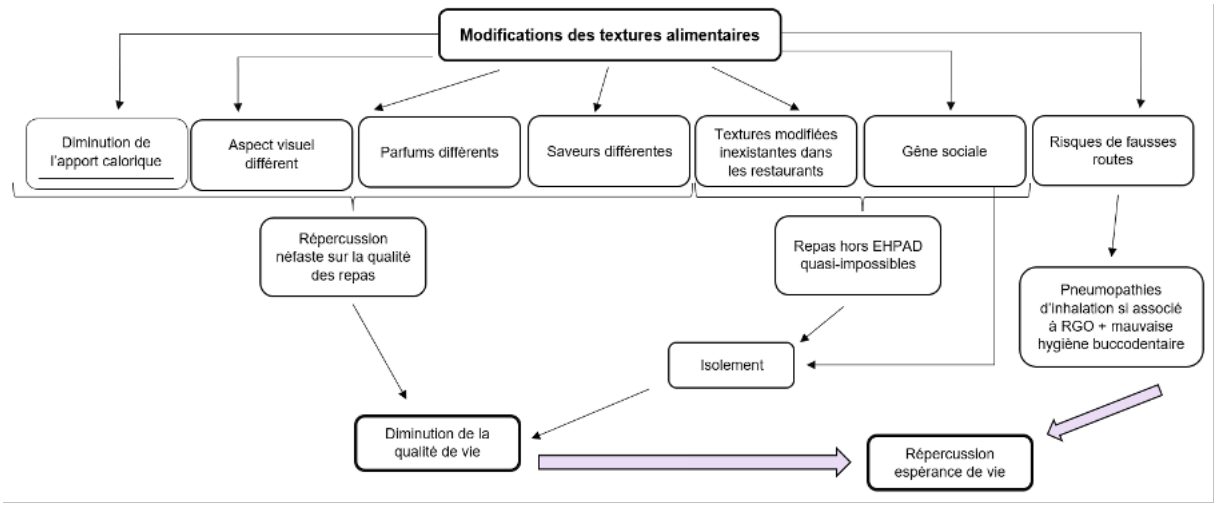


FIGURE 3 : Répercussions multiples des modifications de textures alimentaires et hydriques (d'après Beck et al., 2018 ; Berzlanovich et al., 2005 ; Farri et al., 2007 ; Gentil et al., 2021 ; Sakashita et al., 2020 ; Steele et al., 2015 ; Umay et al., 2019).

la qualité de vie. Ces actions permettent de réduire les effets néfastes des modifications de textures alimentaires.

Les modifications de textures alimentaires et hydriques ayant un impact non négligeable sur la qualité de vie du résident mais aussi sur son espérance de vie, son accord devrait être recueilli avant leur mise en place (O'Keeffe, 2018). Ces adaptations étant un acte de soin, cela fait par ailleurs partie des droits fondamentaux, conformément au Code de la santé publique (articles L1111-4 à L1111-9), indiquant qu' « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et il peut être retiré à tout moment ». Si les résidents ne peuvent pas exprimer leurs volontés, la personne de confiance doit être consultée. Les personnels soignants ont également l'obligation d'informer chaque résident sur sa prise en soins, ses risques et bénéfices, sans orienter ses décisions. Cependant, pour pouvoir informer les résidents, il est nécessaire que les professionnels soient eux-mêmes informés des risques et bénéfices des soins. Nous n'avons pas retrouvé d'étude nous permettant de statuer à ce sujet.

Nous n'avons trouvé aucune étude concernant la recherche de consentement des résidents avant la modification des textures en EHPAD et le positionnement des professionnels à ce sujet. Lelièvre (2016) a interrogé celui des orthophonistes et a mis en évidence une grande variabilité des opinions. La sécurité des résidents était l'élément le plus important pour la moitié des personnes interrogées, alors que leur consentement n'était prioritaire que pour 5% des répondants. De même, laisser le choix aux résidents n'était important que pour 5% des personnes interrogées et plus de 13% d'entre elles pensent même que laisser les résidents libres de manger ce qu'ils souhaitent est un aspect « à éviter » (Lelièvre, 2016).

Selon Tacnet Auzzino (2009), le consentement de manière générale n'a que peu de place en EHPAD et est malheureusement bien souvent « forcé ». Des recherches sont nécessaires pour examiner la fréquence de la recherche de consentement éclairé car il y a des raisons de penser que les pratiques professionnelles actuelles ne sont pas optimales (O'Keeffe et al., 2023). Il s'agit d'un sujet complexe : la population accueillie peut présenter des troubles cognitifs qui remettent en question toute certitude quant à leur bonne compréhension des situations. Par ailleurs, le refus peut être manifesté comme opposition, pour communiquer un sentiment de frustration par exemple, sans lien avec le contexte. Il est alors difficile de le distinguer du réel refus de soin « éclairé ». Il arrive parfois que les décisions des résidents soient différentes de celles conseillées par les soignants, qu'elles soient risquées, dangereuses. Ce sont des situations complexes : que doivent-ils faire dans ces cas ? Respecter ou non les décisions exprimées ? La notion de consentement devient alors indissociable de celle d'éthique.

Implications éthiques dans le cadre des décisions de modifications de textures alimentaires

Le principe éthique de bienfaisance/non-malfaisance (Lerond, 2011) est applicable dans le cadre des adaptations de textures alimentaires et hydriques. Selon ce principe, « le soignant doit soulager la souffrance, guérir ou prolonger la vie, améliorer le confort physique, mental, social » d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (cité par Kerlan, 2016). La volonté des soignants est bien souvent de respecter ce principe, qui constitue l'essence même des métiers du soin. Cependant, le principe d'autonomie rend les patients décisionnaires sur les soins qui leur sont proposés lorsqu'ils sont en mesure d'exprimer leur avis et leur donne donc le droit de les refuser. Le refus de soins vient donc confronter ces deux principes éthiques (Delassus, 2011). Il est cependant difficile pour les soignants de respecter le refus de soins sans dilemme moral lorsqu'il peut comporter des risques et être fatal et d'autant plus avec des résidents présentant un TNC (Sommerville et al., 2022). En effet, la communication avec les personnes présentant un TNC est complexe en raison des troubles cognitifs et langagiers associés. Le refus de soins va à l'encontre du principe de bienfaisance et il peut être difficile de le comprendre et de l'accepter. Par ailleurs, la loi elle-même encourage la protection des sujets lorsqu'ils sont jugés vulnérables (ce qui est souvent le cas des personnes présentant un TNC). Il est très difficile de concilier toutes ces notions contradictoires dans les pratiques professionnelles et chaque situation devient un dilemme complexe à résoudre, car il n'existe pas de solution idéale (Weaver & Geppert, 2022). En outre, le fait de ne pas respecter les choix d'un résident, même involontairement, constitue une

forme de maltraitance faisant partie de la catégorie « mépris et ignorance de ce que dit la personne âgée » (Thomas et al., 2005).

Les soignants doivent-ils orienter les résidents selon le « principe de bienfaisance » (Lerond, 2011), ou respecter leurs demandes même si elles leur semblent déraisonnables et risquées au vu de la situation ?

Un autre aspect peut freiner les soignants dans le respect du refus de soins : la peur des conséquences. Quelle responsabilité est retenue contre les soignants en cas de décès consécutif à une fausse route obstructive ? En cas de pneumopathie d'inhalation ? Chaque situation aura une réponse différente. En effet, l'implication des soignants ne sera pas la même en fonction des conséquences, du choix des résidents, des réactions face à la situation, d'une éventuelle négligence... Qu'en est-il du cadre légal ?

Si le refus de soins est un droit inscrit dans la loi Kouchner (2002), il n'en est pas moins complexe pour les soignants de se repérer sur le plan juridique et de savoir à quelle loi ils doivent se référer. Nous ne savons pas si les formations actuelles abordent ces points.

En France, ce sont le Code de la santé publique et le Code pénal qui traitent la responsabilité des soignants en cas de faute ou incident. Selon le code consulté, les réponses divergent : l'autonomie des patients est favorisée par le Code de la santé publique tandis que le Code pénal favorise la protection d'autrui notamment avec la notion d'assistance à personne en danger (Mauriat et al., 2009). La responsabilité retenue par la loi en cas de fausse route obstructive dépend de la situation et d'une potentielle négligence. Si cette dernière est retenue, peine d'emprisonnement et/ou amende sont possibles. Rien n'est précisé en cas de décès chez un résident ayant refusé la modification des textures, si ce n'est que les soignants ne sont pas responsables s'ils avaient signalé les risques (Ponte, 2007). Face à ce manque de clarté, de nombreux soignants sont tentés de ne pas prendre de risques pour ne pas être jugés responsables, ce qui crée des clivages au sein des équipes (Foureur & Fournier, 2020). Pourtant, la balance bénéfice/risque n'est pas nécessairement en faveur des adaptations de textures en cas de troubles de la déglutition. La qualité de vie devrait être le moteur principal des prises de décision, mais le flou juridique et les implications morales complexifient les prises de décision. Les troubles de la déglutition constituent donc bien souvent un « fardeau » pour les soignants en EHPAD (Rangira et al, 2022).

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Nous n'avons retrouvé aucune étude explorant le lien entre les connaissances des professionnels des EHPAD concernant les troubles de la déglutition, les adaptations et les implications juridiques et leurs pratiques professionnelles à ce jour et notamment en ce qui concerne la recherche de consentement. La présente étude exploratoire, réalisée dans le cadre d'un mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie, a donc pour objectif d'évaluer les connaissances et représentations des professionnels au sujet des troubles de la déglutition et des adaptations, des implications juridiques, ainsi que leurs répercussions sur leurs pratiques professionnelles, notamment en lien avec la recherche de consentement éclairé avant la modification des textures alimentaires. Cette étude légitimerait les formations des professionnels en EHPAD et en déterminerait les axes prioritaires.

Notre première hypothèse est que les connaissances des professionnels concernant les troubles de la déglutition et les adaptations sont incomplètes.

Notre seconde hypothèse est que la recherche du consentement éclairé des résidents n'est pas systématiquement effectuée par les professionnels des EHPAD concernés avant la modification des textures alimentaires.

MÉTHODOLOGIE

Récolte des données : matériel et procédure

Cette étude a été menée à travers l'analyse d'un questionnaire anonyme (annexe A) élaboré sur SphinxOnline®, similaire pour tous les répondants. Il comportait 34 questions réparties en 3 parties : identité professionnelle, connaissances des troubles de la déglutition et représentations professionnelles. Il a été validé en amont auprès de 10 pré-testeurs (3 infirmières, 1 aide-soignante, 1 orthophoniste, 1 maître de conférences, 2 étudiantes en orthophonie, 1 enseignante et 1 éducateur spécialisé). Les questions avaient plusieurs formats de réponses (questions à choix multiples et échelles de Likert), toutes obligatoires. Les données recueillies sur SphinxOnline® ont été analysées avec Excel et RStudio.

TABLEAU 1 : Répartition des professionnels formés et non formés, de la profession la plus formée à la moins formée.

Profession	Non	Oui	Total
Cadre de santé	33	46	79
Aide-soignant	63	41	104
Infirmier/ère	61	40	101
Infirmier/ère coordinateur/trice	30	39	69
Diététicien	9	26	35
Médecin	9	9	18
Orthophoniste (salarié de l'EHPAD)	1	8	9
Orthophoniste (libéral intervenant en EHPAD)	0	4	4
Cadre supérieur	3	3	6
Ergothérapeute	17	3	20
Agent de soin	0	2	2
Animateur/trice	10	2	12
AVS (auxiliaire de vie sociale)	0	2	2
Masseur-kinésithérapeute	1	2	3
Psychologue	19	2	21
Psychomotricien/enne	4	2	6
Assistant de direction	0	1	1
Assistant de soins en gérontologie	0	1	1
Directeur/trice	12	1	13
Hôtelier/ère	0	1	1
Secrétaire médical	0	1	1
AES (Accompagnant Éducatif et Social)	1	0	1
Aide médico-psychologique	1	0	1
ASH (Agent de Service Hospitalier)	4	0	4
Éducateur/trice sportif	1	0	1
Faisant Fonction d'Aide-soignant	1	0	1
Infimier/ère en pratique avancée	1	0	1
Moniteur/trice d'Activités Physiques Adaptées	1	0	1
Préparateur/trice en pharmacie hospitalière	1	0	1
Responsable hébergement et vie sociale	1	0	1
Responsable hôtelier	1	0	1
Service technique	1	0	1
Total	286	236	522

Récolte des données : population

Notre questionnaire a été transmis à 1530 adresses électroniques de secrétariats d'EHPAD privés et publics français. Il a été rempli, en 23 minutes en moyenne, par 555 personnes, dont 522 professionnels travaillant en EHPAD entre le 01/02/2023 et le 22/03/2023. Les critères d'inclusion étaient « être un professionnel (salarié ou intervenant externe) exerçant actuellement en EHPAD en France ». 8 personnes n'ayant pas renseigné leur profession ont été exclues. Les professionnels n'exerçant pas ou plus en EHPAD et les résidents étaient exclus d'office.

TABLEAU 2 : Répartition du type de formation auxquelles les 236 professionnels ayant été formés ont participé.

Formation au sein de l'établissement	Formation initiale	Formation personnelle	Formation proposée par un ancien employeur
51%	43%	17%	17%

Il y avait environ 430 000 professionnels dans les 7400 EHPAD français en 2015 (Bazin & Muller, 2018). Il fallait 384 réponses pour que notre échantillon soit représentatif de notre population cible, calculé de la manière suivante :

Équation 1 : Calcul de la représentativité de l'échantillon

$$n = \frac{t^2 \times p \times (1-p)}{m^2}$$

avec n : la taille de l'échantillon, un niveau de confiance à 95% (t), une proportion estimée de la population à 430 000 professionnels (p) et une marge d'erreur de 5% acceptée (m).

RÉSULTATS

Les résultats obtenus avec les données du questionnaire ont été calculés et présentés sous forme de pourcentages. Les connaissances des professionnels ont été évaluées grâce aux scores moyen obtenus pour chaque thématique, traduits en pourcentage. Les résultats sont exposés sous forme de graphiques et tableaux.

Les réponses obtenues sur SphinxOnline® ont été saisies sur EXCEL et les analyses statistiques ont été réalisées avec RStudio. Un test du khi² d'indépendance a été effectué pour déterminer le lien entre différentes variables. Enfin, un Z-test nous a permis de comparer nos proportions de population.

Formation(s) et sentiment de formation des professionnels des EHPAD

Professions

Au total, 522 répondants de professions variées ont répondu au questionnaire. Notre échantillon se compose ainsi de 32 professions, avec des effectifs très hétérogènes en fonction des corps de métier. Les professions représentées appartiennent dans leur majorité aux métiers du soin (aides-soignants et infirmiers), de la rééducation (ergothérapeute notamment) et de l'encadrement (cadres et direction, annexe B).

Formations

55% des répondants déclarent n'avoir eu aucune formation concernant les troubles de la déglutition (soit 286 personnes, tableau 1).

Les professionnels les plus formés sont les orthophonistes (92%), les diététiciens (74%) et les masseurs-kinésithérapeutes (67%). Les professionnels les moins formés sont les aides-soignants (61% non formés), les infirmiers (54% non formés) et les médecins (50% non formés).

Type de formation

Les types de formations suivies par les répondants sont variés. 25% des répondants ont eu deux des types de formations mentionnées et 2% en ont eu trois (tableau 2). Nous n'avons pas de précision sur l'identité des personnes proposant des formations au sein des établissements.

Expérience professionnelle

La majeure partie des répondants ont plus de 10 ans d'expérience (48%). 18% des répondants ont entre 5 et 10 ans d'expérience. Seuls 9% des professionnels en ont moins d'une année. La majeure partie des répondants ont assisté à des fausses routes ayant nécessité des manœuvres et/ou aspiration. 42% ont déjà assisté à un décès consécutif à une fausse route obstructive. La plupart des professionnels ont déjà assisté à des situations compliquées découlant de troubles de la déglutition (figure 4).

Sentiment de formation des répondants

44% des répondants ne se sentent pas suffisamment formés aux troubles de la déglutition *[IC : 39.9 à 48.6]*. Ces résultats sont à nuancer au regard des professions : les orthophonistes se sentent plutôt formés par rapport aux autres professionnels (tableau 3).

80% des personnes qui ont été formées se sentent formées *[IC : 0.7384195 ; 0.8449123]*, 64% des personnes non formées ne se sentent pas formées *[IC : 0.5809284 ; 0.6949689]*.

TABLEAU 3 : Répartition du sentiment de formation chez les personnes formées et non formées.

Sentiment de formation	Non formé	Formé	Total
« Pas du tout » à « plutôt non »	183	48	231
« Plutôt oui » à « tout à fait »	103	188	291
Total	286	236	522

TABLEAU 4 : Répartition du sentiment de formation en fonction du type de formation.

Sentiment d'être formé	Type de formation			
	Cours en formation initiale	Formation d'un ancien employeur	Formation personnelle	Formation au sein de l'EHPAD
Non	19	6	23	6
Oui	83	34	99	34

TABLEAU 5 : Répartition du sentiment de formation en fonction de l'expérience.

Sentiment d'être formé	Expérience professionnelle		
	Moins de 5 ans	Plus de 5 ans	Total
« Plutôt non » à « pas du tout »	88	143	271
« Plutôt oui » à « tout à fait »	91	200	291
Total	179	343	522

Les répondants sont répartis de façon hétérogène au sein du tableau *(khi² : p-value < 2.2e-16)*. Le fait d'être formé exerce bien une influence positive sur le sentiment de formation *(Z.test : p-value < 2.2e-16)*.

Les populations au sein du tableau 4 sont réparties de façon homogène *(khi² : p-value = 0.8746)* et l'analyse des proportions indique qu'aucune formation n'a plus d'influence que les autres sur le sentiment de formation *(Z.test : p-value = 0.9724)*.

56% *[IC : 0.5136367 à 0.6004473]* des répondants se sentent formés. Or, 53% le sont réellement. Nous avons testé une éventuelle influence du nombre d'années d'expérience sur le sentiment de formation pour tenter d'expliquer cette disparité. La proportion de personnes se sentant formées est plus grande chez les personnes ayant plus d'années d'expérience (tableau 5). L'expérience professionnelle influence donc le sentiment de formation *(khi² : p-value = 0.1239, Z.test : p-value = 0.0001504)*.

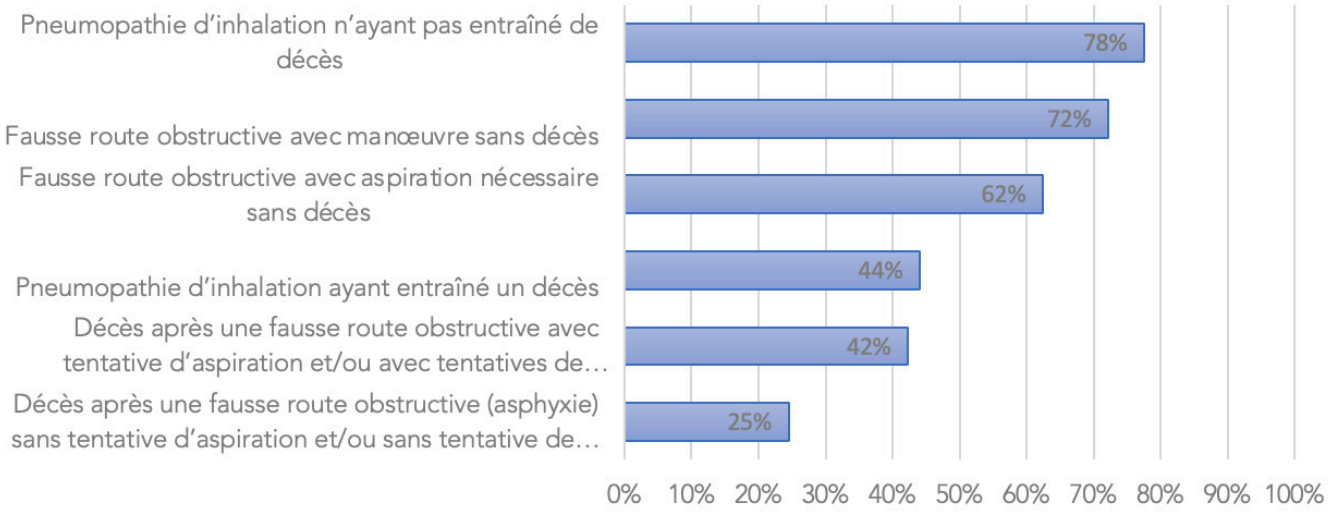


FIGURE 4 : Expériences vécues par les répondants.

TABLEAU 6 : Répartition du sentiment de formation concernant les manœuvres à réaliser en cas d'urgence et l'utilisation du matériel d'aspiration.

Sentiment d'être formé	« Plutôt oui » à « tout à fait »	« Plutôt non » à « pas du tout »	« Non concerné »
Aux manœuvres	393	105	24
À l'utilisation du matériel d'aspiration	287	108	127

TABLEAU 7 : Sentiment des professionnels face aux gestes à réaliser en cas d'urgence.

	« Très anxieux » à « inquiet »	« Confiant » à « très confiant »	« Non concerné »
Sentiment face aux manœuvres	235	257	30
Sentiment face à l'utilisation du matériel d'aspiration	158	233	131

TABLEAU 8 : Répartition des niveaux de confiance face aux troubles de la déglutition chez les professionnels formés et non formés.

Formation	Niveau de confiance face aux troubles de la déglutition		Total
	« Très anxieux » à « inquiet »	« Confiant » à « très confiant »	
Non	188	98	286
Oui	86	150	236
Total	274	248	522

Sentiment de formation concernant les gestes à réaliser en cas d'urgence

79% des répondants concernés se sentent suffisamment formés aux manœuvres à réaliser en cas de fausse route obstructive et 72% se sentent suffisamment formés à l'utilisation du matériel d'aspiration (tableau 6).

Sentiments face aux gestes à réaliser en cas d'urgence

47% des personnes concernées (492) se sentent anxieuses à l'idée de réaliser des manœuvres d'urgence *[IC de 43,2 à 52,2]*.

40% des personnes concernées (391) se sentent anxieuses à l'idée d'utiliser du matériel d'aspiration *[IC entre 35,5 et 45,4]* (tableau 7).

Sentiments des répondants face aux troubles de la déglutition

Nous avons interrogé les sentiments des répondants face aux troubles de la déglutition avec une échelle allant de « très anxieux » à « très confiant » (tableau 8). 53% des répondants se sentent anxieux face aux troubles de la déglutition *[IC : 0.4810844 à 0.5683520]*. 64% des professionnels formés se sentent confiants face aux troubles *[IC :0.57;0.696]* et 66% des professionnels non formés se sentent anxieux *[IC :0.598;0.71]*. Le fait d'avoir eu une formation exerce une influence positive sur le sentiment de confiance, et à l'inverse, le fait de ne pas en avoir est corrélé avec le sentiment d'anxiété *(khi² : p-value = 4.634e-11 ; Z.test : p-value = 4.634e-11)*.

La fréquence de travail avec des personnes présentant des troubles de la déglutition n'influence pas le sentiment d'anxiété. Un professionnel qui travaille tous les jours avec une personne présentant des troubles de la déglutition a autant de chance d'être anxieux qu'une personne qui ne travaille avec elle que de temps en temps *(Z.test : p value = 0,97 ; khi² : p.value = 0,87)*.

La présence d'un orthophoniste au sein de l'établissement n'a pas de lien avec le sentiment de confiance, bien que la p-value de notre Z test soit très faible (0,05803).

Parmi les 325 personnes qui estiment qu'avoir une responsabilité professionnelle en cas de décès à la suite d'une fausse route influence leur façon de travailler, 151 proposent davantage de textures modifiées. 58%

d'entre elles font partie des personnes anxieuses face aux troubles de la déglutition. Le sentiment d'anxiété semble donc influencer les pratiques professionnelles. En revanche, nous ne savons pas si les professionnels estiment que leur anxiété influence leur façon de travailler.

Connaissances des répondants face aux troubles de la déglutition

Quatre thématiques ont été abordées concernant les connaissances : « caractérisation et repérage des troubles de la déglutition », « connaissance théorique », « réponses face aux troubles » et « conséquences des troubles ».

Caractérisation et repérage des troubles de la déglutition

Quatre items permettent d'évaluer cette thématique : les items A, B et E de la question 9 (vrai/faux), ainsi que la question 10 (identification des symptômes, figure 5). Nous relevons 62% de réponses correctes en moyenne mais nous notons des disparités selon les items :

- 91% des répondants savent qu'il est possible d'avoir des troubles de la déglutition sans faire de fausses routes.
- 85% connaissent l'existence des fausses routes silencieuses.
- 75% des répondants pensent qu'il y a une corrélation entre « l'importance de la toux » et « l'importance de la fausse route ».
- Seuls 48% des professionnels ont correctement identifié plus de la moitié des symptômes des troubles de la déglutition.
- Seuls 30% des professionnels ont identifié la fièvre parmi les symptômes de troubles de la déglutition.

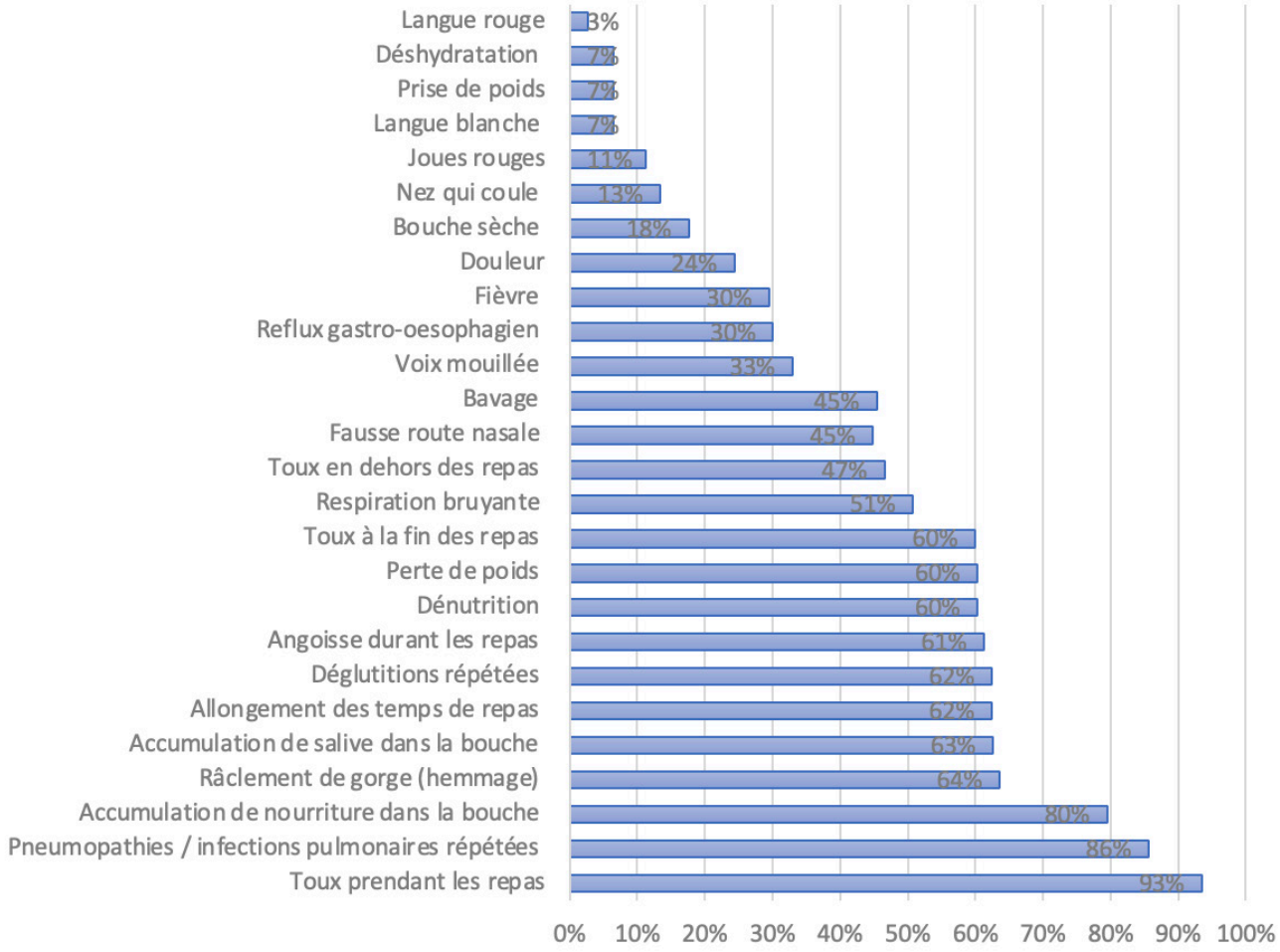


FIGURE 5 : Symptômes des troubles de la déglutition identifiés par les professionnels.

Connaissances théoriques au sujet des troubles de la déglutition

Trois items permettaient d'évaluer cette thématique : l'item C de la question 9 (vrai/faux), la question 13 (identification des professionnels pouvant poser le diagnostic de troubles de la déglutition), et la question 14 (identification des personnes pouvant décider de l'adaptation des textures). 9% de réponses correctes sont relevées en moyenne :

- 7% des répondants seulement ont répondu correctement à l'item concernant la presbyphagie.
- 2% des personnes ont correctement identifié tous les professionnels pouvant diagnostiquer des troubles de la déglutition.
- 18% des répondants ont correctement identifié toutes les personnes pouvant décider des adaptations de textures alimentaires et hydriques.

Réponses face aux troubles de la déglutition

Quatre items permettaient d'évaluer cette thématique : question 9 item D (vrai/faux), la question 16 (évaluation de la pertinence des missions que s'attribue chaque professionnel face aux troubles de la déglutition), et la question 12 en deux parties (mise en place d'adaptations de textures). Nous relevons 38% de réponses correctes en moyenne.

Seuls 37% des répondants savent que les troubles de la déglutition ne s'accompagnent pas nécessairement d'adaptation de textures alimentaires et hydriques.

Les soignants identifient mal leur propre champ de compétences face aux troubles de la déglutition : ils n'identifient correctement qu'en moyenne 28% des missions concernant les troubles de la déglutition faisant partie de leur champ de compétences, avec de grandes différences selon les professions. Ce sont les médecins qui identifient le mieux leurs missions (55% de missions correctement identifiées), suivis des orthophonistes (46% de missions correctement identifiées). 6 aides-soignants ont sélectionné la prescription de textures modifiées comme faisant partie de leurs missions, 10 ont sélectionné le diagnostic des troubles.

Notre questionnaire nous permet de relever des fausses croyances :

- 12% des répondants ont sélectionné « discuter avec le résident durant le repas »
- 27% des répondants pensent qu'il est pertinent de faire « pencher la tête en arrière » en cas de troubles de la déglutition
- 51% pensent que les verres à becs/canard sont pertinents
- 59% pensent que l'utilisation de la paille est pertinente en cas de troubles de la déglutition

Conséquences des troubles de la déglutition

Quatre items permettaient d'évaluer les connaissances qu'ont les professionnels concernant les conséquences (figure 6) : la question 11 (conséquences directes des troubles de la déglutition), et la question 15 divisée en trois items

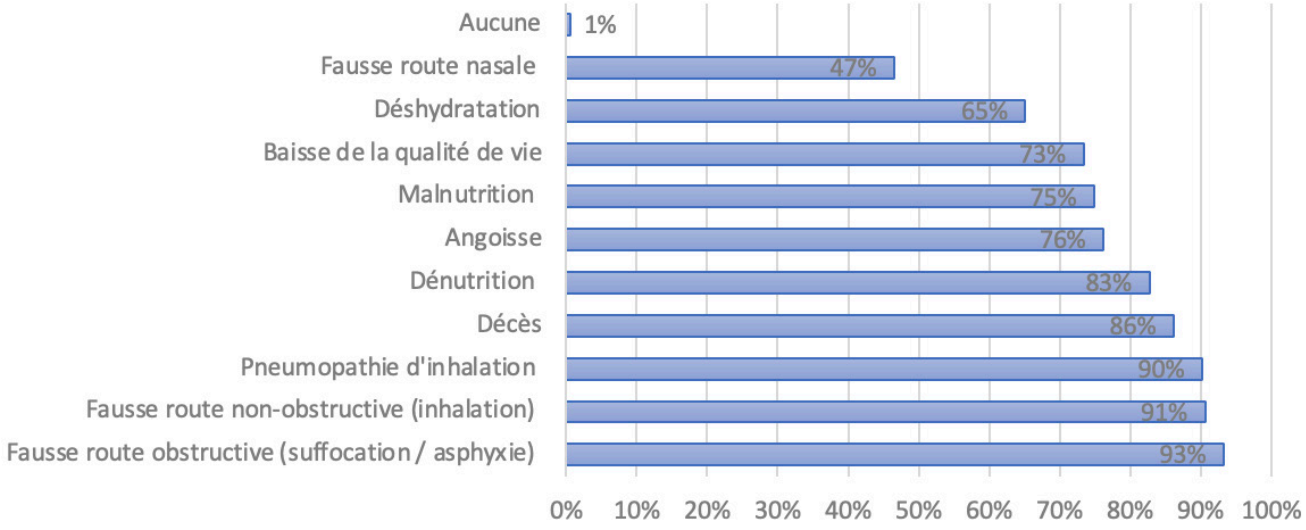


FIGURE 6 : Identification des conséquences des troubles de la déglutition par les professionnels.

(conséquences des textures modifiées). Nous relevons 45% de réponses correctes en moyenne concernant cette thématique.

5% seulement des professionnels ont identifié le risque de fausses routes avec des textures modifiées. La pertinence de la modification de textures alimentaires dans le cadre des troubles de la déglutition ne semble pas remise en question.

Synthèse des connaissances des répondants au sujet des troubles de la déglutition

En moyenne, sur les quatre thématiques abordées, nous relevons 38% de réponses correctes avec de grandes disparités en fonction des questions. La thématique la mieux maîtrisée est celle concernant la caractérisation et le repérage des troubles de la déglutition (figure 7).

Les personnes formées ont obtenu en moyenne 45% de réponses correctes (6,36/14) et les personnes non formées en moyenne 41% (5,75/14). Les personnes formées ont significativement de meilleurs résultats que les personnes non formées *(Z.test : p-value = 0.0001712)*.

Perception des adaptations par les professionnels des EHPAD

Importance accordée aux différentes adaptations

En cas de troubles de la déglutition, diverses adaptations et actions peuvent être proposées afin de pallier les troubles de la déglutition. Il a été demandé aux répondants de classer chaque proposition d'adaptation de « peu important » à « très important ». Certaines adaptations semblent avoir plus d'importance, comme les adaptations de posture et la modification des textures alimentaires. Certaines adaptations inappropriées semblent également avoir de l'importance, comme l'utilisation d'un verre canard jugée importante par 44% de l'effectif (tableau 9).

75% des répondants pensent que des adaptations sont nécessaires immédiatement en cas de troubles de la déglutition suspectés.

Perception des modifications de textures alimentaires par les professionnels des EHPAD

82% des professionnels interrogés déclarent avoir déjà goûté les textures modifiées mais nous n'avons pas d'information concernant leur ressenti. Ce nombre varie légèrement en fonction des professions.

80% des répondants ont identifié des bénéfices et des inconvénients aux textures modifiées *[IC : 0.765; 0.835]*. Ce nombre varie en fonction des professions : 70% pour les aides-soignants, 72% pour les cadres, 86,5% pour les infirmiers et 89% pour les médecins. 6 personnes (soit 1% des répondants) n'ont identifié ni bénéfice ni inconvénient.

Perception des bénéfices de la modification des textures alimentaires par les professionnels des EHPAD

Les 96% des répondants ayant identifié des bénéfices (dont 16% des bénéfices uniquement) ont sélectionné les réponses qui leur semblaient

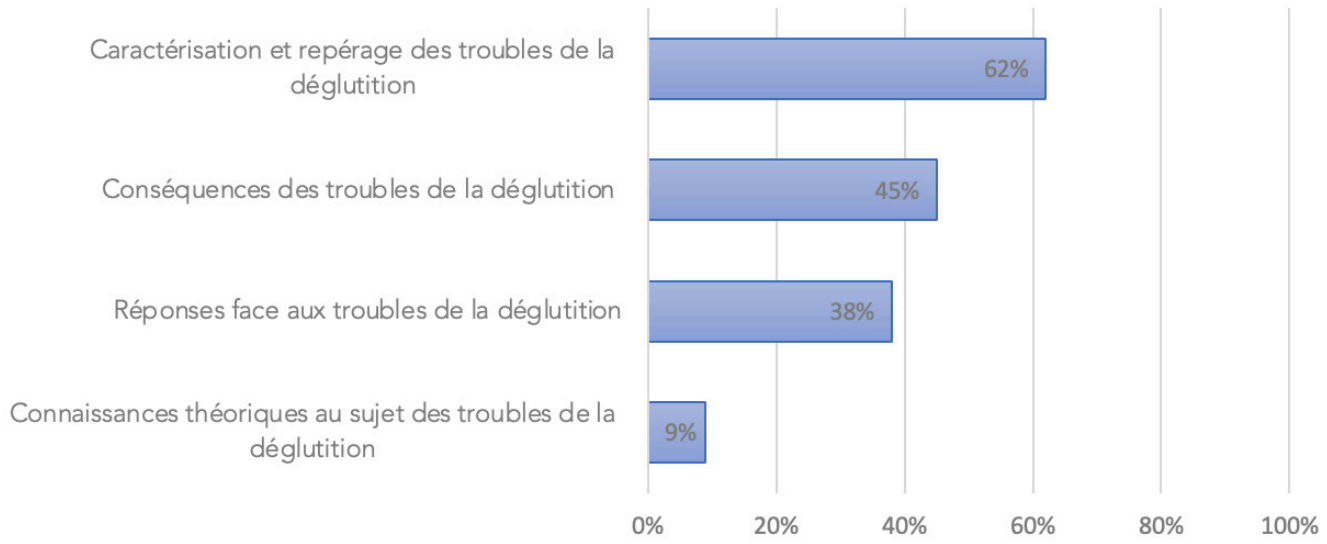


FIGURE 7 : Synthèse des connaissances en fonction des thématiques abordées.

TABLEAU 9 : Répartition de l'importance de chaque adaptation proposée pour les professionnels.

	« Assez important » à « Très important »	« Peu important » à « Non pertinent »	« Ne sait pas »
Concertation en équipe	97%	3%	1%
Adaptation de la posture	95%	4%	1%
Textures modifiées	94%	6%	0%
Demander un bilan médical	88%	10%	2%
Demander un bilan orthophonique	87%	10%	3%
Épaississement des boissons	79%	20%	1%
Demander un bilan diététique	76%	19%	5%
Adaptation de l'environnement	73%	23%	4%
Demander un bilan ergothérapique	70%	25%	5%
Mixer les aliments	68%	30%	2%
Utilisation de verres à encoches nasales	65%	24%	11%
Choix de couverts adaptés	64%	31%	5%
Utilisation de paille	51%	42%	7%
Utilisation de verres à bec/verres canards	44%	48%	8%
Demander un bilan kinésithérapique	42%	48%	10%
Mise en place de compléments nutritionnels oraux	40%	53%	8%
Utilisation de tapis antidérapant	40%	51%	9%
Alimentation artificielle totale ou partielle (sonde nasogastrique)	11%	75%	14%
Faire pencher la tête en arrière	8%	73%	19%

justes parmi les propositions (figure 8). Ils ont identifié en moyenne 2,68 bénéfices sur les 5 possibles.

Perception des inconvénients de la modification des textures alimentaires par les professionnels des EHPAD

Les 82% des répondants ayant identifié des inconvénients (dont 2% des inconvénients uniquement) pouvaient sélectionner les réponses qui leur semblaient justes (figure 9). Les répondants ont identifié en moyenne 1,95 inconvénients sur les 5 possibles. 3 répondants ont précisé « refus de s'alimenter » dans la modalité « autre ».

Formation des professionnels des EHPAD et identification des risques associés à la modification des textures alimentaires

Le fait d'être formé ne permet pas plus d'identifier le risque de fausses routes non obstructives qui subsiste avec les textures modifiées *(Z.test : p-value = 0,11)*.

Perception de la responsabilité professionnelle et répercussion sur les pratiques professionnelles

Responsabilité professionnelle estimée par les répondants en cas de fausse route obstructive entraînant un décès

La figure 10 expose les réponses sélectionnées par les répondants concernant leur représentation de la responsabilité juridique en cas de fausse route entraînant un décès.

Les réponses sont plus nettes en ce qui concerne la responsabilité morale estimée (figures 11 et 12).

Responsabilité professionnelle estimée par les répondants en cas de pneumopathie d'inhalation entraînant un décès

La figure 13 expose les représentations des répondants concernant leur responsabilité juridique en cas de pneumopathies d'inhalations entraînant un décès.

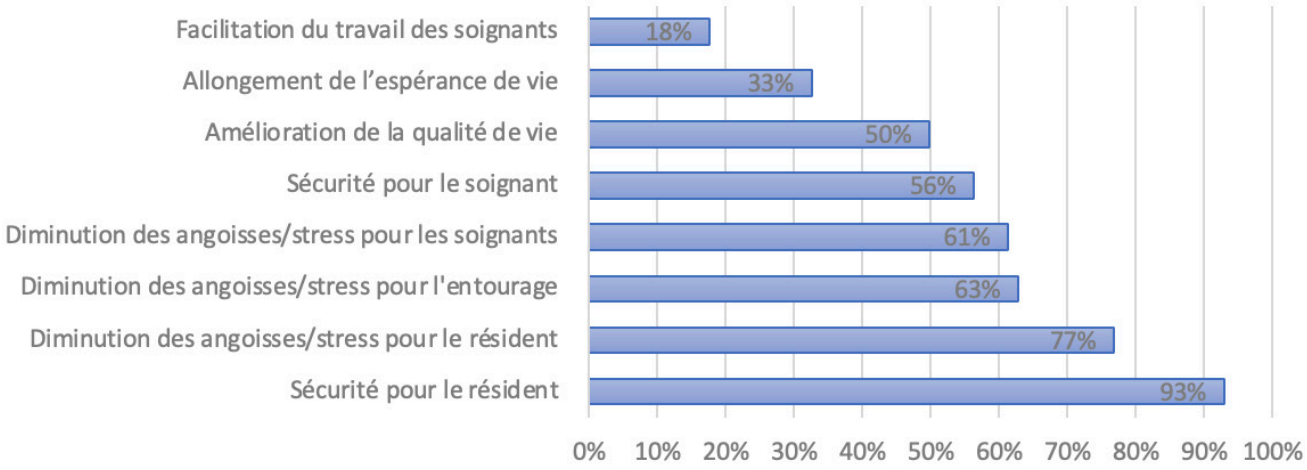


FIGURE 8 : Identification des bénéfices des textures modifiées par les professionnels.

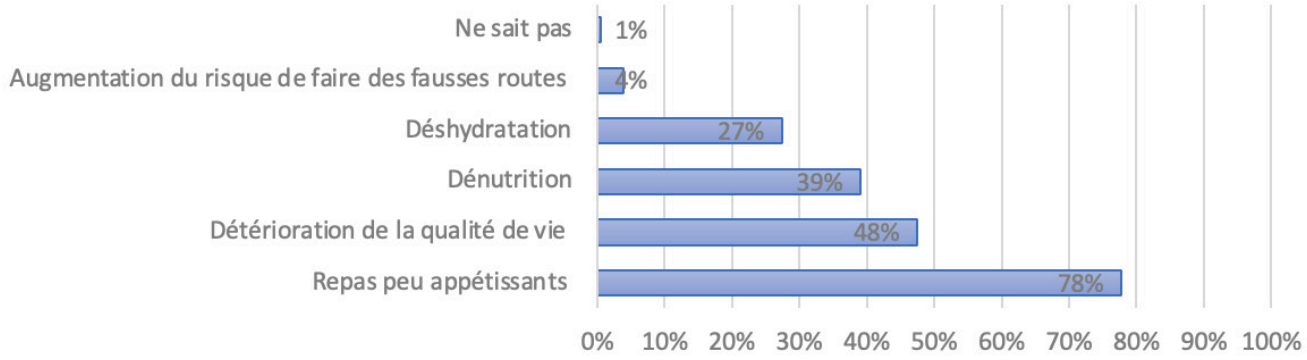


FIGURE 9 : Identification des inconvénients des textures modifiées par les professionnels.

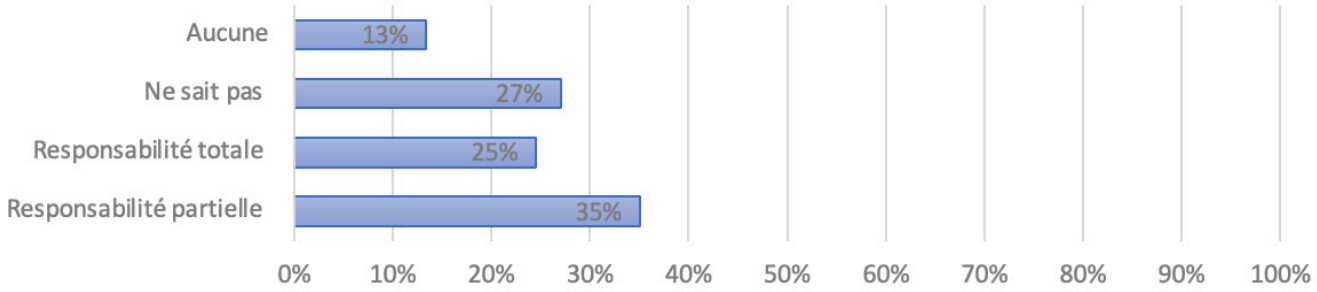


FIGURE 10 : Perception de la responsabilité juridique envisagée par les professionnels en cas de fausse route obstructive entraînant le décès d'un résident.

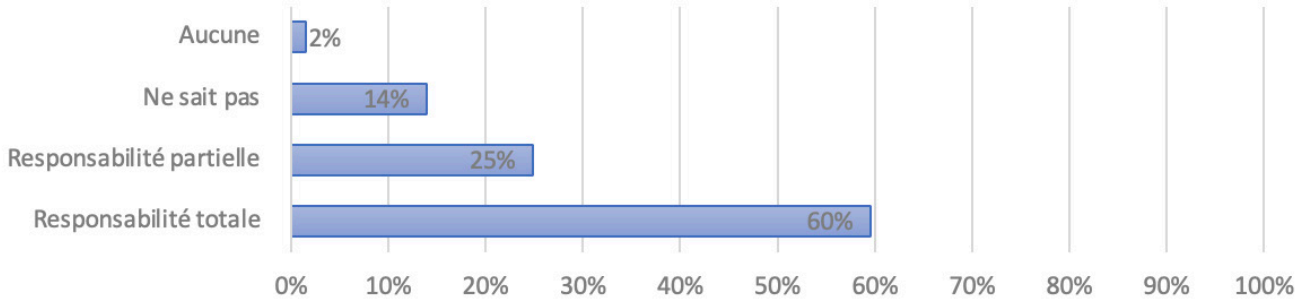


FIGURE 11 : Perception de la responsabilité morale envisagée par les professionnels en cas de fausse route obstructive entraînant le décès d'un résident.

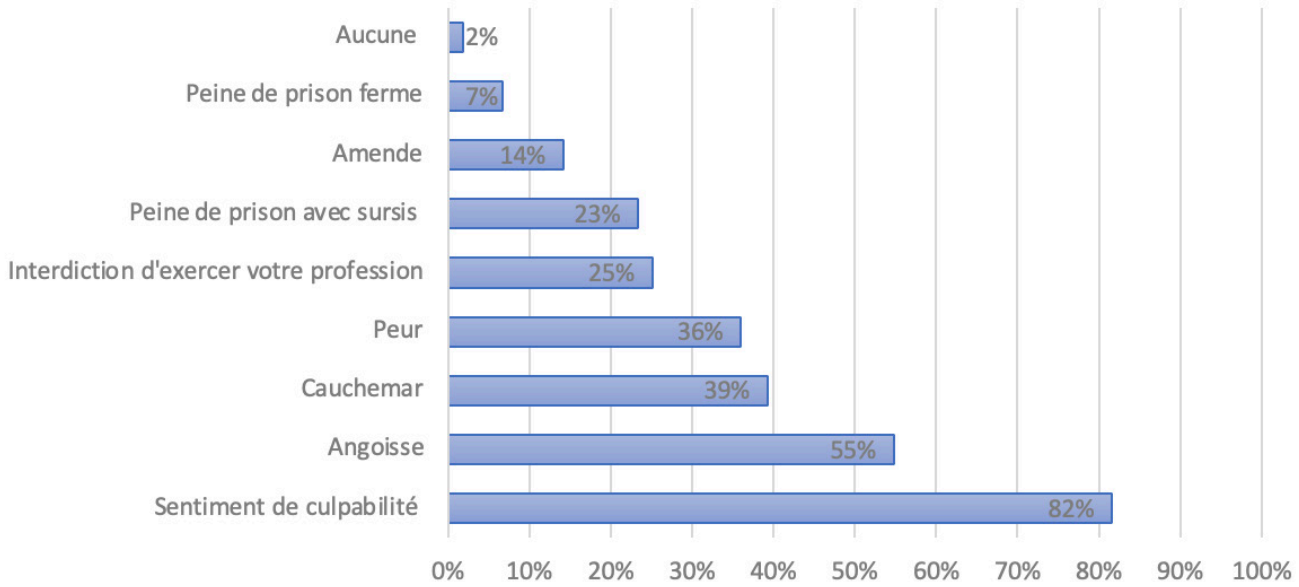


FIGURE 12 : Conséquences envisagées par les professionnels en cas de fausse route obstructive entraînant le décès d'un résident.

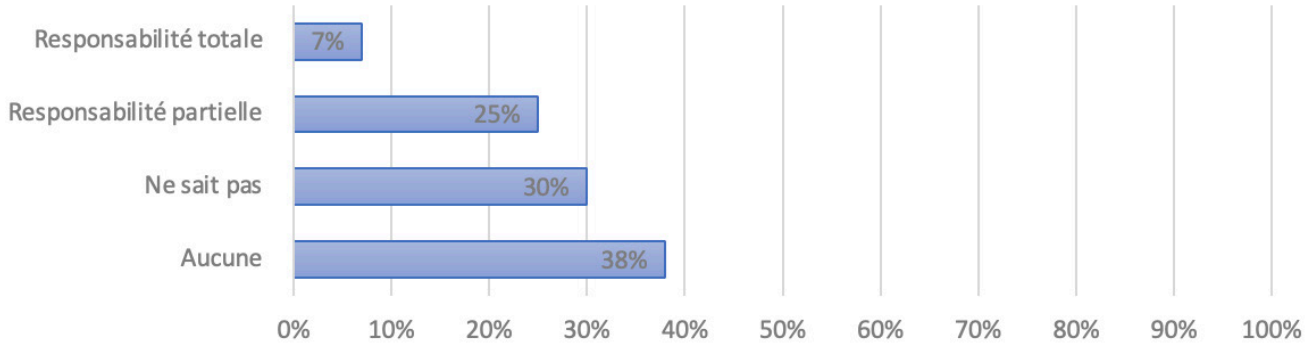


FIGURE 13 : Perception de la responsabilité juridique envisagée par les professionnels en cas de pneumopathie d'inhalation entraînant le décès d'un résident.

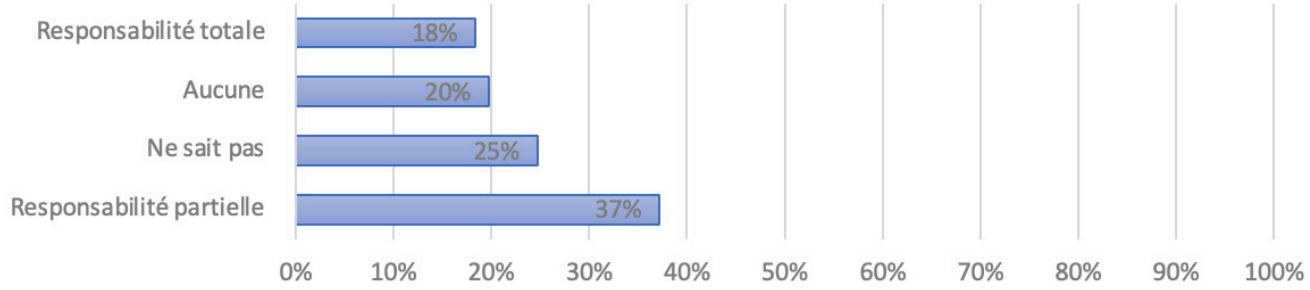


FIGURE 14 : Perception de la responsabilité morale envisagée par les professionnels en cas de pneumopathie d'inhalation entraînant le décès d'un résident.

Nous avons également interrogé les représentations des professionnels concernant leur responsabilité morale en cas de pneumopathie d'inhalation entraînant un décès (figure 14).

Une plus grande proportion de personnes ignore quelle peut être leur responsabilité morale en cas de pneumopathie d'inhalation par rapport à la proportion qui l'ignore en cas de fausse route obstructive (figure 15).

La perception de la responsabilité professionnelle n'est pas la même en fonction des conséquences des troubles de la déglutition, que ce soit du point de vue juridique ou moral. Les professionnels se sentent plus responsables juridiquement et moralement en cas de fausse route obstructive.

Répercussion de la responsabilité professionnelle estimée par les répondants sur leurs pratiques

73% (soit 325) des personnes pensant qu'il y a une responsabilité en cas de décès à la suite d'une fausse route obstructive estiment que cette responsabilité potentielle influence leur façon de travailler.

La figure 16 représente les modifications de comportement identifiées par les professionnels. 14 personnes ont ajouté « vigilance accrue » dans la modalité « autre ».

61% (soit 182) des personnes pensant qu'il y a une responsabilité en cas de décès à la suite d'une fausse route obstructive estiment que cette responsabilité potentielle influence leur façon de travailler.

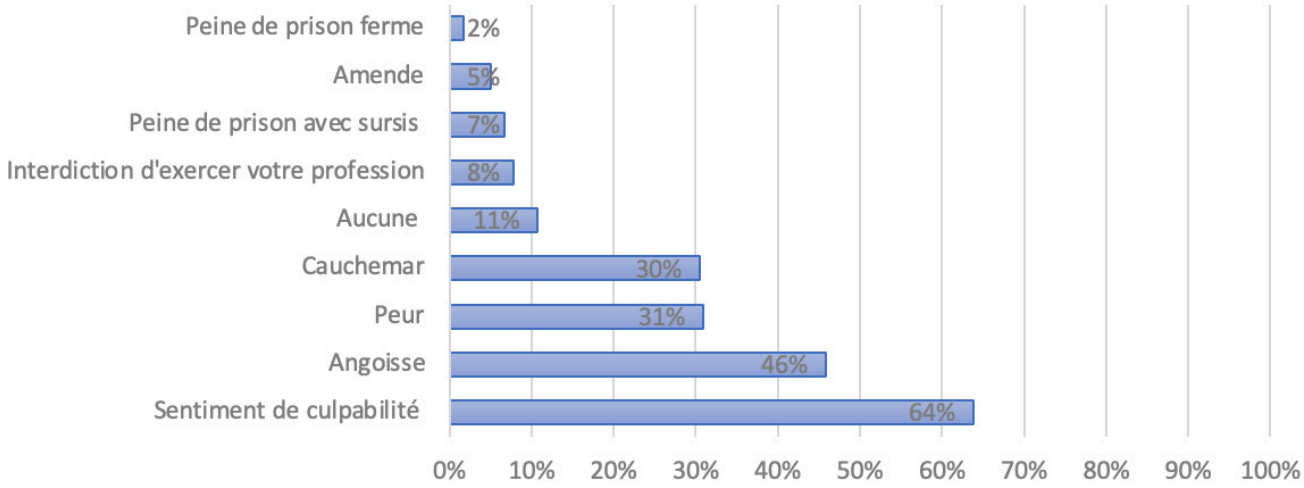


FIGURE 15 : Conséquences envisagées par les professionnels en cas de pneumopathie d'inhalation entraînant le décès d'un résident.

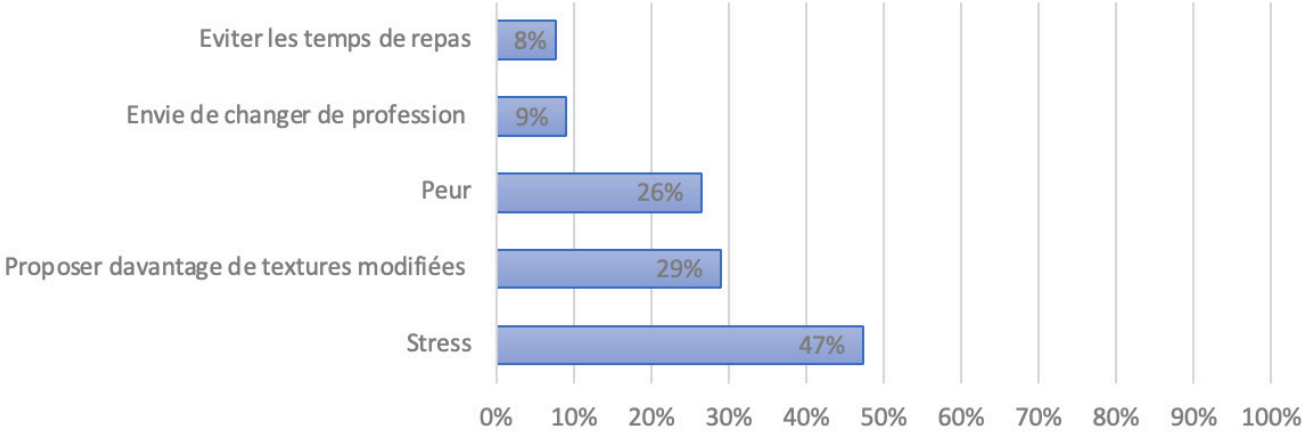


FIGURE 16 : Modifications de comportement identifiées par les professionnels, liées à la perception d'une responsabilité morale et/ou juridique en cas de décès causé par une fausse route obstructive.

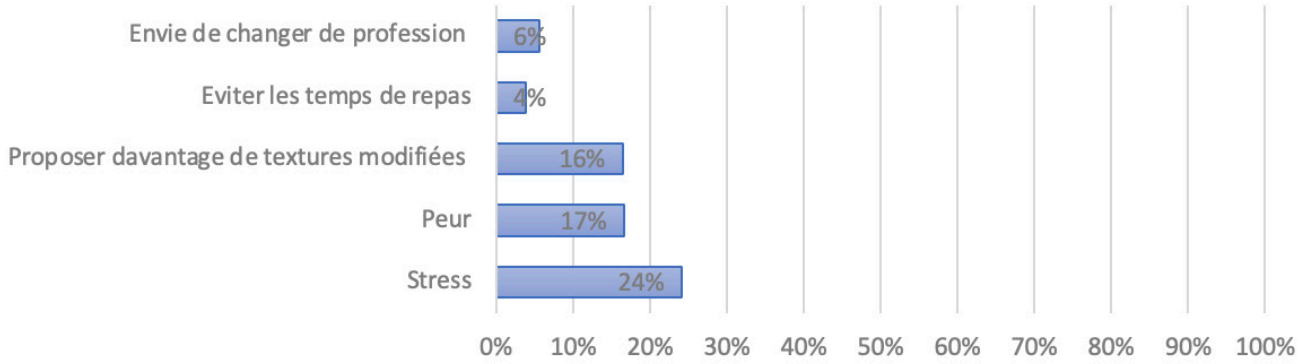


FIGURE 17 : Modifications de comportement identifiées par les professionnels, liées à la perception d'une responsabilité morale et/ou juridique en cas de décès causé par une pneumopathie d'inhalation.

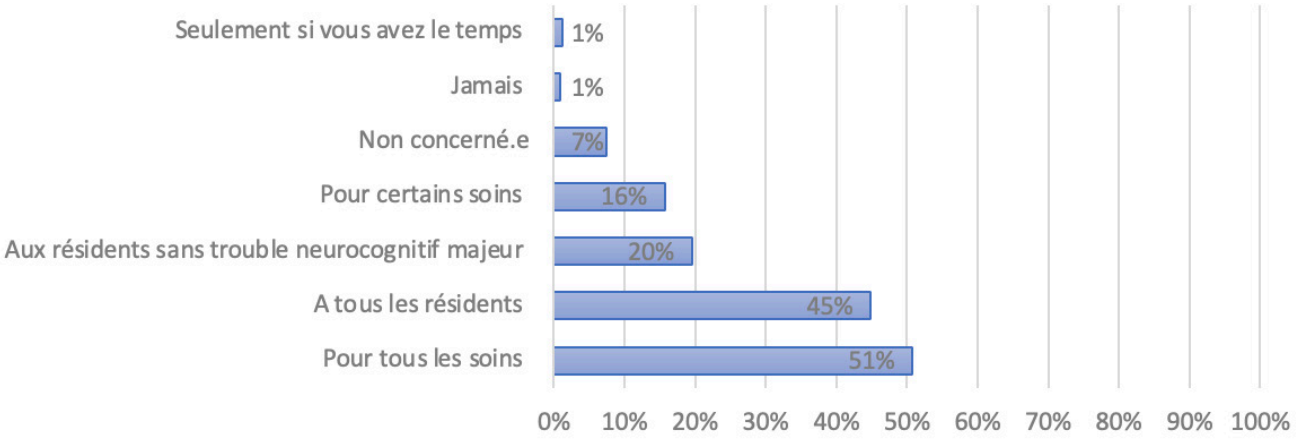


FIGURE 18 : Réponses des professionnels au sujet de leur pratique concernant la recherche de consentement éclairé en général chez les résidents.

La figure 17 représente les modifications de comportement estimées par les professionnels. 13 personnes ont ajouté « vigilance accrue » dans la modalité « autre ».

La responsabilité morale et juridique perçue par les soignants en cas de fausse route influence davantage les pratiques professionnelles que la perception de la responsabilité morale et juridique en cas de pneumopathie d'inhalation.

Données relevées concernant la recherche du consentement éclairé chez les résidents

97% des répondants savent que la modification des textures alimentaires constitue un soin.

96% des répondants accordent de l'importance à la demande de consentement de manière générale. 72% savent qu'il y a une obligation légale à le demander à tous les résidents et pour tous les soins.

À la question 31 qui interrogeait les professionnels concernant leur réaction face à un cas clinique, 53% uniquement des professionnels ont sélectionné la modalité « demander son avis à Mme M » avant la mise en place d'adaptation de textures. Cela concernait 55% des infirmiers et 39% des aides-soignants. Davantage de personnes formées ont coché « demander son avis à Mme M » mais notre analyse ne trouve pas de différence significative entre ces deux populations *(Z.test : p-value = 0.05664)*.

À la question 14 « Qui décide de la mise en place des adaptations ? », seuls 25% des répondants (soit 132 personnes) ont sélectionné « le résident » parmi leurs réponses. 42% de ces répondants uniquement sont formés. Il n'y a pas de différence significative entre les proportions de personnes formées et non-formées *(Z.test : p-value = 0.09818)*.

Le fait d'être formé aux troubles de la déglutition ne semble pas influencer la recherche de consentement éclairé (figure 18).

Il y a des différences interprofessionnelles concernant ces résultats : 38% des aides-soignants seulement recherchent le consentement de tous les résidents. 57% le font pour tous les soins.

47% des infirmiers recherchent le consentement de tous les résidents et 53% le font pour tous les soins.

Parmi les 234 personnes qui disent demander le consentement à tous les résidents, 103 sont formées. Il n'y a pas statistiquement plus de personnes formées qui demandent le consentement à tous les résidents (p-value = 0.07756).

La figure 19 met en évidence les réponses des professionnels concernant la recherche de consentement éclairé au sein de leur établissement avant la modification des textures alimentaires. Ce dernier n'est pas systématiquement demandé à tous les résidents.

Données relevées concernant les pratiques professionnelles des répondants

Les graphiques ci-dessous exposent les réponses sélectionnées par les professionnels aux questions 31, 32 et 33 qui recueillaient leurs réactions face à des cas cliniques (figures 20, 21, 22).

Synthèse concernant le consentement éclairé en EHPAD

96% des professionnels interrogés accordent de l'importance au consentement. 72% savent par ailleurs qu'il y a une obligation légale à le demander. Cependant 51% seulement déclarent le demander pour tous les soins. Seuls 20% des répondants demandent le consentement de tous les résidents avant la mise en place de textures modifiées.

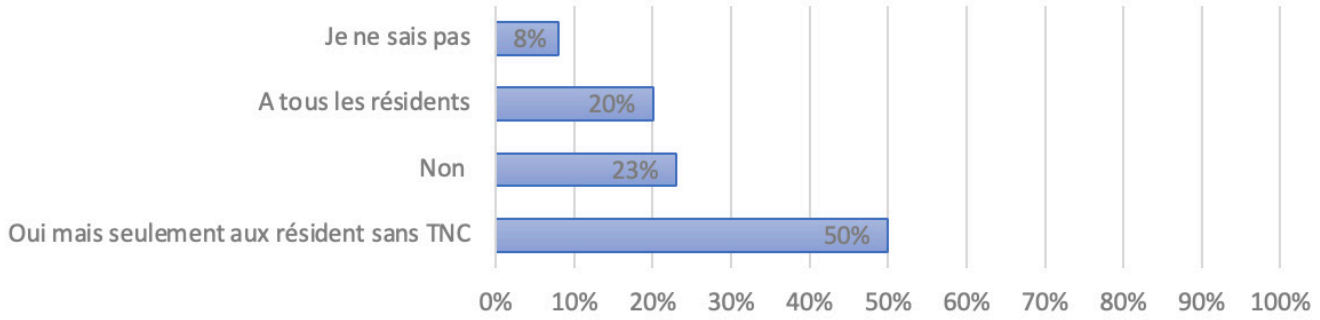


FIGURE 19 : Réponses des professionnels au sujet des pratiques au sein de leur EHPAD concernant la recherche de consentement éclairé avant la modification des textures alimentaires et hydriques.

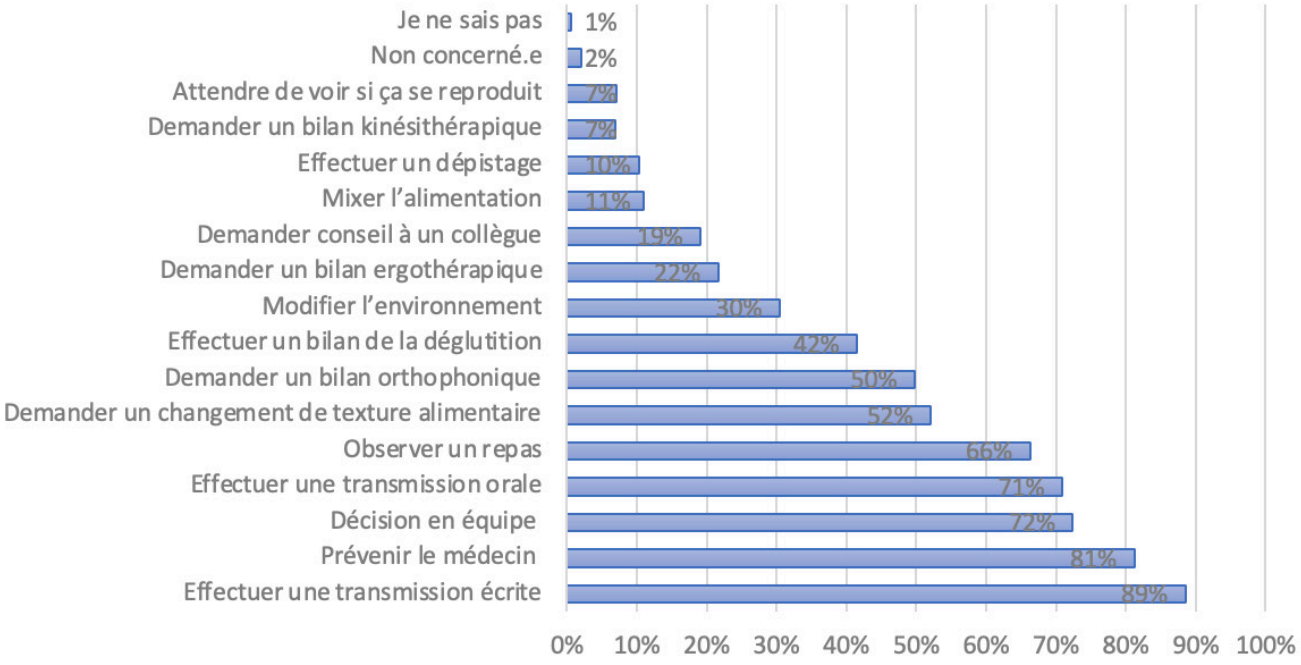


FIGURE 20 : Réponses des professionnels face à la situation suivante : « Mme M, résidente de 92 ans avec une maladie de Parkinson présente plusieurs signes de fausses routes depuis quelques semaines en votre présence. Que faites-vous ? »

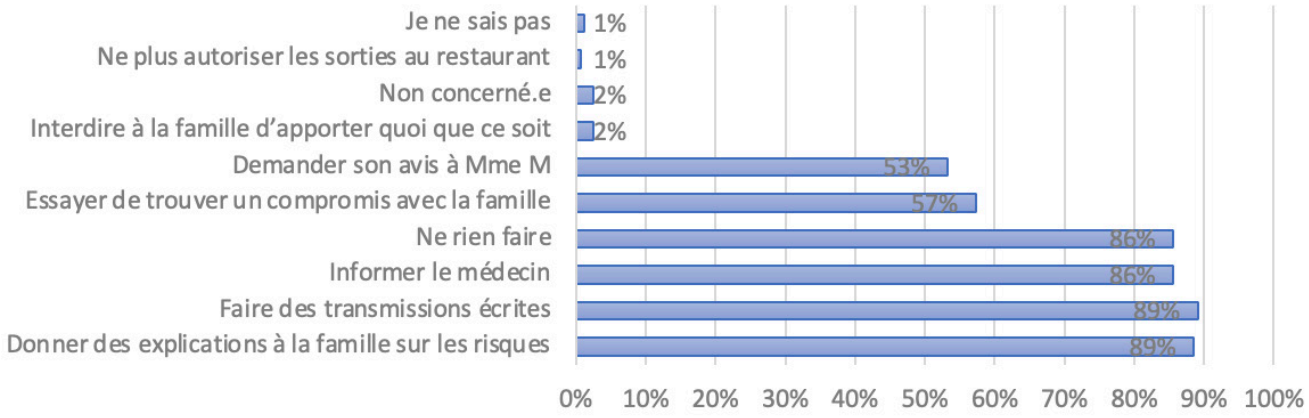


FIGURE 21 : Réponses des professionnels face à la suite du cas : « Le médecin a préconisé la mise en place de textures mixées pour cette même patiente car ces fausses routes l'interpellent mais ne prescrit aucun bilan de déglutition. La famille n'est pas d'accord avec cette décision et apporte régulièrement des aliments non modifiés (chocolats, biscuits, etc.) et l'emmène régulièrement au restaurant, malgré plusieurs remarques et mises en garde de vos collègues. Que faites-vous ? »

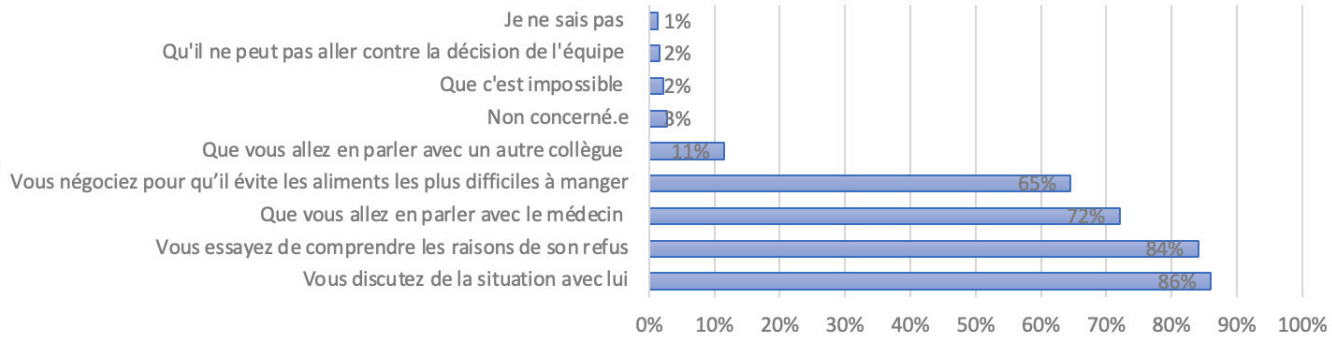


FIGURE 22 : Réponses des professionnels face au cas clinique « M. S, résident de 83 ans, présente des troubles de la déglutition suite à son AVC. Il souhaite cependant manger avec sa famille et refuse toute adaptation. Que lui répondriez-vous ? »

DISCUSSION

Cette étude s'intéresse aux connaissances et aux représentations des professionnels des EHPAD concernant les troubles de la déglutition, leurs adaptations et les implications juridiques. Elle interroge également la place de la recherche de consentement éclairé avant la mise en place de textures modifiées et le lien éventuel qu'elle aurait avec le niveau de connaissances des professionnels. La finalité de notre travail est la construction de formations à partir des thématiques prioritaires mises en exergue avec cette étude et de répondre au mieux aux besoins de formation des professionnels des EHPAD.

Des connaissances concernant les troubles de la déglutition et les modifications de textures incomplètes chez des professionnels peu formés et anxieux face à ces troubles

Hypothèse opérationnelle 1.1 : Les connaissances des professionnels des EHPAD au sujet des troubles de la déglutition et des adaptations sont incomplètes

Notre étude met en évidence une grande hétérogénéité des savoirs. Les lacunes identifiées concernent cependant toutes les thématiques abordées. Nous nous demandons si des modifications de textures sont par conséquent proposées sans nécessité.

D'autre part, nous avons relevé que les professionnels s'attribuent des missions hors de

leur champ de compétences. Il est possible qu'il leur soit demandé de réaliser des missions n'en faisant pas partie, ce qui expliquerait ces données. De nouvelles recherches pourraient explorer ces points.

Enfin, nous avons relevé plusieurs fausses croyances. Des actions de prévention s'imposent pour influer sur ces idées reçues.

Ces résultats sont similaires à ceux trouvés dans les études de Meriau (2013) et Hermabessière et al. (2019). Ils viennent confirmer la nécessité et la pertinence des formations, notamment pour affiner les connaissances des professionnels des EHPAD. Ces formations pourront aborder les différentes thématiques présentes dans ce questionnaire.

Hypothèse opérationnelle 1.2 : Les professionnels des EHPAD ne se sentent pas confiants face aux troubles de la déglutition

L'anxiété relative aux troubles de la déglutition relevée dans cette étude correspond également aux données de la littérature (Hermabessière et al., 2019 ; Meriau., 2013 ; Rangira et al., 2022). 56% des répondants se sentent formés. Cependant, si nous prenons en considération l'intervalle de confiance, nous pouvons considérer que ce sentiment ne concerne qu'une personne sur deux. Ce nombre est insuffisant pour conclure que les professionnels se sentent suffisamment formés.

Nos résultats montrent que les formations améliorent le sentiment de formation. Il y a par ailleurs une corrélation entre le fait d'être formé et le sentiment d'anxiété. Ce dernier est significativement plus présent parmi les personnes non formées. Les formations permettent d'atténuer le sentiment d'anxiété face aux troubles de la déglutition, ce qui démontre leur pertinence.

Il y a par ailleurs une volonté de formation chez les professionnels des EHPAD.

Hypothèse opérationnelle 1.3 : Les professionnels des EHPAD n'identifient pas tous les inconvénients de la modification des textures

Si les professionnels identifient bien que les modifications s'accompagnent d'inconvénients, ils identifient mal lesquels. De plus, notre questionnaire induit l'existence de ces inconvénients du fait de la présentation de la question, ce qui vient davantage interroger les représentations des professionnels. La pertinence de la modification des textures alimentaires ne semble pas remise en question par nos répondants. Les réponses aux questions concernant les bénéfices des modifications de textures nous indiquent que les professionnels associent ces textures modifiées à la notion de sécurité pour les résidents, mais aussi pour eux. Nous nous demandons par conséquent si cette sensibilisation aux inconvénients fait partie des formations actuelles.

Ces données rejoignent celles de l'étude de O'Keeffe et al. (2023) affirmant que la pertinence de la modification des textures n'est pas remise en question, ainsi que les informations retrouvées dans l'article de Foureur et Fournier (2020).

Il nous semble donc pertinent de sensibiliser les professionnels des EHPAD aux risques multiples associés à la modification des textures.

Hypothèse opérationnelle 1.4 : Les professionnels des EHPAD accordent plus d'importance aux textures modifiées qu'aux autres adaptations possibles dans le cadre des troubles de la déglutition

La modalité de réponse permettait de sélectionner toutes les adaptations sans classer leur importance. Il nous est par conséquent impossible de déterminer l'ordre de pertinence des adaptations perçu par les professionnels et donc de valider notre hypothèse. Cependant, de nouvelles recherches seraient intéressantes, car il semble que les professionnels accordent beaucoup d'importance à la modification des textures alimentaires.

Nous pensions par ailleurs que cela pouvait s'expliquer par le fait que les professionnels ne goûtaient pas les textures modifiées. Or, 97% des professionnels en ont déjà goûté. Toutefois, nous n'avons pas interrogé leur impression concernant la modification des textures. Cela aurait été pertinent afin de connaître les représentations des professionnels à ce sujet.

Une recherche de consentement éclairé chez les résidents non systématiquement effectuée par les professionnels des EHPAD

Hypothèse opérationnelle 2.1 : La perception de la responsabilité professionnelle et les connaissances juridiques des professionnels conditionnent leur réflexion concernant l'intérêt de la mise en place de textures adaptées

Cette hypothèse ne peut pas être validée, car nous n'avons pas interrogé explicitement le lien entre les connaissances et les pratiques professionnelles. Les professionnels estiment que leur responsabilité professionnelle supposée (morale et/ou juridique) en cas de décès causé par une fausse route obstructive influence leur pratique. Dans cette optique, les textures modifiées peuvent être proposées plus facilement. Il y a par ailleurs davantage de personnes anxieuses qui ont tendance à modifier leur comportement face aux troubles, même si ce n'est pas statistiquement démontré.

La proposition de formations abordant les implications juridiques avant la modification de textures alimentaires semble nécessaire. Par ailleurs, les formations peuvent atténuer le sentiment d'anxiété.

Hypothèse opérationnelle 2.2 : Le consentement n'est pas systématiquement recherché dans la mise en place de textures modifiées

Bien qu'il soit important pour la majorité des répondants, le consentement ne semble pas recherché systématiquement avant la modification des textures alimentaires, puisqu'il n'est pas demandé à tous les résidents au sein des EHPAD. De plus, le biais de désirabilité sociale présent dans les questions concernant le consentement pourrait induire des réponses ne reflétant pas la réalité. Par ailleurs, il semble que le consentement ne soit que peu recherché chez les résidents présentant des TNC majeurs. Ces données sont par ailleurs similaires à celles exposées dans l'article de O'Keeffe et al. (2023).

Nos analyses nous indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre le nombre de personnes formées qui demandent le consentement et le nombre de personnes non formées. Nous nous demandons par conséquent si la recherche de consentement est une thématique abordée dans les formations actuellement proposées au sujet des troubles de la déglutition. Il est nécessaire d'aborder la notion de consentement éclairé lors des formations, et de futures recherches pourraient évaluer l'évolution des pratiques professionnelles.

Synthèse concernant nos hypothèses

Le tableau 10 présente la synthèse de nos hypothèses.

Les résultats mis en exergue avec notre première hypothèse générale nous interpellent : le manque de formations proposées aux professionnels des EHPAD a un impact sur les connaissances de ces derniers mais aussi sur leurs sentiments face aux troubles de la déglutition. Notre questionnaire a mis en lumière un sentiment d'anxiété marqué face aux troubles de la déglutition chez les professionnels des EHPAD. De plus, certaines fausses croyances persistent et affectent le quotidien des personnes âgées institutionnalisées. Les professionnels identifient mal leur champ de compétences dans le cadre des troubles de la déglutition. Ils ne perçoivent pas l'ensemble des inconvénients de la modification des textures alimentaires et notamment le risque de faire des fausses routes

TABLEAU 10 : Synthèse des hypothèses générales.

Hypothèse générale 1 : les connaissances des professionnels concernant les troubles de la déglutition et les adaptations sont incomplètes.	Les connaissances des professionnels des EHPAD au sujet des troubles de la déglutition et des adaptations sont incomplètes	Validée
	Les professionnels des EHPAD ne se sentent pas confiants face aux troubles de la déglutition	Validée
	Les professionnels des EHPAD n'identifient pas tous les inconvénients de la modification des textures	Validée
	Les professionnels des EHPAD accordent plus d'importance aux textures modifiées qu'aux autres adaptations possibles dans le cadre des troubles de la déglutition	Ni validée ni invalidée
Hypothèse générale 2 : la recherche du consentement éclairé des résidents n'est pas systématiquement effectuée par les professionnels des EHPAD concernés avant la modification des textures alimentaires	La perception de la responsabilité professionnelle et les connaissances juridiques des professionnels conditionnent leur réflexion concernant l'intérêt de la mise en place de textures adaptées	Ni validée ni invalidée
	Le consentement n'est pas systématiquement recherché dans la mise en place de textures modifiées	Validée

non obstructives. Il est, par conséquent, impossible pour les professionnels concernés de répondre systématiquement de façon adaptée aux besoins des résidents présentant des troubles de la déglutition.

Les données relevées concernant notre deuxième hypothèse générale nous indiquent que la recherche de consentement n'est pas systématique avant la mise en place de textures alimentaires modifiées. De plus, un flou juridique est présent concernant la notion de responsabilité professionnelle. Cependant, les professionnels accordent de l'importance à cette recherche de façon générale, nous pouvons penser que davantage de formation permettraient aux professionnels des EHPAD d'être plus attentifs à ces questions.

Notre étude démontre qu'il est primordial et nécessaire de proposer davantage de formations aux professionnels des EHPAD. Cela concorde par ailleurs avec une nette volonté de formation et un vif intérêt vis-à-vis de cette thématique relevée chez ces derniers. Plusieurs personnes ont notamment exprimé leur regret de ne pas avoir d'orthophoniste au sein de leur établissement et de manquer de moyen pour accompagner correctement les personnes présentant des troubles de la déglutition. Ces formations doivent contenir des données théoriques au sujet des troubles de la déglutition mais également au sujet des modifications des textures alimentaires. Il est nécessaire de revenir sur les missions inhérentes à chaque profession. Les formations doivent par ailleurs inclure des données concernant les implications juridiques liées à la prise en soin des troubles de la déglutition. Enfin, des informations concernant l'obligation de la recherche de consentement éclairé doivent être incluses.

Limites de l'étude

Il faut rester prudent concernant les résultats de cette étude, car elle comporte certains biais et limites. Si notre étude permet de conclure que la recherche de consentement n'est pas systématique, des recherches plus approfondies restent nécessaires afin d'identifier tous les leviers à l'origine de ces pratiques professionnelles. Notre étude met par exemple en évidence une insatisfaction du temps accordé à chaque résident lors des repas chez 65% des professionnels. Il y a donc certainement des contraintes sur lesquelles les formations ne pourront pas intervenir.

La construction de notre questionnaire pourrait être repensée afin de répondre aux interrogations qui subsistent. Il pourrait être davantage orienté vers les questions en lien avec les freins à la recherche de consentement et aborder explicitement la notion de refus de soin. De plus, certaines questions auraient pu être formulées différemment afin de ne générer aucune confusion.

Les limites de la récolte des données liées à la méthodologie du questionnaire poussent également à envisager l'utilisation de nouvelles méthodologies qualitatives (entretiens semi-directifs par exemple). Cela permettrait d'apporter un nouveau regard sur notre problématique.

Nous avons également identifié un biais de désirabilité sociale concernant nos questions sur le consentement. Certaines réponses pouvaient par ailleurs être induites par notre questionnaire, par le simple fait que certaines questions soient posées.

Enfin, certaines professions (masseur-kinésithérapeute) sont peu représentées dans ce questionnaire, alors qu'elles sont directement concernées par les troubles de la déglutition.

CONCLUSION

Le moteur principal de notre étude est la préservation des droits fondamentaux, de la qualité de vie et de l'autonomie des résidents en EHPAD. La recherche de consentement appartient à ces droits fondamentaux, mais n'est pas systématique. Cela peut être mis en lien avec les représentations des professionnels. La présente étude a mis en évidence des connaissances incomplètes et hétérogènes en fonction des thématiques abordées. Ces connaissances impliquent des comportements parfois inadaptés face aux troubles de la déglutition. Par ailleurs, les connaissances des implications juridiques ainsi que la peur de conséquences morales influencent la façon de travailler de nombreux professionnels des EHPAD. Cela les encourage parfois à proposer davantage de textures modifiées aux résidents présentant des troubles de la déglutition. Des formations sont nécessaires et les thématiques traitées ici permettent d'en déterminer des axes prioritaires. En outre, le sentiment de formation atténue l'anxiété présente chez les professionnels.

Il est nécessaire de modifier des pratiques professionnelles parfois délétères pour les résidents et les formations sont un levier majeur

dans cette optique. Par ailleurs, une nette volonté de formation est relevée chez 98% des répondants. Afin de rendre les formations pertinentes, il serait intéressant d'aborder différents axes de formations : données théoriques, textures modifiées, recherche de consentement éclairé, implications juridiques associées aux troubles de la déglutition. Ces formations pourraient être dispensées par des orthophonistes : en effet, la formation et la prévention font partie des compétences inhérentes à ce métier. Enfin, il serait également pertinent d'interroger à nouveau les professionnels avant et après la réalisation de formation pour évaluer un éventuel bénéfice de ces dernières sur la demande de consentement éclaire notamment, ainsi que sur la qualité de vie et l'autonomie des résidents.

DECLARATION D'INTÉRETS

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec cet article.

RÉFÉRENCES

Bazin, M., & Muller, M. (2018). *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad.* DREES : Etudes et résultats no 1067. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-personnel-et-les-difficultes-de-recrutement-dans-les-ehpad

Beck, A. M., Kjaersgaard, A., Hansen, T., & Poulsen, I. (2018). Systematic review and evidence-based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia - An updated clinical guideline. *Clinical Nutrition, 37*(6), 1980-1991. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.002

Benier, A. (2020). *Etat des lieux national des interventions orthophoniques en EHPAD.* [Mémoire de master pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie]. Université de Lille.

Berzlanovich, A. M., Fazeny-Dörner, B., Waldhoer, T., Fasching, P., & Keil, W. (2005). Foreign body asphyxia: a preventable cause of death in the elderly. *American Journal of Preventive Medicine, 28*(1), 65-69. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.04.002

Bomze, L., Dehom, S., Lao, W. P., Thompson, J., Lee, N., Cragoe, A., Luceno, C., & Crawley, B. (2021). Comorbid dysphagia and malnutrition in elderly hospitalized patients. *The Laryngoscope, 131*(11), 2441-2447. https://doi.org/10.1002/lary.29329

Cabre, M., Serra-Prat, M., Palomera, E., Almirall, J., Pallares, R., & Clavé, P. (2010). Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age and Ageing, 39*(1), 39-45. https://doi.org/10.1093/ageing/afp100

Code de la Santé Publique. Articles L1111-1 à L1111-9. Section 1 : principes généraux. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006185255/

Delaide, V., Beloni, P., Labrunie, A., & Marin, B. (2020). Impact of plate shape on the conservation of food praxis in institutionalised elderly adults with severe Alzheimer's disease or mixed dementia: praxalim an observational before-after non-randomized study. *International Journal of Nursing, 2*, 100005. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100005

Delassus, E. (2011). Refus de traitement : aider le malade à mieux se comprendre. *Ethique & Santé, 8*(2) 101-105. https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2011.03.001

Drevet, S., & Gavazzi, G. (2019). Dénutrition du sujet âgé. La *Revue de Médecine Interne, 40*(10), 664-669. https://doi.org/10.1016/j.revmed.2019.05.003

Dutheil, N., & Scheidegger, S. (2006). *Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.* DREES : Etude et résultats no 515. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/pathologies-et-perte-dautonomie-des-residants-en-etablissement

Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A., & Ortega, P. (2002). Social and psychological burden of dysphagia: its impacts on diagnostic and treatment. *Dysphagia, 17*, 139-146. https://doi.org/10.1007/s00455-001-0113-5

Farri, A., Accornero, A., & Burdese, C. (2007). Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. *Acta Otorhinolaryngologica Italica, 27*(2), 83-86. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17608136

Féart, C. (2018). Fragilité de la personne âgée : un aperçu du rôle de la nutrition. *Cahiers de Nutrition et de Diététique, 53*(5), 279-285. https://doi.org/10.1016/j.cnd.2018.06.001

Forster, A., Samaras, N., Notaridis, G., Morel, P., Hua-Stolz, J., & Samaras, D. (2013). Évaluation et dépistage des troubles de la déglutition en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 13*(74), 107-116. https://doi.org/10.1016/j.npg.2012.10.005

Foureur, N., & Fournier, V. (2020). (Se) nourrir ou mourir : un nouveau dilemme éthique du grand âge ? *Gérontologie et société, 42*(163), 171-185. https://doi.org/10.3917/gs1.163.0171

Gentil, C., Pêcheur-Peytel, G., Navarro, P., Guilhermet, Y., & Krolak-Salmon, P. (2021). Les troubles de la déglutition chez le patient âgé : les dépister, les évaluer, les prendre en soin. *Pratique Neurologique - FMC, 12*(1), 41-50. https://doi.org/10.1016/j.praneu.2021.02.003

Groher, M. E., & McKaig, T. N. (1995). Dysphagia and dietary levels in skilled nursing facilities. *Journal of the American Geriatrics Society, 43*(5), 528-532. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1995.tb06100.x

Guedj Rouah, A. (2013). *La prise en charge des troubles de la déglutition en EHPAD. Etude descriptive des pratiques professionnelles de médecins coordonnateurs dans 27 EHPAD d'un groupe privé associatif.* [Mémoire pour l'obtention du Diplôme Inter Universitaire « Formation à la fonction de médecin coordonnateur d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes »]. Université René Descartes - Paris V.

Hermabessière, S., Campo, J.-F., Lacoste-Ferré, M.-H., & Rolland, Y. (2019). Troubles de la déglutition en gériatrie, formation et évaluation des pratiques professionnelles. *Soins en gérontologie, 24*(137), 29-34. https://doi.org/10.1016/j.sger.2019.03.009

Kenigsberg, P.-A., Aquino, J.-P., Berard, A., Boucart, M., Bouccara, D., Brand, G., Charras, K., Garcia-Larrea, L., Gzil, F., Krolak-Salmon, P., Madjlessi, A., Malaquin-Pavan, E., Pénicaud, L., Platel, H., Pozzo, T., Reintjens, C., Salmon, E., Vergnon, L., & Robert, P. (2015). Les fonctions sensorielles et la maladie d'Alzheimer : une approche multidisciplinaire. *Gériatrie et psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement, 13*(3), 243-258. https://doi.org/10.1684/pnv.2015.0553

Kerlan, M. (2016). *Ethique en orthophonie*. Le sens de la clinique. DeBoeck Supérieur.

Langmore, S. E., Skarupski, K. A., Park, P. S., & Fries, B. E. (2002). Predictors of aspiration pneumonia in nursing home residents. *Dysphagia, 17*(4), 298-307. https://doi.org/10.1007/s00455-002-0072-5

Lelièvre, C. (2016). *L'alimentation de la personne atteinte de troubles de la déglutition : questionnements éthiques* [Mémoire pour l'obtention du Diplôme Universitaire "Ethique, soins et santé"]. Université de Rouen.

Lerond, D. (2011). *Loi et éthique en orthophonie palliative et accompagnement en fin de vie*. Rééducation Orthophonique, 247, 89-98.

Leslie, P., & Smithard, D. G. (2021). Is dysphagia under diagnosed or is normal swallowing more variable than we think? Reported swallowing problems in people aged 18–65 years. *Dysphagia, 36*(5), 910-918. https://doi.org/10.1007/s00455-020-10213-z

Loi Kouchner (2002). Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *JORF n° 0054 du 5 mars 2002*. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/

Mauriat, C., de Stampa, M., Simana, F., Jouannet, M., Garnier, B. & Cassou, B. (2009). Pistes de réflexion à l'intention des professionnels du domicile. Faisant face au refus d'aide/de soins de la part des personnes âgées à domicile. Gérontologie et société, 32(131), 81-97. https://doi.org/10.3917/gs.131.0081

Meriau, H. (2013). *La personne âgée dysphagique en maison de retraite : orthophonie et information du personnel soignant* [Mémoire de master pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie]. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00873936

Ney, D. M., Weiss, J. M., Kind, A. J. H., & Robbins, J. (2009). Senescent swallowing: Impact, strategies, and interventions. *Nutrition in Clinical Practice-NCP, 24*(3), 395-413. https://doi.org/10.1177/0884533609332005

O'Keeffe, S. T. (2018). Use of modified diets to prevent aspiration in oropharyngeal dysphagia: Is current practice justified? *BMC Geriatrics, 18*(167), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12877-018-0839-7

O'Keeffe, S. T., Leslie, P., Lazenby-Paterson, T., McCurtin, A., Collins, L., Murray, A., Smith, A., & Mulkerrin, S. (2023). Informed or misinformed consent and use of modified texture diets in dysphagia. *BMC Medical Ethics, 24*(7), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12910-023-00885-1

Ortega, O., Martín, A., & Clavé, P. (2017). Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, state of the art. *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(7), 576-582. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015

Peñalva Arigita, A., Lecha Benet, M., Sansano Alguero, A., Prats Farreras, R., Gomes Vasquez, A., Bascuñana Ambrós, H., & Vila Ballester, L. (2022). Differences in the quality of life of patients with oropharyngeal dysphagia according to the place of residence: impact on food selection and type of diet. *Nutrición Hospitalaria, 39*(1), 46-52. https://doi.org/10.20960/nh.03824

Ponte, C. (2007). Quelle responsabilité pour les soignants en cas de fausse route de la personne âgée ? *Soins gérontologie, 12*(68), 39. SGER-12-2007-00-68-1268-6034-101019-200602685

Pouyet, V., Giboreau, A., Cuvelier, G., & Benattar, L. (2015). Les préférences culinaires des personnes âgées vivant en institution : facteurs d'appréciation sensoriels et cognitifs. *Cahiers de Nutrition et de Diététique, 50*(5), 271-279. https://doi.org/10.1016/j.cnd.2015.03.008

Puisieux, F., d'Andrea, C., Baconnier, P., Bui-Dinh, D., Castaings-Pelet, S., Crestani, B., Desrues, B., Ferron, C., Franco, A., Gaillat, J., Guenard, H., Housset, B., Jeandel, C., Jebrak, G., Leymarie-Selles, A., Orvoen-Frija, E., Piette, F., Pinganaud, G., Salle, J.-Y., … Weil-Engerer, S. (2009). Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *Revue des Maladies Respiratoires, 26*(6), 587-605. https://doi.org/10.1016/S0761-8425(09)74690-X

Rangira, D., Najeeb, H., Shune, S. E., & Namasivayam-MacDonald, A. (2022). Understanding burden in caregivers of adults with dysphagia: a systematic review. *American Journal of Speech-Language Pathology, 31*(1), 486-501. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-21-00249

Raschilas, F. (2008). Le vieillissement sensoriel. *Soins gérontologie, 11*(57), 14-15. SGER-02-2006-00-57-1268-6034-101019-200601364

Sakashita, R., Sato, T., Ono, H., Hamaue, A., & Hamada, M. (2020). Impact of the consistency of food substances on health and related factors of residents in welfare facilities for seniors in Japan. *Dentistry Journal, 8*(1), e9. https://doi.org/10.3390/dj8010009

Sommerville, P., Hayton, J., Soar, N., Archer, S., Fitzgerald, A., Lang, A., & Birns, J. (2022). Prognosis in dysphagic patients who are eating and drinking with acknowledged risk: results from the evaluation of the FORWARD project. *Age and Ageing, 51*(2), afac005. https://doi.org/10.1093/ageing/afac005

Steele, C. M., Alsanei, W. A., Ayanikalath, S., Barbon, C. E. A., Chen, J., Cichero, J. A. Y., Coutts, K., Dantas, R. O., Duivestein, J., Giosa, L., Hanson, B., Lam, P., Lecko, C., Leigh, C., Nagy, A., Namasivayam, A. M., Nascimento, W. V., Odendaal, I., Smith, C. H., & Wang, H. (2015). The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: a systematic review. *Dysphagia, 30*(1), 2-26. https://doi.org/10.1007/s00455-014-9578-x

Tacnet Auzzino, D. (2009). La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD. *Gérontologie et société, 32*(131), 99-121. https://doi.org/10.3917/gs.131.0099

Tannou, Y., & Cormary, X. (2014). Repas mixés, liquides épaissis : Des préparations à consommer avec modération. *Le Mensuel des Maisons de Retraite*, 168, 29-30. https://www.academia.edu/22104475/Repas_mixés_liquides_épaissis_des_préparations_à_consommer_avec_modération

Thomas, H., Scodellaro, C., & Dupré-Lévèque, D. (2005). *Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une étude qualitative*. DREES, Etudes et résultats, n° 370. https://ilexfc.com/documentaire

Umay, E., Eyigor, S., Karahan, A. Y., Keskin, D., Karaca, G., Unlu, Z., Tıkız, C., Vural, M., Aydeniz, B., Alemdaroglu, E., Bilir, E. E., Yalıman, A., Sen, E. I., Akaltun, M. S., Altındag, O., Keles, B. Y., Bilgilisoy, M., Ozcete, Z. A., Demirhan, A., & Gundogdu, I. (2019). Which swallowing difficulty of food consistency is best predictor for oropharyngeal dysphagia risk in older person? *European Geriatric Medicine, 10*(4), 609-617. https://doi.org/10.1007/s41999-019-00206-z

Weaver, M. S., & Geppert, C. M. A. (2022). Sometimes a difficult decision to swallow: ethical dilemmas when patients with dysphagia who lack capacity want to eat. *Journal of Pain and Symptom Management, 65*(1), 97-102. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.10.007

Wirth, R., Dziewas, R., Beck, A. M., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H. J., Langmore, S., Leischker, A., Martino, R., Pluschinski, P., Rösler, A., Shaker, R., Warnecke, T., Sieber, C. C., & Volkert, D. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons - From pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clinical Interventions in Aging, 11,* 189-208. https://doi.org/10.2147/CIA.S97481

Woisard, V., & Puech, M. (2012). *La réhabilitation de la déglutition* (1re éd.). DeBoeck supérieur.

ANNEXE A : QUESTIONNAIRE

Partie identité professionnelle

1) Travaillez-vous actuellement dans un EHPAD en France ?

Travaillez-vous actuellement dans un EHPAD en France ?

Oui	Non

Non → Fin du questionnaire

2) Depuis combien de temps ?

Depuis combien de temps ?

Moins de 1 an	Entre 1 et 5 ans	Entre 5 et 10 ans	Plus de 10 ans

3) Quelle profession exercez-vous ?

Quelle profession exercez-vous ?

Infirmier.e	Infirmier.e coordinateur.trice	Aide-soignant.e
Médecin	Orthophoniste (salarié.e de l'EHPAD)	Orthophoniste (libéral.e intervenant en EHPAD)
Ergothérapeute	Masseur.se-kinésithérapeute	Diéteticien.ne
Psychologue	Cadre de santé	Directeur.ice
Animateur.trice	Cuisinier.e	Autre :

Autre : :

4) a Un orthophoniste intervient-il au sein de votre EHPAD ?

Un orthophoniste intervient-il au sein de votre EHPAD ?

Oui (orthophoniste salarié.e)	Oui (orthophoniste libéral.e)	Non	Je ne sais pas

b Avez-vous l'occasion d'échanger avec lui/elle ?

Avez-vous l'occasion d'échanger avec lui/elle ?

Jamais	Rarement (au plus une fois par mois)	Occasionnellement (plus d'une fois par mois)	Assez souvent (toutes les semaines)	Très souvent (plus d'une fois par semaine)

5) Avez-vous suivi des formations au sujet de la déglutition ?

Avez-vous suivi des formations au sujet de la déglutition ?

Oui	Non

5b) De quel type ? (s'ouvre si « oui »)

De quel type ?

Cours dispensés durant votre formation initiale	Formations proposées par votre l'établissement	Formations suivies de votre propre initiative	Formations proposées par un ancien employeur	Autre :

Autre : :

6) Vous sentez-vous suffisamment formé·e à la prise en soins des troubles de la déglutition ?

Vous sentez-vous suffisamment formé·e à la prise en soins des troubles de la déglutition ?

Pas du tout Tout à fait

Pas du tout - Plutôt non - Plutôt oui - Tout à fait

ANNEXE B :

TABLEAU 11 : Répartition de l'effectif des répondants par professions.

Profession	Total
Aide-soignant	104
Infirmier	101
Cadre de santé	79
Infirmier.e coordinateur.trice	69
Diéteticien	35
Psychologue	21
Ergothérapeute	20
Médecin	18
Directeur.trice	13
Animateur.trice	12
Orthophoniste (salarié de l'EHPAD)	9
Cadre supérieur	6
Psychomotricien	6
ASH (Agent de Service Hospitalier)	4
Orthophoniste (libéral intervenant en EHPAD)	4
Masseur-kinésithérapeute	3
Agent de soin	2
AVS	2
AES	1
Aide médico-psychologique	1
Assistant de direction	1
Assistant de soins en gérontologie	1
Éducateur/trice sportif	1
Faisant fonction d'aide-soignant	1
Hôtelier	1
Infirmier en pratique avancée	1
Moniteur.trice d'Activités Physiques Adaptées	1
Préparateur.trice en pharmacie hospitalière	1
Responsable hébergement et vie sociale	1
Responsable hôtelier	1
Secrétaire médical	1
Service technique	1
Total général	522

Intérêt d'une intervention de soutien langagier basée sur la narration et menée par l'enseignante auprès d'enfants de grande section de maternelle avec difficultés langagières.

Auteurs :
Lucie Malet[1] & Olivia Hadjadj[2]

Affiliations :
[1] Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Strasbourg - Faculté de médecine, maïeutique et sciences de la santé, Université de Strasbourg, France
[2] Faculté de Psychologie et de Sciences de l'Education - Université de Genève, Suisse

Auteur de correspondance :
Lucie Malet
maletlucie42@gmail.com

Dates :
Soumission : 26/10/2023
Acceptation : 19/11/2023
Publication : 15/05/2024

Comment citer cet article :
Malet, L., & Hadjadj, O. (2024). Intérêt d'une intervention de soutien langagier basée sur la narration et menée par l'enseignante auprès d'enfants de grande section de maternelle avec difficultés langagières. *Glossa*, 139, 34-57. https://doi.org/10.61989/ey9thk47

e-ISSN : 2117-7155

Licence :
© Copyright Lucie Malet , Olivia Hadjadj, 2024
Ce travail est disponible sous licence Creative Commons Attribution 4.0 International.

Contexte : L'intervention narrative permet l'amélioration des capacités narratives en abordant notamment les éléments macrostructuraux au sein de tâches de récit, et peut être un moyen efficace de soutenir le développement langagier d'enfants d'âge préscolaire. De plus, un soutien langagier en milieu scolaire joue un rôle préventif face aux éventuelles difficultés de langage oral liées à un manque de stimulation langagière.

Objectif : Cette étude a pour objectif d'implémenter une intervention indirecte de niveau 2 au sein d'une classe de grande section de maternelle, afin de permettre aux enfants présentant des difficultés de langage oral d'améliorer leurs habiletés narratives.

Méthode : Les enfants en difficulté de langage oral ont été sélectionnés par la mémorante suite à un test d'inclusion déterminant le profil linguistique, ce dernier étant administré à l'ensemble des élèves de la classe. Les habiletés narratives ont été évaluées pour l'ensemble de la classe en pré-test à partir des éléments de macrostructure et de microstructure énoncés lors d'activité de génération de récit et de re-récit. Une tâche contrôle de dénomination rapide automatisée (DRA) a également été proposée afin d'évaluer la spécificité de l'intervention. L'enseignante a été formée par la mémorante à l'intervention selon les principes du développement professionnel. Puis l'intervention, d'une durée de 45 minutes une fois par semaine pendant 6 semaines, a été dispensée par l'enseignante aux cinq enfants ayant été repérés comme ayant des difficultés de langage, âgés de 5;5 à 5;10 ans. L'intervention avait pour but d'améliorer le nombre d'éléments macrostructuraux dans une activité de re-récit, à travers l'utilisation d'icônes et d'histoires séquentielles en images. Enfin, la DRA ainsi que les habiletés narratives (re-récit et génération de récit) de l'ensemble de la classe ont à nouveau été évaluées en post-test.

Résultats : A l'issue de l'intervention, des améliorations sur les plans macro- et microstructuraux ont été observées dans l'activité de génération de récit pour le groupe expérimental. De plus, ce groupe et le reste de la classe ne diffèrent plus dans leurs compétences en génération de récit et dans la microstructure du re-récit entrainé, à la suite de l'intervention effectuée par l'enseignante. Cependant, l'analyse des données a révélé des faiblesses dans l'implémentation de l'intervention, tant dans le contenu que le dosage.

Conclusion : Les résultats s'ajoutent à la recherche soutenant l'efficacité de l'intervention narrative en groupe. De plus, ils permettent d'envisager la réplication d'une intervention narrative indirecte de niveau 2 menée par l'enseignant en enrichissant le dispositif de développement professionnel.

Mots-clés : parole, voix, évaluation, bilan, texte, standardisation.

Interest of a teacher-led narrative-based language support intervention with preschool children with language difficulties.

Context: Narrative intervention enhances narrative abilities by addressing macrostructural elements within storytelling tasks for instance and can be an effective way of supporting the language development of preschool-aged children. Moreover, language support in educational settings plays a preventive role in addressing potential difficulties in language skills due to a lack of linguistic stimulation.

Objectives: This study assesses the implementation fidelity of a tier 2 intervention with a pre-school teacher, measures the effectiveness of this intervention with children with language difficulties, and determines whether these children can catch up the level of narrative skills of the rest of the class, following the intervention

Methods: Children with language difficulties were selected by the master student based on an inclusion test determining their linguistic profile, which was administered to all pupils in the class. Narrative skills were assessed for the entire class in a pre-test, considering elements of macrostructure and microstructure elicited during narrative generation and retelling activities. A Rapid Automa-tized Naming (RAN) control task was also included to evaluate the specificity of the intervention. The teacher was trained by the master student for the intervention, according to profession-al development principles. Subsequently, the intervention, lasting 45 minutes once a week for 6 weeks, was delivered by the teacher to five children identified as having language difficulties, aged 5;5 to 5;10. The intervention aimed to improve the number of macrostructural elements in a retelling activity through the use of icons and sequential picture stories. Finally, the RAN task and narrative skills (retelling and narrative generation) of the entire class were reassessed in a post-test.

Results: At the end of the intervention, macro- and microstructural improvements were observed in the story generation activity in the experimental group. Moreover, following the teacher's intervention, the experimental group did not differ anymore from the rest of the class in retelling (when considering the trained story) nor in story generation. However, data analysis revealed weaknesses in the implementation of the intervention, both in content and dosage.

Conclusion: The results contribute to the existing research supporting the effectiveness of group narrative intervention. Furthermore, they suggest the possibility of replicating a tier 2 indirect narrative intervention conducted by the teacher, by enhancing the professional development framework.

Keywords: intervention, professional development (PD), preventive approach, oral language, narrative.

INTRODUCTION

Prévenir les difficultés dans l'acquisition du langage oral à l'école est un enjeu important en termes de santé publique et d'éducation (Law et al., 2017). Au cours de l'école maternelle, l'acquisition du langage oral des enfants lors du développement typique se fait à travers des interactions verbales nombreuses, riches et diversifiées, avec leurs enseignants et leurs pairs (Bouchard et al., 2010). Le développement des habiletés narratives, en compréhension et en expression, est considéré comme prédicteur du développement des compétences langagières et de la littératie des jeunes enfants (Westby, 1985). De plus, la narration fait partie intégrante du programme scolaire de maternelle (BO n°25 du 24-6-2021). Les enseignants sont des interlocuteurs privilégiés auprès des enfants de maternelle, devant apporter une attention particulière aux enfants les plus en difficulté (Duru-Bellat, 2001). Il nous a donc semblé nécessaire de proposer un dispositif de développement professionnel à une enseignante, permettant la mise en place d'une intervention narrative validée par la littérature. Cette intervention a pour but d'accompagner ces enfants dans leurs apprentissages et de permettre aux enfants en difficulté de langage oral d'améliorer leurs habiletés narratives. Il s'agit d'une première implémentation d'intervention narrative en milieu scolaire en France.

Importance de la narration dans le développement langagier

La narration est le récit d'un événement réel ou imaginaire (Gillam & Ukrainetz, 2006). Le narrateur raconte oralement une série d'événements qui sont causalement et séquentiellement liés (Westby, 1985). Il existe de nombreux types de récits, tels que 1) le re-récit ("retelling" en anglais) qui implique de raconter une histoire déjà entendue, pour montrer la compréhension de celle-ci ou pour la partager à nouveau, ou encore 2) la génération de récit, qui implique de raconter une histoire, réelle tirée d'expérience personnelle, ou fictive (réelle ou fantaisiste) inventée par le narrateur (Westerveld & Gillon, 2010).

Les récits sont généralement analysés selon leur macrostructure et leur microstructure. La macrostructure concerne la structure organisationnelle de l'histoire (van Dijk & Kintsch, 1983). Un récit canonique est composé de 1) un problème initiateur, 2) une tentative du protagoniste de le résoudre et 3) la conséquence de ses actions (Stein & Glenn, 1979). La microstructure décrit la complexité narrative, c'est-à-dire les éléments grammaticaux de la phrase, la longueur moyenne des énoncés, l'utilisation d'adjectifs ou d'adverbes (Petersen et al., 2010).

L'entrainement de la narration s'intègre en milieu scolaire par son côté ludique, omniprésent et socialement important (Spencer & Pierce, 2023). En effet, les enfants sachant raconter des histoires sont plus valorisés parmi leurs pairs (McCabe & Marshall, 2006). Les enfants utilisent également le récit pour échanger avec leurs parents, pour raconter leur quotidien par exemple, via des générations d'histoires personnelles (Petersen et al., 2008). De plus, un entrainement de la narration sans texte permet une amélioration du vocabulaire, ainsi que des structures de phrases à l'oral, amélioration qui sera transférée ultérieurement au langage écrit (van den Broek et al., 2011).

Ainsi, la narration est une tâche essentielle à maîtriser dès le plus jeune âge. En effet, les capacités narratives entre 3 et 6 ans sont prédictives des capacités de langage et de littératie futures entre 8 et 12 ans (Griffin et al., 2004).

Intérêt de l'intervention en narration

Les difficultés narratives ont été documentées chez les enfants d'âge scolaire atteints de trouble développemental du langage (TDL) (Bishop et al., 2017). Elles sont également présentes chez les enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés et les enfants issus de milieux linguistiquement divers, en raison d'un manque de stimulation langagière ou d'une faible exposition à la langue (Colozzo et al., 2011). Dans les faits, on observe une différence dans le développement de la narration chez l'enfant atteint de TDL en comparaison aux enfants au développement typique (Winters et al., 2022). Cette différence apparaît dans la microstructure, la macrostructure et dans le langage d'état interne (par exemple, les pensées ou les sentiments des personnages). Chez les enfants présentant un TDL, les récits produits sont quantitativement et qualitativement moins bons (Colozzo et al., 2011). Sur le plan social, les difficultés du domaine narratif peuvent entrainer une diminution du dialogue avec les autres enfants de la classe et avec les parents de l'enfant (Nation & Snowling, 2004).

Or, une intervention narrative, c'est-à-dire une intervention langagière impliquant que les enfants racontent ou re-racontent des histoires présentant

des caractéristiques spécifiques ciblées par l'intervenant (Petersen, 2011), permet de produire des effets importants sur le langage (Spencer & Petersen, 2020). En effet, on observe des gains en capacités narratives auprès des enfants au développement typique, bilingues, en difficulté de langage oral, et à TDL (Pico et al., 2021), après une dose relativement faible d'intervention. Par exemple, on retrouve une amélioration des compétences narratives avec seulement deux sessions de 50 minutes chez Petersen et Spencer (2016).

Les dernières données de la littérature nous fournissent des recommandations concernant la construction d'une intervention spécifique de la narration. On préconise l'utilisation répétée de re-récit (Pico et al., 2021) ainsi qu'un enseignement explicite, énoncé de façon claire, de la macrostructure. En effet, cet enseignement permet à la fois l'amélioration de la macrostructure et d'éléments de la microstructure (Petersen, 2011). On retrouve également une meilleure amélioration des compétences narratives lorsque l'intervention s'appuie sur un support verbal et visuel, comme des icônes pour symboliser des concepts abstraits (Pico et al., 2021). Enfin, Spencer et Petersen (2020) proposent de nombreuses recommandations pour concevoir une intervention narrative. Ils suggèrent 1) d'utiliser de nombreuses histoires afin d'améliorer les capacités linguistiques et d'encourager la généralisation, 2) d'encourager une participation active à travers des re-récits entre pairs, 3) de proposer des feedbacks correctifs immédiats, 4) d'utiliser des guidances efficientes pour encourager l'enfant à produire des réponses adaptées, 5) de différencier et d'individualiser le suivi au sein du groupe, et 6) de faire en sorte de proposer des opportunités de généralisation. Il est important de noter que la majorité des interventions proposées jusqu'à aujourd'hui ne contiennent pas de tâche contrôle, visant à tester la spécificité de l'intervention proposée (Pico et al., 2021).

Les interventions recensées dans les méta-analyses de Pico et al. (2021) et Petersen (2011) concernant l'intervention en narration font état de divers contextes et agents d'intervention, c'est-à-dire de personnes prodiguant l'intervention. Certaines interventions sont menées par des orthophonistes ou par les auteurs de l'étude (par exemple, Favot et al., 2022), mais d'autres sont menées par l'enseignant en milieu scolaire, à la suite d'une formation de l'enseignant par les auteurs de l'étude (par exemple, Douglas, 2019).

Former les enseignants au soutien langagier

Actuellement, le programme d'enseignement du cycle 1 en France comprend cinq domaines d'apprentissage, le premier étant « mobiliser le langage dans toutes ses dimensions » (BO n°25 du 24-6-2021). Ce domaine inclut la stimulation et la structuration du langage oral, ainsi que l'entrée progressive dans le langage écrit. En effet, les interactions verbales adultes/enfants sont indispensables au développement de la communication (Girolametto et al., 2000) et les enseignants restent des interlocuteurs privilégiés auprès des enfants en raison du grand nombre d'heures passées auprès d'eux au cours de la scolarité.

En tant qu'experts du développement langagier, les orthophonistes doivent pouvoir s'impliquer dans le développement professionnel (DP) des enseignants (El-Choueifati et al., 2012). La législation française va d'ailleurs en ce sens, indiquant que « l'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie » (décret n°2002-721 du 2 mai 2002, article 4). Les enseignants peuvent faire partie de ces professionnels profitant d'actions de formation continue venant d'orthophonistes.

La mise en place de pratiques de DP a un impact direct auprès des éducateurs (Elek & Page, 2019) et sur les performances des enfants (Zaslow et al., 2010). Le DP consiste en des expériences d'enseignement et d'apprentissage conçues pour soutenir l'acquisition de connaissances et de compétences, et leur application dans la pratique. Les interventions en narration proposées par des enseignants dans le cadre d'un DP peuvent être aussi efficaces que les interventions proposées par les orthophonistes (voir par exemple Shepley & Grisham-Brown, 2019), ce qui augmente le nombre d'enfants pouvant bénéficier de l'expertise orthophonique. En effet, former des professionnels permet de réaliser davantage d'interventions, et donc de soutenir le développement langagier d'un plus grand nombre d'enfants.

D'après la méta-analyse de Biel et al. (2020), un DP efficace doit présenter certaines modalités d'apprentissage essentielles, telles que 1) le partage d'informations, c'est-à-dire des procédures permettant l'accès aux nouvelles informations (par exemple, des cours en présentiel), 2) la modélisation, c'est-à-dire un modèle des stratégies à mettre en place (par exemple, avec une vidéo présentant une situation modélisée), 3) le feedback, c'est-à-dire les commentaires du chercheur à l'apprenant suite à l'exécution d'une tâche pour obtenir une rétroaction et 4) le guidage du chercheur, c'est-à-dire l'utilisation de stratégies de facilitations pour encourager l'apprenant à réaliser l'ensemble des stratégies de l'intervention (par exemple, en direct au cours de l'intervention).

L'efficacité du DP est corrélée à l'utilisation de plusieurs de ces modalités d'apprentissage et à la présence d'un composant favorisant un feedback réflexif (Markussen-Brown et al., 2017), comme une observation directe de l'intervention produite, ou le visionnage d'une vidéo d'intervention avec l'apprenant. La littérature actuelle sur le sujet ne permet pas d'extraire des indications sur la durée, la fréquence et les conditions de formation. Un DP efficace permettrait de mettre en place différents types d'interventions en milieu scolaire, de niveau 2 ou 3, d'un niveau de soutien langagier plus important que l'enseignement général qui est une intervention de niveau 1. Les différents niveaux d'intervention sont décrits par Ebbels et al. (2019). Le niveau 2 concerne des programmes éducatifs pour les enfants dont le niveau de langage est juste en-dessous des attentes à cet âge. Enfin, le niveau 3 se concentre sur les enfants présentant un TDL identifié qui ne progressent pas malgré une intervention de niveau 2 et qui sont susceptibles de nécessiter une intervention individualisée. On peut distinguer le niveau 3 en deux paliers. Le niveau 3A concerne une intervention indirecte, menée par un professionnel non-orthophoniste et ciblée, et le niveau 3B concerne l'intervention orthophonique directe (Ebbels et al., 2019). La distinction entre les niveaux 2 et 3A n'est pas clairement établie dans la littérature, mais on peut considérer que l'intervention de niveau 2 correspond à une intervention ciblée en petit groupe d'enfants identifiés ayant un niveau de langage inférieur à leur tranche d'âge dans le but de réduire la prévalence des difficultés de langage dans la population (Law et al., 2013). Ce type d'intervention peut être proposé en milieu scolaire, en supervision par un orthophoniste, en tant qu'outil de prévention de l'apparition de troubles langagiers.

Une intervention en narration auprès d'enfants en difficulté de langage permettrait donc de prévenir l'apparition ultérieure de difficultés d'apprentissage (Law et al., 2013). Dans cette étude, l'intervention (Hadjadj et al., 2023) que nous proposons reprend les recommandations concernant les interventions narratives, énoncées par Petersen (2011), Pico et al. (2021), et Spencer et Petersen (2020), et y ajoute le contrôle de la spécificité de l'intervention avec une tâche contrôle (Pico et al., 2021). Cette intervention a déjà pu être proposée par des orthophonistes et logopèdes en milieu rééducatif, mais n'a pas encore été proposée en milieu scolaire. Actuellement, il n'y a pas d'études ayant démontré en France l'intérêt d'une intervention indirecte de niveau 2 menée dans ce milieu auprès d'enfants de grande section de maternelle (GSM). Le milieu scolaire est idéal pour réaliser ce type d'intervention, puisque 100% des enfants de 5 ans sont scolarisés (Croguennec, 2020) et la scolarisation leur permet d'établir des interactions privilégiées avec leurs enseignants. De plus, les enseignants sont en demande d'outils pour soutenir le développement langagier des enfants (Kouba Hreich et al., 2020). Il est donc essentiel de leur fournir un DP suffisant pour permettre une application efficace de l'intervention (Biel et al., 2020).

Ainsi, l'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'une intervention indirecte de niveau 2 basée sur la narration menée par l'enseignante en classe de GSM auprès d'enfants en difficulté de langage oral. Nous avons trois questions principales :

1) La formation proposée à l'enseignante permet-elle la mise en place fidèle de l'intervention indirecte ?

En effet, un modèle d'intervention précis permet une transmission efficiente des compétences enseignées et favorise l'obtention de résultats significatifs (Mihalic, 2004).

2) Notre intervention permet-elle aux enfants en difficulté de langage oral de progresser en habiletés narratives ?

Nous proposons une intervention visant à améliorer le nombre d'éléments macrostructuraux dans une activité de re-récit, dans le but d'améliorer

TABLEAU 1 : Données de caractérisation des participants.

	Groupe linguistique	N	Genre	Moyenne âge (années;mois)	Étendue âge	IPS
Ensemble classe	12 bi	22	9f	5;5	5;1-5;10	111,04
G1 : groupe expérimental	4 bi	5	2f	5;7	5;5-5;10	69,00
G2 : reste de la classe	8 bi	17	7f	5;5	5;1-5;10	123,41

bi = bilingue ; f = fille ; IPS = indice de position sociale

l'ensemble des compétences narratives, puisque l'entrainement de la macrostructure permet l'amélioration de la macrostructure et d'éléments de la microstructure (Petersen, 2011).

3) Les enfants en difficulté de langage obtiendront-ils des résultats équivalents au reste de la classe dans les habiletés narratives suite à l'intervention indirecte ?

Nous supposons que cette intervention de niveau 2, destinée à des enfants dont le niveau de langage est juste en-dessous des attentes à cet âge, permettra au groupe recevant l'intervention de rejoindre le niveau du reste de la classe et de normaliser leurs habiletés narratives (Ebbels et al., 2019).

MÉTHODE

Dans le cadre de cette étude, nous avons recruté une enseignante de grande section de maternelle volontaire pour réaliser l'intervention ainsi qu'un groupe d'élèves, issus de sa classe habituelle. Le critère d'inclusion pour le recrutement des enfants était le suivant : faire partie de la classe de l'enseignante volontaire. Nous n'avions pas de critère d'exclusion. Il s'agit d'une étude de groupe avec intervention indirecte de niveau 2, où le groupe étudié est son propre groupe contrôle, suivant la procédure pré-test – intervention – post-test.

Population

Une enseignante en classe de GSM bilingue français-allemand, ainsi que 22 enfants tout-venant issus de cette classe de 27 enfants, ont participé à l'étude. L'école où l'enseignante exerce, l'école Jacques Sturm à Strasbourg, accueille des enfants issus de familles de niveaux socio-économiques divers. En effet, l'indice de position sociale (l'IPS) de la classe est de 111,04. Il est proche de la moyenne de l'IPS des écoles du Bas-Rhin pour l'année scolaire 2021-2022, cette moyenne étant de 106,65 (DEPP, 2022). L'enseignante a trois ans d'expérience dans l'enseignement.

Le tableau 1 décrit les données de caractérisation des enfants. Leurs âges au début de l'expérimentation étaient compris entre 5;1 ans et 5;11 ans (M = 5;5). Douze enfants dans la classe étaient identifiés comme bilingues et dix comme monolingues grâce aux informations fournies par l'enseignante.

Afin de déterminer les enfants en difficulté de langage oral, un test d'inclusion déterminant le profil linguistique a été proposé aux 22 enfants. Ceux dont les résultats à chaque épreuve de ce test étaient inférieurs au percentile 25 ont suivi l'intervention menée par l'enseignante. Les résultats au test d'inclusion de langage sont décrits dans le tableau 2. À l'issue du test d'inclusion, cinq enfants ont été inclus dans le groupe expérimental et 17 enfants composaient le reste de la classe.

Procédure générale

Cette étude s'est déroulée durant l'année scolaire 2022-2023. Le dispositif expérimental est décrit dans la figure 1. La formation à l'enseignante a eu lieu le 12 décembre 2022 et a duré une heure.

TABLEAU 2 : Scores des participants au pré-test de langage.

	Phonologie score Z (ET)	Lexique score Z (ET)	Programmation morphosyntaxique score Z (ET)	Expression syntaxique score Z (ET)	Compréhension syntaxique score Z (ET)
Ensemble classe	-0.46 (0.72)	-1.10 (1.61)	-2.72 (3.63)	-1.13 (2.18)	-0.43 (1.60)
G1 : groupe expérimental	-0.88 (0.28)	-2.63 (0.80)	-7.09 (2.40)	-4.06 (0.60)	-2.46 (1.13)
G2 : reste de la classe	-0.34 (0.76)	-0.65 (1.51)	-1.42 (2.83)	-0.27 (1.66)	0.17 (1.18)

Elle sera décrite dans la section « Formation à l'enseignante ». L'évaluation en pré-test à l'ensemble de la classe s'est déroulée du 3 au 9 janvier 2023, puis l'intervention auprès du groupe expérimental s'est tenue du 16 janvier au 13 mars 2023. Enfin, le post-test a été administré à l'ensemble de la classe du 13 mars au 16 mars 2023. Toutes ces étapes ont eu lieu au sein de l'école maternelle dont était issue la classe de GSM. Les pré- et post-test ont eu lieu pendant le temps scolaire et ont été réalisés par la mémorante. L'intervention en groupe s'est déroulée durant les temps d'APC (Activité Pédagogique Complémentaire), les lundis après la classe, et a été menée par l'enseignante. Toutes les séances d'intervention ont été enregistrées sur un dictaphone pour permettre une évaluation de la fidélité de l'intervention. Deux séances de feedback sur l'intervention ont été organisées entre l'enseignante et la mémorante selon les modalités essentielles de DP (Biel et al., 2020), dans l'objectif d'obtenir une rétroaction.

Les parents ont fourni un formulaire de consentement libre et éclairé pour permettre à leur enfant de participer à l'étude. L'étude a été menée conformément à la Déclaration d'Helsinki et l'approbation de la recherche a été obtenue auprès de la CUREG (Commission Universitaire pour une Recherche Éthique à l'Université de Genève, https://cureg.unige.ch/).

Matériel

Formation à l'enseignante

Le partage d'informations (Biel et al., 2020) a été réalisé à travers une formation construite en deux parties. Le support de la formation est présenté en annexe A. Cette formation a eu lieu dans la classe de l'enseignante le 12 décembre 2022, soit un mois avant le début de l'intervention. La première partie concernait les intérêts théoriques de l'intervention et la deuxième partie reprenait la présentation du protocole de l'intervention. Elle était présentée par la mémorante à l'enseignante sous la forme d'un cours d'une heure, à partir d'un support visuel. Un support écrit de la présentation a également été fourni au début du cours pour permettre la prise de notes. Un temps était prévu à la fin de l'atelier pour permettre un échange de questions. Un appel téléphonique permettant un rappel du protocole a eu lieu une semaine avant le début de la mise en place de l'intervention, afin de consolider les connaissances de l'enseignante.

Outil de suivi de l'intervention indirecte

L'outil de suivi de l'intervention a été établi selon le cadre conceptuel de la fidélité d'implémentation d'une intervention (Carroll et al., 2007). Nous avons mesuré la fréquence, la durée et la couverture (c'est-à-dire la présence de chaque participant), afin de s'assurer que la fidélité d'implémentation était élevée.

À partir de l'écoute des enregistrements de chaque session, une grille de suivi du protocole a été remplie par la mémorante. Cette grille correspond aux parties et sous-parties du protocole de l'intervention et est présentée en figure 2. Un point était attribué si l'item était réalisé (maximum

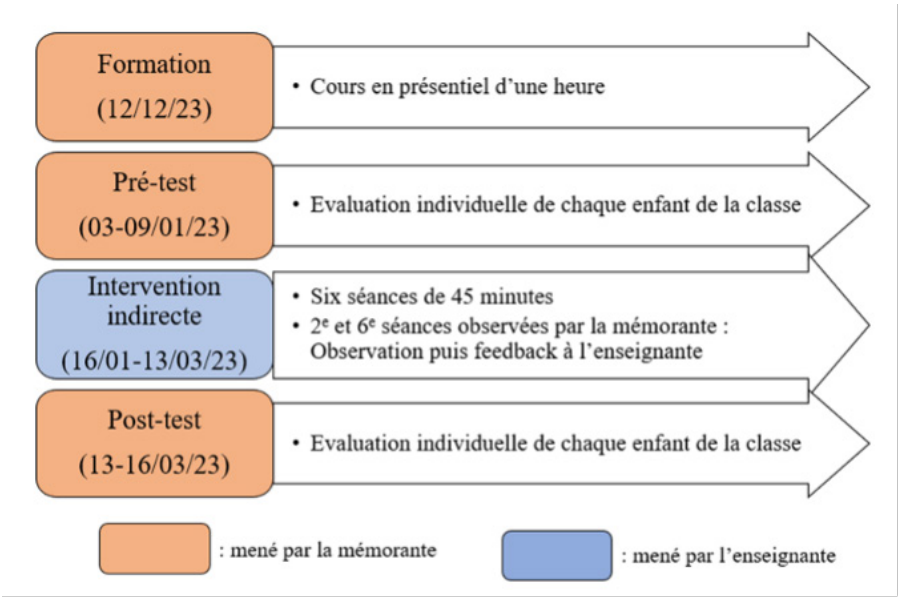


FIGURE 1 : Schématisation du dispositif expérimental.

Parties	Sous-parties	Points
A. Modélisation (avec illustrations et icônes)	A1 : Poser les questions relatives à chaque icône du schéma narratif	
	A2 : Les enfants posent les questions relatives à chaque icône du schéma narratif.	
	A3 : Raconter l'histoire en ayant placé devant les enfants les illustrations + les icônes de celle-ci	
	A4 : Les enfants répondent aux questions	
B. Re-récit en groupe (avec illustrations et icônes)	B3 : Re-récit de l'histoire en groupe : après avoir raconté « sa » partie, l'enfant pose l'icône correspondant sur l'illustration de l'histoire correspondante	
	B4 : L'enseignante complète les productions des enfants au fur et à mesure si besoin	
C. Re-récit en binômes (avec illustrations et icônes)	C1 : Enfant A raconte à l'enfant B. l'histoire, en s'appuyant sur les icônes et les illustrations de l'histoire.	
	C2 : Enfant B raconte à l'enfant A. l'histoire, en s'appuyant sur les icônes et les illustrations de l'histoire	
D. Re-récit en groupe (sans illustrations, avec icônes)	D3 : Re-récit de l'histoire en groupe : après avoir raconté « sa » partie, l'enfant pose l'icône correspondant sur l'illustration de l'histoire correspondante	
	D4 : L'enseignante complète les productions des enfants au fur et à mesure si besoin	
E. Modélisation (sans illustrations ni icônes)	E2 : L'enseignante raconte l'histoire	

FIGURE 2 : Grille de suivi de l'intervention.

de points possibles = 11). Nous avons considéré la fidélité d'implémentation comme importante à partir d'un taux de 80% de contenu présenté (comme par exemple, chez Sugai et al., 2001).

La fréquence et la couverture de l'intervention[1] ont été observées grâce à un registre récapitulatif des séances. L'enseignante y indiquait à chaque intervention, la date du jour, le nom des participants et ses remarques éventuelles. La durée a été étudiée à partir de la durée des enregistrements audios de chaque séance.

Épreuves d'inclusion au groupe expérimental

Les épreuves d'inclusion au groupe bénéficiant de l'intervention sont constituées d'épreuves permettant d'établir le profil linguistique des participants. Dans ce groupe, nous avons inclus les enfants dont les résultats à chaque épreuve étaient inférieurs au percentile 25 des résultats de la classe, à partir des scores bruts. La passation du pré-test durait environ 30 minutes par enfant. Nous avons utilisé comme épreuves la répétition de logatomes et la répétition de phrases de la batterie EVALO 2-6 (Coquet et al., 2009), l'évocation lexicale, l'expression syntaxique et la compréhension syntaxique de la batterie de dépistage EDA (Billard & Touzin, 2012).

L'épreuve de compréhension syntaxique était celle de l'EDA. L'enfant était face à une planche de formes géométriques de différentes tailles et couleurs et devait désigner certaines formes selon la consigne donnée. L'épreuve était constituée de 15 consignes de difficulté croissante. L'enfant avait droit à une répétition de consigne si sa réponse était erronée, comme préconisé dans le manuel de la batterie.

L'expression syntaxique a été également évaluée grâce à l'épreuve de l'EDA. L'enfant devait compléter de manière adéquate les 20 phrases de l'expérimentateur correspondant chacune à un item. Deux points étaient accordés si la structure morphosyntaxique était exacte, un point était accordé si elle était correcte mais que ce n'était

1 Nombre de participants à l'intervention

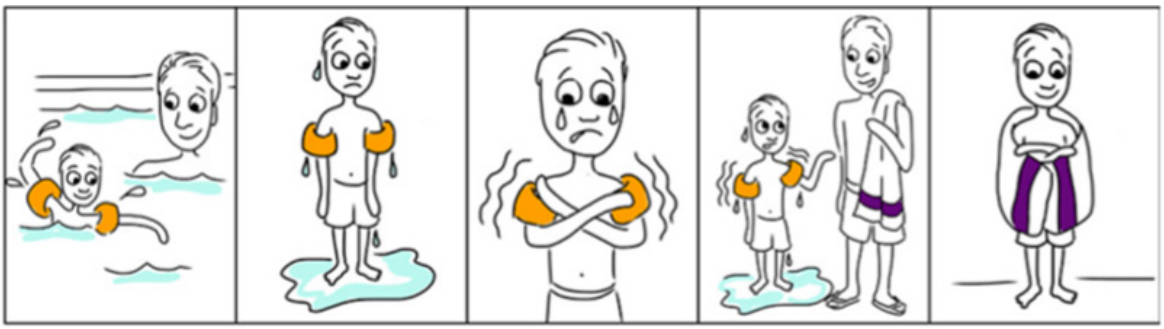


FIGURE 3 : Histoire utilisée dans la tâche de re-récit entrainé (Haroun à la piscine), issue du matériel Story Champs (Spencer & Petersen, 2012).

pas la structure attendue (par exemple, au lieu de « il n'a pas de chaussures » (structure attendue), l'enfant répondait « il est pieds nus »).

Nous avons proposé la répétition de phrases de l'EVALO 2-6, la répétition de phrases étant un marqueur clinique du TDL chez les enfants bilingues et monolingues (Fleckstein et al., 2018). L'enfant doit répéter 12 phrases énoncées par l'expérimentateur l'une après l'autre. Un point était accordé par élément morphosyntaxique correctement répété pour chaque phrase.

L'épreuve utilisée pour évaluer la phonologie était la répétition de logatomes de l'EVALO 2-6. L'épreuve était composée de quatre séries de six logatomes, de deux à cinq syllabes (longueur croissante). L'enfant devait répéter chaque logatome après l'expérimentateur. 1 point était accordé par logatome correctement répété.

Les connaissances lexicales en expression de l'enfant ont été évaluées à travers l'épreuve de dénomination de l'EDA. L'enfant devait dénommer 30 items. Deux points étaient accordés en cas de réponse correcte, un point était accordé si le mot produit suite à une relance de l'expérimentateur était correct.

Épreuves de pré- et post-test

La narration a été évaluée en pré- et post-test à partir d'une épreuve d'évaluation de la narration (Hadjadj et al., 2023), comme mesure de l'efficacité de l'intervention. Cette épreuve comprenait trois histoires traduites pour les besoins de l'étude, les images étant extraites du matériel Story Champs (Spencer & Petersen, 2012), ainsi qu'une tâche de dénomination rapide automatisée (Ballot & Zesiger, 2022), cette dernière tâche étant une mesure contrôle qui sera détaillée plus loin. La première histoire était un re-récit entrainé au cours de l'intervention, proposée dans le but de mesurer la spécificité de l'intervention. Les deux autres histoires étaient un re-récit non entrainé et une génération de récit, afin de mesurer la généralisation des apprentissages selon les principes EBP (Pico et al., 2021).

Lors de l'épreuve de génération de récit, l'enfant avait pour consigne de raconter l'histoire comme si nous ne la connaissions pas à partir de cinq images séquentielles, présentées dans l'ordre sur un écran, comme illustré avec la figure 3. Concernant les épreuves de re-récit, l'enfant entendait une première fois l'histoire, puis avait pour consigne de la raconter à nouveau du mieux qu'il pouvait. L'histoire avait été préalablement enregistrée afin de contrôler le débit de parole et afin que le récit soit identique pour tous les participants. Chaque histoire racontée a été enregistrée et cotée selon les éléments de macrostructure et de microstructure recensés. Un point était accordé pour chaque élément présent. Pour chaque histoire, les éléments de macrostructure ont ensuite été combinés en un score total de macrostructure indiquant le niveau de compétence en structure narrative, et les éléments de microstructure ont été combinés en un score de microstructure indiquant le niveau de compétence en complexité linguistique. Ces éléments sont décrits dans le tableau 3.

Une épreuve de dénomination rapide automatisée a été proposée en tant qu'épreuve contrôle, visant à évaluer l'accès rapide au lexique. En effet, l'intervention ne visait pas les compétences sollicitées dans cette tâche, et elle permettait d'en évaluer sa spécificité. Une phase de familiarisation était proposée pour s'assurer que tous les mots étaient connus par l'enfant, puis pendant la phase test, l'enfant devait nommer les 16 items le plus

TABLEAU 3 : Présentation des items évalués.

Mesures	Description
Éléments de macrostructure	Personnages, situation initiale, problème, conséquence, résolution de problème, situation finale, émotion finale
Éléments de microstructure	Prépositions spatiales, qualifiants, connecteurs temporaux, connecteurs causaux, présence de dialogue

rapidement possible dans le sens de la lecture. Nous avons noté le nombre d'erreurs et le temps (en secondes).

L'intervention

L'intervention (Hadjadj et al., 2023) a été menée par l'enseignante auprès du groupe expérimental (pour rappel, N = 5). Elle est composée de six séances de 45 minutes chacune, à raison d'une séance par semaine. Chaque séance suivait un même protocole, décrit dans le tableau 4. Trois histoires différentes ont été travaillées durant l'intervention, chacune étant présentée lors de deux séances. L'ordre des histoires travaillées au cours des séances est présenté dans l'annexe B.

Le matériel utilisé est composé de trois histoires de cinq images séquentielles et d'icônes associées aux éléments macrostructuraux de l'histoire, décrites dans le tableau 5. Les icônes et les images des histoires, comme celle présentée en figure 4, sont issues du matériel Story Champs (Spencer & Petersen, 2012).

Le but de l'intervention était d'améliorer le nombre d'éléments macrostructuraux dans une activité de re-récit. Les stratégies d'intervention narrative qui ont été utilisées sont 1) un enseignement explicite de la macrostructure grâce à des scripts d'enseignement et des icônes associées au récit dans la phase A de modélisation, 2) l'utilisation de plusieurs histoires pour favoriser la généralisation,

TABLEAU 4 : Protocole d'une séance d'intervention.

Programme de la séance	Détail du contenu
A. Modélisation	1) Poser les questions relatives à chaque icône du schéma narratif.
	2) Les enfants posent les questions relatives à chaque icône du schéma narratif.
	3) Raconter l'histoire en ayant placé devant les enfants les illustrations + les icônes de celle-ci.
	4) Les enfants répondent aux questions de chaque icône.
B. Re-récit de l'histoire en groupe	1) Laisser les illustrations sur la table.
	2) Distribution des icônes du schéma narratif.
	3) Re-récit de l'histoire en groupe : après avoir raconté « sa » partie, l'enfant pose l'icône correspondant sur l'illustration de l'histoire correspondante.
	4) L'enseignante complète les productions des enfants au fur et à mesure si besoin
C. Re-récit en binômes	1) Enfant A raconte à l'enfant B. l'histoire, en s'appuyant sur les icônes et les illustrations de l'histoire.
	2) Enfant B raconte à l'enfant A. l'histoire, en s'appuyant sur les icônes et les illustrations de l'histoire
D. Re-récit en groupe	1) Enlever les illustrations de la table.
	2) Distribution des icônes du schéma narratif.
	3) Re-récit de l'histoire en groupe : après avoir raconté « sa » partie, l'enfant pose l'icône.
	4) L'enseignante complète les productions des enfants au fur et à mesure si besoin
E. Modélisation	1) Enlever tout le matériel de la table.
	2) L'enseignante raconte l'histoire.

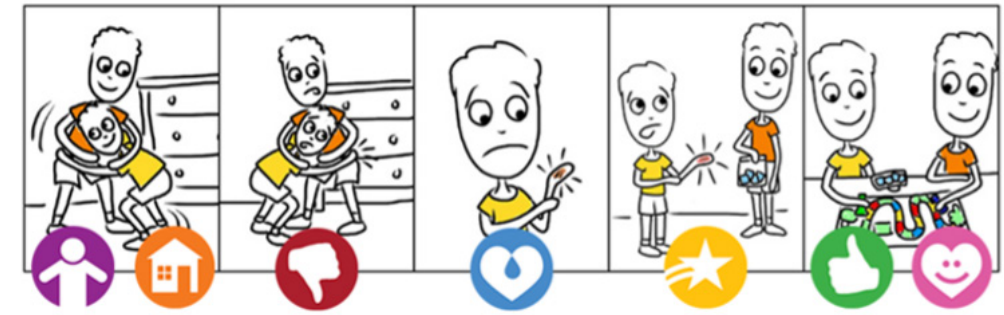


FIGURE 4 : Histoire utilisée au cours de l'entrainement (La main blessée de Thomas) et icônes correspondant à la macrostructure, Story Champs (Spencer & Petersen, 2012).

TABLEAU 5 : Présentation des icônes du schéma narratif.

Icône	Question relative à l'icône
	De qui parle l'histoire ?
	Où est-il dans cette histoire ?
	Quel est son problème ?
	Comment se sentait-il à propos de ce problème ?
	Qu'a-t-il fait pour résoudre son problème ?
	Comment se termine cette histoire ?
	Comment se sent le personnage à la fin de l'histoire ?

3) une participation active des enfants à travers des activités de re-récits entre pairs dans la phase C de re-récit en binôme, 4) l'estompage des guidances visuelles au fur et à mesure de la séance pour permettre la généralisation, et 5) des feedbacks correctifs immédiats pour un apprentissage sans erreur dans les phases B et D de re-récit en groupe.

Hypothèses opérationnalisées

Nous avons opérationnalisé nos hypothèses de la manière suivante : pour l'hypothèse 1), nous avons émis l'hypothèse que la formation proposée par la mémorante permettait une fidélité d'implémentation de l'intervention élevée. Pour cela, nous avons supposé que le contenu, la fréquence, la durée et la couverture de l'intervention correspondraient au protocole proposé. Pour vérifier l'hypothèse 2), nous avons émis l'hypothèse que les scores en macro- et microstructures des activités de génération de récit et de re-récit proposées seraient plus élevés suite à l'intervention indirecte. Pour s'assurer que cette amélioration soit due à l'intervention indirecte et non pas au développement typique, nous avons supposé que la tâche contrôle de dénomination rapide automatisée ne progresserait pas suite à l'intervention indirecte. Enfin, pour l'hypothèse 3), nous avons supposé que, grâce à cet entrainement spécifique, les enfants en difficulté de langage oral obtiendraient des scores similaires au reste de la classe dans les habiletés entrainées. Pour répondre à cette question, nous avons comparé les scores obtenus en post-test en macro et en microstructure des deux groupes.

RÉSULTATS

L'analyse des données a été réalisée pour 1) étudier la fidélité de mise en place de l'intervention de l'enseignante, 2) comparer les scores en pré- et post-test des enfants ayant bénéficié de

TABLEAU 6 : Pourcentage de fidélité de contenu des séances.

	A1	A2	A3	A4	B3	B4	C1	C2	D3	D4	E2	Total (/11)	% fidélité
Séance 1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	8	72,73
Séance 2	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	7	63,64
Séance 3	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	8	72,73
Séance 4	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	7	63,64
Séance 5	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	9	81,82
Séance 6	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	9	81,82
Moyenne	0,8	0,5	1	0,8	0	1	0,8	1	0	1	1	8	72,73

A : modélisation ; B : re-récit en groupe ; C : re-récit en binômes ; D : re-récit en groupe ; E : modélisation

l'intervention, et 3) comparer les scores en post-test des enfants ayant bénéficié de l'intervention à ceux du reste de la classe.

La distribution des données n'étant pas normale (p = 0,20), des tests non-paramétriques (tels que le test de Wilcoxon pour échantillons appariés ou le test de Mann-Withney pour échantillons indépendants) ont été utilisés pour tester les hypothèses 2 et 3. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel Jamovi (The jamovi project, 2022).

Analyse de la fidélité d'implémentation de l'intervention

Afin de mesurer la fidélité d'implémentation de l'intervention par l'enseignante, la fidélité de contenu a été étudiée à partir d'une grille reprenant les étapes du protocole d'intervention. Nous avons également étudié la fréquence, la durée et la couverture de chaque séance.

Le tableau 6 présente le taux de fidélité du contenu de chaque séance. Pour rappel, nous considérons que le contenu des séances est fidèle au protocole à partir de 80%. Le taux de reproduction des séances est en moyenne de 72,73%. Seules les séances 5 et 6 ont un taux de fidélité satisfaisant. Les éléments B3 et D3, correspondant aux temps de re-récits en groupe n'ont été réalisés dans aucune des séances. Nous pouvons également noter que l'élément A2, correspondant au moment où les enfants posent les questions relatives aux icônes du schéma narratif, n'est réalisé que dans la moitié des séances (séances 2, 5 et 6). Ainsi, nous pouvons conclure que l'intervention réalisée présente un taux de fidélité de contenu non significatif.

Le tableau 7 présente le suivi de la fidélité d'implémentation à travers la fréquence, la durée et la couverture des séances. La fréquence moyenne est de 0,7 séance par semaine, c'est-à-dire que les séances n'ont pas pu avoir lieu chaque semaine. Les séances ont duré en moyenne 28 minutes 07 secondes. Pour rappel, chaque séance devait durer 45 minutes. Enfin, au niveau de la couverture de l'intervention, quatre enfants ayant reçu l'intervention ont été présents durant la totalité des séances, tandis qu'un enfant (enfant n°5) a été absent lors de deux séances (séances 3 et 4).

Analyse de la progression du groupe expérimental

TABLEAU 7 : Suivi de la fidélité d'implémentation.

Séance	Date	Durée	Présence des enfants
Séance 1	16/01/2023	00:29:41	1, 2, 3, 4, 5
Séance 2	23/01/2023	00:39:30	1, 2, 3, 4, 5
Séance 3	06/02/2023	00:26:32	1, 2, 3, 4
Séance 4	27/02/2023	00:18:23	1, 2, 3, 4
Séance 5	06/03/2023	00:25:00	1, 2, 3, 4, 5
Séance 6	13/03/2023	00:32:08	1, 2, 3, 4, 5

TABLEAU 8 : Comparaison des scores du groupe expérimental en pré-test et post-test de narration.

	Score moyen (ET)		**Score moyen (ET)**	***W***	***p***
PréGenMacro	3,4 (1,34)	PostGenMacro	5,40 (2,07)	0,00	0,03*
PréGenMicro	1,60 (1,34)	PostGenMicro	4,60 (2,70)	0,00	0,05*
PréRe1Macro	5,00 (2,24)	PostRe1macro	5,80 (1,48)	1,50	0,13
PréRe1Micro	4,40 (2,70)	PostRe1Micro	3,80 (1,92)	9,00	0,71
PréRe2Macro	4,60 (1,52)	PostRe2Macro	6,20 (1,30)	0,00	0,09
PréRe2Micro	2,80 (1,79)	PostRe2Micro	4,40 (1,82)	1,00	0,10
PreDRA	1,35 (0,22)	PostDRA	1,10 (0,23)	15,00	0,99

G1 : groupe expérimental ; Pré : pré-test ; Post : post-test ; Gen : génération de récit ; Re1 : re-récit non entrainé ; Re2 : re-récit entrainé ; DRA : dénomination rapide automatisée ; Macro : macrostructure ; Micro : microstructure

* : $p < 0,05$

Notre deuxième hypothèse suggérait que les enfants du groupe expérimental progressent en habiletés narratives. Pour répondre à notre question, nous avons comparé les scores des pré- et post-tests des enfants inclus dans l'entrainement.

Les résultats, présentés dans le tableau 8, montrent une progression des scores en génération de récit, à la fois en macro- et en microstructure. Cependant, nous n'observons pas de progrès sur les activités de re-récit, ni en macro, ni en microstructure, même sur le re-récit travaillé (Re2). Nous ne pouvons donc pas conclure à un effet spécifique de l'intervention sur la tâche de re-récit travaillé. La comparaison des scores de DRA en pré et post-test ne présente aucune amélioration, ce qui est cohérent puisque l'intervention ne vise pas les compétences nécessaires à cette tâche.

Comparaison post-test du groupe expérimental et du reste de la classe

Afin de vérifier si les enfants en difficulté de langage obtiennent des résultats équivalents au reste de la classe en habiletés narratives à la suite de l'intervention, nous avons comparé les scores obtenus en pré- et en post-test en macro et microstructure des deux groupes, à l'aide du test non-paramétrique de Mann-Withney. Nous supposons que les scores en pré-test seront significativement différents, et ne le seront plus en post-test grâce à la progression du groupe expérimental au cours de l'intervention.

Comme attendu, les résultats du pré-test révèlent que les enfants sélectionnés pour participer à l'intervention du groupe expérimental ont des scores inférieurs à ceux des enfants du reste de la classe pour les trois récits. Les scores en génération de récit de macro- (U= 6,00 ; $p < 0,01$) et de microstructure (U = 4,00 ; $p < 0,01$), les scores en re-récit non entrainé de macrostructure (U = 12,50 ; p = 0,02) et les scores en re-récit entrainé de macro- (U = 5,50 ; $p < 0,01$) et microstructure (U = 1,50 ; $p < 0,01$) sont significativement différents.

À la suite de l'intervention, comme cela est exposé dans le tableau 9, les scores de macrostructure de génération de récit et de re-récit sur l'histoire travaillée ne diffèrent plus. Il en est de même pour les scores en macrostructure de génération de récit travaillé. Les résultats mettent en évidence des différences entre les deux groupes pour les scores de microstructure des re-récits.

TABLEAU 9 : Comparaison des scores en narration en pré-test et post-test du groupe expérimental et du reste de la classe.

	Moyenne G1 (ET)	**Moyenne G2 (ET)**	***U de Mann-Withney***	***p***
PostGenMacro	5,40 (2,07)	6,41 (1,18)	28,50	0,28
PostGenMicro	4,60 (2,70)	5,82 (2,58)	28,00	0,27
PostRe1macro	5,80 (1,48)	8,53 (1,55)	8,50	< 0,01
PostRe1Micro	3,80 (1,92)	6,35 (1,46)	11,50	0,01
PostRe2Macro	6,20 (1,30)	7,29 (1,57)	24,50	0,16
PostRe2Micro	4,40 (1,82)	7,00 (1,54)	11,00	0,01

G1 : groupe expérimental ; G2 : reste de la classe Pré : pré-test ; Post : post-test ; Gen : génération de récit ; Re1 : re-récit non entrainé ; Re2 : re-récit entrainé ; Macro : macrostructure ; Micro : microstructure.

En résumé, nos résultats ont révélé des faiblesses d'implémentation de l'intervention en raison d'une faible fidélité de contenu et d'un dosage de l'intervention ne correspondant pas à celui indiqué dans le protocole. Les enfants inclus dans le groupe expérimental présentent tout de même une progression dans leurs compétences narratives en génération de récit, à la fois en macro- et en microstructure, et rejoignent le niveau du reste de la classe dans cette tâche.

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'intérêt d'une intervention indirecte de niveau 2 sur les habiletés narratives, menée par une enseignante auprès d'enfants de GSM en difficulté de langage oral. Pour cela, nous avons 1) sélectionné les enfants en difficulté de langage oral pour les inclure dans le groupe expérimental et 2) formé une enseignante afin qu'elle mène cette intervention, construite à partir des données de la littérature. Puis nous avons analysé la fidélité d'implémentation du protocole ainsi que le niveau de narration des enfants de la classe avant et après cette intervention.

Cette étude a révélé que l'intervention présentait des faiblesses dans la fidélité d'implémentation, liées à la fidélité de contenu et à des facteurs contextuels. Cependant, l'intervention permet tout de même une progression de certaines compétences narratives (génération de récit) indiquant une amélioration des compétences correspondant à d'autres activités narratives que celle entrainée. Enfin, malgré une progression du groupe expérimental, celui-ci conserve des habiletés narratives plus faibles comparativement au reste de la classe, n'ayant pas bénéficié de l'intervention. Nous allons désormais discuter l'ensemble des résultats présentés ci-dessus.

La formation proposée à l'enseignante permet-elle la mise en place fidèle de l'intervention indirecte ?

Notre première question de recherche consistait à se demander si la formation à l'enseignante permettait une fidélité d'implémentation élevée. Pour cela, nous avons évalué l'adhésion entre l'intervention telle que proposée par les conceptrices et l'intervention effectivement menée par l'enseignante, à travers la fidélité d'implémentation du contenu, la fréquence, la durée et la couverture de l'intervention. Les résultats montrent que l'intervention menée par l'enseignante n'a pas pu être menée dans les conditions expérimentales telles que souhaitées par les conceptrices. Plus précisément, les éléments de fréquence tels que prévus par les conceptrices (1 séance par semaine) n'ont pas pu être respectés, en raison d'une période de vacances scolaires et d'une absence de l'enseignante. Quand l'enseignante était présente, elle a pu dispenser une séance par semaine. Concernant la durée, les séances proposées ont été plus courtes que celles prévues par le protocole (28 minutes en moyenne contre 45 minutes prévues), en raison de temps de l'intervention omis. Le niveau de couverture n'a pas été total, puisqu'un enfant a été absent lors de deux séances. Enfin, le niveau de fidélité de contenu de l'ensemble des séances n'est pas considéré comme suffisant (de 72,73% en moyenne).

L'intervention n'ayant donc pas présenté un taux de fidélité d'implémentation suffisant, il est nécessaire de revenir aux conditions de formation proposées à l'enseignante. Nous n'avons pu proposer que deux des quatre modalités d'apprentissage, le partage d'informations et le feedback, bien que la combinaison de différentes modalités d'apprentissage soit la meilleure façon d'assurer la maitrise et la généralisation d'une compétence chez les apprenants adultes (Dunst et al., 2019). Nous n'avons pas proposé de guidage et de rétroaction dans notre DP. Le guidage au cours des séances permet à l'enseignant de calibrer ses interventions et d'améliorer la mise en œuvre durable et fidèle du protocole (Dunst et al., 2010), néanmoins, nous ne l'avons pas proposé au cours des interventions observées pour que l'intervention soit aisément reproductible (Biel et al., 2020). La présence du chercheur aux côtés de l'enseignant lors des séances nécessite plus de temps et de ressources dans la mise en place de l'intervention. De plus, cela compromet son adoption à plus grande échelle, car le guidage exige la présence d'un professionnel pour permettre l'intervention. Concernant la modélisation, qui consiste à montrer un exemple de l'intervention à l'apprenant, nous ne l'avions pas proposé au cours de la formation, considérant que notre partage d'information était suffisamment explicite pour permettre une reproduction fidèle du protocole. En effet, l'enseignante a pu reproduire en partie l'intervention qui lui avait été enseignée au cours de la formation théorique. Elle a notamment pu reproduire les phases de modélisation du récit et d'enseignement des icônes correspondant à la macrostructure. Elle a également pu compléter les productions des enfants lorsque celles-ci étaient incomplètes. Cependant, nous avons remarqué que les parties de re-récits en groupe, où les enfants racontent à nouveau chaque partie du récit entendu à tour de rôle, n'étaient pas réalisées, et étaient remplacées par des temps de questions-réponses. Nous pouvons supposer que ce temps de re-récit en groupe n'a pas été réalisé en raison de la difficulté de gestion de l'initiation du discours pour chaque enfant. Les enfants n'énonçant pas spontanément leur partie, l'enseignante guidait leur participation en posant les questions correspondant aux icônes du schéma narratif. Une formation incluant un temps de modélisation de l'intervention aurait pu permettre de découvrir d'autres formes d'incitation verbale afin de produire un re-récit. Cette modélisation aurait pu être proposée au cours de la formation via un modèle direct de l'intervention à l'enseignant, tel que proposé par Tang et al. (2011). En effet, Tang et al. (2011) proposent une démonstration de leur intervention lors de la formation directement auprès des parents formés, en jouant la situation comme s'ils étaient face aux enfants. Ainsi, le modèle de l'intervention est précis, permet une transmission efficiente des compétences enseignées et favorise l'obtention de résultats significatifs (Mihalic, 2004).

Notre intervention permet-elle aux enfants en difficulté de langage oral de progresser en habiletés narratives ?

Notre deuxième question de recherche s'intéressait à la progression des enfants en difficulté de langage oral en habiletés narratives grâce à l'intervention. Nos résultats mettent en évidence une amélioration des compétences en génération de récit, mais une absence d'amélioration dans les compétences de re-récit, entrainé et non entrainé. Ainsi, nous n'observons pas de progression sur le re-récit entrainé et donc pas d'effet spécifique de l'entrainement, contrairement à ce que nous aurions pu attendre. L'étude de Janssen et al. (2020) proposait également un entrainement en groupe des habiletés narratives à partir d'activités de re-récit durant 10 semaines à raison de deux séances par semaine, présente à la suite de l'entrainement un effet spécifique des capacités narratives en re-récit. L'absence de progression sur l'activité de re-récit malgré l'entrainement de celle-ci pourrait être due à la durée de notre intervention. En effet, la revue systématique des interventions en narration proposée par Petersen (2011) stipule que l'amélioration de la macro- et de la microstructure dans les interventions individuelles ou de groupe allant de 320 à 1260 minutes au total présente une taille d'effet importante. Cela signifie que l'amélioration des compétences narratives est fortement corrélée à ce dosage d'intervention. Notre intervention ne durant au total que 168 minutes, nous pouvons supposer que sa durée n'a pas été suffisante pour permettre une progression significative des compétences en re-récit.

En plus de ne pas progresser sur le récit entrainé, les enfants ne progressent pas non plus sur la deuxième activité de re-récit, proposée à partir d'un récit non entrainé pendant l'intervention. Nous pouvons établir l'hypothèse selon laquelle l'entrainement proposé par l'enseignante n'aurait pas suffisamment permis aux enfants de s'entrainer à re-raconter des histoires, en raison

de l'omission des temps de re-récit en groupe lors de l'intervention. Ces temps étant fortement recommandés pour favoriser une participation active (Spencer & Petersen, 2020), les enfants ont donc manqué une opportunité d'apprentissage et n'ont pas généralisé leurs compétences au re-récit non entrainé.

Les enfants en difficultés de langage obtiendront-ils des résultats équivalents au reste de la classe dans les habiletés narratives suite à l'intervention indirecte ?

Notre troisième question de recherche visait à vérifier si les enfants du groupe expérimental obtiennent des résultats équivalents au reste de la classe en habiletés narratives à la suite de l'intervention, soit que les enfants initialement repérés comme en difficulté de langage rattrapent les habiletés narratives des autres enfants. Nos résultats suggèrent que l'intervention a permis une amélioration des compétences de génération de récit, ainsi que de la microstructure du re-récit entrainé auprès des enfants du groupe expérimental. Grâce à cette intervention, nous n'observons plus de différence significative entre ce groupe et le reste de la classe dans ces compétences. En revanche, l'intervention n'a pas permis l'amélioration des autres compétences narratives en re-récit du groupe expérimental, et la différence de résultats dans ces compétences entre les deux groupes persiste.

Le groupe expérimental et le reste de la classe diffèrent dans leurs compétences narratives lors du pré-test. Ces différences pourraient être expliquées par une faible exposition à la langue de scolarisation (Hoff, 2013) ou à un manque de stimulation langagière corrélé au milieu socio-économique défavorisé (Sylvestre et al., 2012). En effet, le groupe expérimental est composé d'enfants issus d'un milieu socio-économique plus défavorisé que le reste de la classe (IPS moyen de 69 contre un IPS moyen de 123,41). Ils sont également en majorité bilingues (4 enfants sur 5) tandis que le reste de la classe comporte une moitié d'élèves bilingues (8 enfants sur 17). Or, une intervention basée sur l'apprentissage explicite de la macrostructure devrait permettre une progression dans leurs habiletés narratives (Pico et al., 2021). L'amélioration des compétences narratives en génération de récit suite à notre intervention concorde donc avec la littérature puisque le gain observé dans certaines compétences narratives permet aux enfants en difficulté de langage oral de se rapprocher du niveau du reste de la classe.

Cependant, notre intervention n'entraine pas de résultat spécifique et d'amélioration directe du re-récit entrainé, ni du re-récit non entrainé, et les compétences narratives du groupe expérimental restent majoritairement significativement inférieures au reste de la classe. Nous remarquons des difficultés similaires à celles éprouvées par les enfants à TDL dans les productions de récit des enfants du groupe expérimental. De ce fait, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'ils nécessiteraient un soutien individualisé comme préconisé par Bishop et al. (2017). Nous n'avons pu proposer qu'une intervention indirecte de niveau 2, et cela semble s'être avéré insuffisant pour prendre en considération les difficultés langagières de ces enfants. Ainsi, dans le cas de difficultés similaires à celles d'un TDL, notre intervention pourrait ne pas être suffisamment individualisée pour permettre une amélioration des compétences narratives. De ce fait, notre intervention narrative en milieu scolaire pourrait permettre une meilleure orientation vers un suivi individualisé de niveau 3 en cas de non-progression en compétences narratives à la suite de cette intervention de niveau 2 (Ebbels et al., 2019).

Limites de cette étude

Les résultats de notre intervention sont à interpréter avec prudence étant donné les faiblesses de fidélité d'implémentation de l'intervention. Il conviendrait de renforcer le dispositif de DP lors de prochaines réplications en proposant une modélisation du protocole lors de la formation ainsi qu'un guidage de l'enseignant au cours des premières séances, comme cela est préconisé par (Biel et al., 2020).

Nous avons également rencontré des difficultés dans la fréquence de l'intervention en raison du calendrier scolaire et d'une pause de l'intervention durant les vacances scolaires. De futures recherches pourraient faire coïncider la phase d'intervention à une période de six semaines entre des vacances. L'enseignante nous a également rapporté rencontrer des difficultés à individualiser le suivi en raison du trop grand nombre d'enfants dans le groupe (N = 5 dans notre étude). De futures études pourraient répliquer cette intervention avec un groupe d'enfants plus restreint (quatre

enfants maximum bénéficiant de l'intervention par exemple) pour individualiser davantage l'intervention.

Implications cliniques

Cette étude a des implications importantes pour les cliniciens et cliniciennes. Elle permet de démontrer l'intérêt d'un travail collaboratif entre enseignants et orthophonistes autour de la prévention et du soutien en langage oral pour favoriser les apprentissages. En instaurant des dispositifs de ce type, nous avons cherché à proposer un niveau d'aide aux enfants en difficulté plus important que celui qui a habituellement lieu en classe entière. Ce niveau d'aide a permis aux enfants suivant l'intervention de progresser et de rejoindre le niveau du reste de la classe dans certaines compétences narratives après une intervention relativement courte. Cette amélioration est prometteuse et démontre qu'un soutien en narration en GSM peut permettre à des enfants présentant des difficultés langagières de progresser en peu de séances (N = 6). Un post-test à distance de l'intervention pourrait être intéressant afin d'évaluer le maintien des compétences narratives à long-terme. Ainsi, cet entrainement pourrait avoir un but préventif pour soutenir les compétences narratives en cas de difficultés de langage oral liées à une faible exposition à la langue de scolarisation ou à un manque de stimulation langagière corrélé à un milieu socio-économique défavorisé.

CONCLUSION

Cette étude fournit un support pour l'implémentation d'une intervention narrative indirecte menée par l'enseignante en classe de GSM. Elle explore à la fois les modalités de DP nécessaires à la mise en place d'une intervention efficace et l'efficacité d'une intervention narrative basée sur l'enseignement explicite de la macrostructure du re-récit à l'aide d'icônes et d'images auprès d'enfants en difficulté de langage oral. Les résultats présentent des faiblesses dans la fidélité d'implémentation, tant dans le contenu de l'intervention que dans le dosage proposé. Ils indiquent également que l'intervention a permis une progression des compétences en génération de récit, mais ne présente pas d'effet spécifique sur les compétences de re-récit entrainées au cours de l'intervention.

L'implémentation d'intervention narrative indirecte menée par une enseignante de GSM n'avait pas encore été réalisée en France. Bien que le dispositif de DP soit encore à améliorer, il est nécessaire de poursuivre les recherches afin de proposer cette intervention à plus grande échelle.

DECLARATION D'INTÉRETS

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec cet article.

RÉFÉRENCES

Ballot, C., & Zesiger, P. (2022). *Rapport concernant la recherche visant à évaluer l'impact du programme "Parle Avec Moi" (PAM) sur les compétences de langage des enfants à l'entrée à l'école. UNIGE*, Psycholinguistique et Logopédie. https://www.unige.ch/fapse/psycholinguistique/equipes/acquisition/recherches/recherche-parle-avec-moi

Biel, H. C., Buzhardt, J., Brown, J. A., Romano, M. K., Lorio, C. M., Windsor, K. S., Kaczmarek, L. A., Gwin, R., Sandall, S. S., & Goldstein, H. (2020). Language interventions taught to caregivers in homes and classrooms: A review of intervention and implementation fidelity. *Early Childhood Research Quarterly, 50*(1), 140-156. https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.12.002

Billard, C., & Touzin, M. (2012). *EDA : Évaluation des fonctions cognitives et des apprentissages de 4 à 11 ans.* Ortho Edition.

Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., &, and the CATALISE-2 consortium (2017). Phase 2 of CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(10), 1068-1080. https://doi.org/10.1111/jcpp.12721

Bouchard, C., Bigras, N., Cantin, G., Coutu, S., Blain-Brière, B., Eryasa, J., Charron, A., & Brunson, L. (2010). Early childhood educators' use of language-support practices with 4-year-old children in child care centers. *Early Childhood Education Journal, 37*(5), 371-379. https://doi.org/10.1007/s10643-009-0355-7

BO de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports n°25 du 24-6-2021. Ecole maternelle. Programme d'enseignement : modification. Annexe : Programme d'enseignement de l'école maternelle. https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo25/MENE2116550A.htm

Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science, 2*(1), 40. https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40

Colozzo, P., Gillam, R. B., Wood, M., Schnell, R. D., & Johnston, J. R. (2011). Content and form in the narratives of children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 54*(6), 1609-1627. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2011/10-0247)

Coquet, F., Roustit, J., & Ferrand, P. (2009). *EVALO 2-6 : Batterie d'évaluation du langage de l'enfant de 2 à 6 ; 3 ans.* Ortho Edition.

Croguennec, Y. (2020). Les élèves du premier degré à la rentrée 2020. *DEPP : Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance, note d'information n°20.36.* https://www.education.gouv.fr/les-eleves-du-premier-degre-la-rentree-2020-307009

Décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, Article 4. *Journal Officiel de la République française n°104 du 4 mai 2002, alinéa 56.* https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001652674?r=1xShsjDtfk

DEPP - Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse (2022). *Indices de position sociale dans les écoles de France métropolitaine et DROM (2016-2021).* https://bit.ly/42lhxpA

Douglas, K. (2019). Improving narrative and expository language: A comparison of narrative intervention to shared storybook reading [Thèse de doctorat, Brigham Young University]. ScholarsArchive. https://scholarsarchive.byu.edu/etd/8276/

Dunst, C., Bruder, M. B., Maude, S., Schnurr, M., Van Polen, A., Frolek Clark, G., Winslow, A. & Gethmann, D. (2019). Professional development practices and practitioner use of recommended early childhood intervention practices. *Journal of Teacher Education and Educators, 8*(3), 229-246. https://dergipark.org.tr/en/pub/jtee/issue/50999/592666

Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of four adult learning methods and strategies: Supplemental tables and references. *International Journal of Continuing Education and Lifelong Learning, 3*(1), 91-112. https://api.semanticscholar.org/CorpusID:195476894

Duru-Bellat, M. (2001). Effets maîtres, effets établissements : Quelle responsabilité pour l'école ? *Swiss Journal of Educational Research, 23*(2), 321-338. https://doi.org/10.24452/sjer.23.2.4608

Ebbels, S. H., McCartney, E., Slonims, V., Dockrell, J. E., & Norbury, C. F. (2019). Evidence-based pathways to intervention for children with language disorders. *International Journal of Language & Communication Disorders, 54*(1), 3-19. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12387

El-Choueifati, N., Purcell, A., McCabe, P., & Munro, N. (2012). Evidence-based practice in speech language pathologist training of early childhood professionals. *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention, 6*(3), 150-165. https://doi.org/10.1080/17489539.2012.745293

Elek, C., & Page, J. (2019). Critical features of effective coaching for early childhood educators: A review of empirical research literature. *Professional Development in Education, 45*(4), 567-585. https://doi.org/10.1080/19415257.2018.1452781

Favot, K., Carter, M., & Stephenson, J. (2022). The effects of an oral narrative intervention on the fictional narratives of children with autism spectrum disorder and language disorder. *Journal of Behavioral Education, 31*(4), 657-678. https://doi.org/10.1007/s10864-021-09430-9

Fleckstein, A., Prévost, P., Tuller, L., Sizaret, E., & Zebib, R. (2018). How to identify SLI in bilingual children: A study on sentence repetition in French. *Language Acquisition, 25*(1), 85-101. https://doi.org/10.1080/10489223.2016.1192635

Gillam, R. B., & Ukrainetz, T. M. (2006). Language Intervention Through Literature-Based Units. Dans T. M. Ukrainetz (dir.), *Literate language intervention: Scaffolding PreK-12 literacy achievement* (p. 59-94).

Girolametto, L., Hoaken, L., Weitzman, E., & van Lieshout, R. (2000). Patterns of adult-child linguistic interaction in integrated day care groups. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 31*(2), 155-168. https://doi.org/10.1044/0161-1461.3102.155

Griffin, T. M., Hemphill, L., Camp, L., & Wolf, D. P. (2004). Oral discourse in the preschool years and later literacy skills. *First Language, 24*(2), 123-147. https://doi.org/10.1177/0142723704042369

Hadjadj, O., Kehoe, M., & Delage, H. (2023). *Narrative training enables generalization between narrative tasks in children with Developmental Language Disorder.* International Clinical Phonetics and Linguistics Association Conference, 4-7 July, Salzburg.

Hoff, E. (2013). Interpreting the early language trajectories of children from low-SES and language minority homes: Implications for closing achievement gaps. *Developmental Psychology, 49*(1), 4-14. https://doi.org/10.1037/a0027238

Janssen, L., Scheper, A., De Groot, M., Daamen, K., Willemsen, M., Vissers, C., & Verhoeven, L. (2020). Narrative group intervention in DLD: Learning to tell the plot. *Child Language Teaching and Therapy, 36*(3), 181-193. https://doi.org/10.1177/0265659020950386

Kouba Hreich, E., Moitel Messarra, C., Martinez-Perez, T., Richa, S., & Maillart, C. (2020). Supporting language development in Lebanese preschools: SLT and pre-KT practice and perception of roles. *International Journal of Language & Communication Disorders, 55*(6), 988-1004. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12576

Law, J., Charlton, J., & Asmussen, K. (2017). *Language as a child wellbeing indicator.* Early Intervention Foundation & Newcastle University. https://www.eif.org.uk/report/language-as-a-child-wellbeing-indicator

Law, J., Reilly, S., & Snow, P. C. (2013). Child speech, language and communication need re-examined in a public health context: A new direction for the speech and language therapy profession. *International Journal of Language & Communication Disorders, 48*(5), 486-496. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12027

Markussen-Brown, J., Juhl, C. B., Piasta, S. B., Bleses, D., Højen, A., & Justice, L. M. (2017). The effects of language- and literacy-focused professional development on early educators and children: A best-evidence meta-analysis. *Early Childhood Research Quarterly, 38*, 97-115. https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2016.07.002

McCabe, P. C., & Marshall, D. J. (2006). Measuring the social competence of preschool children with specific language impairment: Correspondence among informant ratings and behavioral observations. *Topics in Early Childhood Special Education, 26*(4), 234-246. https://doi.org/10.1177/02711214060260040401

Mihalic, S. (2004). The importance of implementation fidelity. *Report on Emotional and Behavioral Disorders in Youth, 4*(4), 83-105. https://www.civicresearchinstitute.com/online/article.php?pid=5&iid=176

Nation, K., & Snowling, M. J. (2004). Beyond phonological skills: Broader language skills contribute to the development of reading. *Journal of Research in Reading, 27*(4), 342-356. https://doi.org/10.1111/j.1467-9817.2004.00238.x

Petersen, D. B. (2011). A systematic review of narrative-based language intervention with children who have language impairment. *Communication Disorders Quarterly, 32*(4), 207-220. https://doi.org/10.1177/1525740109353937

Petersen, D. B., Gillam, S. L., & Gillam, R. B. (2008). Emerging procedures in narrative assessment: The index of narrative complexity. *Topics in Language Disorders, 28*(2), 115-130. https://doi.org/10.1097/01.TLD.0000318933.46925.86

Petersen, D. B., Gillam, S. L., Spencer, T., & Gillam, R. B. (2010). The effects of literate narrative intervention on children with neurologically based language impairments: An early stage study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 53*(4), 961-981. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2009/09-0001)

Petersen, D. B., & Spencer, T. D. (2016). Using narrative intervention to accelerate canonical story grammar and complex language growth in culturally diverse preschoolers. *Topics in Language Disorders, 36*(1), 6-19. https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000078

Pico, D. L., Prahl, A., Biel, C., Peterson, A. K., Biel, E. J., Woods, C., & Contesse, V. A. (2021). Interventions designed to improve narrative language in school-age children: A systematic review with meta-analyses. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 52*(4), 1109-1126. https://doi.org/10.1044/2021_LSHSS-20-00160

Shepley, C., & Grisham-Brown, J. (2019). Multi-tiered systems of support for preschool-aged children: A review and meta-analysis. *Early Childhood Research Quarterly, 47*, 296-308. https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2019.01.004

Spencer, T. D., & Petersen, D. B. (2012). *Story Champs*®. Language Dynamics Group.

Spencer, T. D., & Petersen, D. B. (2020). Narrative intervention: Principles to practice. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 51*(4), 1081-1096. https://doi.org/10.1044/2020_LSHSS-20-00015

Spencer, T. D., & Pierce, C. (2023). Classroom-based oral storytelling: Reading, writing, and social benefits. *The Reading Teacher, 76*(5), 525-534. https://doi.org/10.1002/trtr.2144

Stein, N. L., & Glenn, C. G. (1979). An analysis of story comprehension in elementary school children: A test of a schema. *New Directions in Discourse Processing, 2*(1979), 53-120. https://eric.ed.gov/?id=ED121474

Sugai, G., Lewis-Palmer, T., Todd, A., & Horner, R. H. (2001). *School-wide evaluation tool*. University of Oregon.

Sylvestre, A., Desmarais, C., Meyer, F., Bairati, I., Rouleau, N., & Mérette, C. (2012). Factors associated with expressive and receptive language in French-speaking toddlers clinically diagnosed with language delay. *Infants & Young Children, 25*(2), 158-171. https://doi.org/10.1097/IYC.0b013e31823dca22

Tang, M.-H., Lin, C.-K., Lin, W.-H., Chen, C.-H., Tsai, S.-W., & Chang, Y.-Y. (2011). The effect of adding a home program to weekly institutional-based therapy for children with undefined developmental delay: A pilot randomized clinical trial. *Journal of the Chinese Medical Association, 74*(6), 259-266. https://doi.org/10.1016/j.jcma.2011.04.005

The jamovi project (2022). *Jamovi: Open statistical software for the desktop and cloud* (Version 2.3) [Computer Software]. https://www.jamovi.org

Van den Broek, P., Bohn-Gettler, C. M., Kendeou, P., Carlson, S., & White, M. J. (2011). When a reader meets a text: The role of standards of coherence in reading comprehension. Dans M. T. McCrudden, J. P. Magliano, & G. Schraw (dir.), *Text relevance and learning from text* (p. 123-139). IAP Information Age Publishing. https://psycnet.apa.org/record/2011-20070-006

Van Dijk, T. A., & Kintsch, W. (1983). *Strategies of discourse comprehension*. Academic Press.

Westby, C. (1985). Learning to talk—Talking to learn: Oral-literate language differences. Dans C. S. Simon (dir.), *Communication skills and classroom success: Therapy methodologies for language- learning disabled students* (p. 181-213). College Hill.

Westerveld, M. F., & Gillon, G. T. (2010). Profiling oral narrative ability in young school-aged children. *International Journal of Speech-Language Pathology, 12*(3), 178-189. https://doi.org/10.3109/17549500903194125

Winters, K. L., Jasso, J., Pustejovsky, J. E., & Byrd, C. T. (2022). Investigating narrative performance in children with developmental language disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 65*(10), 3908-3929. https://doi.org/10.1044/2022_JSLHR-22-00017

Zaslow, M., Tout, K., Halle, T., Whittaker, J. V., & Lavelle, B. (2010). *Toward the identification of features of effective professional development for early childhood educators: Literature review.* US Department of Education - Office of Planning, Evaluation and Policy Development - Policy and Program Studies Service. www2.ed.gov/rschstat/eval/professional-development/literature-review.pdf

ANNEXE A : SUPPORT DE LA FORMATION À L'ENSEIGNANTE

Intervention sur la narration en classe de grande section maternelle

Protocole 2022
Malet Lucie, Hadjadj Olivia

1

Objectif du mémoire

Intérêt d'une intervention de soutien langagier basée sur la narration et menée par l'enseignant auprès d'enfants de grande section de maternelle avec difficultés langagières.

2

La narration – définition

Récit d'un événement réel ou imaginaire (RB Gillam et Ukrainetz, 2006)

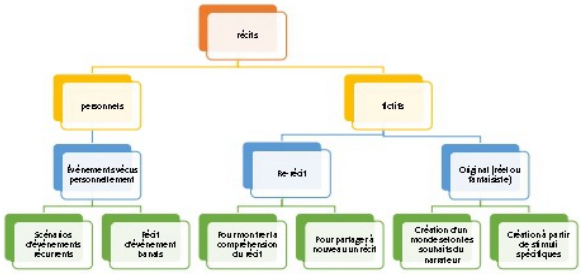
A travers une série d'événements causalement liés (Peterson, 1990).

Macrostructure – structure organisationnelle de l'histoire (Stein et Glenn, 1979) :
- Un problème initiateur
- Tentative du protagoniste de le résoudre
- Conséquences de ses actions

Microstructure – complexité narrative : éléments grammaticaux de la phrase, utilisation de termes divers… (Petersen et al, 2016)

3

La narration – définition



4

La narration – Intérêt du langage narratif

Réussite scolaire : capacités narratives entre 3 et 6 ans liées aux capacités de langage ultérieur et aux capacités de littératie entre 8 et 12 ans (Wellman et al, 2011).

Importance sociale : rôle important dans la socialisation avec les pairs et avec les parents (Petersen et al, 2008).

5

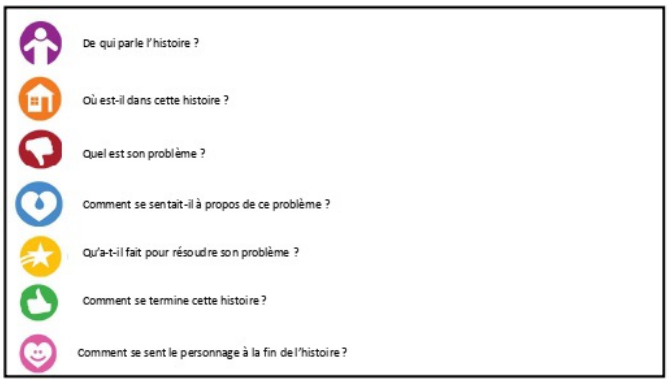
La narration – chez l'enfant au développement typique et l'enfant TDL

Développement typique	Trouble développemental du langage
4 ans et demi : récit produit sans organisation temporelle	Récits qualitativement et quantitativement moins fournis
Oubli de détails significatifs de l'histoire (Stadler et Ward, 2005)	Impact de la macrostructure, microstructure (Colozzo et al, 2011)
6 ans : récit suivi et organisé	Langage complexe nécessaire au récit altéré (Spencer et Petersen, 2020)
	Diminution du dialogue avec les pairs et l'entourage (Nation et al, 2004)

6

1) Poser les questions relatives à chaque icône du schéma narratif.

13



14

2) Les enfants posent les questions relatives à chaque icône du schéma narratif.

15

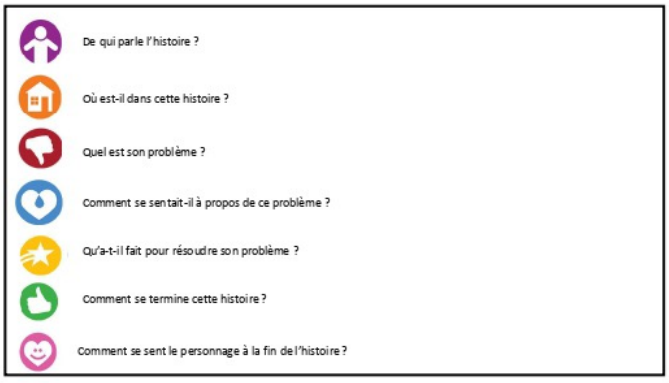
3) Raconter l'histoire en ayant placé devant les enfants les illustrations + les icônes de celle-ci.

Cliquer sur le livre pour entendre l'histoire.

16

4) Les enfants répondent aux questions de chaque icône.

17



18

B. Re-récit de l'histoire en groupe

1) Laisser les illustrations sur la table.
2) Distribution des icônes du schéma narratif.
3) Re-récit de l'histoire en groupe : après avoir raconté « sa » partie, l'enfant pose l'icône correspondant sur l'illustration de l'histoire correspondante.
4) L'enseignante complète les productions des enfants au fur et à mesure si besoin.

19

C. Re-récit en binômes

- Enfant A raconte à l'enfant B. l'histoire, en s'appuyant sur les icônes et les illustrations de l'histoire.
- Enfant B raconte à l'enfant A. l'histoire, en s'appuyant sur les icônes et les illustrations de l'histoire.

20

D. Re-récit en groupe

1) Enlever les illustrations de la table.
2) Distribution des icônes du schéma narratif.
3) Re-récit de l'histoire en groupe : après avoir raconté « sa » partie, l'enfant pose l'icône correspondant sur l'illustration de l'histoire correspondante.
4) L'enseignante complète les productions des enfants au fur et à mesure si besoin.

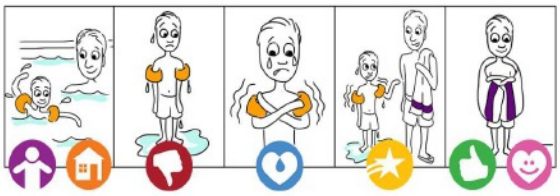
21

E. Modélisation

1) Enlever tout le matériel de la table.
2) L'enseignante raconte l'histoire.

Cliquer sur le livre pour entendre l'histoire.

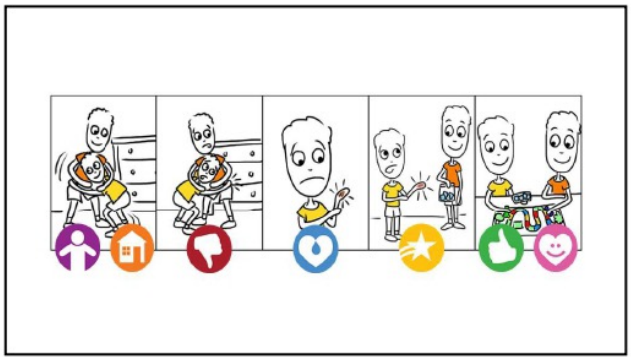
22



23



24



25

ANNEXE B : DÉROULEMENT DES SÉANCES DE L'INTERVENTION

TABLEAU 10 : Déroulement des séances.

Séance	Histoire travaillée
1	Les gâteaux d'Arthur
2	Haroun à la piscine
3	La main blessée de Thomas
4	Les gâteaux d'Arthur
5	Haroun à la piscine
6	La main blessée de Thomas

Encourager la littératie au travers de l'album jeunesse lors de la prise en soins du langage d'enfants de 0 à 3 ans : état des lieux des pratiques actuelles en orthophonie.

Autrices :
Emma Combasson[1]
Clémantine Trinquesse[2]

Affiliations :
[1]Orthophoniste, Vendargues, France
[2]Orthophoniste, chargée d'enseignement au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Montpellier, France

Autrice de correspondance :
Emma Combasson
emmacombasson@gmail.com

Dates :
Soumission : 26/10/2023
Acceptation : 19/11/2023
Publication : 15/05/2024

Comment citer cet article :
Combasson, E. & Trinquesse, C. (2024). Encourager la littératie au travers de l'album jeunesse lors de la prise en soins du langage d'enfants de 0 à 3 ans : état des lieux des pratiques actuelles en orthophonie. *Glossa*, 139, 58-84. https://doi.org/10.61989/1xsajt28

e-ISSN : 2117-7155

Licence :
© Copyright Emma Combasson, Clémantine Trinquesse, 2024
Ce travail est disponible sous licence Creative Commons Attribution 4.0 International.

Contexte : De nombreuses études mettent en évidence le pouvoir protecteur des interactions langagières précoces entre l'enfant et son parent sur l'acquisition du langage. Au quotidien, le contexte de lecture partagée se révèle être celui offrant aux parents le plus d'opportunités de soutenir le développement langagier chez leur enfant. Néanmoins, malgré l'incitation d'experts et les recommandations issues de la littérature scientifique concernant les pratiques de littératie précoce, de nombreuses familles n'utilisent pas l'album jeunesse au quotidien. Du fait de leur implication essentielle dans la prévention, le dépistage et l'intervention lors de perturbations du langage, les orthophonistes ont une place privilégiée pour accompagner les familles autour du livre et de la lecture partagée.

Objectif : Cette étude réalise un état des lieux des connaissances et des pratiques des orthophonistes autour de l'album jeunesse et de son utilisation dans la promotion des comportements de littératie lors de la prise en soins précoce en langage oral.

Méthode : Les orthophonistes exerçant en France au moment de l'étude et prenant en soins des enfants de moins de 3 ans pour des difficultés langagières ont été sollicités pour compléter un questionnaire, dont les items permettaient de décrire leur sentiment de compétence concernant l'album jeunesse et l'utilisation qu'ils en font en séance.

Résultats : 173 orthophonistes ont répondu à notre questionnaire. L'analyse des résultats obtenus met en évidence des différences entre les moyens mis en œuvre par les orthophonistes et les recommandations issues de la littérature.

Conclusion : Ces résultats témoignent de la nécessité d'enrichir les pratiques professionnelles des orthophonistes concernant l'album jeunesse en prise en soins précoce, afin de répondre à leur besoin d'information et de leur permettre de soutenir efficacement les parents dans leur pratique de la lecture partagée.

Mots-clés : prise en soins précoce, album jeunesse, lecture partagée, littératie précoce, accompagnement parental.

Promoting early childhood literacy through the use of children's books in early language intervention; a picture of current speech therapists' knowledge.

Context: Numerous studies highlight the protective power of early parent-child interactions on language acquisition. In everyday life, shared book reading gives parents the greatest number of opportunities to support their child's language development. However, despite existing recommendations on early literacy habits, many families are not familiar with children's books. Because of their involvement in prevention, detection and intervention in case of language disorders, speech therapists are key to supporting parents with children's early literacy habits.

Objective: In this study, we establish a picture of speech therapists' knowledge of the use of children's books to promote early childhood literacy in early language intervention.

Methods: Speech therapists, working in France and taking care of children under 3 years old with language difficulties, completed a questionnaire assessing their sense of competency and their use of children's books in session.

Results: 173 speech therapists completed our questionnaire. The results show differences between the strategies used by speech therapists and the ones recommended in the literature.

Conclusion: It reveals the necessity to help improve practices concerning children's books in early intervention. In practice, it can help speech therapists support parents more efficiently in the shared reading habits.

Keywords: early intervention, children's book, shared reading, early childhood literacy, parenting support.

INTRODUCTION

Garantir la bonne santé et le développement des enfants constitue aujourd'hui un enjeu de santé publique à l'échelle mondiale. En France, la Commission des 1000 premiers jours a été missionnée pour rendre compte des connaissances actuelles afin d'améliorer l'accompagnement des parents, en répondant de façon cohérente à leurs interrogations et besoins (Commission des 1000 premiers jours, 2020). Plus particulièrement, veiller au développement harmonieux des habiletés langagières orales apparaît comme essentiel, d'une part car les compétences précoces de l'enfant ont une place centrale dans le développement langagier futur (Kern & Fekete, 2019), et d'autre part car elles sont nécessaires à une bonne installation du langage écrit (Habib, 2018). À long terme, les perturbations langagières sont un facteur associé à l'échec scolaire et aux difficultés d'insertion socio-professionnelle (Billard, 2001).

Si la progression de l'enfant dans le langage peut être décrite par repères d'âge (Kern, 2019), des variations interindividuelles persistent. Elle doit également être pensée au regard de l'exposition à des facteurs de risque (Rudolph, 2017), liés à l'enfant ou à son environnement (tableau 1). Si tous n'exercent pas la même influence sur le développement langagier, leurs interactions augmentent la probabilité d'une altération du développement par rapport à une personne choisie au hasard dans la population générale (Maillart & Kern, 2019).

Contrairement aux facteurs de risque, la notion de facteur de protection renvoie aux éléments influençant positivement le développement du langage de l'enfant et diminuant le risque de trouble. Parmi eux, nous pouvons citer les interactions précoces. L'enfant est considéré, dès ses premiers instants de vie, comme un partenaire de communication (Dominguez et al., 2017). Sur ses différents lieux de vie, au contact de ses pairs et des adultes qui l'entourent, il va pouvoir développer son langage, en bénéficiant de modèles langagiers et de contextes sociaux d'utilisation variés (lecture, jeux, services de garde, etc.) (Hoff, 2006 ; Leclère et al., 2014). Toutes les interactions précoces avec l'enfant n'ont pas les mêmes impacts (Zauche et al., 2016), du fait de leur fréquence (Sylvestre & Desmarais, 2015) mais surtout leur qualité. Cette dernière peut être diminuée pour de multiples raisons. Nous pourrions citer les difficultés globales de développement de l'enfant (Leclère et al., 2014) ou la présence d'un distracteur extérieur comme un smartphone (MacDaniel, 2020). Garantir la qualité

TABLEAU 1 : Synthèse des facteurs de risque du développement langagier.

Facteurs génétiques et biologiques	Particularités génétiques (syndromes, anomalies chromosomiques, affections congénitales)
	Héritage familial de troubles du langage
	Sexe
	Prématurité
	Retard de croissance fœtale
	Difficultés pendant la grossesse
	État de santé global
Facteurs environnementaux	Comportements familiaux à risque (consommation d'alcool ou de drogues, etc.)
	Appartenance à une fratrie et ordre de naissance
	Niveau socio-économique et statuts sociaux des parents
	Âge de la mère
	Difficultés psychosociales parentales (dépression, problèmes de santé, stress)
	Culture et particularités ethniques
	Exposition aux écrans

Références bibliographiques : Cantin et al., 2012 ; Hawa & Spanoudis, 2014 ; Hoff, 2006 ; Korpilahti et al., 2016 ; Maillard et Kern, 2019 ; Normand et al., 2007 ; Sheffner Hammer et al., 2017.

de ces interactions entre l'enfant et ses parents, premiers intervenants dans son environnement, est primordial à cause de leurs conséquences sur le développement cognitif et langagier (Zauche et al., 2016). Et ce d'autant plus entre la naissance et les 3 ans de l'enfant, fenêtre d'opportunité pour l'acquisition des compétences langagières. L'absence de stimulations lors de cette période sensible peut être à l'origine de perturbations développementales, parfois irréversibles (Zauche et al., 2016).

De nombreuses activités du quotidien sont propices aux interactions parent-enfant. Cependant, toutes n'offrent pas la même richesse d'interactions. Comparée au jeu, la lecture partagée est à l'origine d'échanges plus nombreux et plus riches (Clemens & Kegel, 2021 ; Martinaud-Thébaudin, 2005), d'un vocabulaire et d'une syntaxe plus complexes, et permet l'utilisation de plus de stratégies renforçant la qualité de l'interaction (Karrass & Braungart-Rieker, 2005 ; Martinaud-Thébaudin, 2005 ; Muhinyi & Rowe, 2019 ; Zauche et al., 2016). Il s'agit donc du contexte donnant le plus d'opportunités aux parents de soutenir le développement du langage de leur enfant.

Le concept de lecture partagée renvoie à un temps de lecture, durant lequel une histoire est lue à haute voix, de façon conjointe, entre différents partenaires (Noble et al., 2019). Cette activité s'inscrit au sein des expériences familiales de littératie précoce (Charron et al., 2020). Plusieurs définitions de la littératie sont proposées dans la littérature. Elles désignent un ensemble de compétences cognitives et l'ensemble des pratiques par lesquelles elles se développent (Dezutter et al., 2018). Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), la littératie se définit comme « l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante […] en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités » (OCDE & Statistiques Canada, 2000). Dès leurs premières années, avant même un enseignement formel de la lecture et de l'écriture, les enfants donnent du sens aux écrits qui se trouvent dans leur environnement (Joigneaux, 2013).

On ne cesse de nous rappeler les effets positifs précoces d'une lecture partagée de qualité et l'importance de sa pratique routinière dès la naissance (Commission des 1000 premiers jours, 2020). À l'appui, un faisceau de preuves issues de la littérature scientifique sur ses bénéfices dans divers domaines de développement de l'enfant et pour la parentalité (tableau 2).

TABLEAU 2 : Synthèse des bienfaits des albums et de la lecture partagée.

Pour l'enfant	Compétences langagières et de littératie précoce	Connaissances lexicales et sémantiques (vocabulaire réceptif, compréhension littérale et inférentielle, langage abstrait)
		Connaissances grammaticales, syntaxiques et narratives
		Compétences pragmatiques
		Compétences de littératie précoce (conscience phonologique et aux caractères imprimés, connaissances alphabétiques, appétence à la lecture)
	Compétences cognitives et attentionnelles	Développement des systèmes mnésiques, perceptifs et exécutifs
		Développement des facultés attentionnelles auditives
	Compétences socio-émotionnelles	Renforcement du lien d'attachement avec le parent
		Compréhension des états mentaux et émotionnels
		Compréhension des situations sociales
		Développement de la théorie de l'esprit
Pour la parentalité	Compétences langagières et de littératie précoce	Bien-être familial
		Construction d'une relation saine entre parent et enfant
		Sentiment de compétence parentale

Références bibliographiques : Aram et al., 2013 ; Bourhis, 2012 ; Canfield et al., 2020 ; Demir-Lira et al., 2019 ; Dowdall et al., 2020 ; Fletcher & Reese, 2005 ; Karrass & Braungart-Rieker, 2005 ; Lam et al., 2013 ; Muhinyi & Rowe, 2019 ; Noble et al., 2019 ; Samier & Jacques, 2019 ; Sinclair et al., 2019 ; Valdez-Menchaca & Whitehurst, 1992 ; Vally et al., 2015 ; van Kleeck et al., 2006

Cependant, la réalité des pratiques familiales est assez éloignée de ces recommandations. Dans leur étude, Sinclair et al. (2019) ont rapporté que les habitudes de lecture se développent généralement au cours de la première année de vie. Or, les recherches tendent à montrer que la lecture partagée est loin de faire partie du quotidien de toutes les familles. 22% des parents rapportent ne pas lire régulièrement à leur enfant de moins de 12 mois (Fletcher & Reese, 2005). Environ un tiers des enfants de moins de 3 ans ne bénéficierait pas ou rarement de la lecture partagée dans leur environnement familial, et ce malgré la présence de livres à leur domicile (Karrass & Braungart-Rieker, 2005). L'absence de lecture quotidienne avec l'enfant entre 0 et 5 ans diminue considérablement l'exposition au langage, et notamment l'exposition aux mots rares (Massaro, 2015). Il existerait un écart de 290.000 mots entendus entre les enfants non exposés à la lecture partagée et ceux bénéficiant d'un temps de lecture quotidien ; cet écart atteindrait plus d'un million de mots par rapport à ceux auxquels des histoires sont lues plusieurs fois par jour (Logan et al., 2019). Les raisons de ce manque de pratique sont multiples. En premier lieu, la pratique de la lecture partagée est soumise à de nombreuses conditions, émanant de l'enfant, de ses parents, de l'environnement dans lequel ils évoluent ou du livre lui-même (tableau 3). Dans un deuxième temps, choisir un livre adapté à l'âge de son enfant s'avère difficile, les parents n'étant pas familiers des recommandations (Brown et al., 2017). Prêter des livres et conseiller ces familles pour mieux les sélectionner pourraient donc avoir des bénéfices importants (Bergman Deitcher et al., 2019).

D'autres sources de difficultés émergent dans le choix des comportements verbaux et l'adaptation aux comportements de l'enfant en situation de lecture partagée. Alors que la plupart des parents disent utiliser des stratégies spécifiques, celles employées à destination des jeunes enfants ne sont pas toujours optimales (Whitehurst et al., 1988). Ces résultats peuvent être mis en lien avec la compréhension incomplète des mères concernant les intérêts de la lecture partagée dans le développement du langage et des habiletés de littératie précoce de l'enfant, notamment quand leur niveau socio-économique (NSE) est bas (Sawyer et al., 2018). Une meilleure connaissance des pratiques adaptées à l'âge permettrait aux parents de mieux s'ajuster à leur enfant, transformant ainsi la lecture en une source quotidienne de plaisir partagé. Le manque de temps, d'énergie ainsi que le stress du quotidien seraient à l'origine d'un sentiment d'incompétence à lire avec son enfant chez 69% des parents (Die Zeit et al., 2020). Certains parents font aussi le parallèle avec leurs difficultés pour décoder le langage écrit (Die Zeit et al., 2020 ; Sawyer et al., 2018). D'autres évoquent ne pas se

TABLEAU 3 : Synthèse des facteurs influençant la lecture partagée

Facteurs relatifs à l'enfant	Âge
	Sexe
	Tempérament et intérêt de l'enfant
Facteurs relatifs aux parents	Croyances parentales :
	Confrontation des schémas de lecture adultes à la façon de lire des enfants
	Connaissances des compétences de l'enfant selon son âge
	Valeur accordée à la lecture partagée
	Plaisir du parent à lire avec son enfant et pour lui-même
	Niveau socio-économique
	Culture et ethnicité
Facteurs relatifs à l'environnement de littératie familiale	Présence de livres dans l'environnement
	Exposition aux écrans et utilisation de livres numériques
Facteurs relatifs au livre	Format et genre du livre
	Complexité du livre

Références bibliographiques : Die Zeit et al., 2020 ; Fletcher & Reese, 2005 ; Fletcher & Finch, 2015 ; Karrass & Braungart-Rieker, 2005 ; Khan et al., 2017 ; Melhuish et al., 2008 ; Muhinyi & Rowe, 2019 ; Needlman, 2018 ; Niklas et al., 2016 ; Preece & Levy, 2018 ; Sinclair et al., 2019 ; Whitehurst et al., 1988

sentir à la hauteur des exigences qu'ils attribuent à l'activité (Die Zeit et al., 2020). Accompagner efficacement et positivement les parents dans la pratique de la lecture partagée doit impliquer de prendre en considération leurs demandes, besoins et difficultés. Il ne s'agirait pas seulement de leur dire de lire plus, mais de les conseiller pour lire mieux afin que l'enfant puisse bénéficier de tous les avantages propres à cette activité.

À ce titre, de nombreux programmes de prévention à destination des parents se sont développés sur le sujet. L'accompagnement parental s'inscrit au sein des pratiques d'intervention précoce (Witko, 2013), défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « toute intervention développementale mise en place entre la naissance et l'âge de 8 ans dans les domaines physique, moteur, socio-émotionnel et cognitif » (HAS, 2020). Néanmoins, la HAS conseille que ces interventions soient mises en place le plus rapidement possible en cas de facteurs de risque de perturbation du développement de l'enfant. Agir le plus tôt possible, idéalement avant 3 ans, se justifie par l'intérêt de stimuler le développement du langage pendant la période critique de la petite enfance (Habib, 2018). Ces programmes d'accompagnement parental permettent de sensibiliser les parents à l'importance de la lecture partagée, ainsi que de les aider à acquérir de nouvelles habitudes de promotion de la littératie précoce (Shaw, 2021). L'opération 1 bébé, 1 livre, menée par des orthophonistes en maternité, compte parmi les plus connues en France (Dussourd-Deparis, 2019).

La recherche s'est penchée sur ces programmes. Elle a mis en évidence leurs impacts positifs sur le développement du langage de l'enfant, les compétences d'alphabétisation précoce (Canfield et al., 2020) et l'enrichissement de l'environnement de littératie familiale (Guevara et al., 2020 ; Sinclair et al., 2019). Le début de la lecture partagée est souvent plus précoce (Guevara et al., 2020), et sa fréquence plus importante (Canfield et al., 2020). Ces derniers sont aussi à l'origine d'une amélioration de la qualité des interactions parent-enfant (Weisleder et al., 2018), y compris lors de la lecture partagée (de Bondt et al., 2020). Les parents ont globalement de meilleures compétences et comportements (de Bondt et al., 2020), et une attitude plus positive à l'égard de cette activité (Canfield et al., 2020).

La réussite et l'efficacité de ces programmes sont d'autant plus importantes quand les conseils fournis étaient prodigués par un professionnel de santé (Needlman et al., 1991). Néanmoins, attention à ne pas se contenter de conseiller les parents. Ces derniers sont plus enclins à lire s'ils reçoivent un livre en même temps que des informations sur la lecture partagée (Canfield et al., 2020 ; de Bondt et al., 2020 ; Shaw, 2021). La pratique du prêt d'albums jeunesse aux familles de patients peut s'inscrire dans cette dynamique. Dans leur étude, Weisleder et al. (2018) ont proposé d'accompagner les parents à la lecture partagée grâce à un système de prêt d'albums associé à des ateliers. Des résultats positifs sur le développement cognitif et langagier, mais aussi sur la qualité des interactions parent-enfant, ont été obtenus (Weisleder et al., 2018). Toutefois, plus de recherches à ce sujet s'avèrent nécessaires afin de connaître précisément le rôle de cette pratique dans la promotion de la littératie précoce (Weisleder et al., 2018).

Du fait de son rôle dans la prévention, le dépistage et l'intervention lors de perturbations du langage, l'orthophoniste est un acteur de première ligne pour accompagner les familles dans leurs pratiques de la littératie précoce. Si la recherche s'est penchée sur les programmes d'accompagnement à la littératie précoce, nous n'avons pas trouvé à ce jour dans la littérature de données sur les pratiques cliniques des orthophonistes et leur expertise autour de l'album jeunesse en intervention précoce.

OBJECTIF ET HYPOTHÈSES

L'objectif de notre étude est de connaître et définir les pratiques orthophoniques actuelles autour de l'album jeunesse et de la promotion des comportements de littératie précoce en prise en soins précoce, afin de réfléchir aux moyens de contribuer à leur ajustement.

Nous posons donc l'hypothèse suivante : « Les moyens mis en œuvre par les orthophonistes pour encourager les pratiques de littératie précoce au travers de l'album jeunesse diffèrent des éléments énoncés dans la littérature, ce qui pourrait s'expliquer par un manque de connaissances ainsi que par des limites liées à l'utilisation de l'album. ». Pour y répondre, nous établissons les cinq hypothèses attenantes suivantes :

H1 : Les pratiques familiales autour de l'album jeunesse sont peu explorées par les orthophonistes lors de la prise en soins précoce en langage oral.

H2 : Les orthophonistes font part de l'existence de freins importants à l'utilisation de l'album en prise en soins précoce, lors de l'accompagnement des parents comme du prêt.

H3 : Les orthophonistes ont peu recours au prêt d'albums lors de la prise en soins précoce en langage oral.

H4 : Les orthophonistes ne s'appuient pas sur des stratégies d'entraînement parental montrées comme efficaces afin d'accompagner les parents dans leur utilisation du livre.

H5 : Les professionnels de notre étude expriment un désir d'information concernant l'album jeunesse dans la prise en soins précoce en langage oral, afin de gagner en expertise.

MÉTHODOLOGIE

Population

Notre étude a été menée auprès de l'ensemble des orthophonistes diplômés, exerçant en France au moment de l'étude. Les critères d'inclusion de la population d'étude sont les suivants :

- Être diplômé du certificat de capacité en orthophonie ou de tout titre autorisant d'exercer en tant qu'orthophoniste en France

- Prendre en soins des enfants entre 0 et 3 ans pour des difficultés d'acquisition du langage oral

Afin que nos résultats reflètent au mieux les pratiques des orthophonistes en France, nous avons exclu les praticiens exerçant à l'étranger (hors France métropolitaine ou d'outre-mer).

Méthode

Nous nous sommes appuyés sur l'ouvrage Méthodologie du recueil d'informations (de Ketele & Roegiers, 2009) pour établir notre méthode de recueil d'informations. L'objectif premier de cette étude était le recueil transversal des données, dans un échantillon de la population. La méthode de recueil par questionnaire d'enquête nous a paru la plus pertinente.

L'élaboration du questionnaire a suivi la démarche proposée par Bouletreau et al. (1999). Afin de mieux définir les éléments que nous souhaitions recueillir, la conception du questionnaire a été précédée de la définition de nos hypothèses et objectifs. Le vocabulaire employé, la formulation, l'ordre et la présentation des questions ont été réfléchis afin de rendre la complétion fluide et de limiter les biais. Avant sa publication officielle, le questionnaire a été soumis à un jugement d'experts. L'appréciation subjective de quatre orthophonistes nous a permis de le réajuster.

La diffusion s'est déroulée d'octobre 2022 à janvier 2023, via différents réseaux sociaux et professionnels. Le questionnaire était informatisé et auto-administré.

Matériel

Le questionnaire, d'une durée de vingt minutes, était composé de 41 questions. Réparties en cinq catégories, elles ont permis de caractériser l'échantillon, définir la place occupée par l'intervention précoce dans les pratiques des orthophonistes sondés ainsi que décrire la manière dont ils utilisent l'album avec les patients de 0 à 3 ans et leurs parents. Nous avons élaboré nos questions concernant l'accompagnement des parents dans leur utilisation de l'album à partir du modèle TMCR (Roberts et al., 2014). Fondé sur les méthodes d'enseignement de l'adulte apprenant, il a été prouvé comme efficace dans l'entraînement parental à la mise en place de stratégies d'enrichissement du milieu (Kaiser & Roberts, 2013). Il se découpe en quatre temps :

- Teach : temps d'explications, de descriptions et d'informations sur les stratégies transmises

- Model : démonstration de la mise en œuvre des stratégies par le thérapeute lors des interactions avec l'enfant

- Coach : accompagnement du parent par le thérapeute dans ces essais d'application des stratégies avec son enfant

- Review : discussion autour des ressentis du parent, ses difficultés et ses réussites

Dans un dernier temps, nous avons cherché à déterminer les critères utilisés par les orthophonistes et leur sentiment de compétence concernant le choix des albums. Un quizz, élaboré à partir de statistiques et conclusions d'études scientifiques (Clemens & Kegel, 2021 ; Gibbard et al., 2004 ; Korat et al., 2013 ; Logan et al., 2019), nous a finalement permis d'apprécier les connaissances des participants sur la littérature partagée tout en les informant.

Afin d'optimiser le temps de remplissage et d'avoir des réponses comparables et ciblées, des réponses fermées ont préférentiellement

été utilisées. Certaines questions prenaient la forme de questions semi-ouvertes ou à réponse rédactionnelle courte, pour obtenir des avis plus personnels.

Analyses statistiques et traitement des données

Les réponses au questionnaire ont été analysées selon une approche qualitative puis descriptive. Un premier tri à plat a été effectué afin d'obtenir le pourcentage de réponses par item. Un traitement par tri croisé a ensuite été appliqué. Les résultats ont été résumés sous forme de représentations graphiques et de tableaux.

Les questions fermées ont été analysées de façon quantitative. Les résultats aux analyses statistiques inférentielles ont été considérés comme significatifs quand la p-valeur du test était inférieure à la valeur-seuil $p = 0,05$. Les réponses aux questions ouvertes ont été traitées de manière qualitative. Nous avons effectué une lexicométrie pour obtenir des résultats riches et objectifs, puis un traitement par post-codage pour les synthétiser. Les thèmes-clés ont ainsi été mis en évidence. Les questions semi-ouvertes ont été analysées de façon qualitative et quantitative.

Lors du traitement des résultats, les sujets ont été répartis dans différents groupes selon plusieurs critères. Le critère formation distinguait les orthophonistes ayant suivi une formation sur l'album jeunesse et ceux non formés. Le critère pratique de l'intervention précoce a opposé les orthophonistes dont les enfants de moins de 3 ans constituaient plus de la moitié de leur patientèle des autres.

RÉSULTATS

Nous avons obtenu un total de 186 réponses au questionnaire. 13 réponses ne respectaient pas les critères de l'étude. Nous avons ainsi obtenu un échantillon de 173 orthophonistes.

Caractéristiques de l'échantillon

Les répondants sont, pour 99% d'entre eux, des femmes. 31% d'entre eux exercent depuis moins de 10 ans, 36% ont entre 10 et 20 ans d'expérience professionnelle et 33% plus de 20 ans. Le test de différence de proportion ne montre pas de différence significative dans la répartition par sexe et par mode d'exercice des répondants en comparaison à celle des orthophonistes en France (DREES, 2022) (tableau 4).

Nous pouvons donc considérer notre échantillon comme représentatif des orthophonistes en France sur ces deux aspects. Concernant l'âge des répondants, les orthophonistes de 31 à 40 ans et

TABLEAU 4 : Caractéristiques de l'échantillon.

Type de répartition		Proportion d'orthophonistes	Analyse statistique
Répartition par sexe	Femmes	99%	Test de différence de proportion p = 0,1125
	Hommes	1%	
Répartition par mode d'exercice professionnel	Activité libérale ou mixte	84%	Test de différence de proportion p = 0,6221
	Activité salariale	15%	
	Autre	1%	
Répartition selon le pays d'obtention du diplôme	France	86%	
	Belgique	14%	
Répartition par tranches d'âge	20-30 ans	16%	
	31-40 ans	37%	
	41-50 ans	27%	
	51-60 ans	14%	
	Plus de 60 ans	6%	
Répartition selon la participation à une formation sur l'album jeunesse	Oui	11%	
	Non	89%	

de 41 à 50 ans sont sur-représentés : ils constituent plus de 60% des répondants. Selon les chiffres issus de la DREES (2022), au 1er janvier 2022, la moyenne d'âge des orthophonistes en France était de 40,3 ans. De même, ces derniers débutent en général leur activité professionnelle entre 30 et 34 ans (Fédération Nationale des Orthophonistes [FNO], 2019). Ces données peuvent expliquer pourquoi la majorité des répondants ont entre 31 et 50 ans. Au sein de notre échantillon, ils étaient 86% à avoir obtenu leur diplôme en France. 11% ont suivi une formation spécifique autour des albums de jeunesse.

Informations sur votre pratique

Notre intérêt s'est porté sur la pratique de l'intervention précoce par les orthophonistes sondés. Nous avons voulu connaître le pourcentage de patients de moins de 3 ans pris en soins. Ces patients représentent moins de 25% de la patientèle globale chez 75% des répondants (tableau 5). À l'opposé, ils constituent 50 à 75% de la patientèle chez 2,89% d'entre eux et ce chiffre tombe à 1,73% pour une patientèle composée aux trois-quarts d'enfants de moins de 3 ans. Concernant les enfants de 0 à 3 ans, près de 50% des orthophonistes prennent systématiquement les parents en séance avec l'enfant et ils sont 21% à recevoir plus de 75% d'entre eux (tableau 5).

Utilisation de l'album jeunesse

Nous avons demandé aux orthophonistes la fréquence à laquelle ils utilisent les albums jeunesse dans leur pratique. Les albums sont un support fréquemment utilisé par près de 80% des orthophonistes. Effectivement, ils sont 36,99% à avoir répondu « souvent » et 42,77% « toujours » (voir annexe A). Les orthophonistes ont également dû donner des précisions sur la patientèle auprès de laquelle ils utilisent les albums. Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés à l'âge des patients. Les livres sont majoritairement proposés aux enfants de moins de 6 ans, puis de moins en moins à mesure que l'enfant grandit. Par la suite, nous avons voulu savoir la pathologie et/ou les difficultés des patients avec lesquels les répondants utilisent l'album. La question étant ouverte, nous avons procédé à un post-codage afin de proposer une analyse plus précise. Un point a été attribué par élément cité, afin de refléter la fréquence d'apparition de chaque catégorie. Cette méthode a été appliquée lors de chaque post-codage (annexe A).

Les troubles de la communication sont les plus largement cités (198 fois). Seulement 20 répondants citent la prise en soins précoce. Une question portait sur la prise en compte du niveau socio-culturel (NSC) des patients dans l'utilisation de l'album. Les orthophonistes ont majoritairement tendance à ne pas le prendre en compte puisqu'ils sont 85,63% à avoir sélectionné cette réponse. Il en est de même pour le nombre de langues parlées par l'enfant.

Plusieurs questions portaient sur le contexte d'utilisation de l'album jeunesse. En séance, les orthophonistes l'utilisent préférentiellement comme support lors de séance individuelle ainsi qu'en accompagnement et partenariat parental. En

TABLEAU 5 : Informations sur votre pratique.

Type de répartition		Proportion d'orthophonistes
Répartition selon le pourcentage de prise en soins précoce pratiquée	Moins de 25%	76,88%
	Entre 25 et 50%	18,50%
	Entre 50 et 75%	2,89%
	Plus de 75%	1,73%
Répartition selon le pourcentage de parents d'enfants de moins de 3 ans présents en séance avec l'enfant	Je ne prends pas les parents lors des séances avec l'enfant	4%
	Oui, pour moins de 25% d'entre eux	10%
	Oui, pour 25 à 50% d'entre eux	6%
	Oui, pour 50 à 75% d'entre eux	10%
	Oui, pour plus de 75% d'entre eux	21%
	Je prends systématiquement les parents en séance	49%

ce qui concerne le prêt d'album, ils sont une forte proportion (43,35%) à ne pas avoir proposé à leurs patients de ramener un livre à la maison au cours du dernier mois (annexe A). Parmi les participants ayant répondu "oui", les résultats montrent une disparité selon l'âge de l'enfant. Le prêt est moins pratiqué auprès des enfants de moins de 3 ans (56,12%), par rapport aux autres classes d'âge. Ce pourcentage tombe à 31,79% si l'on considère l'ensemble des répondants au questionnaire. En termes de fréquence, les patients sont amenés à emprunter un album de temps en temps chez la majeure partie des orthophonistes. Les mêmes observations dans la distribution peuvent être observées si nous ne considérons que le prêt d'album aux enfants de moins de 3 ans.

Les orthophonistes ont ensuite été interrogés sur l'intérêt qu'ils portent aux pratiques de littératie familiale précoce. L'hétérogénéité des réponses révèle que la majorité des professionnels pense toujours s'y intéresser lors des échanges avec les parents. En effet, ils sont au total 75, soit 43%, à avoir choisi cette réponse. Cette thématique est

TABLEAU 6 : Pathologies et difficultés prises en soins à l'aide de l'album jeunesse.

Pathologies et difficultés de l'enfant	Nombre de citations
Troubles de la communication*	198
Troubles spécifiques des apprentissages*	78
Autres troubles du neuro-développement*	56
Handicap et syndromes	52
Prise en charge précoce	20
Toutes pathologies	17
Oralité alimentaire	5
Troubles d'origines neurologiques	5
Troubles oro-myo-faciaux	2
Difficultés d'organisation temporelle	1
Bilinguisme	1
Dysarthrie	1
Prématurité	1

*L'inclusion des termes a été faite en fonction de la classification du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015).

TABLEAU 7 : Temps de la prise en soins associés à un échange autour des pratiques de littératie précoce.

Moment de la prise en soins	Nombre de citations
Anamnèse	62
Au cours du suivi	61
Lors du bilan initial	51
Cela dépend	23
Au début du suivi	20
En accompagnement parental	10
Lors de l'utilisation du livre (séance, prêt…)	10
Lors de la restitution du bilan	5
Régulièrement	2
Quand l'enfant s'y intéresse	1
Lors du bilan de renouvellement	1
En cas de manque de vocabulaire	1

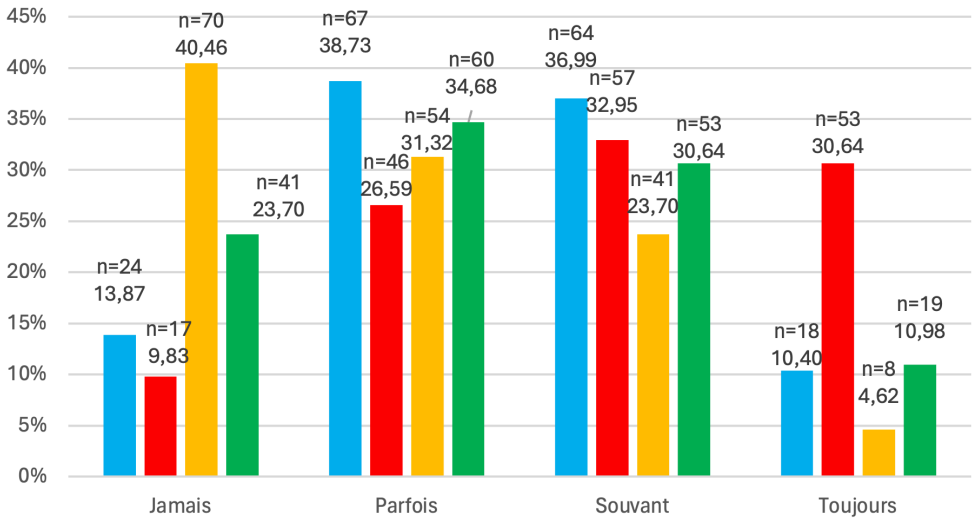


FIGURE 1 : Fréquence d'utilisation des stratégies du modèle TMCR en accompagnement parental pour développer l'utilisation de l'album jeunesse (en %) (question n°24)

le plus souvent abordée lors de l'anamnèse, du bilan initial ou au cours du suivi (tableau 7). Lors de ces échanges, plusieurs sujets sont évoqués par les praticiens. Les résultats témoignent de leur intérêt pour les facteurs influençant la lecture partagée (annexe A). Cependant, la disparité dans la distribution révèle qu'ils n'accordent pas à tous la même attention, malgré leur importance commune. Effectivement, les orthophonistes parlent plus fréquemment de l'intérêt et du plaisir de lecture de l'enfant (84,14%), de la présence de livres dans l'environnement familial (79,88%) ou de la fréquence des temps de lecture partagée (78,65%). Nous avons finalement demandé aux orthophonistes s'ils profitent des échanges autour des pratiques de littératie avec les parents pour s'enquérir de leurs besoins de bénéficier d'informations ou d'un accompagnement quant à l'utilisation des albums. 80% de l'ensemble des répondants disent ne jamais questionner les parents à ce propos ou ne le faire que parfois.

Pour développer l'utilisation du livre dans les familles, il est possible de mettre en œuvre plusieurs moyens. Lorsque les orthophonistes parlent des livres, ils suggèrent aux parents en moyenne 6,3 façons différentes d'exploiter un album (annexe A). Parmi les manières présentées, arrivent en tête décrire les images, pointer/montrer, lire et raconter l'histoire. Les orthophonistes parlent moins du fait de mimer/imiter, de faire le lien avec les expériences de l'enfant ou d'utiliser le livre comme objet. De même, les trois-quarts des orthophonistes parlent souvent ou toujours aux parents des conséquences de la lecture partagée sur le langage de leur enfant. Une question portait sur l'utilisation de stratégies d'accompagnement parental prouvées comme efficace. Les quatre composantes du modèle TMCR (Roberts et al., 2014) ont été reformulées en adéquation avec le contexte de lecture partagée et proposées aux répondants. Elles ne sont pas toutes utilisées à la même fréquence, malgré leur importance respective dans l'entraînement parental à la mise en place de stratégies d'enrichissement du milieu (figure 1). L'analyse statistique des distributions met en évidence une différence extrêmement significative ($Chi2$ = 100,565 ; p = 0,000). Les orthophonistes sont 30% à estimer toujours modéliser la lecture partagée en séance, 10% à expliquer ou informer sur les stratégies d'enrichissement de la lecture partagée, 10% à faire un retour sur les expériences à la maison, et 4% à coacher les parents sur un temps de lecture. A contrario, 40,46% des répondants ne coachent jamais les parents ; aussi, ils sont 23,70% à ne jamais leur faire de retour, 13,87% à ne pas leur expliquer les impacts des stratégies de lecture et 9,83% à ne pas modéliser en séance. Seulement deux répondants ont coché "toujours" aux 4 items proposés.

En dernier lieu, nous avons souhaité connaître les freins contraignant l'utilisation de l'album. 16 orthophonistes (9,25%) disent ne pas voir de freins à l'utilisation de l'album jeunesse en accompagnement parental (tableau 8). Des barrières sont donc présentes pour la plupart des répondants. Parmi les freins les plus fréquemment nommés, nous retrouvons des freins relatifs aux

parents comme leur adhésion à la prise en soins, leur maîtrise du langage écrit ou du français ou leur disponibilité. D'autres facteurs sont plus en lien avec l'enfant lui-même ou son environnement. 14,45% des orthophonistes mentionnent des limites relatives à leur manque de maîtrise de l'outil. Pareillement, les freins au prêt d'album jeunesse ont été approfondis. Alors qu'aucun frein n'a été cité par 12,14% des orthophonistes, nombreux sont ceux qui ont rapporté la non-restitution des albums (62,43%) ou leur détérioration (49,13%) comme limitant le prêt d'album aux familles (tableau 8). Le post-codage révèle que les barrières à la mise en place d'un système de prêt de livres sont donc nombreuses.

Pour conclure cette partie du questionnaire, les orthophonistes ont été invités à lister leurs observations cliniques liées à l'utilisation d'albums jeunesse en accompagnement parental (tableau 9). Cette pratique est à l'origine de nombreux retours positifs de la part des orthophonistes. Le renforcement de la qualité des interactions parents-enfants est l'élément le plus cité (68,79%). Des conséquences relatives à l'enfant ont été observées comme l'impact sur le développement de son langage et de son attention, mais aussi les répercussions positives sur son intérêt pour les livres. Des retentissements ont également été relevés chez les parents. Certains orthophonistes

TABLEAU 8 : Freins à l'utilisation de l'album jeunesse en prise en soins précoce

Freins à l'utilisation de l'album jeunesse en accompagnement parental lors de la prise en soins précoce	**Nombre de citations**
Adhésion des parents à la prise en soins	57
Freins relatifs à la situation familiale	36
Maîtrise du langage écrit par les parents	36
Freins relatifs à l'environnement de littératie de l'enfant	36
Manque de disponibilité des parents	31
Freins liés à la maîtrise de l'outil par l'orthophoniste en accompagnement parental	25
Freins relatifs à l'enfant	24
Freins liés au manque d'aisance du parent avec le support	18
Absence de freins	16
Barrière de la langue française	13
Freins relatifs aux pratiques éducatives	9
Freins liés aux connaissances parentales autour de l'album	7
Mesures COVID	2
Freins au prêt d'albums jeunesse lors de la prise en soins précoce	**Nombre de citations**
Non-restitution des albums prêtés	108
Détérioration des albums prêtés	85
Absence de freins	21
Non-disponibilité de l'album prêté au cabinet	15
Utilisation réelle des albums prêtés à la maison	13
Gestion des prêts	13
Absence d'intérêt des familles pour la pratique	10
Coût des albums	3
Choix de l'album adapté	3
Respect du cadre thérapeutique	2
Non-maîtrise du français écrit	1
Ne pas obliger les parents	1

restent néanmoins prudents en indiquant que l'utilisation de ce support est parfois difficile pour les familles.

Votre expertise sur les albums jeunesse

Cette partie du questionnaire avait pour objectif de questionner le choix des albums jeunesse et le sentiment de compétence des orthophonistes vis-à-vis de cet outil. 69% d'entre eux accordent une importance plutôt grande voire très grande à la sélection de l'album jeunesse pour leurs patients, tandis que 4% pensent y attacher peu à aucune importance (annexe A). Ils utilisent des supports variés, avec une préférence pour les livres animés (89%) et les albums (88%) (annexe A). Leur sélection du livre est majoritairement guidée par le choix de l'enfant (24,94%) ainsi que par le langage et le contenu qu'on y trouve (21,94%) (tableau 10). D'autres critères entrent en jeu dans une moindre mesure. De façon générale, les orthophonistes

TABLEAU 9 : Observations menées par les orthophonistes lors de l'utilisation de l'album jeunesse en accompagnement parental lors de la prise en soins précoce.

Observations des orthophonistes	Nombre de citations
Renforcement de la qualité des interactions parents-enfants	119
Développement de la communication, du langage et de ses prérequis chez l'enfant	76
Modification des comportements de littératie et des habitudes familiales	52
Meilleures connaissances de l'album et de son utilisation lors de la lecture partagée	49
Intérêt de l'enfant pour le support	42
Développement de l'attention de l'enfant	40
Difficultés des parents pour utiliser le support	23
Renforcement du sentiment de compétence parentale	18
Intérêt du parent pour la prise en soins	17
Support intéressant à utiliser en séance	15
Outil facilement transposable dans le quotidien	9
Développement d'autres habiletés chez l'enfant	9
Support efficace	6
Manque d'intérêt de l'enfant	4

TABLEAU 10 : Critères de sélection des albums par les orthophonistes.

Critères de sélection	Nombre de citations
Choix de l'enfant	108
Langage et contenu de l'album	95
Connaissances sur l'enfant (niveau, développement, âge…)	72
Caractéristiques spécifiques de l'album	64
Objectifs de prise en soins	36
Accessibilité du support pour les familles	23
Choix des parents	14
Pas de critère de sélection	9
Type de livres	8
Préférences personnelles de l'orthophoniste	4

ont majoritairement répondu se sentir armés pour conseiller les parents dans le choix d'un album jeunesse (24,28%) (annexe A). Alors que 22,5% d'entre eux jugent l'influence de la culture comme importante dans leur pratique, 19,07% disent qu'elle est peu à pas du tout influente dans les conseils prodigués et les albums proposés aux familles (annexe A). Pour celles dans lesquelles plusieurs langues sont parlées, 52% des orthophonistes déclarent proposer essentiellement des albums en français, contre 2,89% dans la langue maternelle. Ils sont 27,17% à utiliser des supports dans les deux langues (annexe A).

Nous nous sommes penchés sur l'intérêt des orthophonistes pour obtenir des informations sur l'utilisation de l'album jeunesse en prise en soins précoce et dans l'encouragement à la littératie. La majorité des répondants (85,5%) ont indiqué être intéressés et chacun a pu donner le format sous lequel il aimerait les recevoir (annexe A). Les orthophonistes expriment majoritairement l'envie d'être informés par mail (39,2%) ou d'avoir accès à des documents comportant des informations pratiques et des recommandations (31,1%) (tableau 11).

Quizz informatif

Dans cette dernière partie du questionnaire, nous avons proposé aux répondants cinq questions concernant l'album jeunesse et l'accompagnement à la littératie précoce. Seuls 5 orthophonistes (2,9%) ont répondu correctement à tous les items (annexe A).

Comparaison des orthophonistes selon leur niveau de formation à l'album jeunesse

Lors de l'analyse des résultats, nous avons comparé les réponses aux différents items des orthophonistes en fonction de leur degré de formation à l'album jeunesse. Pour de nombreuses questions, nous n'avons pas obtenu de résultats statistiquement significatifs entre les deux groupes. Cependant, nous observons un effet statistique significatif en ce qui concerne l'utilisation de l'album (*Chi2* = 11,807 ; *p* = 0,008). Les orthophonistes formés se servent en moyenne plus fréquemment du livre en séance que leurs collègues non formés. De la même manière, ils sont proportionnellement plus nombreux à questionner les parents sur leurs pratiques personnelles et leur plaisir à la lecture, ainsi que sur leur fréquentation des bibliothèques, que ceux non formés, comme le montre l'effet marginal obtenu (*Chi2* = 16,239 ; *p* = 0,062) (annexe A). Les analyses statistiques ne mettent pas en évidence de différence significative entre les orthophonistes formés à l'utilisation de l'album et ceux non formés dans la fréquence du recours aux stratégies du modèle TMCR pour accompagner les parents dans leur utilisation de l'album jeunesse, excepté pour la composante Review. En effet, l'analyse des distributions met en évidence une différence statistique significative

TABLEAU 11 : Modalités d'informations à privilégier selon les orthophonistes.

Modalités d'informations	Nombre de citations
Mail	58
Document d'informations pratiques et/ou de recommandations	46
Document numérique	22
Formation	15
Mémoire	10
Site	9
Pas de préférence	9
Podcast	5
Vidéo	5
Documents à destination des parents	5
Courrier	5
Articles	4
Fiches de suivi	2

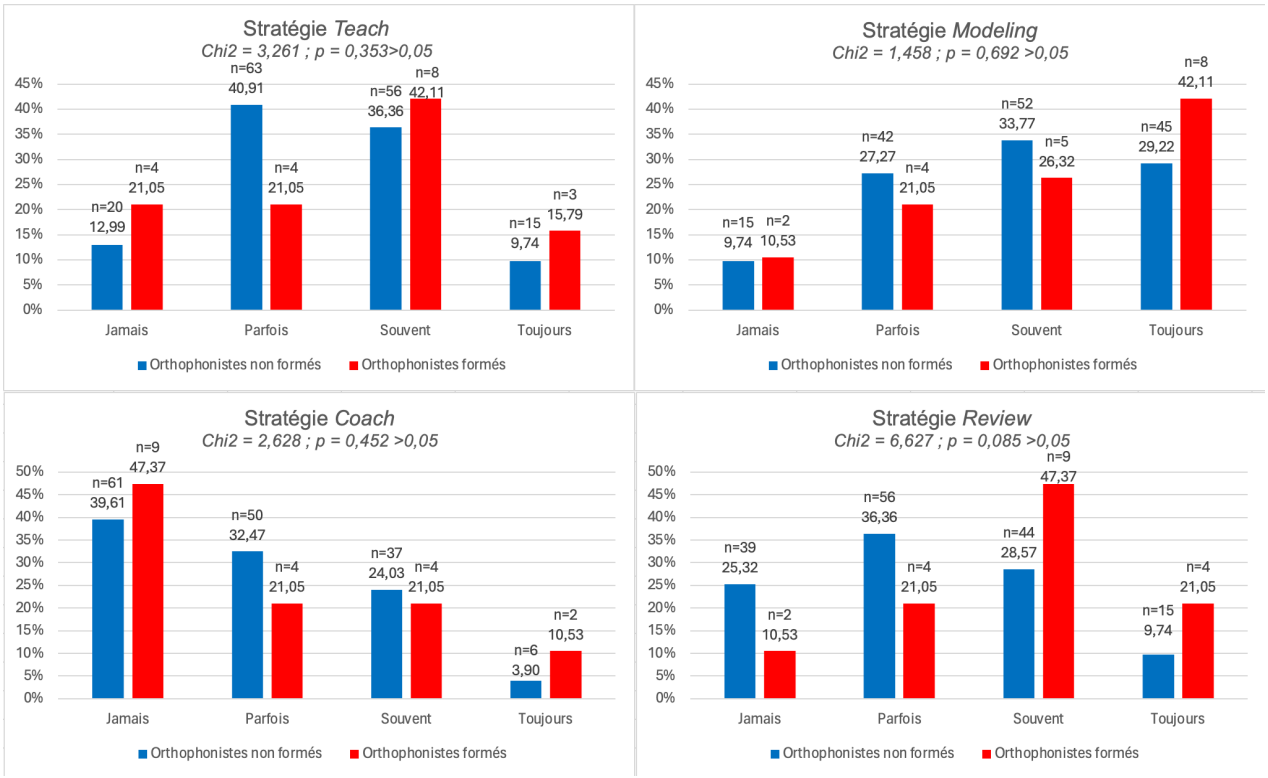


FIGURE 2 : Fréquence d'utilisation des stratégies du modèle TMCR en accompagnement parental pour développer l'utilisation de l'album jeunesse, en fonction de la formation des orthophonistes à l'utilisation de l'album (en %).

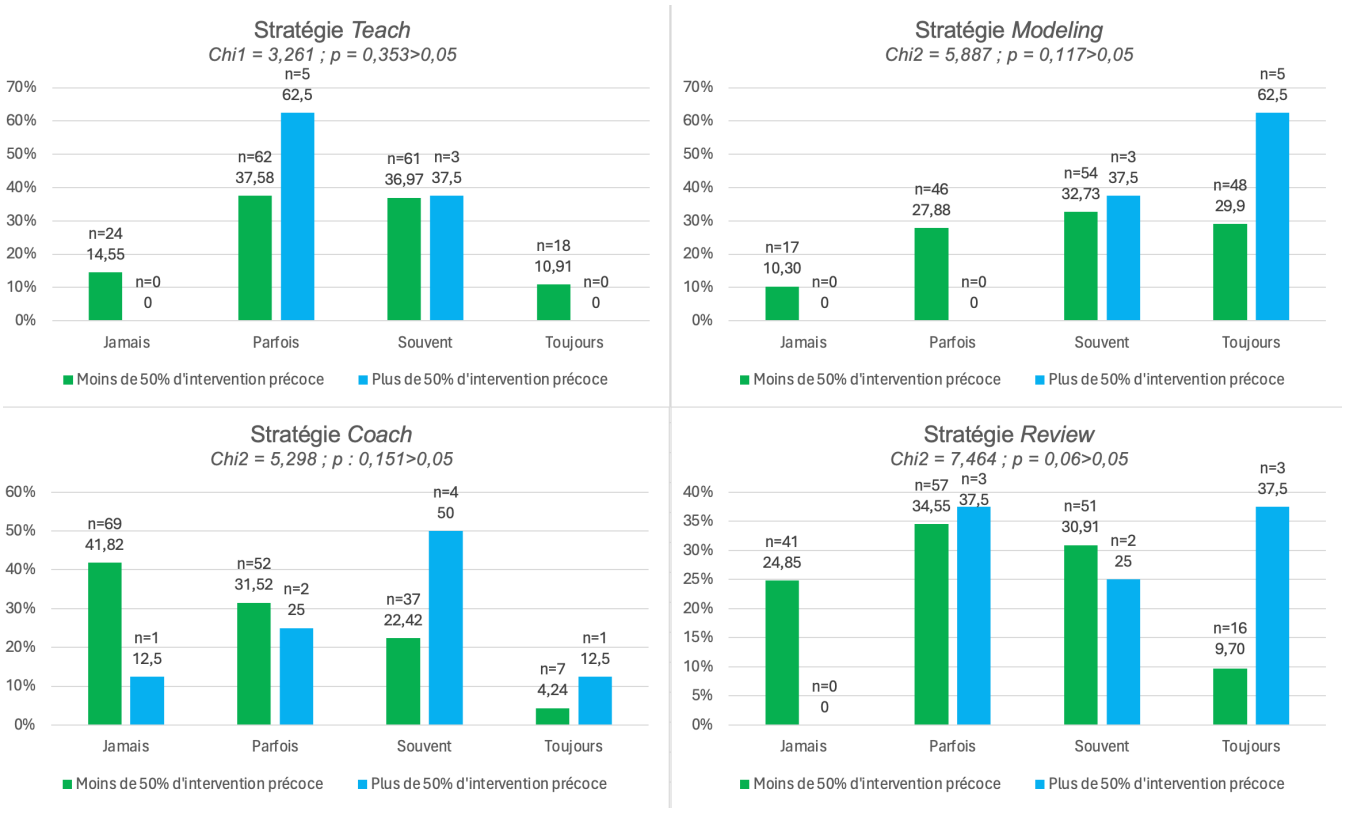


FIGURE 3 : Fréquence d'utilisation des stratégies du modèle TMCR en accompagnement parental pour développer l'utilisation de l'album jeunesse, en fonction du pourcentage de patients de moins de 3 ans pris en soins par les orthophonistes (en %).

de façon marginale (*Chi2* = 6,627 ; *p* = 0,085). Cette stratégie est donc plus utilisée par les orthophonistes formés que ceux non formés (figure 2).

Pour terminer, les orthophonistes formés disent accorder plus d'importance au choix de l'album que leurs collègues, qui sont les seuls à avoir attribué un score entre 0 et 6 à ce choix (*z* = 3,199 ; *p* = 0,001) ; tout comme ils sont plus nombreux à se sentir armés pour conseiller les familles dans la sélection des livres par rapport aux orthophonistes non formés (*z* = 3,546 ; *p* = 0,0003) (annexe A).

Comparaison des orthophonistes selon la part occupée par la prise en soins précoce dans leur patientèle

Dans un second temps, nous avons réalisé une comparaison entre les orthophonistes en fonction du pourcentage d'enfants de moins de 3 ans faisant partie de leur patientèle.

Les analyses statistiques montrent une différence statistiquement significative sur deux points, le reste des réponses étant similaire entre les deux groupes. Tout d'abord, les orthophonistes familiers de la prise en soins précoce utilisent significativement plus l'album en séance que les autres (*Chi2* = 8,889 ; *p* = 0,0308) (annexe A). Ensuite, en ce qui concerne le recours aux stratégies d'accompagnement parental du modèle TMCR, si aucune différence significative ne ressort pour trois des composantes, un effet statistique marginal est obtenu pour la stratégie Review : elle serait donc plus utilisée par les orthophonistes habitués des prises en soins précoce que les autres (figure 3).

DISCUSSION

Bien que nos résultats montrent que l'intervention précoce en langage oral représente moins de 25% des prises en soins réalisées pour trois quarts des orthophonistes, cet acte a une importance majeure lorsque des facteurs de risque de développement du langage de l'enfant sont repérés (HAS, 2020). Il permet d'agir pour renforcer les comportements parentaux afin d'enrichir l'environnement langagier de l'enfant (van der Horst, 2010). Le rôle de l'orthophoniste nous est donc apparu comme essentiel dans l'encouragement à la littératie précoce auprès des familles dont les jeunes enfants présentent des risques de perturbation ou des perturbations du développement du langage oral. Nous nous sommes interrogés sur l'expertise des orthophonistes concernant l'album jeunesse et son utilisation dans la promotion des comportements de littératie précoce, et tout particulièrement de la lecture partagée, lors de l'intervention précoce en langage oral. Notre objectif était de proposer un état des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles à ce sujet. De même, en comparant les réponses des orthophonistes formés à l'utilisation de l'album jeunesse et non formés, nous avons souhaité mettre en lumière les apports des formations actuelles et dégager des pistes d'enrichissement. Nous avons également cherché à observer un éventuel effet de l'expérience professionnelle sur l'acquisition implicite de compétences dans la promotion de la littératie précoce.

La présente étude a permis de mettre en évidence le recours fréquent à l'album jeunesse par les orthophonistes en prise en soins précoce, notamment en cas de troubles de la communication. Cette utilisation paraît d'autant plus systématique chez les orthophonistes formés à cet outil. De même, bien que menées sur un petit échantillon, nos observations montrent qu'elle est plus fréquente chez ceux réalisant plus d'interventions précoces. Les formations ne sont donc pas le seul moyen de favoriser ce support. La pratique clinique expérientielle le permettrait aussi, en faisant prendre conscience de son efficacité et de ses bénéfices.

En plus de proposer l'album en séance aux patients ainsi qu'à leurs parents, qui profitent souvent d'un accompagnement parental en intervention précoce, 72% des orthophonistes s'intéressent régulièrement à son usage dans le quotidien des familles. Leurs comportements de littératie familiale sont le plus souvent abordés lors de l'anamnèse et du bilan initial. Ceci montre que les orthophonistes reconnaissent la pratique de la lecture partagée comme un facteur de protection du développement langagier de l'enfant, comme le décrit la littérature (Clemens & Kegel, 2021 ; Martinaud-Thébaudin, 2005). D'aucuns préfèrent en discuter au cours de la prise en soins : l'accompagnement parental pourrait être un contexte propice pour aborder cette thématique. Ces éléments vont à l'encontre de notre hypothèse secondaire H1. Même si les résultats montrent que les orthophonistes explorent les pratiques de littératie familiale, ils sont à nuancer. Notre étude a mis en évidence que les orthophonistes questionnent souvent certains sujets comme la fréquence des temps de lecture, alors que ces

éléments ne forment qu'un aperçu succinct des pratiques de lecture familiales. D'autres éléments sont plus rarement évoqués, et ce malgré leur influence sur la pratique de cette activité. C'est le cas de l'environnement de littératie familiale, dont la qualité soutient le développement langagier de l'enfant et conditionne la lecture partagée (Niklas et al., 2020). Au même titre, l'âge de début de la lecture partagée et la durée qui y est consacrée sont peu questionnés alors que lire quotidiennement à l'enfant, le plus précocement possible, l'expose à un nombre considérable de mots (Logan et al., 2019). Finalement, les pratiques personnelles de lecture du parent et son intérêt pour les activités de littératie précoce restent peu abordés. Nos analyses ont montré un effet des formations à ce propos, mais pas de l'expérience professionnelle. Nous pouvons y voir le signe que la formation permet une meilleure connaissance des facteurs influençant la lecture partagée. Former les orthophonistes à l'intérêt d'explorer l'ensemble de ces éléments leur permettrait de mieux comprendre leur influence respective sur la pratique de cette activité. Ils seraient alors plus à même de proposer un accompagnement adapté aux besoins des familles. Il est aussi intéressant de noter que ce questionnement demeure le plus souvent informatif et conduit rarement à la proposition d'un accompagnement parental spécifique autour de l'album jeunesse. Ceci pourrait être une conséquence des freins formulés par 90% des orthophonistes à ce sujet. Les éléments les plus souvent rapportés sont semblables aux problématiques rencontrées par les parents dans leur pratique quotidienne de la lecture partagée (Die Zeit et al., 2020). Dès lors, ce serait en trouvant des moyens d'outre-passer ces freins que nous contribuerions à de meilleures pratiques de littératie précoce familiales.

Les répondants sont également nombreux à exprimer des freins concernant le prêt d'albums jeunesse en prise en soins précoce. Ils ont largement expliqué leur prudence par la peur de la perte ou de la détérioration des livres. Leur non-utilisation par les familles et la possible interférence avec leur exercice professionnel contraignent aussi la mise en place du prêt. La récente crise sanitaire a également modifié cette pratique, obligeant les orthophonistes à repenser la mise à disposition de matériels. Puisque seule une faible part des orthophonistes interrogée ne perçoit pas de freins à l'utilisation de l'album jeunesse en prise en soins précoce, dans l'accompagnement parental ou le prêt, l'analyse des données va dans le sens de l'hypothèse secondaire H2.

Dans la mesure où de nombreux orthophonistes font part de barrières au prêt d'albums, il n'est pas étonnant que 43,35% d'entre eux n'ait pas prêté d'album à un patient au cours du dernier mois. Parmi les orthophonistes adeptes du prêt, ils ne sont qu'environ un sur deux à proposer un livre aux enfants de moins de trois ans. Si l'on considère l'ensemble des orthophonistes, ce chiffre tombe à un sur trois. Qui plus est, rares sont les orthophonistes qui proposent fréquemment aux enfants, quel que soit leur âge, de ramener un livre à la maison. Ces résultats nous permettent de considérer le prêt d'albums comme peu mis en place par les orthophonistes et vont dans le sens de notre hypothèse secondaire H3. Ceci pose la question de l'efficacité de l'accompagnement proposé par les orthophonistes dans l'encouragement à la littératie précoce. D'une part car la littérature montre une augmentation plus importante des pratiques de lecture partagée lorsque les professionnels fournissent simultanément informations et albums (Canfield et al., 2020 ; de Bondt et al., 2020 ; Shaw, 2021). D'autre part car un quart des répondants précisent mettre en place un système de prêt lorsque le parent est en demande. Cependant, un parent peu familier des livres le sera-t-il ? C'est ici que se situe l'enjeu de la sensibilisation à l'album jeunesse. Il s'agira de repérer ces familles pour leur parler du livre et leur permettre de l'expérimenter pour qu'elles se rendent compte de son utilité. Approfondir les recherches sur le prêt d'albums permettrait de déterminer plus précisément son rôle dans la promotion de la littératie précoce en orthophonie.

Enrichir efficacement le milieu de l'enfant repose également sur l'utilisation de techniques d'apprentissages adaptées aux adultes. Nous nous sommes appuyés sur le modèle TMCR (Kaiser & Roberts, 2013) pour comprendre comment les orthophonistes accompagnent les parents à la pratique de la lecture partagée. Les résultats attestent d'une différence statistiquement significative quant au recours aux différentes composantes du modèle. Les orthophonistes montrent préférentiellement aux parents les façons de se servir du livre. Dans une moindre mesure, ils font appel aux stratégies Teach et Review. Prendre le temps de discuter avec les parents de leurs ressentis pourrait leur permettre d'ajuster la prise en soins proposée. De même,

ce pourrait être une occasion de faire le lien entre lecture partagée et le développement du langage, qu'encore 25% des professionnels ne font que parfois ou jamais. Un effet statistique marginal est obtenu quant à l'utilisation de la stratégie Review, pour les critères étudiés. Les orthophonistes formés ainsi que ceux pratiquant couramment l'intervention précoce font donc sensiblement plus de liens entre le quotidien des familles, leur utilisation des outils proposés et les séances. La composante Coach fait quant à elle rarement partie de l'accompagnement parental proposé. Ainsi, nous avons montré que si les orthophonistes s'appuient sur des stratégies montrées comme efficaces pour accompagner les parents dans leur utilisation du livre, certaines restent encore peu exploitées. En ce sens, l'interprétation des résultats ne coïncide que partiellement avec l'hypothèse secondaire H4. Soutenir les orthophonistes dans l'utilisation plus régulière de ces stratégies est une piste pour leur permettre d'agir plus efficacement sur les pratiques de littératie familiale.

C'est pour cette raison que nous nous sommes intéressés au désir d'informations des orthophonistes. Nos résultats montrent que 85% des professionnels interrogés souhaiteraient obtenir plus d'informations à propos de l'album jeunesse. Ils sont même 14,45% à mentionner que le manque de maîtrise de cet outil les contraint dans son utilisation en prise en soins précoce, lors de l'accompagnement parental. Notre étude a permis de mettre en évidence plusieurs sujets à propos desquels les orthophonistes pourraient être éclairés afin de gagner en expertise. Certains points - le prêt d'albums, les stratégies d'accompagnement ou encore les facteurs influençant les pratiques de littératie précoce - ont déjà été largement discutés. D'autres éléments pourraient faire l'objet de conseils et recommandations issues de la littérature, souvent méconnue des orthophonistes. C'est le cas de la culture, peu prise en compte dans les stratégies et albums proposés aux familles, malgré son impact sur les pratiques de lecture partagée (Fletcher & Reese, 2005). Le choix de l'album jeunesse se révèle aussi être un sujet épineux pour les orthophonistes n'ayant suivi aucune formation sur le sujet. Leurs critères de sélection diffèrent de ceux émis par la littérature, tel que le format de l'album ou le nombre de mots qu'il comprend (Dwyer & Neuman, 2008). De même, si les orthophonistes utilisent des supports variés, certains types de livres restent peu exploités, malgré leurs avantages en contexte de lecture partagée. C'est le cas de l'album sans texte (Fletcher & Finch, 2015). Mieux connaître les critères de sélection des albums et les types à privilégier pour une lecture partagée optimale permettrait aux orthophonistes d'accorder plus d'importance à ce choix. Surtout, ils se sentiraient plus compétents pour conseiller les parents. Notre étude montre en effet que la formation donne plus de clés aux orthophonistes pour orienter les familles, que la pratique clinique seule ne semble pas permettre d'acquérir spontanément. Ainsi, les résultats vont dans le sens de l'hypothèse secondaire H5. Si des formations à propos de l'album jeunesse existent, seul un faible pourcentage (11%) de notre échantillon y a participé. En connaître les raisons permettrait de mieux adapter l'offre aux besoins des professionnels, en termes de contenu ou de format. La pluralité des formats à privilégier selon les orthophonistes ouvre des perspectives de continuité de ce mémoire.

Les résultats obtenus et les éléments évoqués dans notre discussion antérieure corroborent notre hypothèse générale : les moyens mis en œuvre par les orthophonistes pour encourager les pratiques de littératie précoce au travers de l'album jeunesse diffèrent des éléments énoncés dans la littérature. Ce contraste peut s'expliquer d'une part par un manque de connaissances de ces derniers par les orthophonistes, pouvant entraîner une baisse du sentiment de compétence ; et d'autre part par les nombreuses limites liées à l'utilisation de l'album jeunesse en prise en soins précoce, lors du prêt ou de l'accompagnement des familles dans leurs pratiques de littératie.

Limites et perspectives

Les résultats obtenus demandent à être interprétés et exploités au regard de divers biais et limites. Bien que le mode de diffusion du questionnaire nous ait permis de recueillir plus de réponses que nous ne l'attendions, l'ensemble de nos résultats reste non-représentatif au seuil de confiance de 95% de la population des orthophonistes en France, composée de 28 273 orthophonistes au 1er janvier 2022 (DREES). Nous avons donc conscience qu'un échantillon de taille plus importante aurait permis de tirer des conclusions plus probantes, même si les données récoltées permettent déjà de dégager des conclusions et des tendances. Étendre la diffusion du questionnaire en utilisant des méthodes de communication plus variées et rendre la complétion possible sur un temps plus long permettraient de recueillir davantage de

réponses. Les résultats obtenus reflèteraient alors de façon plus représentative les connaissances, les compétences et les pratiques des orthophonistes.

De même, le déséquilibre au sein de nos groupes de sujets – pour le critère formation ou celui pratique de l'intervention précoce - constitue un biais dans l'interprétation de nos résultats. Il est possible que, dans ce contexte, la disproportion importante entre le nombre de sujets inclus dans chaque groupe n'ait pas permis de montrer un effet statistique significatif. Recueillir les réponses d'un nombre équivalent d'orthophonistes dans chaque groupe permettrait d'avoir des résultats plus probants. Néanmoins, ces déséquilibres pourraient refléter l'écart entre les recommandations sur l'intervention précoce et la réalité du terrain, ainsi que le manque de formation des orthophonistes sur l'album jeunesse. D'autre part, aucune information n'a été recueillie sur le contenu ainsi que sur la manière dont les formations ont été menées (Nendaz, 2005). Ces éléments conditionnent leur efficacité dans la modification des pratiques cliniques. Ainsi, le degré d'expertise des professionnels sondés en sortie de formation pourrait varier selon les interventions suivies. Pareillement, il existe un possible biais de sélection relatif au recrutement de l'échantillon de l'étude. En effet, nous avons sollicité les orthophonistes via des associations de prévention ou des réseaux sociaux dont les pages étaient dédiées à l'accompagnement parental. Il est possible que les professionnels ayant répondu à notre questionnaire portent un intérêt plus particulier au sujet abordé et qu'ils y soient plus sensibilisés.

Dans un second temps, poursuivre le travail entrepris semble pertinent : le questionnaire proposé dans ce mémoire pourrait être amélioré. La reformulation de certaines questions et la suppression des redondances permettraient de réduire le temps de réponse. Dans cette optique, limiter le nombre de questions ouvertes est une autre piste de réflexion. Par ailleurs, le questionnaire cible des items que nous avons jugés pertinents au vu de la littérature et des connaissances actuelles, sans pour autant être exhaustif. Il pourrait être complété ou enrichi en incluant d'autres items.

Le formulaire, dans sa forme actuelle ou modifiée, pourrait être utilisé à nouveau dans le cadre d'interventions ciblées auprès d'orthophonistes. Il permettrait d'une part de faire un état des lieux des connaissances des orthophonistes afin de proposer un contenu adapté aux problématiques émergentes, et d'autre part d'évaluer l'efficacité de l'intervention au regard de l'évolution des réponses. Les réponses recueillies lors de cette étude pourraient d'ores et déjà permettre de faire un retour aux professionnels répondants et de proposer des supports d'informations en lien avec les difficultés qu'ils rencontrent dans l'utilisation de l'album jeunesse en prise en soins précoce.

Pour terminer, il serait intéressant d'approfondir les recherches à propos de l'utilisation de l'album en accompagnement parental et du prêt d'album en intervention précoce en orthophonie. Une piste pourrait être de déterminer plus précisément leurs impacts sur la qualité des interactions précoces, les comportements de littératie familiale ou les compétences parentales à propos du livre, domaines dans lesquels les orthophonistes sont nombreux à avoir cliniquement observé des conséquences positives.

Apports à la pratique

La démarche que nous avons menée au travers de cette étude a reçu un accueil enthousiaste de la part des praticiens sondés, témoignant ainsi de leur intérêt et de leur besoin d'informations sur ce sujet encore peu traité dans la recherche en orthophonie. Aussi, nombre d'entre eux ont mentionné que leur participation avait entraîné une remise en question de leurs pratiques. Ce type de démarche, au-delà de contribuer à la recherche, permet d'engager les participants dans une dynamique d'analyse et d'enrichissement de leurs pratiques professionnelles.

Donner plus d'outils aux orthophonistes apparaît donc comme nécessaire, dans le cadre de leur formation initiale ou continue ou au travers d'autres actions (mail, création de supports d'information et de recommandation…), afin de renforcer leurs connaissances de l'album jeunesse et des moyens pour soutenir efficacement les parents dans leurs conduites de littératie précoce. En effet, si ces dernières constituent des opportunités incontestables de soutien du développement langagier de l'enfant, elles sont associées à de nombreuses problématiques, venant limiter l'utilisation du livre dans de nombreuses familles. Répondre aux besoins spécifiques de ces parents dont les enfants sont suivis précocement implique des savoirs et savoir-faire adaptés. La présente étude semble souligner, par la similarité des réponses entre les orthophonistes familiers

de l'intervention précoce et les autres, que l'expérience professionnelle n'implique pas un développement implicite de ces compétences, à l'exception d'une utilisation plus fréquente de l'album en séance. L'accès aux formations sur l'album jeunesse permet aux orthophonistes d'accorder plus d'importance au choix des livres et de se sentir plus compétents pour accompagner les parents dans cette sélection. Pourtant, la proximité des réponses des orthophonistes formés et non formés à l'album jeunesse sur de nombreux items suggèrent que les formations actuelles sont peu axées sur les stratégies spécifiques pour l'encouragement à la littératie en intervention précoce. Ces conclusions doivent néanmoins être pensées au regard des biais cités antérieurement. À ce titre, nous avons souhaité que le mémoire dont est issu cet article, grâce à son état de l'art et à sa démarche, puisse constituer un point d'appui pour les orthophonistes en quête d'informations. Sans nous vouloir exhaustifs, nous avons tenté d'y rassembler des données et recommandations issues de la littérature sur l'album jeunesse, la lecture partagée, et plus largement sur la façon d'accompagner les parents dans leurs pratiques familiales.

DECLARATION D'INTÉRETS

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec cet article.

RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq ; 5e éd.). Elsevier Masson.

Aram, D., Fine, Y., & Ziv, M. (2013). Enhancing parent–child shared book reading interactions : Promoting references to the book's plot and socio-cognitive themes. *Early Childhood Research Quarterly, 28*(1), 111-122. https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2012.03.005

Bergman Deitcher, D., Aram, D., & Adar, G. (2019). Book selection for shared reading : Parents' considerations and researchers' views. *Journal of Early Childhood Literacy, 19*(3), 291-315. https://doi.org/10.1177/1468798417718236

Billard, C. (2001). Le dépistage des troubles du langage chez l'enfant : Une contribution à la prévention de l'illettrisme. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 14*(1), 35-40. https://doi.org/10.1016/S0929-693X(00)00172-X

Bouletreau, A., Chouaniere, D., Wild, P., & Fontana, J. M. (1999). *Concevoir, traduire et valider un questionnaire. A propos d'un exemple, EUROQUEST.* Notes scientifiques et techniques de l'INRS NS 178. Institut National de Recherche et de Sécurité. https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01420163

Bourhis, V. (2012). Situation de lecture en toute petite section : Le rôle du paraverbal. *Le français aujourd'hui, 4*(179), 85-97. https://doi.org/10.3917/lfa.179.0085

Brown, M. I., Westerveld, M. F., & Gillon, G. T. (2017). Early storybook reading with babies and young children : Parents' opinions and home reading practices. *Australian Journal of Early Childhood, 42*(2), 69-77. https://doi.org/10.23965/AJEC.42.2.09

Canfield, C. F., Seery, A., Weisleder, A., Workman, C., Brockmeyer Cates, C., Roby, E., Payne, R., Levine, S., Mogilner, L., Dreyer, B., & Mendelsohn, A. (2020). Encouraging parent–child book sharing: Potential additive benefits of literacy promotion in health care and the community. *Early Childhood Research Quarterly, 50*, 221-229. https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.11.002

Cantin, G., Bouchard, C., & Bigras, N. (2012). Les facteurs prédisposant à la réussite éducative dès la petite enfance. *Revue des sciences de l'éducation, 38*(3), 469-482. https://doi.org/10.7202/1022708ar

Charron, A., Gagné, A., Bigras, N., & Lemire, J. (2020). Questionnaire de littératie familiale mesurant l'exposition parentale aux livres. *Revue internationale de l'éducation familiale, 1*(47), 103-118. https://doi.org/10.3917/rief.047.0103

Clemens, L. F., & Kegel, C. A. T. (2021). Unique contribution of shared book reading on adult-child language interaction. *Journal of Child Language, 48*(2), 373-386. https://doi.org/10.1017/s0305000920000331

Commission des 1000 premiers jours. (2020). *Les 1000 premiers jours, là où tout commence.* Rapport de la commission d'experts sur les 1000 premiers jours. Ministère des solidarités et de la santé. https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/

De Bondt, M., Willenberg, I. A., & Bus, A. G. (2020). Do book giveaway programs promote the home literacy environment and children's literacy-related behavior and skills? *Review of Educational Research, 90*(3), 349-375. https://doi.org/10.3102/0034654320922140

De Ketele, J.-M., & Roegiers, X. (2009). *Méthodologie du recueil d'informations : Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents.* De Boeck.

Demir-Lira, Ö. E., Applebaum, L. R., Goldin-Meadow, S., & Levine, S. C. (2019). Parents' early book reading to children : Relation to children's later language and literacy outcomes controlling for other parent language input. *Developmental Science, 22*(3), e 12764. https://doi.org/10.1111/desc.12764

Dezutter, O., Babin, J., & Lépine, M. (2018). *Des communautés engagées pour la littératie.* Collectif CLÉ. Université de Sherbrooke. https://www.collectif-cle.com/actualites/2019/4/4/des-communauts-engages-pour-la-littratie

Die Zeit, Stiftung Lesen, & Deutsche Bahn Stiftung. (2020). *Vorlesestudie 2020—Eine Befragung von Eltern, die nicht oder selten vorlesen.* https://www.stiftunglesen.de/fileadmin/PDFs/Vorlesestudie/Ergebnisse_Vorlesestudie2020_Praesentation.pdf

Dominguez, S., Gratier, M., Martel, K., Buil, A., Apter, G., & Devouche, E. (2017). Le nouveau-né, un partenaire pour sa mère : Analyse du discours maternel. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 65*(4), 201-210. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.03.005

Dowdall, N., Melendez-Torres, G. J., Murray, L., Gardner, F., Hartford, L., & Cooper, P. J. (2020). Shared picture book reading interventions for child language development : A systematic review and meta-analysis. *Child Development, 91*(2), 383-399. https://doi.org/10.1111/cdev.13225

DREES (2022). *Démographie des professionnels de santé*. Ministère des solidarités et de la santé. https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/

Dussourd-Deparis, M. (2019). 1Bébé, 1Livre… une action de prévention en orthophonie. *Enfances & Psy, 2*(82), 12-24. https://doi.org/10.3917/ep.082.0012

Dwyer, J., & Neuman, S. B. (2008). Selecting books for children birth through four : A developmental approach. *Early Childhood Education Journal, 35*(6), 489-494. https://doi.org/10.1007/s10643-008-0236-5

Fletcher, K. L., & Finch, W. H. (2015). The role of book familiarity and book type on mothers' reading strategies and toddlers' responsiveness. *Journal of Early Childhood Literacy, 15*(1), 73-96. https://doi.org/10.1177/1468798414523026

Fletcher, K. L., & Reese, E. (2005). Picture book reading with young children : A conceptual framework. *Developmental Review, 25*(1), 64-103. https://doi.org/10.1016/j.dr.2004.08.009

Gibbard, D., Coglan, L., & MacDonald, J. (2004). Cost‐effectiveness analysis of current practice and parent intervention for children under 3 years presenting with expressive language delay. *International Journal of Language & Communication Disorders, 39*(2), 229-244. https://doi.org/10.1080/13682820310001618839

Guevara, J. P., Erkoboni, D., Gerdes, M., Winston, S., Sands, D., Rogers, K., Haecker, T., Jimenez, M. E., & Mendelsohn, A. L. (2020). Effects of early literacy promotion on child language development and home reading environment: A randomized controlled trial. *The Journal of Pediatrics: X*, 2, 100020. https://doi.org/10.1016/j.ympdx.2020.100020

Habib, M. (2018). *La constellation des DYS : Bases neurologiques de l'apprentissage et de ses troubles* (2e éd.). De Boeck supérieur.

Haute Autorité de Santé - HAS (2020). *Troubles du neurodéveloppement : Repérage et orientation des enfants à risque. Recommandation de bonne pratique. Synthèse* (p.3). https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque

Hawa, V. V., & Spanoudis, G. (2014). Toddlers with delayed expressive language: An overview of the characteristics, risk factors and language outcomes. *Research in Developmental Disabilities, 35*(2), 400-407. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.10.027

Hoff, E. (2006). How social contexts support and shape language development. *Developmental Review, 26*(1), 55-88. https://doi.org/10.1016/j.dr.2005.11.002

Joigneaux, C. (2013). La littératie précoce. Ce que les enfants font avec l'écrit avant qu'il ne leur soit enseigné. *Revue française de pédagogie*, 185, 117-161. https://doi.org/10.4000/rfp.4345

Kaiser, A. P., & Roberts, M. Y. (2013). Parents as Communication Partners : An Evidence-Based Strategy for Improving Parent Support for Language and Communication in Everyday Settings. *Perspectives on Language Learning and Education, 20*(3), 96-111. https://doi.org/10.1044/lle20.3.96

Karrass, J., & Braungart-Rieker, J. M. (2005). Effects of shared parent–infant book reading on early language acquisition. *Journal of Applied Developmental Psychology, 26*(2), 133-148. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2004.12.003

Kern, S. (2019). Des premiers mots à l'émergence de la grammaire. Dans S. Kern (dir.), *Le développement du langage chez le jeune enfant : Théorie, clinique, pratique* (p. 85-111). De Boeck.

Kern, S., & Fekete, G. (2019). De l'évaluation à l'intervention. Dans S. Kern (dir.), *Le développement du langage chez le jeune enfant. Théorie, clinique, pratique* (p. 233-267). De Boeck.

Khan, K. S., Purtell, K. M., Logan, J., Ansari, A., & Justice, L. M. (2017). Association between television viewing and parent-child reading in the early home environment. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 38*(7), 521-527. https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000465

Korat, O., Arafat, S. H., Aram, D., & Klein, P. (2013). Book reading mediation, SES, home literacy environment, and children's literacy: Evidence from Arabic-speaking families. *First Language, 33*(2), 132-154. https://doi.org/10.1177/0142723712455283

Korpilahti, P., Kaljonen, A., & Jansson-Verkasalo, E. (2016). Identification of biological and environmental risk factors for language delay: The Let's Talk STEPS study. *Infant Behavior and Development, 42*, 27-35. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.08.008

Lam, S.-F., Chow-Yeung, K., Wong, B. P. H., Lau, K. K., & Tse, S. I. (2013). Involving parents in paired reading with preschoolers: Results from a randomized controlled trial. *Contemporary Educational Psychology, 38*(2), 126-135. https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2012.12.003

Leclère, C., Viaux, S., Avril, M., Achard, C., Chetouani, M., Missonnier, S., & Cohen, D. (2014). Why synchrony matters during mother-child interactions: A systematic review. *PLoS ONE, 9*(12), e113571. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113571

Logan, J. A. R., Justice, L. M., Yumuş, M., & Chaparro-Moreno, L. J. (2019). When children are not read to at home : The million word gap. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 40*(5), 383-386. https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000657

MacDaniel, B. T. (2020). Technoference: Parent mobile device use and implications for children and parent-child relationships. *Zero to Three, 41*(2), 30-36. https://www.researchgate.net/publication/348198864_Technoference_Parent_mobile_device_use_and_implications_for_children_and_parent-child_relationships

Maillart, C., & Kern, S. (2019). Quand le langage démarre difficilement. Dans S. Kern (dir.), *Le développement du langage chez le jeune enfant : Théorie, clinique, pratique* (p. 201-231). De Boeck. https://hdl.handle.net/2268/236220

Martinaud-Thébaudin, K. (2005). *Langage et lieux d'accueil*. Érès. https://doi.org/10.3917/eres.marti.2005.01

Massaro, D. W. (2015). Two different communication genres and implications for vocabulary development and learning to read. *Journal of Literacy Research, 47*(4), 505-527. https://doi.org/10.1177/1086296X15627528

Melhuish, E. C., Phan, M. B., Sylva, K., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I., & Taggart, B. (2008). Effects of the home learning environment and preschool center experience upon literacy and numeracy development in early primary school. *Journal of Social Issues, 64*(1), 95-114. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2008.00550.x

Muhinyi, A., & Rowe, M. L. (2019). Shared reading with preverbal infants and later language development. *Journal of Applied Developmental Psychology, 64*, 101053. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.101053

Needlman, R. (2018). Reading aloud to newborns. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 39*(1), 79-80. https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000527

Needlman, R., Fried, L. E., Morley, D. S., Taylor, S., & Zuckerman, B. (1991). Clinic-based intervention to promote litercay: A pilot study. *American Journal of Diseases of Children, 145*(8), 881-884. https://doi.org/10.1001/archpedi.1991.02160080059021

Nendaz, M. (2005). Changer la pratique médicale par la formation continue : de l'efficacité de quelques stratégies. *Revue Médicale Suisse, 9*(42), 2731-2736. https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2005/revue-medicale-suisse-42/changer-la-pratique-medicale-par-la-formation-continue-de-l-efficacite-de-quelques-strategies

Niklas, F., Cohrssen, C., & Tayler, C. (2016). The Sooner, the better: Early reading to children. *SAGE Open, 6*(4). https://doi.org/10.1177/2158244016672715

Niklas, F., Wirth, A., Guffler, S., Drescher, N., & Ehmig, S. C. (2020). The home literacy environment as a mediator between parental attitudes toward shared reading and children's linguistic competencies. *Frontiers in Psychology, 11*, 1628. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01628

Noble, C., Sala, G., Peter, M., Lingwood, J., Rowland, C., Gobet, F., & Pine, J. (2019). The impact of shared book reading on children's language skills: A meta-analysis. *Educational Research Review, 28*, 100290. https://doi.org/10.1016/j.edurev.2019.100290

Normand, C. L., Baillargeon, R. H., & Brousseau, J. (2007). Le statut socio-économique de la famille et le développement cognitif dans la première année de vie. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 39*(3), 202-219. https://doi.org/10.1037/cjbs2007016

OCDE & Statistiques Canada (2000), *La littératie à l'ère de l'information : Rapport final de l'Enquête internationale sur la littératie des adultes.* Éditions OCDE. https://doi.org/10.1787/9789264281769-fr.

Preece, J., & Levy, R. (2018). Understanding the barriers and motivations to shared reading with young children: The role of enjoyment and feedback. *Journal of Early Childhood Literacy, 20*(4), 631-654. https://doi.org/10.1177/1468798418779216

Roberts, M. Y., Kaiser, A. P., Wolfe, C. E., Bryant, J. D., & Spidalieri, A. M. (2014). Effects of the teach-model-coach-review instructional approach on caregiver use of language support strategies and children's expressive language skills. *Journal of Speech, Language & Hearing Research, 57*(5), 1851-1869. https://doi.org/10.1044/2014_jslhr-l-13-0113

Rudolph, J. M. (2017). Case history risk factors for specific language impairment: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology, 26*(3), 991-1010. https://doi.org/10.1044/2016_AJSLP-15-0181

Samier, R., & Jacques, S. (2019). Approche cognitive du livre et des nouvelles technologies en orthophonie. *Enfances & Psy, 2*(82), 120-128. https://doi.org/10.3917/ep.082.0120

Sawyer, B. E., Cycyk, L. M., Sandilos, L. E., & Sheffner Hammer, C. (2018). 'So many books they don't even all fit on the bookshelf': An examination of low-income mothers' home literacy practices, beliefs and influencing factors. *Journal of Early Childhood Literacy, 18*(3), 338-372. https://doi.org/10.1177/1468798416667542

Shaw, A. (2021). Lisez, parlez, chantez : La promotion de l'alphabétisation précoce dans le milieu de la santé. *Paediatrics & Child Health, 26*(3), 189-196. https://doi.org/10.1093/pch/pxab006

Sheffner Hammer, C., Morgan, P., Farkas, G., Hillemeier, M., Bitetti, D., & Maczuga, S. (2017). Late talkers: A population-based study of risk factors and school readiness consequences. *Journal of Speech, Language & Hearing Research, 60*(3), 607-626. https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-L-15-0417

Sinclair, E. M., McCleery, E. J., Koepsell, L., Zuckerman, K. E., & Stevenson, E. B. (2019). Shared reading practices and early literacy promotion in the first year of life. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 40*(7), 538-546. https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000690

Sylvestre, A., & Desmarais, C. (2015). Stimuler le développement langagier des jeunes enfants : État des connaissances sur l'intervention précoce en orthophonie. *ANAE-Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant, 27*(135), 180-187.

Valdez-Menchaca, M. C., & Whitehurst, G. J. (1992). Accelerating language development through picture book reading: A systematic extension to Mexican day care. *Developmental Psychology, 28*(6), 1106-1114. https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.6.1106

Vally, Z., Murray, L., Tomlinson, M., & Cooper, P. J. (2015). The impact of dialogic book-sharing training on infant language and attention : A randomized controlled trial in a deprived South African community. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(8), 865-873. https://doi.org/10.1111/jcpp.12352

Van der Horst, L. (2010). Observation orthophonique et intervention précoce. *Archives de Pédiatrie, 17*(3), 319-324. https://doi.org/10.1016/j.arcped.2009.09.019

Van Kleeck, A., Vander Woude, J., & Hammett, L. (2006). Fostering literal and inferential language skills in head start preschoolers with language impairment using scripted book-sharing discussions. *American Journal of Speech-Language Pathology, 15*(1), 85-95. https://doi.org/10.1044/1058-0360(2006/009)

Weisleder, A., Mazzuchelli, D. S. R., Lopez, A. S., Neto, W. D., Cates, C. B., Gonçalves, H. A., Fonseca, R. P., Oliveira, J., & Mendelsohn, A. L. (2018). *Reading aloud and child development: A cluster-randomized trial in Brazil. Pediatrics, 141*(1), e20170723. https://doi.org/10.1542/peds.2017-0723

Whitehurst, G. J., Falco, F. L., Lonigan, C. J., Fischel, J. E., DeBaryshe, B. D., Valdez-Menchaca, M. C., & Caulfield, M. (1988). Accelerating language development through picture book reading. *Developmental Psychology, 24*(4), 552-559. https://doi.org/10.1037/0012-1649.24.4.552

Witko, A. (2013). L'intervention précoce en orthophonie : complémentarité des thérapies directes et indirectes. *Langage et Pratiques, 51*, 6-17. https://hal.science/hal-03938436v1

Zauche, L. H., Thul, T. A., Mahoney, A. E. D., & Stapel-Wax, J. L. (2016). Influence of language nutrition on children's language and cognitive development: An integrated review. *Early Childhood Research Quarterly, 36*, 318-333. https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2016.01.015

ANNEXE A

TABLEAU 12 : Tableau récapitulatif des réponses au questionnaire.

	Proportion d'orthophonistes	Comparaison des orthophonistes selon le critère formation			Comparaison des orthophonistes selon le critère pratique de l'intervention précoce		
		Non formés (n=154)	Formés (n=19)	Analyse statistique	Moins de 50% d'intervention précoce (n=165)	Plus de 50% d'intervention précoce (n=8)	Analyse statistique
Fréquence d'utilisation des albums							
Jamais	3,47%	3,90%	0%		3,64%	0%	
Parfois	16,76%	17,53%	10,53%	*Chi²=11,807*	17,58%	0%	*Chi²=8,88*
Souvent	36,99%	40,26%	10,53%	*p=0,008*	36,97%	37,5%	*p=0,0308*
Toujours	42,77%	38,31%	78,95%		41,82%	62,5%	
Utilisation de l'album selon l'âge du patient							
0-3 ans	92,81%	93,92%	84,21%		89,09%	100%	
3-6 ans	96,41%	97,97%	84,21%	*Chi²=3,615*	92,73%	100%	*Chi²=0,74*
6-10 ans	61,08%	59,46%	73,68%	*p=0,306*	58,18%	75%	*p=0,864*
Plus de 10 ans	24,55%	22,30%	42,11%		24,24%	12,5%	
Prise en compte du NSC lors de l'utilisation de l'album							
Oui, essentiellement si le NSC est bas	16,77%						
Oui, essentiellement si le NSC est haut	0,60%						
Non, je ne tiens pas compte du NSC	85,63%						
Prise en compte du multilinguisme lors de l'utilisation de l'album							
Oui, essentiellement pour les enfants plurilingues	2,99%						
Oui, essentiellement pour les enfants parlant uniquement français	0%						
Non, je ne tiens pas compte du nombre de langues parlées par l'enfant	97,01%						

Contexte d'utilisation de l'album jeunesse							
En séance individuelle comme support de travail En séance de groupe comme support de travail	92,81% 20,36%						
En accompagnement/partenariat parental	68,86%						
En tant que récompense après une activité ou en fin de séance	31 ,74%						
À disposition en salle d'attente	47,90%						
À disposition dans le bureau	50,90%						
Rituel de début ou de fin de séance	54,49%						
Pratique du prêt d'albums							
Non	43,35%	44,16%	36,84%	*Chi²=0,437*	43,03%	50%	*Chi²=0,15*
Oui Oui, pour les enfants de moins de 3 ans*	56,65% 56,12%	55,84% 59,30%	63,16% 33,33%	*p=0,605*	56,97% 54,26%	50% 100%	*p=0,697*
Oui, pour les enfants entre 3 et 6 ans*	74,49%	74,42%	75%	*Chi²=2,154*	75,53%	50%	*Chi²=2,98*
Oui, pour les enfants de plus de 6 ans* **Sur la base des orthophonistes ayant répondu « oui »*	63,27%	60,47%	83,33%	*p=0,341*	64,89%	25%	*p=0,224*
Fréquence du prêt d'albums							
À chaque séance	11,22%	12,79%	0%		11&,70%	0%	
Toutes les 2 à 3 séances	10,20%	9,30%	16,67%	*Chi²=5,208*	10,64%	16,67%	*Chi²=5,99*
Une fois de temps en temps	67,35%	69,77%	50%	*p=0,267*	67,02%	50%	*p=0,199*
Quand les parents sont en demande	25,51%	26,74%	16,67%		25,53%	16,67%	
Quand les enfants sont en demande	7,14%	5,81%	16,67%		7,45%	16,67%	
Fréquence de l'attention portée par les orthophonistes aux pratiques de littératie lors des échanges avec les parents							
Jamais	5,20%	4,55%	10,53%		5,45%	0%	
Parfois	23,12%	24,68%	10,53%	*Chi²=4,067*	22,42%	37,5%	*Chi²=2,01*
Souvent	28,32%	29,22%	21,05%	*p=0,254*	29,09%	12,5%	*p=0,569*
Toujours	43,35%	41,56%	57,89%		43,03%	50%	
Facteurs influençant les pratiques de littératie évoqués par les orthophonistes avec les parents							
Présence de livres dans l'environnement familial	79,88%	78,91%	88,24%		75,15%	87,5%	
Nombre de livres possédés par l'enfant et à sa disposition	17,07%	17,69%	11,76%		16,36%	12,5%	
Âge de début de la lecture partagée	19,51%	18,37%	29,41%		16,97%	50%	
Fréquence des temps de lecture partagée avec l'enfant	78,66%	80,27%	64,71%		75,76%	50%	

Durée des temps de lecture partagée avec l'enfant	35,98%	37,41%	22,53%	*Chi²=16,239*	34,55%	25%	*Chi²=6,91*
Types d'activités proposées autour du livre	18,29%	17,01%	29,41%	*p=0,062*	16,36%	37,5%	*p=0,646*
Visites à la bibliothèque avec les parents et/ou l'école	48,17%	44,90%	76,47%		44,35%	62,5%	
Intérêt et plaisir de lecture de l'enfant	84,15%	82,99%	94,12%		78,79%	100%	
Intérêt et plaisir personnel des parents	31,71%	26,53%	76,47%		29,09%	50%	
Pratiques personnelles de la lecture des parents	28,66%	25,17%	58,82%		27,27%	25%	
Fréquence de proposition d'informations ou d'un accompagnement sur l'utilisation des livres aux parents							
Jamais	40,63%	44,06%	11,76%		41,45%	25%	
Parfois	39,38%	38,46%	47,06%	*Chi²=7,614*	38,16%	62,5%	*Chi²=3,07*
Souvent	8,13%	6,99%	17,65%	*p=0,107*	8,55%	0%	*p=0,379*
Toujours	0,63%	0,70%	0%		0,66%	0%	
Selon la prise en soins	11,25%	9,79%	23,53%		11,18%	12,5%	
Utilisations du livre présentées aux parents							
Lire l'histoire	84,39%						
Raconter l'histoire	80,92%						
Décrire les images	87,28%						
Faire le lien avec les expériences de l'enfant	58,38%						
Poser des questions	72,83%						
Mimer/imiter	52,02%						
Pointer/montrer	86,71%						
Utiliser en tant qu'objet : ouvrir/fermer, empiler…	23,12%						
Suivre les intérêts de l'enfant	73,41%						
Fréquence de la mise en lien de la lecture partagée avec le développement langagier par l'orthophoniste auprès des parents							
Jamais	8,09%	8,44%	5,26%		8,48%	0%	
Parfois	17,34%	18,18%	10,53%	*Chi²=2,744*	18,18%	0%	*Chi²=6,13*
Souvent	35,84%	33,77%	52,63%	*p=0,433*	33,94%	75%	*p=0,105*
Toujours	38,73%	39,61%	31,58%		39,39%	25%	

Répartition des orthophonistes en fonction de l'importance accordée au choix de l'album jeunesse							
0	0,58%	0,65%	0%		0,61%	0%	
1	0,58%	0,65%	0%		0,61%	0%	
2	1,16%	1,30%	0%		1,21%	0%	
3	0,58%	0,65%%	0%		0,61%	0%	
4	1,16%	1,30%	0%		0,61%	12,5%	
5	5,20%	5,84%	0%		5,45%	0%	
6	4,62%	5,19%	0%		4,24%	12,5%	
7	17,34%	18,83%	5,26%	*z=3,199 p=0,001*	18,18%	0%	*z=0,369 p=0,719*
8	21,97%	23,38%	10,53%		21,82%	25%	
9	11,56%	10,39%	21,05%		12,12%	0%	
10	35,26%	31,82%	63,16%		34,55%	50%	
Types de livres utilisés par les orthophonistes en prise en soins précoce							
Livres animés ou livres-objets	89,02%						
Livres sonores	64,74%						
Albums	88,44%						
Imagiers	57,80%						
Livres de contes	30,64%						
Albums sans texte	51,45%						
Albums avec des photos	36,99%						
Livres didactiques	34,68%						
Magazines	18,50%						
Livres issus de la culture télévisée	17,34%						
Autres	4,62%						
Répartition des orthophonistes en fonction de leur prise en compte de la culture dans l'accompagnement à la littératie							
0	5,78%						
1	1,16%						
2	4,05%						
3	3,47%						
4	4,62%						
5	11,56%						
6	12,72%						
7	16,76%						
8	22,54%						
9	8,09%						
10	9,25%						
Répartition des orthophonistes en fonction de la langue des albums utilisés auprès des familles bilingues							
En français	52%						
Dans la langue maternelle	3%						
De façon égale dans les deux langues	27%						
Autres	18%						

Répartition des orthophonistes selon leur sentiment de compétence à conseiller les parents dans le choix d'albums jeunesse							
0	1,73%	1,95%	0%		6,06%	0%	
1	1,16%	1,30%	0%		1,21%	0%	
2	3,47%	3,90%	0%		4,24%	0%	
3	3,47%	3,90%	0%		3,03%	12,5%	
4	5,20%	5,84%	0%		4,85%	0%	
5	15,61%	16,88%	5,26%		12,12%	0%	
6	13,29%	12,99%	15,79%		12,12%	25%	
7	14,45%	15,58%	5,26%	*z=3,546*	17,58%	0%	*z=1,057*
8	24,28%	24,68%	21,05%	*p=0,0003*	21,82%	37,5%	*p=0,290*
9	6,94%	4,55%	26,32%		8,48%	0%	
10	10,40%	8,44%	26,32%		8,48%	25%	
A/ Un enfant ayant entendu une histoire tous les jours a été exposé à … mots de plus à 5 ans qu'un enfant ne bénéficiant pas d'expérience de lecture partagée.							
50 000 mots	26,59%	25,64%	31,58%	*Chi2=0,746*			
150 000 mots	51,45%	51,92%	42,10%	*p=0,688*			
290 000 mots	21,97%	21,15%	26,32%				
B/ Selon vous, quel est le nombre moyen de mots contenus dans un livre à destination : a) Des 0-2 ans ? – b) Des 3-5 ans ?							
a) : 15 – b) : 80	19,08%	19,48%	15,79%	*Chi2=0,561*			
a) : 60 – b) : 150	56,07%	55,84%	57,89%	*p=0,924*			
a) : 140 – b) : 230	24,86%	24,68%	26,32%				
C/ Jouer avec son enfant, chanter des comptines, lire un livre, parler à son enfant pendant le repas ou les soins quotidiens… Toutes ces activités de langage offrent les mêmes opportunités d'améliorer le langage de bébé.							
Vrai	26,02%	72,08%	89,47%	*Chi2=2,659*			
Faux	73,99%	27,92%	10,53%	*p=0,103*			
D/ Les pratiques familiales précoces autour du langage sont plus déterminantes que le niveau socio-économique des parents pour prédire le niveau de littératie de l'enfant en maternelle.							
Vrai	96,53%	96,75%	94,74%	*Chi2=0,823*			
Faux	3,47%	3,25%	5,26%	*p=0,364*			
E/ Une étude a démontré que les enfants de moins de 3 ans avec un retard de langage faisaient des progrès … lorsque les parents bénéficiaient d'un accompagnement parental par rapport à une prise en soins générale.							
Significativement supérieurs	97,11%	96,75%	100%	*Chi2=0,635*			
Significativement équivalents	2,89%	3,25%	0%	*p=0,425*			
Significativement inférieurs	0%	0%	0%				