



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



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

Par

CAVEROT Éloïse
ROUSSEAU Amélie

ORALITE DU NOUVEAU-NE PREMATURE:
Évaluer l'intérêt d'un Programme d'Intervention en
Orthophonie destiné aux parents et centré sur le langage et la
communication

Maître de Mémoire

BO Agnès

Membres du Jury

GOYET Anne-Sophie

GUILLON Fanny

THÉROND Béatrice

Date de Soutenance

28 juin 2012

ORGANIGRAMMES

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

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

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

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

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

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

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

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. FARGE Pierre**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

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

Ecole Polytechnique Universitaire de
Lyon (EPUL)
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr MAUME-DESCHAMPS
Véronique**

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

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

IUT LYON 1
Directeur **M. COULET Christian**

2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION

ORTHOPHONIE

Directeur ISTR

Pr. MATILLON Yves

Directeur de la formation

Pr. Associé BO Agnès

Directeur de la recherche

Dr. WITKO Agnès

Responsables de la formation clinique

THEROND Béatrice

GUILLON Fanny

Chargée du concours d'entrée

PEILLON Anne

Secrétariat de direction et de scolarité

BADIOU Stéphanie

BONNEL Corinne

CLERGET Corinne

REMERCIEMENTS

Nous tenions à remercier chaleureusement notre maître de mémoire, Agnès Bo, pour ses conseils, sa disponibilité, son dynamisme, ses encouragements ; sans son soutien et sa présence à nos côtés, ce travail n'aurait pu être réalisé.

Nous remercions également le Professeur Hugues Patural de l'Hôpital Nord de Saint-Etienne pour nous avoir ouvert les portes de son service de néonatalogie et nous avoir soutenues jusqu'au bout. Merci également à Nathalie Raffin, cadre infirmière, et aux membres de l'équipe de néonatalogie pour leur accueil chaleureux.

Un immense merci aux familles pour avoir participé à ce programme et pour nous avoir permis de nous immiscer dans un moment privilégié : les premiers mois de la vie d'un bébé. Merci pour votre implication, votre bonne humeur et votre enthousiasme.

Merci également à Agnès Witko pour son aide et ses conseils méthodologiques ainsi que pour le temps qu'elle a consacré à répondre à nos questions.

Merci à Sylvain pour la confection du logo de notre programme.

Un grand merci à nos amies Claire et Marie pour avoir partagé avec nous les bons et les mauvais moments pendant ces deux années de travail.

Remerciements d'Amélie

Je remercie tout particulièrement ma mère et ma sœur pour m'avoir accompagnée, écoutée et encouragée, ainsi que pour leurs relectures constructives. Je tiens également à évoquer mon père, qui malgré son absence, a été un moteur et une source d'inspiration tout au long de la construction de mon projet professionnel.

Merci à Sylvain pour avoir été à mes côtés en toutes circonstances et m'avoir soutenue et aidée tout au long de ces deux années.

Merci à ma binôme, Éloïse, pour avoir traversé avec moi ces deux années, ponctuées de moments plus ou moins difficiles, mais qui ne nous ont pas empêchés de travailler dans la bonne humeur et dans la complicité afin de réaliser ce mémoire de recherche tel que nous l'avions imaginé.

Remerciements d'Éloïse

Je souhaite exprimer toute ma reconnaissance à mes parents qui ont cru en mon choix et mon projet professionnel et qui m'ont soutenue dans sa réalisation. Je les remercie de tout cœur, ainsi que ma sœur Justine, pour leurs encouragements, leur présence et leur écoute.

Un grand merci à Amélie, ma binôme, pour ces deux années qui n'ont cessé de reposer sur la confiance, le soutien mutuel, et le plaisir de travailler ensemble sur un projet commun, et ce, quels que soient les événements et difficultés rencontrés.

Enfin, je remercie mes amis Marion, Célia et Léo pour l'intérêt et l'attention bienveillante qu'ils ont portés à ce mémoire.

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
1. <i>Université Claude Bernard Lyon1.....</i>	<i>2</i>
2. <i>Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE.....</i>	<i>3</i>
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE.....	8
I. DEVELOPPEMENT DU LANGAGE ET INTERACTIONS PRECOCES	9
1. <i>Une approche socio-interactionniste du développement de la compétence langagière.....</i>	<i>9</i>
2. <i>Place prépondérante des interactions précoces dans le développement des comportements</i>	
<i>précurseurs de communication.....</i>	<i>10</i>
3. <i>L'importance du rôle du partenaire de communication.....</i>	<i>12</i>
II. LA PREMATURITE	14
1. <i>Définition de la prématurité</i>	<i>14</i>
2. <i>Prématurité et oralité</i>	<i>15</i>
3. <i>Organisation des soins en Néonatalogie</i>	<i>18</i>
III. LE PROGRAMME D'INTERVENTION EN ORTHOPHONIE	20
1. <i>Définition</i>	<i>20</i>
2. <i>Le socle théorique du Programme d'Intervention de type III</i>	<i>21</i>
3. <i>Principes et stratégies de l'intervention précoce</i>	<i>21</i>
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	24
I. PROBLEMATIQUE	25
II. HYPOTHESE GENERALE	25
III. HYPOTHESES OPERATIONNELLES	25
PARTIE EXPERIMENTALE	27
I. POPULATION	28
1. <i>Critères d'inclusion</i>	<i>28</i>
2. <i>Critères d'exclusion.....</i>	<i>28</i>
3. <i>Recrutement de la population.....</i>	<i>28</i>
4. <i>Présentation de la population.....</i>	<i>29</i>
II. PROTOCOLE	30
1. <i>Organisation du Programme d'Intervention.....</i>	<i>30</i>
2. <i>Evaluation.....</i>	<i>40</i>
PRESENTATION DES RESULTATS.....	43
I. PRESENTATION DES RESULTATS POUR LA FAMILLE G	44
1. <i>Résultats de la grille d'analyse des vidéos d'interactions parent/enfant.....</i>	<i>44</i>
2. <i>Résultats des entretiens cliniques</i>	<i>46</i>
3. <i>Résultats des questionnaires de satisfaction</i>	<i>49</i>
II. PRESENTATION DES RESULTATS POUR LA FAMILLE B.....	51
1. <i>Résultats de la grille d'analyse des vidéos d'interactions parent/enfant.....</i>	<i>51</i>
2. <i>Résultats des entretiens cliniques pré et post-Programme.....</i>	<i>55</i>
3. <i>Résultats des questionnaires de satisfaction</i>	<i>58</i>
DISCUSSION DES RESULTATS.....	60
I. ANALYSE DES RESULTATS DE LA FAMILLE G	61
1. <i>Analyse des comportements de communication des parents</i>	<i>61</i>
2. <i>Changements dans la représentation de la communication des parents.....</i>	<i>62</i>
3. <i>L'outillage des parents au quotidien</i>	<i>62</i>
4. <i>Analyse par les parents de leur participation au PRIO</i>	<i>63</i>
II. ANALYSE DES RESULTATS DE LA FAMILLE B	64
1. <i>Analyse des comportements de communication des parents</i>	<i>64</i>

2.	<i>Changements dans la représentation de la communication des parents</i>	65
3.	<i>L'outillage des parents au quotidien</i>	65
4.	<i>Analyse par les parents de leur participation au PRIO</i>	66
III.	BIAIS ET LIMITES DE L'EXPERIMENTATION.....	67
1.	<i>Les conditions d'évaluation</i>	67
2.	<i>L'analyse des vidéos</i>	68
3.	<i>Les participants</i>	68
IV.	INTERETS ET APPORTS DU PRIO.....	68
1.	<i>Intérêts et apports du PRIO pour les participants</i>	68
2.	<i>Intérêts et apports du PRIO pour un service de néonatalogie</i>	68
3.	<i>Intérêts et apports du PRIO dans la prise en charge orthophonique en néonatalogie</i>	69
V.	VALIDATION DES HYPOTHESES.....	69
VI.	APPORTS POUR LA CLINIQUE ORTHOPHONIQUE.....	70
CONCLUSION		71
BIBLIOGRAPHIE		73
GLOSSAIRE		77
ANNEXES		78
ANNEXE I : BROCHURE D'INFORMATIONS A DESTINATION DES PARENTS		79
ANNEXE II : LA <i>BOITE A OUTILS</i>		81
ANNEXE III : EXTRAIT DU PORTE-FOLIO		82
ANNEXE IV : EXEMPLE DE MISSION.....		83
ANNEXE V : TABLEAU RECAPITULATIF DU PRIO		85
ANNEXE VI : TRAME D'ENTRETIEN CLINIQUE SEMI-DIRIGE PRE-PROGRAMME.....		86
ANNEXE VII : TRAME D'ENTRETIEN CLINIQUE SEMI-DIRIGE POST-PROGRAMME		88
ANNEXE VIII : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION		90
ANNEXE IX : TABLEAU DESCRIPTIF DE LA GRILLE D'OBSERVATION DES COMPORTEMENTS DE COMMUNICATION DU PARENT		94
ANNEXE X : EXEMPLE D'UNE GRILLE D'OBSERVATION DES COMPORTEMENTS DE COMMUNICATION DU PARENT : CHANGE LUCIEN		96
ANNEXE XI : TABLEAUX DE DONNEES DE CAMILLE		97
ANNEXE XII : TABLEAUX DE DONNEES DE SACHA		98
ANNEXE XIII : TABLEAUX DE DONNEES DE LUCIEN.....		99
TABLE DES ILLUSTRATIONS		100
TABLE DES MATIERES		103

INTRODUCTION

L'oralité constitue un des fondements de l'être humain. En effet, elle regroupe à la fois les fonctions permettant à l'homme de manger et de parler, toutes deux participant à la socialisation des individus. Cette notion occupe donc une place centrale dans l'orthophonie puisqu'elle participe au langage, à la communication et à l'alimentation.

Une naissance prématurée peut avoir des conséquences péjoratives dans de nombreux domaines du développement de l'enfant. En effet, de par son immaturité, cet enfant, arrivé trop tôt, connaît des difficultés à se nourrir ainsi qu'à interagir avec son environnement, et plus particulièrement avec ses parents, figures premières d'attachement.

Les orthophonistes, malheureusement encore trop peu nombreux dans les services de néonatalogie, ont pour mission de prévenir l'installation de troubles de l'oralité alimentaire et de troubles du langage et de la communication. Actuellement, l'intervention orthophonique est majoritairement centrée sur le versant alimentaire de l'oralité, directement lié à la survie de l'enfant, par le biais de techniques de stimulations oro-faciales. En effet, ces pratiques ont connu une importante expansion depuis quelques années faisant l'objet de formations professionnelles continues et de recherches scientifiques.

Les interventions auprès de l'enfant prématuré, ciblées sur le versant verbal de l'oralité sont encore peu développées en néonatalogie. Nous avons donc souhaité réfléchir à une manière écologique et novatrice de prendre en soin le nouveau-né prématuré en considérant l'oralité dans sa globalité et en insistant sur la complémentarité entre oralité verbale et oralité alimentaire.

Il nous est alors apparu évident de centrer cette prise en soin sur les parents. En effet, à cette époque de la vie de leur enfant, ceux-ci jouent un rôle central dans le développement de leur bébé et sont ses partenaires privilégiés dans l'interaction.

Dès lors, la mise en place d'un Programme d'Intervention en Orthophonie (PRIO), au sein d'un service de néonatalogie, semblait être la forme d'accompagnement familial la plus pertinente, dans la mesure où elle renforce le parent et le place au cœur du processus de développement de l'enfant.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

I. Développement du langage et interactions précoces

1. Une approche socio-interactionniste du développement de la compétence langagière

Selon l'approche socio-interactionniste, l'acquisition du langage repose sur les interactions de l'enfant avec ses « partenaires de communication » (Bruner, 1983). En effet, c'est grâce aux nombreuses situations de communication et routines quotidiennes, rencontrées par l'enfant dans son environnement proche, qu'il peut enrichir sa communication. Dès lors, l'aspect communicatif du développement langagier prime sur la structure du langage. Bruner décrit ainsi les notions de relation d'aide et d'étaiyage comme essentielles dans le processus de développement de la communication, en se basant sur la notion de *Zone Proximale de Développement* introduite par Vygotski (cité par Bruner, 1983).

Les psycholinguistes Bloom et Lahey (1978) envisagent la communication selon trois pôles formant la compétence langagière :

- la forme : la manière dont est construite le langage c'est-à-dire le « comment dire »
- le contenu : les croyances et connaissances sur le monde en lien avec la culture et l'expérience de chaque individu, c'est-à-dire le « quoi dire »
- l'utilisation : les utilisations du langage visées par l'interlocuteur, l'adaptation du discours en fonction du contexte, la régulation de l'interaction entre les personnes, qui constitue le « pourquoi dire » (Thérond, 2010).

Ces trois pôles se développent parallèlement durant les premières années de la vie. À chacun de ces pôles correspondent des comportements précurseurs de communication. Ces comportements précurseurs sont définis par Thérond comme « toute manifestation, tout moyen choisi par le petit enfant dans une situation d'interaction, lui permettant d'actualiser intentionnellement ou non un acte de communication, ou d'agir sur son environnement » (Thérond, 2010). Ainsi, la communication est envisagée comme un système qui évolue de manière linéaire au cours du développement de l'enfant : il n'y a pas de discontinuité entre la communication non verbale et la communication verbale.

On trouve donc les comportements précurseurs pragmatiques (contact visuel, intérêt de la personne...) qui correspondent au pôle Utilisation. Les comportements précurseurs sémantiques (permanence de l'objet, manipulation sur objet...) sont en lien avec le pôle Contenu. Et enfin, les comportements formels (vocalisations, sourires, imitations...) apparaissent plus tard au moment de la communication intentionnelle, et dépendent du pôle Forme.

2. Place prépondérante des interactions précoces dans le développement des comportements précurseurs de communication

Le développement de la compétence langagière évolue au quotidien lors des interactions. Bruner (1983) explique que c'est lors de moments appelés *routines interactives* ou *formats* que l'on peut observer ces échanges entre la mère et son enfant et que chacun va, petit à petit, ajuster son action à l'autre. C'est lors de ces moments que les comportements précurseurs de la communication vont se développer et pouvoir être observés.

2.1. Les routines interactives

La notion de routine interactive est définie par Bruner comme un exemplaire simplifié de relations sociales. Il s'agit d'un « microcosme » régi par des règles et dans lequel l'adulte et l'enfant interagissent (Bruner, 1983). Il peut s'agir de situations quotidiennes telles que le coucher, le jeu ; ou de situations de soins comme le repas et la toilette.

Les caractéristiques essentielles de ces routines sont la répétition et la standardisation auxquelles l'adulte peut introduire certaines variations. La prévisibilité des routines permet à l'enfant de comprendre et structurer le déroulement de ces événements en lui offrant la possibilité de prendre une part active dans les échanges. Ces routines interactives ont un rôle de socialisation dans la mesure où elles offrent à l'enfant l'occasion d'apprendre les règles qui sous-tendent l'utilisation du langage comme la prise de tour (Laval, 2007).

2.2. Les principes de l'interaction précoce

L'interaction entre la mère et son enfant implique une participation active des deux partenaires de communication. Brazelton et Cramer ont défini les principes qui régissent les échanges et la manière dont ces deux partenaires vont s'influencer.

Brazelton et Cramer (1991) font émerger quatre grands principes :

- la synchronie : manière dont l'adulte adapte son comportement au rythme de son enfant tout en l'aidant à contrôler ses réponses motrices afin d'optimiser son attention.
- la contingence : capacité à déchiffrer les messages contenus dans les signaux de l'enfant.
- la symétrie : co-gestion de l'interaction par la mère et l'enfant. Le bébé influence l'interaction par son niveau d'attention, son style et ses préférences. La mère, elle, respecte le rythme et les manifestations de son enfant. C'est elle qui gère cette symétrie.
- l'entraînement : grâce à la synchronie, les partenaires de communication peuvent anticiper les réactions de chacun et « entraîner » le comportement de l'autre.

2.3. Les niveaux de l'interaction précoce

Les premières expériences de la communication humaine chez le nourrisson sont fournies par toutes les interactions qu'il vit avec sa mère impliquant à la fois leur regard, leur voix et leur corps dans leur ensemble. Ces interactions intègrent également la disponibilité de la mère tant au niveau physique que psychique (Brazelton et Cramer, 1991).

Lamour et Lebovici (1991) distinguent trois niveaux d'interactions : comportementales, affectives et fantasmatiques. Nous choisissons de décrire les deux premiers niveaux.

2.3.1. Les interactions comportementales

Les interactions comportementales intègrent tout d'abord les interactions corporelles en lien avec les notions développées par Winnicott qui sont le *holding*, constituant la manière dont est porté l'enfant, et le *handling*, faisant référence à la manière dont il est traité et manipulé (Winnicott, 1971). Pour Ajuriaguerra (cité par Mazet et Stoléru, 2003), ces interactions corporelles reposent sur un « dialogue tonique » mère/enfant reprenant les principes de *holding* et *handling* en insistant sur l'adaptation posturale et tonique des deux partenaires.

De plus, Lebovici et Stoléru (1994) décrivent l'importance des interactions visuelles et vocales entre le parent et son enfant. Le contact visuel est considéré par de nombreux auteurs, comme un moyen de communication privilégié entre la mère et son enfant (Nader-Grobois, 2006, Lebovici et Stoléru 1994, Stern 1977). En effet, « le regard donne à la mère l'impression que ses efforts sont reconnus par le bébé » (Lebovici et Stoléru, 1994) et permet à l'enfant de se construire une image de soi différenciée de celle de sa mère.

Enfin, les comportements de tendresse tels que les caresses, les baisers et le bercement contribuent à l'harmonie des interactions mère/enfant (Lebovici et Stoléru, 1994).

2.3.2. Les interactions affectives

Les interactions affectives découlent de l'influence réciproque de la vie émotionnelle du nourrisson et de sa mère. Stern (1977) a développé la notion d'*accordage affectif* permettant à la mère de percevoir et d'imaginer le ressenti de l'enfant, de l'interpréter et d'y répondre de manière adéquate. Cette sensibilité de la mère et cette capacité à répondre aux signaux de l'enfant sont qualifiées de *responsivness* par Ainsworth (cité par Guedeney, 2009).

Cette attitude est étroitement liée à ce que Slade (cité par Guedeney, 2009) nomme la *capacité parentale réflexive* qui s'exprime, selon Meins (cité par Guedeney, 2009), au travers d'« attributions verbales que donnent le parent pour labelliser les états mentaux qu'il imagine à l'origine des signaux de son enfant ».

Ces attitudes sont fondamentales dans le *caregiving* qui correspond, selon Bowlby, au versant parental de l'attachement faisant référence à la capacité à donner des soins, à s'occuper d'un plus jeune que soi, que ce soit au niveau physique ou affectif (1988). Il est fondé sur « l'aptitude du parent à maintenir une proximité physique et psychologique avec le nourrisson lorsque celui-ci est en situation de détresse afin de répondre à ses besoins et lui fournir une protection » (Guedeney, 2009).

Ces compétences parentales, reposant à la fois sur l'empathie, la protection et la préoccupation attentive, sont à la base de la mise en place du processus d'attachement que Bowlby (1978) décrit comme un lien affectif durable d'un enfant envers un adulte qui en prend soin, généralement le parent, et qui se manifeste notamment par divers comportements permettant à l'enfant, surtout dans les moments de détresse, d'interagir avec cet adulte.

Le parent joue donc un rôle important dans la relation qu'il tisse avec son enfant. Les habiletés propres à la relation parent/enfant qu'il développe pourront avoir des répercussions sur le développement global de son enfant.

3. L'importance du rôle du partenaire de communication

Les interactions mère/enfant ont été largement décrites et différents auteurs ont pu mettre en évidence des comportements spécifiques chez l'adulte semblant résulter d'une adaptation de ce dernier et favorisant ainsi le développement langagier de l'enfant.

3.1. Le langage maternel

3.1.1. Le langage adressé à l'enfant (LAE)

Le LAE correspond à une adaptation du langage du parent à son enfant ayant pour conséquence la focalisation de l'attention de l'enfant sur son interlocuteur (Mazet et Stoléro, 2003).

Le LAE diffère du langage habituel dans la mesure où le parent adopte un langage clairement articulé, produit à une fréquence plus élevée, au lexique et à la syntaxe simplifiés ainsi qu'aux contours intonatifs plus marqués (Veneziano, 2000).

Certains auteurs s'accordent à dire que la répétition s'intègre dans le LAE (Mazet et Stoléro, 2003). En effet il a été observé que le parent peut répéter une proportion importante de phrases en modifiant le rythme, l'intonation, permettant à l'enfant d'entendre plusieurs variantes des mêmes énoncés et favorisant ainsi les acquisitions cognitives du nourrisson (Stern cité par Lebovici et Stoléro, 1994).

3.1.2. Les actes de langage

Snow (cité par Reissland, 1998) explique que pour aider un enfant à développer son langage, les aspects pragmatiques du discours parental sont primordiaux car ils fournissent des cadres, imposant des structures prévisibles qui dépendent du contexte et cela de manière répétitive à l'enfant.

Certains auteurs se sont intéressés à la nature des actes de langage du parent adressés à son enfant. Dans son étude, Reissland (1998), en se basant sur la classification de Pine (1992), a retenu sept classes d'actes de langage :

- l'ordre direct : dire à l'enfant de faire quelque chose ou d'arrêter son action.
- l'ordre indirect : l'enfant est encouragé à faire quelque chose souvent en utilisant la première personne du pluriel ou par le biais d'une question.
- la demande d'information
- la recherche de l'attention : le parent cherche à attirer, à diriger ou rediriger l'attention de l'enfant.
- la description de l'environnement : description des individus, des objets, des événements de l'environnement immédiat.
- le feedback positif : le parent donne raison ou félicite son enfant.
- le feedback négatif : le parent corrige ou exprime une déception par rapport au comportement de son enfant.

3.2. Les stratégies de communication du parent vis-à-vis de son enfant

3.2.1. L'imitation et l'interprétation

L'imitation est omniprésente dès les premiers échanges parent/enfant. Elle tient une place centrale dans les interactions de communication, notamment dans la mise en place des tours de rôle (Pawlby, Uzgiris, Benson, Kruper, & Vasek, cité par Nadel, 2011) et dans ce que Trevarthen (cité par Nadel, 2011) nomme la *protoconversation*. Celle-ci correspond à des échanges alternatifs entre le parent et le bébé de mots, de sons, de gestes, de mimiques, organisés tel un dialogue et révélant la volonté de mettre du sens sur les interventions des deux partenaires.

Le nourrisson possède dès la naissance des capacités d'imitation des expressions faciales de l'adulte (Soussignan, Coutial, Canet, Danon-Apter, & Nadel, cité par Nadel, 2011). De plus, il a été démontré que le nourrisson est sensible au fait d'être imité et peut réagir par des signes sociaux ou des manifestations émotionnelles positives différents en fonction de son âge (Nadel et Potier, cité par Nadel, 2011).

Chez le parent il existe une tendance à interpréter les comportements de l'enfant en les verbalisant. L'interprétation est centrale pour l'émergence du langage dans la mesure où le parent accorde du sens aux manifestations de l'enfant (Dore, cité par Veneziano, 2000).

3.2.2. L'attribution d'une intentionnalité de communication

Bien que l'enfant joue un rôle actif dans l'interaction, le rôle de l'adulte est primordial pour attribuer une intentionnalité aux signaux et aux comportements spontanés du bébé (Nader-Grobois, 2006) afin d'engager un dialogue avec lui. En effet, cette sensibilité et cette réceptivité sont à la base d'autres stratégies de communication comme l'interprétation et l'imitation.

Selon Bernicot et Bert-Erboul (2009), la mère interprète les productions de son enfant en leur attribuant une « signification sociale ». Dès lors, c'est cette attribution d'une intentionnalité de communication par le parent qui permet à l'enfant de comprendre que ses manifestations lui donnent la possibilité d'interagir et donc de communiquer avec son environnement.

II. La prématurité

1. Définition de la prématurité

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une naissance prématurée est définie par un âge gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhée (SA) révolues (contre 40 SA et 3 jours pour une naissance à terme). Lorsque le terme est imprécis (environ 1% des naissances), des scores de maturation clinique ou électroencéphalographiques peuvent faciliter l'estimation du terme. Effectivement, le poids, à lui seul, ne représente pas un critère maturatif satisfaisant puisqu'il ne tient pas compte d'un éventuel retard de croissance intra-utérin ou à l'inverse d'une macrosomie fœtale.

Depuis deux décennies, les progrès médico-techniques et pharmacologiques en périnatalité ont permis de baisser la limite raisonnable de viabilité en France à 25 SA, en deçà de laquelle se pose la question de la réanimation active, même si depuis Juin 1993, la loi oblige à déclarer à l'Etat civil toute naissance de nouveau-né de plus de 22 SA ou de plus de 500g.

Il existe quatre degrés de prématurité (Bloch, Lequien et Provasi, 2003) :

- la faible prématurité : entre 33 et 37 SA
- la grande prématurité : entre 29 et 32 SA
- l'extrême prématurité : entre 26 et 28 SA
- les prématurissimes : entre 22 et 25 SA

Du fait de leur plus ou moins grande immaturité développementale, ces nourrissons peuvent connaître un certain nombre de complications médicales durant la période périnatale nécessitant une prise en charge adaptée.

Ces enfants constituent une population à risque de développer, sur le long terme, des difficultés dans divers domaines tels que les domaines cognitif, développemental, comportemental et affectif ainsi que dans le domaine de l'alimentation.

2. Pré maturité et oralité

2.1. Définition de l'oralité

La notion d'oralité est issue du vocabulaire psychanalytique et regroupe l'ensemble des fonctions orales, c'est-à-dire dévolues à la bouche (Thibault, 2007). Deux des fonctions orales majeures sont l'alimentation et le langage, souvent dissociées en deux oralités distinctes : l'oralité alimentaire et l'oralité verbale.

Il n'y a pas lieu de dissocier ces deux oralités étant donné que l'une ne va pas sans l'autre. Nous partons du postulat qu'il n'existe qu'une seule oralité comportant deux versants étroitement liés, le versant alimentaire et le versant verbal.

2.2. Pré maturité et oralité alimentaire

Selon son immaturité, l'enfant prématuré peut ne pas posséder une succion nutritive efficiente, ce qui oblige souvent à recourir à une nutrition artificielle. « La bouche est alors peu stimulée et mal investie par l'enfant et par sa mère » (Delfosse, 2006).

2.2.1. La mise en place du schème succion déglutition

Les premières séquences orales de succion apparaissent dès la 10^{ème} SA, étape permettant à l'embryon de devenir fœtus (Thibault, 2007). Entre la 12^{ème} et la 15^{ème} SA, les premières déglutitions de liquide amniotique accompagnent cette succion symbolisant l'avènement de l'oralité fœtale (Couly, 2010).

Le schème succion déglutition est primordial pour assurer une alimentation per os* dès la naissance. Pour ce faire, au cours des derniers mois de grossesse, le fœtus entraîne ce schème en déglutissant le liquide amniotique et en suçant ses doigts et ses orteils (Thibault, 2007).

2.2.2. Le rôle de l'oralité alimentaire dans la mise en place de l'attachement

L'acte de nourrissage est un temps fondateur du lien mère/enfant et de la construction du processus d'attachement au cours des premiers temps de vie (Bowlby, 1988). Selon l'auteur, « l'oralité favorise l'attachement mère-nourrisson grâce à la continuité du lien entre le cordon ombilical pendant la grossesse et le sein ou le biberon après la naissance ».

Cette idée est renforcée par Couly qui insiste sur l'importance du peau à peau et de la reconnaissance olfactive dans la réussite des échanges alimentaires dès les premiers instants après la naissance.

La « relation nourrissante » est fondée sur le « don alimentaire », la gratification et la satisfaction du parent qui en découle, permettant aux échanges parents/enfant de se structurer. Cette relation de nourrissage est le « fondement du noyau familial » et donc de la relation sociale (Couly, 2010).

2.2.3. Les difficultés liées à l'oralité alimentaire

a. L'investissement négatif de la sphère oro-faciale

L'assistance nutritionnelle perturbe l'investissement positif de la sphère orale et prive le nouveau-né des « riches stimulations sensorielles orales » qu'il devrait connaître (Lapillonne, Razafimahefa, Rigourd et Granier, 2010).

Ces stimulations orales positives sont remplacées par des stimulations nociceptives induites par le contexte d'hospitalisation ainsi que par les soins nécessaires à la survie de l'enfant comme l'assistance respiratoire.

Ce défaut d'investissement peut conduire à plus ou moins long terme à une hypersensibilité buccale et à un déficit fonctionnel de la sphère orale comprenant des difficultés de mastication ainsi que des difficultés dans la mise en place des praxies buccofaciales (Delfosse, 2006).

Parfois, ces manifestations sont telles, que chez certains enfants, les professionnels parlent de « dysoralité ».

Thibault la définit comme « l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale. Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation, ou par refus d'alimentation, et de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant » (2007).

b. Une situation d'alimentation perturbée

L'impossibilité ou les difficultés de l'enfant à s'alimenter per os, le prive, ainsi que ses parents, du moment privilégié d'alimentation qui est un temps d'échanges et de communication important (Denni-Krichel, 2003).

La mère se sent responsable et dépossédée de son sentiment de compétence maternelle en lien avec cette relation de nourrissage perturbée (Morisseau, 2002).

2.3. Prématurité et oralité verbale

Dans de nombreux cas de prématurité, des difficultés de mise en place du lien d'attachement et des interactions précoces parents/enfant sont souvent relevées.

2.3.1. Déficit interactionnel du bébé prématuré

La mise en place du langage est mise à mal du fait d'un « déficit interactionnel » chez l'enfant (Jacques, 2003). En effet, des études ont montré chez ces enfants un évitement du regard, un manque de réactions au visage et à la voix d'une personne, une difficulté à être consolés et une manifestation plus fréquente de désagrément au cours du nourrissage (Pavoine, Azémar, Rajon et Raynaud, 2004).

De plus, le bébé prématuré, est décrit comme moins alerte, plus irritable et plus difficile à décoder. Dès lors, l'enfant participe de manière plus passive aux interactions et émet des réponses moins adaptées aux sollicitations de ses parents (Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger et Muller-Nix, 2006).

2.3.2. Difficultés rencontrées par les parents d'enfant prématuré

Les parents connaissent eux aussi des difficultés à s'accorder dans les échanges avec leur enfant. Ce déficit d'accordage est lié à de nombreux facteurs en rapport avec la situation de prématurité.

L'arrivée d'un bébé prématuré constitue un véritable choc affectif entraînant des réactions émotionnelles intenses (Pavoine et al 2004). En effet, un sentiment de culpabilité est souvent retrouvé chez ces parents ainsi qu'un sentiment d'insatisfaction et d'incomplétude face à un bébé plus fragile et différent de l'enfant idéal attendu (Garel, Bahuaud, Blondel, 2004 ; Jacques, 2003). Ces parents sont ainsi privés de cette « période de plénitude et de joie » caractérisant l'arrivée d'un nouveau-né (Jacques, 2003).

De plus, les conditions d'hospitalisation et les dispositifs médicaux mis en œuvre autour de l'enfant créent une rupture physique et psychique entre les parents et leur enfant (Jacques, 2003). Le retour des parents au domicile sans leur enfant est vécu comme une souffrance et les difficultés liées à cette rupture sont accentuées par un isolement social consécutif à leur présence fréquente en néonatalogie (Younger, Kendell et Pickler, 1997).

L'enquête EPIPAGE (Etude EPIdémiologique sur les Petits Ages Gestationnels), menée par l'unité Inserm 953 (Recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants) à partir de 1997, a eu pour objectif d'étudier le devenir d'enfants grands prématurés. Cette enquête rapporte l'ampleur du stress rencontré par les parents : préoccupation pour la santé de l'enfant, anxiété, fatigue, manque de repères par rapport au développement de leur enfant. Les parents ont donc plutôt tendance à centrer leur attention sur des indices vitaux et non sur des indices langagiers (Garel et al, 2004).

Le stress parental ainsi que le comportement immature de l'enfant peuvent être source de problèmes et peuvent nuire à l'installation de la communication. En effet, il est décrit que

les mères sont plus passives ou au contraire surstimulantes (Forcada-Guex et al, 2006 ; Wolk cité par Bloch et al, 2003) : elles regardent moins leur enfant, imitent moins leurs expressions faciales et ont moins de réponses adéquates aux expressions de tristesse (Maltesta cité par Bloch et al, 2003).

3. Organisation des soins en Néonatalogie

3.1. Classification des unités de soins néonatales

À la naissance, l'enfant prématuré est orienté dans un service de soins spécialisés en fonction de son état de santé. Il existe trois types de maternité comprenant des unités de soins de différents niveaux (Gold, Blond, Lionnet et de Montgolfier, 2009) :

- les maternités de type I, qui accueillent les nouveau-nés bien portants nécessitant des soins en puériculture ou des enfants peu malades n'ayant pas besoin d'une réelle hospitalisation en néonatalogie.
- les maternités de type II comprennent des lits de néonatalogie et parfois de soins intensifs et prennent en charge des nouveau-nés ne nécessitant pas de ventilation de plus de quelques heures mais pour lesquels une surveillance continue est essentielle ;
- les maternités de type III comprennent obligatoirement des lits de réanimation néonatale, des lits de soins intensifs et des lits de néonatalogie. Elles accueillent des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux nécessitant une technique de suppléance (ventilation).

3.2. La prise en soins postnatale

3.2.1. Les soins médicaux

L'enfant né prématurément connaît une immaturité qui peut concerner certains organes et certaines fonctions vitales.

Les soins médicaux prodigués en néonatalogie visent à assurer un équilibre des fonctions respiratoire, d'homéostasie thermique, cardiaque et digestive (Laugier, Rozé, Siméoni et Saliba, 2006).

La prise de poids et la croissance de l'enfant sont déterminantes et sont soutenues par l'équipe médicale. Une nutrition artificielle est nécessaire si la succion nutritive n'est pas efficiente pour permettre une alimentation per os suffisante. Cette assistance alimentaire peut se faire par voie entérale* (sonde oro-gastrique* ou naso-gastrique*) ou par voie parentérale* (cathéter central).

La sortie du service est possible selon certaines conditions :

- autonomie alimentaire avec une bonne prise alimentaire et une courbe de poids ascendante,
- autonomie respiratoire et absence d'apnées, bradycardies ou désaturations,
- homéostasie thermique,
- investissement parental et autonomie des parents pour les soins quotidiens.

3.2.2. Les soins de développement

Les approches interventionnistes auprès des nouveau-nés ont longtemps été de nature principalement biologique, médicale et technologique et orientées avant tout vers la survie de l'enfant.

Ce type d'approches a une incidence sur le développement de l'enfant hospitalisé et sur son rythme de vie. En effet, dans ce contexte médicalisé, non seulement le bébé se retrouve privé des stimulations naturelles et structurantes qu'il aurait rencontré dans le milieu utérin mais il doit également subir toutes les surstimulations dues aux actes techniques indispensables à sa survie (Feldman, 2002 ; Jacques, 2003).

Il existe sept sources de surstimulation (Martel et Milette, 2006) :

- la surstimulation tactile
- la surstimulation vestibulaire
- la surstimulation olfactive
- la surstimulation gustative
- la surstimulation auditive
- la surstimulation visuelle
- la surstimulation motrice

En réponse à ce constat, de nouvelles approches sont apparues depuis une quinzaine d'années. Parmi celles-ci, les soins de développement ont considérablement amélioré la qualité des soins prodigués aux bébés prématurés.

Selon la définition de Sizun & al (cité par Martel et Milette, 2006), « les soins de développement forment un ensemble hétérogène d'interventions destinés à réduire le stress du nouveau-né prématuré en unité de soins néonataux et à favoriser un développement comportemental harmonieux ».

Ces méthodes de soins, basées sur l'évaluation des aptitudes sensorielles et motrices des nouveau-nés prématurés ou à terme, ont permis de faire une large part à l'évaluation des capacités individuelles de l'enfant, non seulement dans son environnement, mais également au contact rapproché de ses parents. Pour preuve, les programmes de type NIDCAP (*Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program*) développés à la fin des années 80 aux États-Unis par le docteur Als. Ce type de programme est aujourd'hui présent dans la plupart des unités de néonatalogie en France

et intègre non seulement les aptitudes sensorielles de l'enfant mais facilite et soutient la présence parentale dans les services (Martel et Milette, 2006).

Une nouvelle dynamique de soins est donc apparue et propose d'impliquer le parent dans les soins de l'enfant. La présence dans les services de néonatalogie de la méthode Kangourou illustre bien cette dynamique. Cette méthode de peau à peau, créée par le pédiatre Edgar Rey Sanabria en 1978 en Colombie (Pierrat et al, 2004) a montré son efficacité, d'une part pour l'amélioration des paramètres physiologiques et neuro-comportementaux de l'enfant (Feldman, 2002), d'autre part pour renforcer le parent dans la relation qu'il crée avec son enfant ainsi que son sentiment de compétence (Anderson cité par Feldman, 2002).

3.2.3. Les soins orthophoniques

La présence de l'orthophoniste dans les services de néonatalogie est récente et vise à soutenir le nourrisson dans le développement de son oralité. Son champ d'intervention se situe au carrefour de la prévention des troubles de l'oralité alimentaire, du développement du langage et de la communication, ainsi que de l'information auprès des parents et de l'équipe médicale.

Afin de favoriser l'autonomie alimentaire, l'orthophoniste, par le biais de protocole de stimulations sous la forme de massages bucco-faciaux, veille à un bon investissement de la sphère orale. Ces protocoles ont montré une réelle efficacité dans le développement des praxies bucco-faciales nécessaires à l'articulation et à l'alimentation et permettent un passage à l'alimentation per os plus précoce (Delaoutre-Longuet, 2007).

L'orthophoniste accompagne également l'enfant et ses parents dans leurs premiers essais de communication. En effet, le bébé prématuré possède des compétences pour découvrir le monde et communiquer avec son environnement. Toutefois ses manifestations sont parfois difficiles à interpréter, difficultés accentuées par le contexte d'hospitalisation, rendant les premières interactions avec le parent plus complexes.

III. Le Programme d'Intervention en orthophonie

1. Définition

Les Programmes d'Intervention correspondent à un type particulier d'accompagnement familial en orthophonie. Ils ont vu le jour dans les années 70 notamment avec la création du centre Hanen sous l'impulsion d'Ayala Manolson, orthophoniste canadienne de l'Université Mc Gill à Montréal.

Cette approche s'appuie sur l'observation des interactions parents/enfant permettant ainsi une évaluation des attitudes de communication des enfants et des parents. Elle permet de faire une large place à ces derniers comme moteur du développement du langage et de la communication de leur enfant.

D'après la classification des différents types d'accompagnement familial en orthophonie de Bo (2010), le Programme d'Intervention est qualifié de type III et vise l'intervention du parent. Basée sur la notion d'*empowerment*, l'intervention fait référence au fait de mobiliser les ressources des parents, de miser sur leurs compétences, de favoriser la prise en charge, de donner du pouvoir, de responsabiliser ou d'autonomiser les parents (St Cyr Tribble, Gallagher, Paul et Archambault, 2001).

2. Le socle théorique du Programme d'Intervention de type III

2.1. Le modèle socio-interactionniste

Le courant socio-interactionniste, présenté précédemment, envisage les interactions quotidiennes entre l'enfant et ses parents comme vecteur de son développement langagier (Bruner, 1983).

De plus, la modélisation de la compétence langagière selon Bloom et Lahey (1978) insiste sur l'interdépendance des trois pôles la constituant (la Forme, le Contenu et l'Utilisation). En effet, le dysfonctionnement de l'un d'entre eux déséquilibre l'ensemble de la compétence langagière.

2.2. Le modèle écologique

Ce modèle, élaboré en 1979 par Bronfenbrenner, met en avant les interactions complexes qui existent entre un individu et son environnement (Sylvestre, 2002).

Ainsi, le développement de l'enfant est le résultat d'interactions et d'influences réciproques entre ce dernier et l'environnement physique et social dans lequel il vit. (Santé et services sociaux Québec, 2005).

L'intervention orthophonique s'appuie donc sur l'environnement familial de l'enfant, qui se révèle être le moteur du développement de sa communication et de son langage, et vise une optimisation qualitative et quantitative des interactions parents/enfant.

3. Principes et stratégies de l'intervention précoce

Les principes sur lesquels reposent le Programme d'Intervention en orthophonie, visent à renforcer la capacité des parents à promouvoir le développement et les apprentissages de leur enfant.

Cette démarche met en avant la reconnaissance des ressources personnelles des parents, de leurs capacités à trouver des solutions et aller vers le changement.

3.1. L'empowerment

Évoquée pour la première fois dans la Charte d'Ottawa de 1986, la notion d'*empowerment* est définie comme le processus qui vise à augmenter la capacité d'un individu à agir par lui-même dans un contexte de changement de son environnement.

Dans un contexte de prise en soin, l'*empowerment* vise à travailler à partir du parent et de ses forces, à encourager et soutenir sa prise de décisions. Ce principe lui permet d'élargir sa vision et ses possibilités et facilite l'apprentissage de nouveaux savoirs, savoir-faire et savoir-être (St Cyr Tribble et al, 2001).

Dans le domaine de l'orthophonie, l'*empowerment* est le fait de rendre le parent acteur de la prise en charge de son enfant en induisant le développement de ses compétences communicatives dans ses interactions avec lui.

Ce principe implique une relation thérapeutique de type horizontal où le pouvoir et le soin sont co-gérés (Bo, 2010).

L'utilisation de l'*empowerment* a pour effet de renforcer certaines conduites, d'améliorer l'estime de soi ainsi que le sentiment de compétence, ce qui permettra à l'individu d'exercer son « pouvoir d'agir », c'est-à-dire « d'avoir les moyens de se mettre en action » (Le Bossé, 2003).

3.2. Les principes et stratégies

Dunst, en 2007, évoque quatre principes de l'intervention précoce qui régissent le fonctionnement et le déroulement d'un Programme d'Intervention :

Le premier principe, *Response-contingent child Learning*, correspond à la capacité du jeune enfant à comprendre que son action a une conséquence sur son environnement.

Parent responsiveness fait référence à la sensibilité des parents vis-à-vis des comportements de leur enfant et à leur aptitude à y répondre. En effet, l'efficacité du comportement du parent est maximale lorsque le parent est attentif aux signaux de son enfant, et essaie de communiquer avec lui en apportant une réponse appropriée. Dès lors, les interactions parent/enfant sont synchronisées et se renforcent mutuellement (Kassow et Dunst, 2004, 2005 cités par Dunst 2007).

Cette sensibilité du parent est une condition environnementale nécessaire au bon développement de l'enfant.

Le principe de *Natural learning opportunities* se fonde sur l'importance des routines quotidiennes qui sont des contextes primordiaux d'apprentissage. Selon Dunst et al (2000, cités par Dunst, 2007), une routine quotidienne est un environnement naturel d'apprentissage au sein duquel l'enfant apprend des comportements adaptés, fonctionnels et ayant un sens, ce qui va l'encourager à participer à la vie familiale et communautaire.

Enfin, le principe de *Capacity-Building Help-Giving Practices* correspond au sentiment de compétence du parent, facteur important influençant les opportunités d'apprentissage offertes à l'enfant (Dunst, Trivette et Hamby, 2006, cités par Dunst, 2007). L'accompagnement du soignant a un impact sur ce sentiment de compétence, sur leur confiance à gérer leurs responsabilités et enfin sur le plaisir à interagir et jouer avec leur enfant.

3.3. Description d'un PRIO de type III

Le Programme d'Intervention en orthophonie est un soin par objectifs basé sur la mise en place de stratégies négociées en partenariat avec le parent. Il nécessite une alliance thérapeutique forte impliquant le respect et la collaboration (Bo, 2010).

Cette modalité de soin offre aux parents la possibilité d'acquérir des compétences et des stratégies bénéfiques pour le développement de la communication et du langage de leur enfant.

Les objectifs s'axent sur la mise en place de situations et de contextes idéaux au travers de différentes approches telles que créer des occasions de communication, suivre la direction de l'enfant, construire et établir des routines sociales. Ces objectifs doivent rester minimalistes pour assurer une réussite et un renforcement positif du parent.

Nous avons choisi de nous rapprocher du format d'une session d'un Programme d'Intervention de type Hanen :

- la préparation aux apprentissages a pour objectif de préparer les parents à ce qui va être proposé, de résumer leurs connaissances de départ et de faire appel à leur expérience personnelle
- la présentation des informations donne des explications et augmente les connaissances et les savoirs des parents sur les points précis abordés dans la session grâce à différents supports
- la pratique d'activités fournit aux parents l'occasion de faire des essais, de mettre en place des jeux de rôle et de développer leur analyse des échanges
- la personnalisation des stratégies permet à chaque famille de personnaliser les actions et de les intégrer dans le vécu quotidien

Dans l'optique de permettre un changement durable du milieu de vie de l'enfant, le Programme d'Intervention en orthophonie vise une généralisation dans le quotidien des habiletés abordées au cours du Programme.

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I. Problématique

Au vu de la Charte D'Ottawa de 1986, l'*empowerment* est défini comme un processus qui vise à augmenter la capacité d'un individu à agir sur son environnement et sur sa propre santé.

Dans le cadre de l'intervention précoce, les programmes d'intervention reposent entre autre sur cette notion d'*empowerment* (St Cyr Tribble, Gallagher, Paul et Archambault, 2001) et placent les parents au premier plan comme acteurs privilégiés du développement de leur enfant.

De plus, selon l'étude menée suite au programme « Infant Health and Development Program » (1985), ce principe d'intervention a montré son efficacité auprès d'enfants prématurés (Mallik, Spiker, 2004).

D'autre part, Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger, & Muller-Nix (2006) tout comme Jacques (2003) décrivent que les enfants prématurés sont une population à risque de développer des difficultés dans la mise en place des interactions de communication. En effet, l'immaturité du nourrisson et le centrage du parent sur l'état de santé de son enfant rendent difficile la perception des précurseurs de communication.

Cependant, le développement du langage et de la communication repose à la fois sur les compétences du nourrisson mais aussi sur les habiletés de communication du parent en tant que partenaire de communication (Brazelton et Cramer, 1991 ; Bruner, 1983 ; Nader-Grobois, 2006).

II. Hypothèse générale

Nous faisons l'hypothèse qu'une prise en charge indirecte de l'enfant prématuré, à travers un Programme d'Intervention en Orthophonie (PRIO) destiné aux parents et basé sur le langage, la communication et leurs précurseurs, engendrerait une expertise des parents et leur permettrait de se centrer positivement sur leur nourrisson, d'améliorer la qualité et la diversité des interactions et faciliterait l'émergence du langage et de la communication.

III. Hypothèses opérationnelles

Nous tenterons, au cours de notre étude, de répondre aux hypothèses opérationnelles suivantes :

- Une prise en charge indirecte, sous la forme d'un PRIO, visant une participation active des parents, permettrait une augmentation et une diversification des comportements de communication chez le parent lors des routines d'interaction soutenant l'émergence du langage et de la communication.

-
- Une prise en charge indirecte, sous la forme d'un PRIO, visant une participation active des parents, modifierait les représentations parentales de la communication à cette période de la vie de leur enfant et aiderait à une prise de conscience des compétences de leur enfant.
 - Une prise en charge indirecte sous la forme d'un PRIO, permettrait l'utilisation au quotidien d'outils présentés au cours du Programme.
 - La mise en place d'un PRIO dans un service de néonatalogie engendrerait une satisfaction du parent et un investissement plus important.

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTALE

I. Population

1. Critères d'inclusion

Ce Programme s'adresse à des enfants nés prématurément et hospitalisés en service de néonatalogie ou soins intensifs au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Nord de Saint-Étienne dans le service du Professeur H. Patural (PUPH).

2. Critères d'exclusion

- Langue maternelle autre que le français
- Distance entre l'hôpital et le domicile dépassant 30 kilomètres
- Engagement du pronostic vital de l'enfant
- Contre-indication du personnel soignant
- Enfants en réanimation

3. Recrutement de la population

Avant de débiter le recrutement de notre population, nous avons tout d'abord présenté notre projet à l'équipe médicale et à l'équipe soignante sur impulsion du Pr. Patural, désireux de développer un pôle orthophonie dans son service de néonatalogie.

Le recrutement de la population s'est déroulé en septembre et octobre 2011, au cours d'une période d'immersion dans le service.

Suite à une concertation avec le chef de service, H. Patural, et l'équipe soignante, nous avons proposé notre projet à toute famille respectant les critères d'inclusion et d'exclusion par le biais d'une présentation orale et d'une brochure descriptive (cf. annexe I).

Les parents ont disposé d'un temps de réflexion à l'issue duquel ils choisissaient ou non de participer au PRIO.

Suite à ces interventions, quatre familles ont décidé de participer au Programme.

4. Présentation de la population

	Camille	Sacha	Lucien	Baptiste	Matthieu
Sexe	Féminin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin
Date de naissance	28/07/2011	26/09/2011	26/09/2011	21/09/2011	04/09/2011
SA	25 SA + 3 jours	31 SA + 2 jours	31 SA + 2 jours	36 SA	41 SA Enfant malade non prématuré
Poids de naissance	761g	1555g	1580g	2500g	5170g
Type de naissance	Césarienne	Césarienne	Césarienne	Césarienne	Césarienne
Type d'alimentation	Sonde oro-gastrique	Sonde naso-gastrique	Sonde naso-gastrique	Nutrition parentérale	Sonde naso-gastrique
APGAR	2-7	10-10-10	8-10-10	10-10-10	1
Informations médicales complémentaires	À la naissance : • contexte infectieux, • bradycardie, • absence de respiration spontanée, • ventilation par CEPAP*	• Grossesse gémellaire • Retard de Croissance Intra-Utérin* (RCIU)	• Grossesse gémellaire • Retard de croissance Intra-Utérin (RCIU)	À la naissance : • contexte infectieux • laparoschisis* (première intervention chirurgicale à la naissance) Intubation pendant 6 jours	À la naissance : • souffrance fœtale anoxique • anomalie de rythme cardio-fœtal • macrosomie*
Lieu d'hospitalisation lors du recrutement	Soins intensifs	Néonatalogie	Néonatalogie	Soins intensifs	Néonatalogie
Place dans la fratrie	1	1 (frère jumeau de Lucien)	1 (frère jumeau de Sacha)	1	3
Situation familiale	En couple	En couple	En couple	En couple	Absence du père depuis la naissance
Domicile des parents	Saint-Étienne	Saint-Étienne	Saint-Étienne	13 km de Saint-Étienne	Mère congolaise, hébergée dans la maison de parents attenante à l'hôpital
Profession du père	Informaticien	Informaticien	Informaticien	Agent territorial	Inconnue
Profession de la mère	Infirmière en bloc opératoire	Monitrice éducatrice	Monitrice éducatrice	Infirmière en gériatrie	Inconnue

Tableau 1 : Présentation de la population

Deux familles ont cessé de participer aux sessions. Les parents de Baptiste, du fait de la gravité de l'état de santé de leur enfant, n'ont pu assister qu'aux première et deuxième sessions et se sont retrouvés dans l'impossibilité physique et psychique de se rendre aux ateliers suivants.

La mère de Matthieu, quant à elle, connaissait un contexte social très difficile et n'a été présente que lors de la première session.

Nous n'avons plus eu de contacts avec ces deux familles après leur départ du PRIO, par conséquent, l'évaluation post-Programme n'a pu avoir lieu et l'analyse des données les concernant n'a pas été effectuée.

II. Protocole

Notre étude se base sur la mise en place d'un Programme d'Intervention Familiale au sein d'un service de néonatalogie (CHU Saint-Étienne Nord). Afin de mesurer l'effet de ce Programme, des évaluations pré et post-Programme ont été réalisées.

1. Organisation du Programme d'Intervention

1.1. Moyens et dispositifs

1.1.1. Lieu

Chaque session du Programme s'est déroulée au CHU dans une salle mise à disposition par H. Patural. Certaines familles sont rentrées au domicile pendant le PRIO et revenaient pour les sessions.

1.1.2. Participants

Les sessions sont ouvertes aux parents ainsi qu'à leur enfant, une fois celui-ci sorti du service de néonatalogie et retourné au domicile familial. Toutes les personnes des familles souhaitant participer ont été les bienvenues. Ainsi, le grand-père d'un des enfants est venu assister à une session.

Nous souhaitons préciser que le personnel soignant a été invité à participer aux sessions afin de mieux comprendre en quoi consistait notre projet.

Le PRIO a été mené par Agnès Bo, orthophoniste (ISTR, Université Claude Bernard Lyon 1) formée au Canada à ce type d'accompagnement familial. Nous avons participé à toutes les sessions et sommes intervenues selon les besoins et les activités.

1.1.3. Organisation d'une session

Chaque session s'articule autour d'objectifs, desquels découlent des actions précises que les parents choisissent d'effectuer avant la session suivante.

La session s'organise autour de quatre temps forts :

- accueil des familles
- retour sur la mission précédente (à partir de la 2^{ème} session) : chaque parent fait part de ce qu'il a mis en place au cours de la semaine ainsi que de ses ressentis et de ses questionnements.
- temps d'échanges et réflexions autour des thèmes propres à la session
- actions de la semaine : se déroulant sur un temps ciblé choisi par le parent. Nous avons choisi d'appeler *mission* les actions précises que choisissent de mettre en place les parents à partir des outils donnés. La mission inclut également une autoanalyse du parent et une observation des réactions de son enfant (cf. annexe IV).
- collation et échanges libres, occasion pour les parents de poser d'autres questions et de partager leurs expériences.

Chaque session a été préparée d'une semaine sur l'autre en prenant en compte le déroulement de la session précédente. Ces sessions ont été construites en collaboration avec Agnès Bo à partir d'outils existants tels que les Programmes Hanen (Manolson, 1997) et Les Apprentis aux pays de la communication (Leclerc et Vézina, 2002).

1.1.4. Matériels et supports

a. *Boîte à outils et Outils centraux*

Le Programme a pour objectif de transmettre des notions clés, relatives aux domaines du langage, de la communication et de leurs précurseurs, donnant aux parents des connaissances et proposant des stratégies facilement utilisables dans les routines quotidiennes avec leur enfant.

Nous avons donc modélisé ces notions sous la forme d'outils, regroupés au sein d'une *Boîte à outils* (cf. annexe II) permettant un accès plus concret à la compréhension et à l'utilisation de ces différentes notions.

Les notions centrales sont :

- le *Sas* : laisser à un enfant le temps d'élaborer une réponse
- *Faire le hibou* : observer, attendre, écouter

Ces deux notions sont indispensables à l'utilisation des autres outils. Pour cette raison, ils sont appelés *Outils centraux*. Toutes ces notions seront explicitées et définies dans la partie ci-dessous : « Déroulement des sessions ».

b. Supports

Type de supports		Descriptif
Supports écrits	Paperboard	- Fil conducteur de la session avec : • Le retour sur les missions précédentes • Les thèmes abordés lors de la session • Les mots et idées clés de la session - Illustrations sous forme d'images, de dessins et de logos
	Porte-folio	- Un porte-folio par famille comprenant : • Des fiches « mémos » • Des fiches d'information • Des fiches de formation • Des fiches « mission »
	Quizz	- Quizz réalisé en groupe afin d'aborder les repères développementaux de l'enfant entre 0 et 3 mois
Supports vidéos	Films	- Destinés à entraîner les parents à observer les attitudes de communication, facilitatrices ou non : • Extrait de <i>La grande Vadrouille</i> (Oury, 1966) • Bande-annonce de <i>The Artist</i> (Hazanavicius, 2011)
	Dessin-animé	- Destiné à entraîner les parents à observer les attitudes de communication au cours du repas : • Extrait de <i>La Belle et le Clochard</i> (Walt Disney, 1955)
	Vidéos interactions parent/enfant	- Destinés à entraîner les parents à observer les attitudes de communication du bébé et ses compétences
Jeux et animations	Jeux de rôle	- Autour des thèmes de : • La prise de tour, le maintien et la rupture de l'interaction • L'imitation
	Jeu des praxies	- Destiné à faire découvrir aux parents les différentes praxies possibles et ainsi focaliser leur attention sur la sphère oro-faciale et sa musculature, aussi bien sur le plan de l'alimentation que de l'articulation.

Tableau 2 : Présentation des supports du PRIQ

1.2. Déroulement des sessions

Le Programme comprenait cinq sessions à raison d'une session par semaine. Chaque session a duré de 1 heure 30 à 2 heures. Au cours de chaque session, différents thèmes ont été abordés. L'objectif étant à la fois de donner de l'information aux parents et de les former à l'observation et à l'utilisation d'outils concrets pouvant être utilisés dans le quotidien.

Un tableau synoptique récapitulant l'ensemble des sessions est présent en annexe V.

1.2.1. Session 1

La première session du Programme a joué un rôle d'introduction et de sensibilisation au langage et à la communication et à l'importance de l'observation de l'enfant pour repérer les indices de communication.

a. Les informations présentées

Un modèle dynamique de la communication : la communication, un cadeau à offrir

La première notion présentée aux parents a été la compétence langagière, modélisée sur le schéma de Bloom et Lahey (1978), et interprétée par Leclerc (2002) dans « Les Apprentis au pays de la communication » sous la forme du cadeau : « la communication, un cadeau à offrir ». Cette modélisation comprend les trois pôles de la compétence langagière repris sous les termes de l'*emballage*, l'*occasion* et l'*objet*.

Après avoir présenté cette interprétation, avec la métaphore du cadeau, nous avons choisi de commencer par aborder le pôle Forme ou *emballage* qui correspond à la manière dont l'enfant communique. Pour ce faire, les parents ont été sensibilisés à la recherche d'indices de communication chez leur bébé selon différentes modalités : corporelles, visuelles et sonores.

Laisser à un enfant le temps d'élaborer une réponse : le Sas

Cette première session a également été l'occasion de présenter le premier *Outil central* de ce Programme que nous avons nous même conceptualisé et nommé le *Sas*. Celui-ci peut être défini comme le temps d'attente entre une demande et une réponse afin de permettre à l'enfant de prendre son tour. Le *Sas* se révèle être l'opposé d'une sollicitation dans la mesure où il représente un temps et un espace d'attente bienveillante et active d'une réponse de l'enfant ou de la réitération d'une demande.

La plurimodalité de la communication

Après avoir abordé la communication dans son ensemble, il nous a paru intéressant d'insister sur les différents canaux de communication comme le regard, la gestualité et la mimique, confirmant leur importance dans le maintien et la rupture de l'échange.

b. Les mises en action

Des *brainstormings* ont été proposés aux parents, l'un pour récolter des mots clés concernant leurs représentations de la communication, et l'autre afin de rassembler les indices qu'ils ont identifiés dans la communication avec leur enfant. Un *brainstorming* consiste en la mise en commun d'idées et de connaissances autour d'un sujet donné.

Deux extraits de films ont permis aux parents de s'exercer à l'observation de la plurimodalité de la communication en mettant en avant l'importance du regard, de la gestualité et de la mimique. L'observation d'une scène de dispute entre deux personnages a été l'occasion d'évoquer les comportements de communication jouant un rôle dans le maintien et la rupture de l'interaction.

c. La mission de la semaine

L'objectif de la première mission a été adapté à chaque famille en fonction des envies et des propositions de chacun. Ceci a permis à chaque parent de s'investir, dès le départ, dans le PRIO.

1.2.2. Session 2

a. Les informations présentées

Observer, attendre, écouter : *Faire le hibou*

Le deuxième *Outil central* a été présenté au cours de cette session afin que les parents aient les premières clés en main pour découvrir les éléments constitutifs de la *Boîte à outils*.

Faire le hibou constitue donc ce deuxième *Outil central* et correspond à l'adoption d'une attitude bienveillante envers l'enfant en utilisant l'observation, l'écoute et l'attente. Adopter une telle attitude centre les parents sur leur enfant et accroît leur sensibilité à ses comportements. Cette notion est issue du Programme Hanen (Manolson, 1997) et permet de renforcer la mise en œuvre du *Sas*.

Imiter : *Imiter bébé*

L'imitation est le premier élément de ce que nous appelons la *Boîte à outils*. Ce principe d'imitation a été abordé sous deux angles différents :

- la mise en avant des capacités d'imitation du bébé
- l'importance pour les parents d'imiter leur enfant, aussi bien dans ses gestes que ses mimiques ou ses productions vocales.

Imiter son enfant donne de la valeur à ses productions, entraîne chez lui un sentiment de réassurance et l'encourage à imiter à son tour. Une fiche mémo a été remise aux parents afin d'insister sur ces notions.

Observer : les attitudes de communication

Dans l'objectif d'approfondir la notions de maintien et rupture de l'interaction, nous avons tenté d'amener les parents à réfléchir sur les attitudes de communication, verbales ou non verbales, facilitatrices ou défavorables, au bon fonctionnement de l'échange.

b. Les mises en action

Différents supports ou activités ont été proposés aux parents pour les sensibiliser au rôle de l'imitation dans les interactions parent/enfant :

- la « métaphore des logos de grandes marques » : en imitant nous donnons de la valeur à ce que nous imitons, tout comme la contrefaçon, par l'imitation, permet de reproduire un objet de valeur.
- un extrait vidéo d'un moment d'interaction entre un parent et son enfant illustrant l'imitation
- un jeu de rôle ayant pour objectif de montrer le caractère naturel de l'imitation

En ce qui concerne les attitudes de communication, les parents se sont exercés à l'observation au travers d'un jeu de rôle.

c. La mission de la semaine

La mission en lien avec cette session avait deux objectifs :

- *Imiter bébé et observer ses réactions,*
- observer la communication de son enfant afin de remplir deux grilles faisant référence au *cadeau de la communication* :
 - « Votre bébé, qu'a-t-il à vous dire ? »
 - « Comment et pourquoi mon bébé communique ? »

1.2.3. Session 3

a. Les informations présentées

L'oralité alimentaire et verbale : l'arbre de l'oralité

La troisième session a permis d'introduire la notion d'oralité afin de sensibiliser les parents et de les informer sur ce domaine connu comme pouvant être problématique chez les enfants prématurés. Nous avons décidé d'inclure cette notion d'oralité dans la *Boîte à outils* sous le nom de *Parler, manger*.

De ce fait, l'oralité a été symbolisée par un arbre (cf. annexe III) afin de mettre en avant le lien étroit entre oralité verbale et oralité alimentaire que nous avons représentées par deux branches distinctes issues du même tronc et s'entrecroisant à différents niveaux. Le *parler* et le *manger* sont présentés aux parents comme deux systèmes indissociables.

En effet, chez le nourrisson, l'acte de manger prépare l'acte de parler dans la mesure où l'alimentation favorise le développement des praxies et de la motricité buccale. De plus, ce moment d'alimentation étant une routine quotidienne, il constitue une des meilleures occasions de moments d'interactions avec l'enfant. Ainsi, lors de la session, il a été mis en avant l'importance de la pratique du *Sas*, du regard, de l'imitation et de toutes les habiletés de communication pouvant faciliter l'interaction.

De la même manière, le temps d'alimentation est soutenu par les interactions parent/enfant qui vont permettre une meilleure qualité de la prise alimentaire.

Verbaliser et sémantiser : Prêter ses mots

Prêter ses mots à son enfant signifie verbaliser et sémantiser ce qu'il ne peut pas encore dire afin de valoriser sa place d'interlocuteur. Cette action demande une observation attentive des manifestations de l'enfant telles que les mimiques, les gestes, les bruits et les regards afin de se situer au plus près de ce que l'enfant propose ou émet.

Installer les tours de parole : Prendre son tour

Prendre son tour est un outil favorisant le tour de parole au cours des échanges parent/enfant. Aider l'enfant à prendre son tour consiste à la fois à répondre à ses sollicitations et à valider ses productions. En effet, le tour de parole a été défini comme un échange constitué de trois composantes : une initiative du premier locuteur, une réponse du deuxième locuteur à la sollicitation et une validation du premier locuteur.

Ces deux notions font parties de la *Boîte à outils*. Une fiche mémo pour chaque outil a été distribuée aux parents.

b. Les mises en action

Un jeu de rôle ayant pour but d'illustrer l'importance du respect des tours et la nécessité de donner sa place à l'autre dans les échanges langagiers, a été proposé aux parents.

c. La mission de la semaine

La mission proposée à la fin de cette session reprenait les notions de *Prêter ses mots* et *Prendre son tour*. Tout d'abord, les parents ont été invités à choisir un moment précis de la journée pendant lequel ils pourraient *prêter des mots* à leur enfant. Enfin, il a été proposé aux parents de s'exercer à favoriser la prise de tour à un moment précis.

1.2.4. Session 4

a. Les informations présentées

Une description approfondie de l'oralité a été effectuée en insistant sur l'importance d'être en relation avec son enfant au moment du repas, quelque soit le type d'alimentation (alimentation per os, entérale ou parentérale discontinue). Au cours de cette session, des informations ont été fournies aux parents quant aux rôles et à l'utilisation des stimulations bucco-faciales dont certaines sont pratiquées dans le service de néonatalogie et connues des parents.

Il nous a paru important d'insister sur cette notion d'oralité étant donné le contexte d'alimentation difficile lié à la nutrition artificielle qu'ont connu les enfants participant au PRIO.

Repas, échanges et plaisir : *la connexion pendant le repas*

Le moment du repas se révèle être un temps de socialisation et de communication ainsi qu'un temps privilégié de partage, d'échanges et de plaisir, au cours duquel le parent nomme et explique le monde à son enfant. Dès lors, nous avons souhaité insister sur ce moment de connexion étant l'occasion pour les parents d'être attentifs aux regards, à la pratique de pauses et à la pratique du *Sas* afin de valoriser la place d'interlocuteur de l'enfant.

Les stimulations bucco-faciales

Aborder cette notion d'oralité a permis d'insister sur l'idée de bien manger pour bien parler et vice versa. Pour ce faire, une fiche pratique de massages bucco-faciaux a été remise et expliquée aux parents. Elle vise l'investissement de la sphère oro-faciale par la stimulation des muscles impliqués dans l'alimentation et la production de la parole. Cette fiche a été inspirée du mémoire de recherche en orthophonie de Portal et Pozard (2007).

Les parents ont pu ainsi découvrir la variété des massages réalisables au niveau de cette zone de la bouche et du visage.

Les repères développementaux de l'enfant entre 0 et 3 mois

Parallèlement, nous avons souhaité présenter un tableau des repères développementaux de l'enfant de 0 à 3 mois dans les domaines de la communication, de l'alimentation, du développement cognitif et psychomoteur. En effet, une naissance prématurée peut déstabiliser les parents dans la mesure où leur enfant sera en décalage, durant les premiers mois, dans son développement par rapport aux enfants nés à terme.

b. Les mises en action

La connexion pendant le repas a été illustrée par la diffusion d'un extrait de dessin-animé dans l'optique de mettre en évidence l'importance de l'attention à l'autre, du partage, du plaisir, des pauses et du regard.

Une démonstration d'exercices de praxies a eu pour but de montrer aux parents la diversité des praxies bucco-faciales et le rôle des différents muscles du visage et de la bouche dans celles-ci.

Enfin, un quizz interactif sur le développement de l'enfant a permis d'introduire le tableau des repères développementaux que nous leur avons fourni.

c. La mission de la semaine

La mission s'articulait autour de deux objectifs permettant de faire le lien entre oralité verbale et oralité alimentaire :

- la pratique des massages bucco-faciaux de leur choix
- l'observation de leur enfant au moment de repas sous l'angle de la communication en étant attentif aux différentes modalités présentes

1.2.5. Session 5

a. Les informations présentées

Cette cinquième session avait pour objectif de travailler autour du thème *Comprendre le monde et prendre sa place*, dernier outil de la *Boîte à outils* afin de fournir aux parents les moyens d'aider leur enfant à comprendre le monde qui l'entoure et à diversifier les utilisations du langage.

Les routines quotidiennes : *Vivre, comprendre et dire*

Vivre, comprendre et dire est une notion présentée aux parents qui leur a permis de prendre conscience de l'importance des routines quotidiennes, créant des formats, au cours desquels l'enfant assimile progressivement le déroulement des actions et anticipe la réaction de l'autre. Ces routines interactives sont décrites par Bruner comme essentielles dans le développement de la communication. En effet, c'est au travers du vécu d'expériences que l'enfant comprend, petit à petit, les situations et pourra, par la suite, y prendre part de manière active en prenant son tour et ainsi développer son langage.

Afin de mieux illustrer ce principe, nous avons choisi l'exemple du bain, routine quotidienne appréciée par tous les enfants participant au PRIO.

Les différentes utilisations du langage : *le Cercle*

Ce deuxième outil, le *Cercle* (cf. annexe III), visait à présenter les nombreuses utilisations du langage comme nommer, décrire, expliquer, parler des sentiments, faire des projets, parler de l'avenir, etc. Pour créer cet outil, nous nous sommes largement inspirées du Programme Hanen (Manolson, 1997) qui comprend un module similaire.

Par le biais du *Cercle*, les parents ont pu découvrir l'existence et l'importance du *langage des émotions* (parler des sentiments, parler de l'avenir, faire des projets) qui est le langage privilégié des enfants. En effet, les adultes ont plutôt tendance à utiliser le *langage des apprentissages* (décrire, nommer, expliquer), certes primordial pour favoriser les apprentissages de l'enfant mais insuffisant pour l'épanouissement et le développement de l'enfant. C'est en étant exposé au *langage des émotions* que l'enfant s'approprie son histoire et se crée des souvenirs.

b. Les mises en action

Aucune activité spécifique n'a eu lieu car les parents étaient désireux de s'exprimer et de poser de nombreuses questions restées en suspens. Le débat s'est spontanément orienté sur la question du développement du langage chez les jumeaux et sur le bilinguisme.

c. La mission de la semaine

La mission a proposé aux parents de porter leur attention sur les routines interactives et de mettre des moyens en œuvre pour aider leur enfant à *Comprendre le monde et prendre sa place*. Dans un second temps, ils ont pu aussi expérimenter l'utilisation du *Cercle* : l'objectif a été de pratiquer toutes les utilisations du langage lors d'une activité ciblée avec leur enfant.

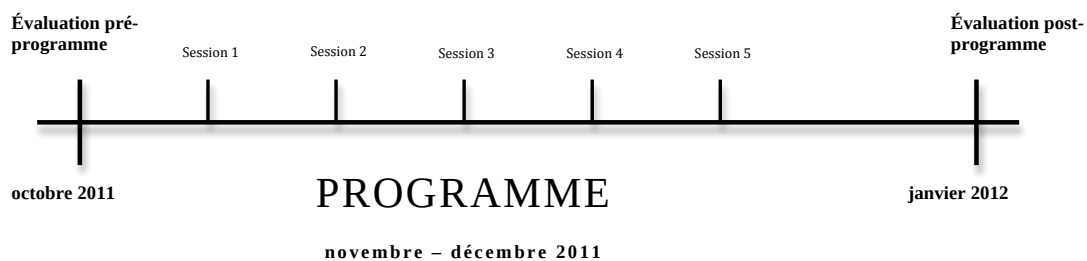
2. Evaluation

2.1. Evaluation comparative

Une évaluation a eu lieu avant et après le Programme. Cette évaluation fera l'objet d'une analyse qualitative pré et post-Programme sous forme d'étude de cas uniques.

En raison du retour à domicile des enfants au cours du PRIO, les évaluations n'ont pas pu avoir lieu dans les mêmes conditions. La première évaluation s'est déroulée au sein de l'hôpital alors que la seconde s'est faite au domicile de l'enfant.

Afin de laisser du temps aux familles pour s'approprier les différents outils du Programme, l'évaluation post-Programme a eu lieu un mois et demi après la fin du Programme.



2.2. Méthode

2.2.1. Entretien semi-dirigé

Un entretien semi-dirigé est effectué, pour chaque famille, avant et après le Programme (cf. annexes VI et VII). Ces entretiens ont duré en moyenne trente minutes.

L'entretien réalisé avant le Programme a pour objectif de faire connaissance avec la famille, d'évoquer le contexte de la naissance prématurée de l'enfant et ses retentissements sur la sphère familiale. D'un point de vue de l'oralité, cet entretien a permis de mieux connaître la manière dont l'enfant a été alimenté depuis sa naissance et de tenter de définir les modalités de communication que les parents utilisent avec leur bébé et les connaissances qu'ils ont dans ce domaine. Différents thèmes ont servi de fil directeur à l'entretien :

- l'histoire de la naissance
- la vie au sein du service de néonatalogie
- les interactions de communication
- l'alimentation et les stimulations orales
- le retour à la maison

L'entretien réalisé après le Programme a été l'occasion pour les parents de s'exprimer sur leur vécu des sessions, les missions qu'ils ont réalisées, les bénéfices qu'ils en ont tirés à court et à moyen terme. Les parents ont été questionnés sur les attitudes de communication qu'ils ont découvertes ou qu'ils ont approfondies. Ils ont été également interrogés sur leur représentation de la communication et du développement du langage chez leur enfant.

Nous avons tenté de reproduire des conditions similaires lors de ces deux entretiens. Pour ce faire, l'entretien avant et après le Programme a été réalisé par la même personne.

2.2.2. Corpus vidéos d'interactions parent/enfant

Des enregistrements vidéos d'interactions parent/enfant ont été réalisés avant et après le Programme. Etant donné le degré fluctuant de la vigilance d'un enfant prématuré, nous avons choisi de réaliser les films au cours de situations de bain, de change ou d'alimentation, propices aux interactions et à une meilleure vigilance de l'enfant.

L'ensemble des enregistrements vidéos s'élève à un total de 2 heures, 8 minutes et 52 secondes. Le corpus en pré-Programme représente 1 heure, 29 minutes et 24 secondes et concerne l'ensemble des enfants de la population. Le corpus vidéo post-Programme, concernant seulement les familles de Lucien, Sacha et Camille, représente 1 heure, 19 minutes et 28 secondes.

À partir de ces corpus, sont présentées ci-dessous les séquences vidéos sélectionnées pour l'analyse :

Enfant	Évaluation	Routines	Parent concerné	Temps de la séquence
Camille	Évaluation pré-Programme	biberon	mère	90s
		bain (savonnage)	mère	90s
		bain (trempage)	mère	90s
	Évaluation post-Programme	biberon	père	90s
		bain (savonnage)	mère	90s
		bain (trempage)	mère	90s
Lucien	Évaluation pré-Programme	biberon	mère	90s
		change	mère	90s
		change (rhabillage)	mère	90s
	Évaluation post-Programme	biberon	mère	90s
		change	mère	90s
		change (rhabillage)	mère	90s
Sacha	Évaluation pré-Programme	-	-	-
		bain (séchage)	père	90s
		bain (trempage)	père	90s
	Évaluation post-Programme	-	-	-
		bain (savonnage)	père	90s
		bain (trempage)	père	90s

Tableau 3 : Présentation des corpus vidéos

Les séquences sélectionnées ont fait l'objet d'une analyse quantitative et qualitative au moyen d'une grille d'observation des comportements de communication du parent. Pour la création de cette grille, nous nous sommes inspirées d'éléments théoriques (Reissland, 1998), des outils abordés lors du PRIO ainsi que d'éléments tirés du premier visionnage des enregistrements vidéos.

Ces enregistrements vidéos nous permettent de rendre compte des modes de communication de chaque famille et de mesurer d'éventuelles modifications suite au Programme telles que l'utilisation de la *Boîte à outils* et des *Outils transversaux*. L'objectif de la grille est donc de rendre compte des actes de langage utilisés par le parent, des stratégies conversationnelles, de l'expressivité du visage, du regard et des comportements de tendresse. Chaque item de cette grille est explicité dans l'annexe IX.

L'unité d'observation de cette grille est une unité temporelle. En effet, nous cherchons à mesurer le temps d'apparition en secondes d'un comportement de communication du parent, sur une durée de 90 secondes. À partir des résultats obtenus, nous avons calculé des pourcentages de temps d'apparition de ces comportements. Il est important de mentionner la présence, sur certains enregistrements vidéos, de hors-champs. Dans ces cas là, le calcul des pourcentages s'est fait à partir du temps où le comportement était visible et non du temps total.

2.2.3. Questionnaire de satisfaction

Le questionnaire de fin de Programme (cf. annexe VIII) a été présenté aux parents au cours de l'évaluation post-Programme et a permis de connaître leur satisfaction par rapport à la forme et au contenu du PRIO. Cette analyse, du point de vue du parent, est nécessaire pour faire émerger les points forts d'un tel Programme et les points faibles qui pourraient faire l'objet d'une amélioration et d'une réflexion dans le but d'optimiser la portée d'un PRIO. Afin d'obtenir ces informations, les parents ont été questionnés sur le déroulement des sessions (la présentation orale, les fiches, le porte folio et les missions) et leurs modalités.

Ce questionnaire est également complémentaire à l'entretien semi-dirigé post-Programme dans la mesure où il donne une indication sur les outils mis en place au quotidien par les familles et sur l'influence de ce Programme sur leurs connaissances et leurs attitudes de communication.

Deux types de questions ont été proposés, des questions ouvertes où le parent est libre d'écrire ce qu'il souhaite et des questions fermées à choix où le parent a quatre possibilités de réponse : pas du tout (coté un point) ; un peu (coté deux points) ; tout à fait (coté trois points) ; beaucoup (coté quatre points). Un score par thème a ainsi été obtenu et nous a permis de calculer un pourcentage de satisfaction :

- de 0% à 25% : pas du tout
- de 26% à 50% : un peu
- de 51% à 75% : tout à fait
- de 76% à 100% : beaucoup

Chapitre IV

PRESENTATION DES RESULTATS

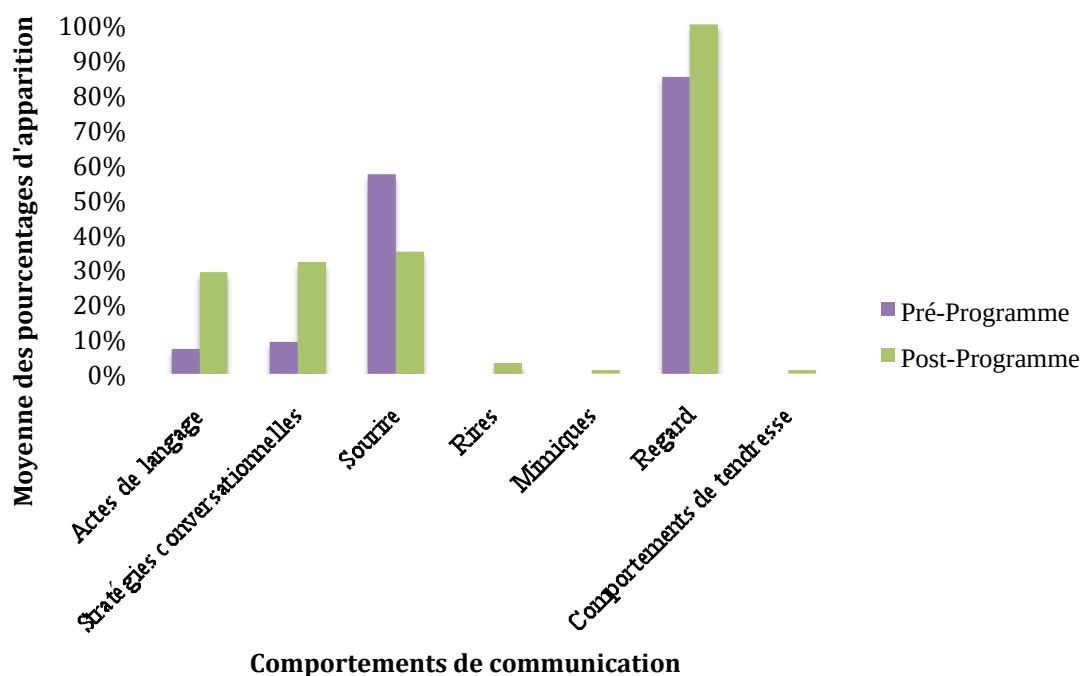
I. Présentation des résultats pour la famille G

1. Résultats de la grille d'analyse des vidéos d'interactions parent/enfant

Pour chaque famille, les données récoltées lors des moments d'interaction ayant fait l'objet d'une analyse vidéo ont été regroupées en une moyenne nous donnant la possibilité d'effectuer une analyse des attitudes de communication du parent en pré et post-Programme.

1.1. Présentation de l'ensemble des comportements de communication des parents

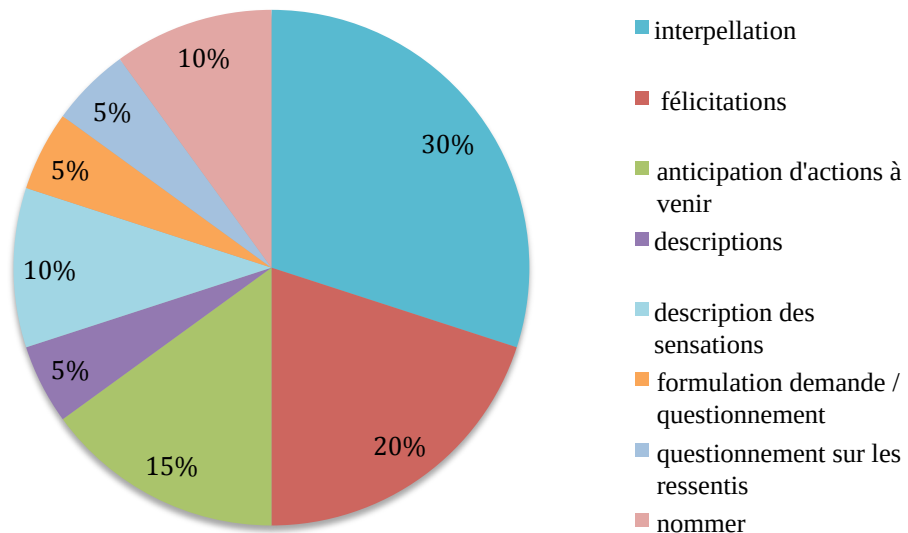
Le graphique illustre le pourcentage d'apparition des items en pré et en post-Programme, pourcentage obtenu par une moyenne. Ces items correspondent aux actes de langage, aux stratégies conversationnelles, aux sourires, aux rires, aux mimiques, aux regards, et aux comportements de tendresse.



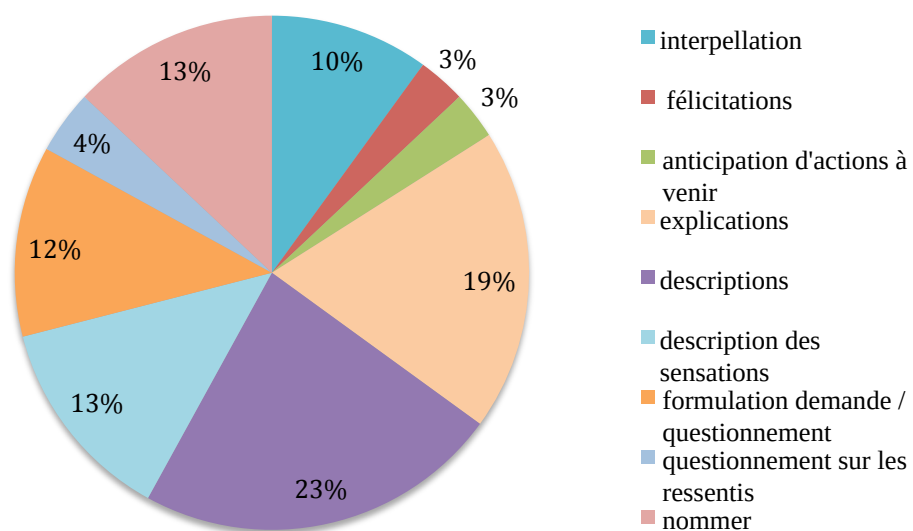
Graphique 1 : Analyse pré/post-Programme des comportements de communication des parents de Camille

1.2. Les actes de langage des parents

Pour rendre compte d’une éventuelle diversification des actes de langage consécutive au PRIO, voici un graphique présentant la répartition des différents types d’actes de langage sur leur totalité, observés en pré et post-Programme.



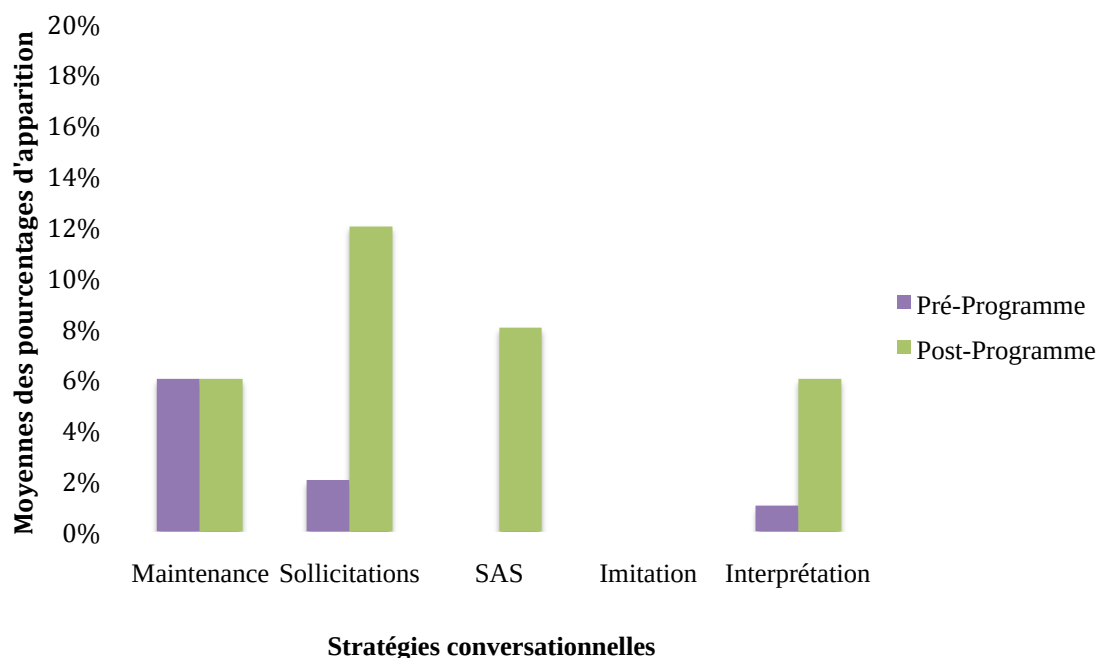
Graphique 2 : Actes de langage Pré-Programme des parents de Camille



Graphique 3 : Actes de langage Post-Programme des parents de Camille

1.3. Les stratégies conversationnelles des parents

Dans le graphique n°4 sont représentés les différents types de stratégies conversationnelles. Elles regroupent des notions abordées lors du PRIO dont certains outils de la *Boîte à outils*.



Graphique 4 : Analyse pré/post-Programme des stratégies conversationnelles des parents de Camille

2. Résultats des entretiens cliniques

Les résultats des entretiens cliniques sont présentés selon différentes entrées à partir des thèmes abordés aux cours de ces entretiens.

2.1. Entretien clinique pré-Programme

Langage et communication

Différentes attitudes de communication utilisées par les parents ont été mises en avant au cours de l'entretien. En effet, les parents semblent beaucoup parler à Camille pour la rassurer et lui expliquer les événements la concernant. La modalité du toucher corporel, notamment les caresses, semble être un moyen de communication investi par les parents.

Les compétences de communication de Camille étonnent ses parents, particulièrement en ce qui concerne le regard et l'attention portée à l'environnement qui l'entoure.

Les parents de Camille accordent facilement des significations à ses manifestations comme le regard, la motricité globale, l'agitation, les mouvements de bouche. Ils les interprètent mais craignent de « *trop interpréter et donner trop de sens aux manifestations* » de Camille.

En ce qui concerne les échanges au cours du repas, ceux-ci sont décrits comme étant parfois difficiles en raison du port de la CEPAP par Camille.

2.2. Entretien clinique post-Programme

Langage et communication

L'élément prégnant lors de ce deuxième entretien est l'importance, pour les parents de Camille, d'avoir été « *confortés et rassurés* » dans leurs attitudes de communication et dans celles de leur fille. Ils évoquent tout particulièrement le fait de lui parler et être dans la répétition des routines quotidiennes. Ils expliquent avoir pris conscience, par le biais du PRIO, du rôle de celles-ci pour permettre à Camille de « *structurer les choses* » et donc de comprendre le monde qui l'entoure.

Les outils mis à disposition dans le PRIO

Le *Sas* est un des outils particulièrement investi par les parents de Camille. Il paraît être utilisé surtout au moment du réveil et lors des repas dans le but d'aider Camille à patienter tout en lui signifiant que sa demande a été entendue.

Imiter bébé est le deuxième outil que les parents ont le plus investi. L'imitation concerne surtout les mimiques et les sons produits par Camille et semble fonctionner assez systématiquement.

Prêter lui vos mots est également utilisé fréquemment dans différentes situations du quotidien.

Parler, manger a été investi de différentes manières. Tout d'abord, le moment du repas est considéré par les parents comme un temps important de plaisir et d'échanges, routine quotidienne reposant sur des pratiques ritualisées comme mettre la bavette à Camille qui comprend alors que c'est l'heure du repas. Il apparaît que c'est au cours des repas que les parents pratiquent certains outils comme le *Sas* cité précédemment. De plus, les parents essaient d'ores-et-déjà de rythmer les repas avec des pauses pour l'instant encore peu tolérées par Camille. Quant aux massages abordés lors des sessions, ils ont été surtout repris par Madame G.

Comprendre le monde et prendre sa place a été investi de différentes manières. Cet investissement s'illustre par le fait que les parents prennent le temps d'explicitement à Camille les routines quotidiennes, telles que le bain et observent une réaction d'anticipation chez leur fille. De plus, ils estiment parler particulièrement de choses concrètes, concernant la situation présente, mais tentent de diversifier leur utilisation du langage en abordant le versant *Langage des émotions*.

Prendre son tour se révèle être plus difficile à appliquer car le temps d'attente pour la prise de tour est ressenti comme trop long pour les parents de Camille qui sont plutôt dans la recherche d'une réponse instantanée.

Découvertes autour du langage

Les parents ont été avant tout étonnés de découvrir que l'apparition des précurseurs du langage est si précoce chez l'enfant. De plus, ils estiment avoir abandonné l'idée préconçue voulant que l'orthophonie ne soit destinée qu'aux enfants ayant des troubles de la lecture et ont découvert le rôle de l'orthophonie « *si tôt dans l'acquisition du langage* ».

Ils nous confient avoir sensibilisé leur entourage à certains outils, notamment *Imiter bébé* qui est à présent utilisé par certains membres de la famille.

La participation au PRIO

Les sentiments les plus prégnants sont ceux de réassurance et de confortation dans la relation qu'ils entretenaient avec leur fille. La mère de Camille évoque le PRIO comme un moyen de « *s'approprier son bébé* ».

Selon eux, avoir participé au Programme leur a permis d'être informés sur la communication du bébé d'une toute autre manière, basée sur les échanges avec Camille, et avoir des explications différentes de celles qu'ils ont l'habitude d'entendre en néonatalogie. Ils ont également apprécié le fait d'être considérés comme les acteurs principaux dans le développement de Camille et dans leur relation avec elle. Selon les dires du père, le PRIO se base sur l'aspect du « *boulot de parents* ».

En ce qui concerne le travail en groupe, les parents expriment la satisfaction d'avoir pu échanger des ressentis, partager des expériences, mais avouent, cependant, avoir été mis mal à l'aise par la situation d'autres parents dont l'enfant était en difficultés, notamment par rapport à la famille A.

Remarques diverses

Lors de l'entretien clinique, les parents évoquent le fait que ce type de Programme ne semble pas seulement destiné aux enfants nés prématurément mais pourrait également être proposé à des parents d'enfants tout-venants.

3. Résultats des questionnaires de satisfaction

3.1. Questions fermées

<i>Mère de Camille</i>		Résultats	Appréciation
Appréciation des ateliers	Présentation orale	22/24	Beaucoup
	Fiches	19/20	Beaucoup
	Porte-folio	18/20	Beaucoup
	Missions	22/28	Beaucoup
Actions mises en place à la maison		68/68	Beaucoup
Apports pour les parents		44/44	Beaucoup

Tableau 4 : Questionnaire de satisfaction de la mère de Camille

<i>Père de Camille</i>		Résultats	Appréciation
Appréciation des ateliers	Présentation orale	21/24	Beaucoup
	Fiches	15/20	Tout à fait
	Porte-folio	11/16	Tout à fait
	Missions	24/28	Beaucoup
Actions mises en place à la maison		54/68	Beaucoup
Apports pour les parents		41/44	Beaucoup

Tableau 5 : Questionnaire de satisfaction du père de Camille

3.2. Questions ouvertes

3.2.1. Réponses de la mère de Camille

Le travail en groupe

Madame G estime que le travail en groupe a été « *enrichissant* » et qu'il a permis « *des échanges sur les expériences et les ressentis* ». Cependant elle s'est sentie gênée face aux autres parents se trouvant dans une situation plus difficile avec leur enfant.

Les sessions

La mère de Camille a particulièrement apprécié la « *bonne humeur* » et « *l'accueil* » réservés aux participants. À un niveau plus pratique, le retour sur les missions a été pour elle un moment important des sessions.

Dans ce questionnaire de satisfaction, la mère de Camille insiste à nouveau sur l'occasion qu'a été le PRIO de « *prendre confiance* » et de « *s'approprier* » son bébé.

Si une suite était proposée à ces sessions, la mère de Camille y participerait volontiers.

Un manque s'est toutefois fait ressentir concernant le retour sur la dernière mission. La mère propose donc une session supplémentaire afin d'approfondir celle-ci.

La complémentarité du PRIO et de la prise en charge en néonatalogie

La mère de Camille affirme cette complémentarité et ajoute que ce type de Programme devrait être « *systématiquement proposé à tous les parents* ».

3.2.2. Réponses du père de Camille

Le travail en groupe

Le père de Camille a trouvé « *intéressant* » de travailler avec d'autres parents. Il a lui aussi exprimé une gêne face à la situation plus complexe de certains parents.

Les sessions

Il a apprécié l'interactivité des sessions et le fait que celles-ci soient « *différentes d'un cours* » et qu'elles donnent l'occasion d'être « *actifs* » et de « *s'impliquer* ».

Si une suite était proposée à ces sessions, le père de Camille y participerait volontiers et se dit même intéressé par un Programme qui durerait toute la « *période d'apprentissage du langage* ».

La complémentarité du PRIO et de la prise en charge en néonatalogie

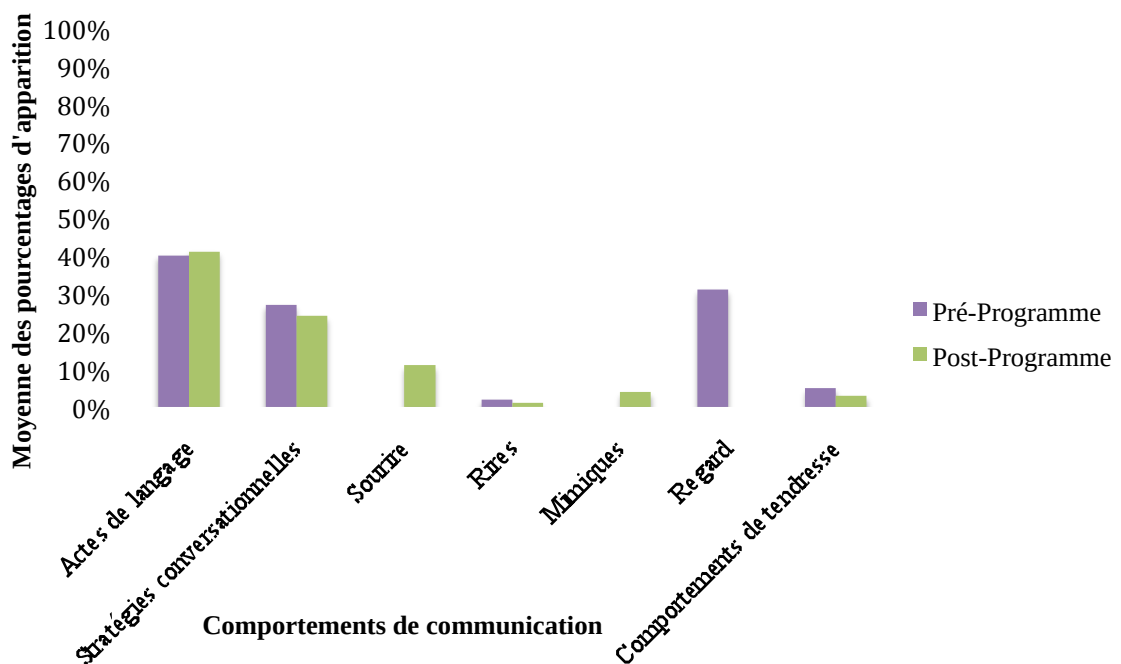
Le père de Camille pense également que ces deux prises en charge sont complémentaires.

II. Présentation des résultats pour la famille B

1. Résultats de la grille d'analyse des vidéos d'interactions parent/enfant

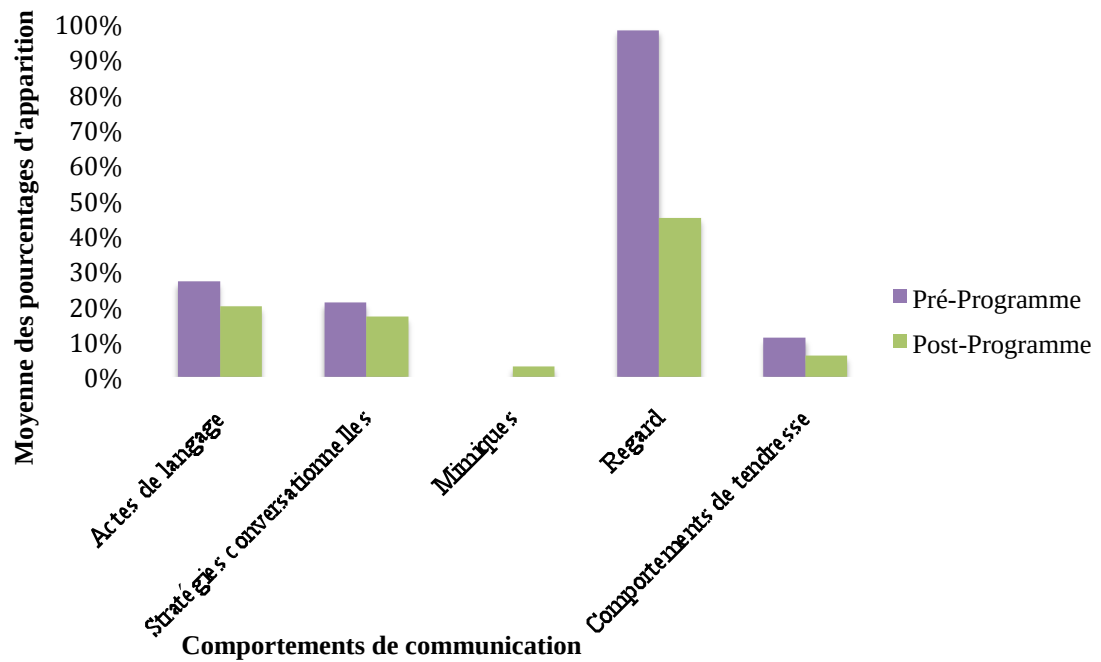
1.1. Présentation de l'ensemble des comportements de communication des parents pour Sacha et Lucien

1.1.1. Sacha



Graphique 5 : Analyse pré/post-Programme des comportements de communication des parents de Sacha

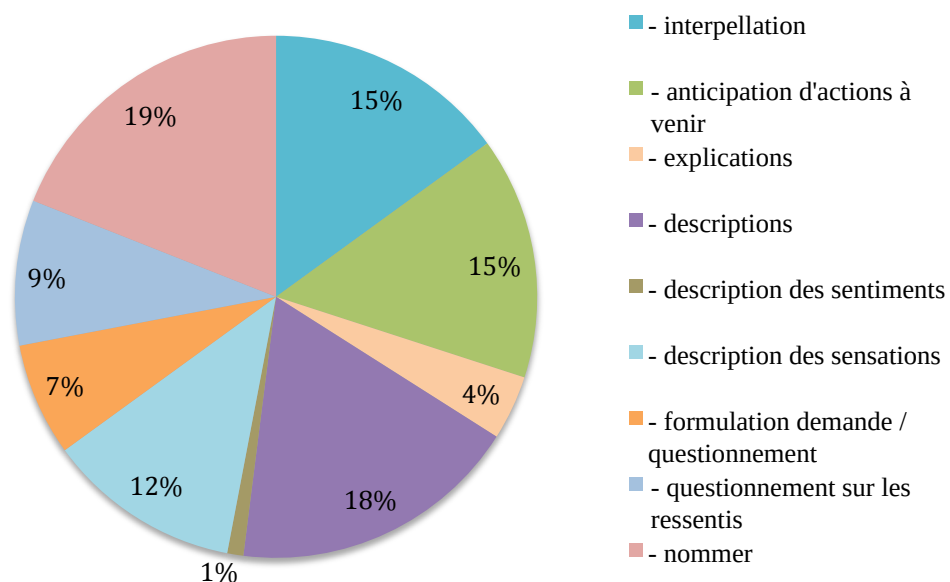
1.1.2. Lucien



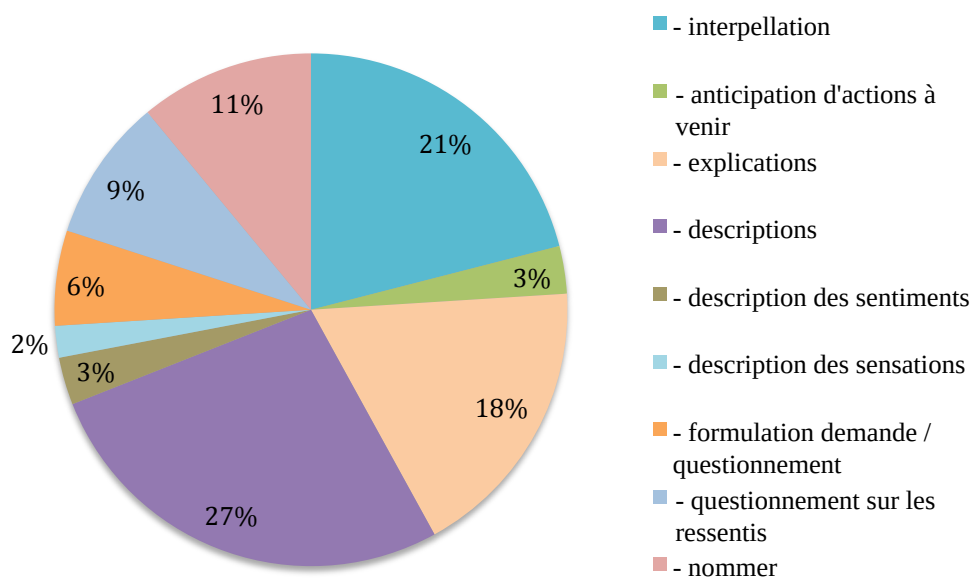
Graphique 6 : Analyse pré/post-Programme des comportements de communication des parents de Lucien

1.2. Les actes de langage des parents de Sacha et de Lucien

1.2.1. Sacha

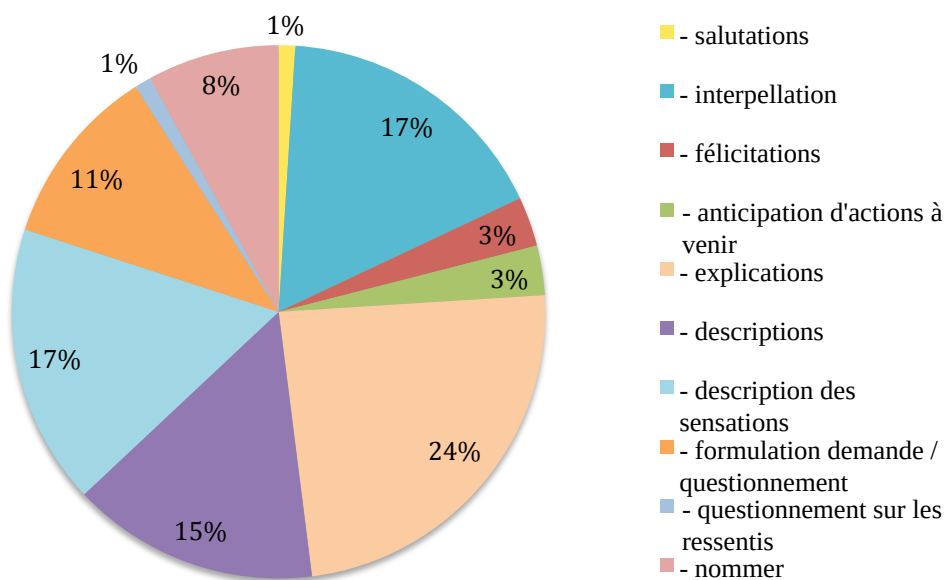


Graphique 7 : Actes de langage pré-Programme des parents de Sacha

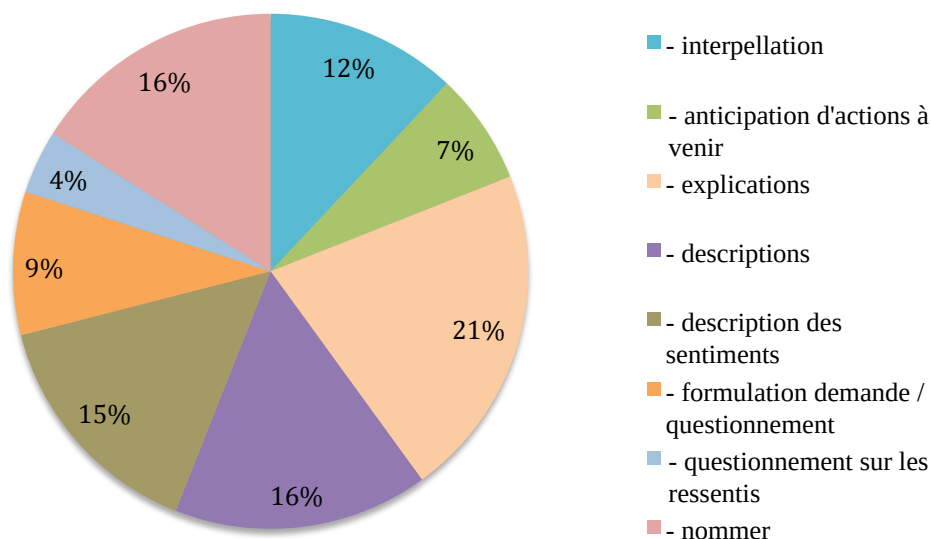


Graphique 8 : Actes de langage post-Programme des parents de Sacha

1.2.2. Lucien



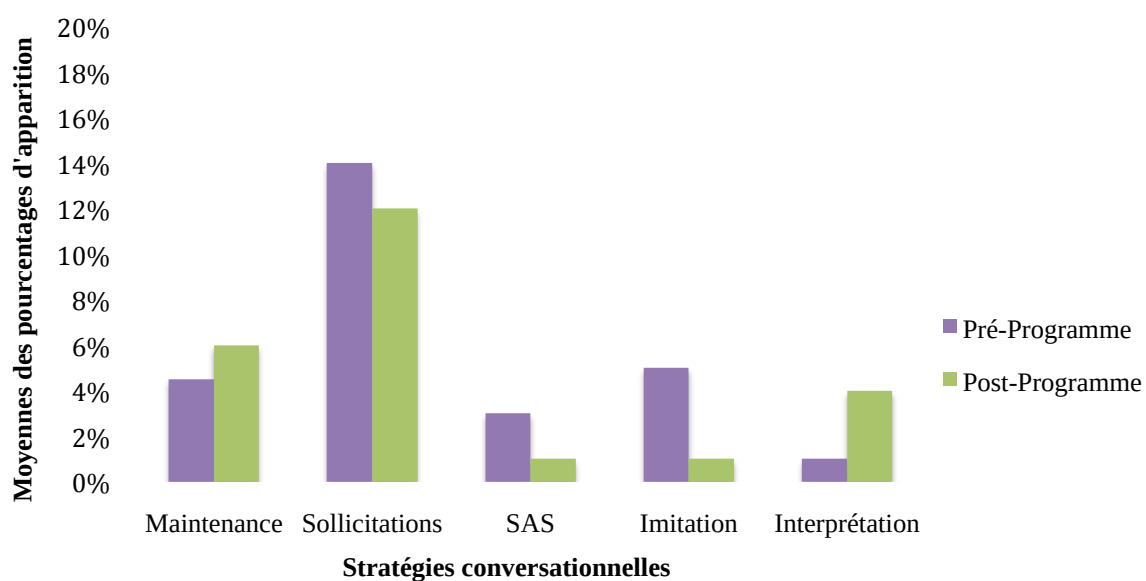
Graphique 9 : Actes de langage pré-Programme des parents de Lucien



Graphique 10 : Actes de langage post-Programme des parents de Lucien

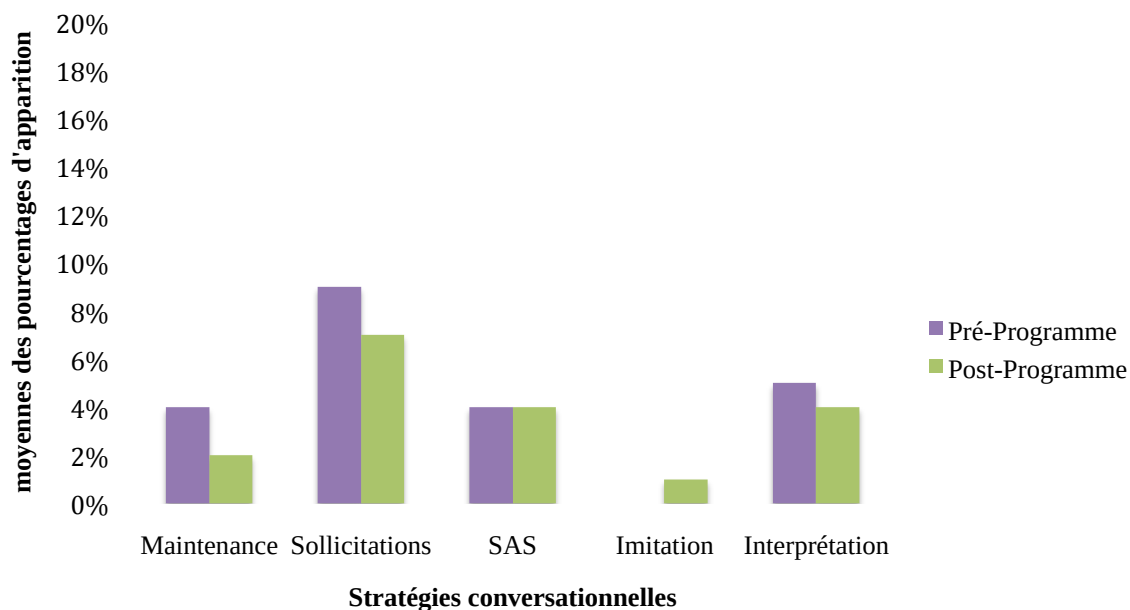
1.3. Les stratégies conversationnelles des parents

1.3.1. Sacha



Graphique 11 : Analyse pré/post-Programme des stratégies conversationnelles des parents de Sacha

1.3.2. Lucien



Graphique 12 : Analyse des stratégies conversationnelles des parents de Lucien

2. Résultats des entretiens cliniques pré et post-Programme

2.1. Entretien clinique pré-Programme

Langage et communication

Les routines quotidiennes, comme le bain et le moment du repas, sont considérées par les parents de Lucien et Sacha comme des moments privilégiés de contact et d'échanges avec leurs enfants. En effet, c'est lors de ces moments qu'ils peuvent porter, toucher leurs bébés, qui sont plus attentifs et regardent davantage leur environnement.

Les parents sont très observateurs des manifestations des jumeaux en ce qui concerne les sons et grognements, les mimiques, le regard et les mouvements de bouche. Cependant ils ne semblent pas pour autant les interpréter en verbalisant.

Pour ce qui est de la communication verbale, les parents parlent beaucoup à leurs enfants. Pour la mère de Sacha et Lucien, le peau à peau est l'occasion de leur raconter leur histoire depuis la grossesse ; le moment du bain est plutôt propice aux explications et à la description de ce qui est en train de se passer. Le père, lui, se sent plus à l'aise pour leur parler dans des situations où il n'a pas à réaliser de tâches particulières ou de gestes techniques. Ce sont donc dans des moments tels que l'endormissement où il leur parle le

plus. De plus, les parents des jumeaux aiment beaucoup utiliser le chant comme modalité de communication avec Lucien et Sacha.

Les stimulations de la sphère orale

Les parents de Lucien et Sacha pratiquent régulièrement les stimulations mais constatent que leur utilité ne leur a été que « *très vaguement* » expliquée.

2.2. Entretien clinique post-Programme

Langage et communication

Le père de Sacha et Lucien explique que, suite au PRIO, il pense parler plus que s'il n'avait pas participé au Programme et aborder avec ses enfants des éléments abstraits du quotidien, chose qu'il n'aurait pas pensé faire spontanément.

La mère des jumeaux pense utiliser davantage les modalités non verbales telles que la mimique ou « *les grimaces* ».

Ils estiment que la *Boîte à outils* les a aidés à faire attention et à détecter les nouveaux comportements de communication apparus chez leurs fils. En effet, leurs enfants prêtent beaucoup plus attention à leur environnement et chacun commence à prendre conscience de la présence de son frère jumeau.

Le chant occupe toujours une place importante dans les échanges, notamment au moment de l'endormissement.

Les outils mis à disposition dans le PRIO

Prendre son tour est l'outil qui a été le plus particulièrement investi par la mère de Sacha et Lucien. En effet, elle a apprécié d'apprendre à attendre leur réponse et dit le mettre en pratique de manière régulière.

Imiter bébé et *Prêter vos mots* sont des outils qu'elle aurait utilisés spontanément même si elle n'avait pas participé au PRIO.

Faire le hibou est l'outil qui a été particulièrement apprécié par le père des enfants pour son caractère « *imagé, concret et marrant* ».

Comprendre le monde et prendre sa place est également utilisé par Monsieur B qui parle davantage du passé et de l'avenir avec ses enfants. Concernant cet outil, il dit : « *ça a été une surprise [...] Ce qui m'a marqué c'est parler du passé et de l'avenir, ça ne me serait pas venu, et je le fais du coup* ».

Le *Sas*, *Imiter bébé* et *Prêter lui vos mots* sont des outils utilisés par les deux parents. Ils nous expliquent que l'imitation est utile et constitue une invitation pour le bébé à poursuivre l'échange.

En ce qui concerne l'outil *Parler, manger*, l'élément le plus prégnant est l'aspect privilégié du repas pour être dans une relation duelle avec chacun de leur fils, en prenant le temps de les nourrir l'un après l'autre. Les pauses au cours du repas sont encore peu pratiquées et les massages autour de la sphère orale n'ont pas été particulièrement réutilisés.

Découvertes autour du langage

Les parents disent avoir découvert les possibilités d'interaction du bébé malgré une naissance prématurée, et l'importance d'entrer en communication avec lui. En effet, ils nous expliquent « *l'enfant ne comprend pas forcément le mot mais il comprend l'intention* ».

Ils ont également découvert le rôle de l'orthophoniste dans l'intervention précoce. L'intervention des orthophonistes les a aidés à « *apprendre à connaître leurs bébés, à les considérer comme des petites personnes et à échanger avec eux* ». Les sessions les ont également aidés à « *entrer en communication avec bébé en repérant d'autres signes de ce qui va et de ce qui ne va pas* ».

Participation au PRIO

Les parents étaient enthousiastes et nous ont fait un retour très positif sur la *Boîte à outils* car elle comprend des éléments « *concrets, marrants, à leur portée* », pouvant être « *rapportés à la maison* ».

Ils ont également apprécié la « *richesse des apprentissages* » qui leur a permis de faire attention aux signaux émis par leurs bébés.

La participation au PRIO a été l'occasion pour les parents de faire des « *découvertes sur leurs bébés* » portant sur d'autres préoccupations que celles de la santé de l'enfant. Pour eux, leurs fils étaient plus considérés « *comme des petits humains* ».

Les sessions semblent avoir été vécues par les parents comme un moment à eux, agréable, leur permettant de rencontrer d'autres parents confrontés à la même situation et d'échanger avec des intervenants, « *pour parler d'autre chose que du physique* ». Le PRIO constituait pour eux « *une ouverture* ».

Remarques diverses

Les parents nous font part d'informations nouvelles qu'ils ont récoltées par le biais de lectures proposées lors du PRIO. Ils ont en effet découvert l'importance du tutoiement lorsqu'ils s'adressent à chacun des jumeaux pour éviter une généralisation de l'utilisation du vouvoiement lorsque leurs fils produiront leurs premiers mots.

3. Résultats des questionnaires de satisfaction

3.1. Questions fermées

<i>Mère de Sacha et Lucien</i>		Résultats	Appréciation
Appréciation des ateliers	Présentation orale	23/24	Beaucoup
	Fiches	17/20	Beaucoup
	Porte-folio	18/20	Beaucoup
	Missions	25/28	Beaucoup
Actions mises en place à la maison		56/68	Beaucoup
Apports pour les parents		30/44	Tout à fait

Tableau 6 : Questionnaire de satisfaction de la mère de Sacha et Lucien

<i>Père de Sacha et Lucien</i>		Résultats	Appréciation
Appréciation des ateliers	Présentation orale	21/24	Beaucoup
	Fiches	17/20	Beaucoup
	Porte-folio	18/20	Beaucoup
	Missions	21/28	Tout à fait
Actions mises en place à la maison		52/68	Beaucoup
Apports pour les parents		31/44	Tout à fait

Tableau 7 : Questionnaire de satisfaction du père de Sacha et Lucien

3.2. Questions ouvertes

3.2.1. Réponses de la mère de Sacha et Lucien

Le travail en groupe

La mère des jumeaux a trouvé « *enrichissant* » de partager des expériences avec des parents dans la même situation qu’eux.

Les sessions

En ce qui concerne l’organisation des sessions, Madame B a apprécié l’animation et les échanges possibles lors du PRIO. De plus, le principe des activités concrètes reproductibles à la maison lui a beaucoup plu. Elle décrit le porte-folio comme un support « *riche d’informations* » et « *complémentaire* » aux sessions. Cependant, elle aurait souhaité qu’une plus large part des sessions lui soit consacrée.

Au niveau du nombre de sessions, la mère des jumeaux remarque qu’il aurait été intéressant qu’il y en ait plus afin « *d’alléger* » certaines d’entre elles qui lui ont paru « *très riches* » en informations.

Si une suite aux sessions était proposée, Madame B évoque l'intérêt de sessions mensuelles « *pour suivre l'évolution de la communication des enfants et avoir de nouvelles pistes* ».

La complémentarité du PRIO et de la prise en charge en néonatalogie

La mère de Sacha et Lucien met en avant le fait que le PRIO est complémentaire à la prise en charge en néonatalogie dans la mesure où « *il est important pour le lien parent/enfant de découvrir que les bébés, même tout petits et faibles, veulent et peuvent communiquer* ». Cependant, elle pense que ce type de Programme n'est pas réservé aux parents d'enfants prématurés, mais serait « *utile dans tous les services de maternité classiques* ».

3.2.2. Réponses du père de Sacha et Lucien

Le travail en groupe

Le père de Sacha trouve que le travail en groupe est préférable au travail individuel car il permet une « *diversité intéressante* ».

Les sessions

Monsieur B a apprécié les « *apports théoriques* », la « *transposition possible au quotidien* », la « *forme ludique des sessions malgré la profondeur des échanges* ».

Pour lui, la fréquence et la durée des sessions étaient bien adaptées. Cependant, le nombre réduit de participants au PRIO l'a interpellé. De plus, il a trouvé les retours sur les missions trop succincts.

Si une suite était proposée à ces sessions, le père des jumeaux y participerait dans la mesure où il pense que ce serait « *intéressant pour le long terme* ».

La complémentarité du PRIO et de la prise en charge en néonatalogie

Pour Monsieur B, le PRIO n'est « *qu'un complément* » à la prise en charge en néonatalogie.

Chapitre V

DISCUSSION DES RESULTATS

I. Analyse des résultats de la famille G

1. Analyse des comportements de communication des parents

L'analyse des vidéos et les données recueillies lors des entretiens cliniques permettent d'effectuer une analyse comparative des évaluations pré et post-Programme des comportements de communication des parents.

De manière globale, nous constatons une augmentation des comportements de communication chez les parents de Camille suite au PRIO. Une augmentation importante concerne les actes de langage, les stratégies conversationnelles et le regard. Alors que le rire, la mimique et les comportements de tendresse étaient absents en pré-Programme, ils apparaissent faiblement lors du post-Programme entraînant une diversification de l'ensemble des comportements de communication (cf. graphique 1).

1.1. Les actes de langage

Les actes de langage utilisés par les parents de Camille, connaissent une diversification avec l'apparition en post-test d'un fort pourcentage d'explications. De plus, des actes de langage fortement représentés avant le PRIO, notamment l'interprétation et les félicitations, diminuent pour laisser place à d'autres actes de langage dont l'utilisation est apparue ou a augmenté en post-test (explication, description, formulation d'une demande ou questionnement). Il apparaît donc que l'utilisation des différents actes de langage s'est homogénéisée après le PRIO (cf. graphiques 2 et 3).

Lors de l'entretien pré-Programme, il a été mis en avant que les parents de Camille lui expliquaient beaucoup les événements la concernant. L'analyse des enregistrements vidéos en pré-test illustre ce comportement par la présence d'actes de langage d'anticipation d'actions à venir et de descriptions.

Les données des analyses vidéos et de l'entretien clinique post-Programme se corroborent dans la mesure où les parents de Camille estiment parler davantage de choses concrètes et tentent d'utiliser le *Langage des émotions*. En effet, les données graphiques montrent d'une part, une grande proportion d'explications et de descriptions, et, d'autre part une légère augmentation des descriptions des sensations.

1.2. Les stratégies conversationnelles

Les stratégies conversationnelles connaissent également une augmentation et une diversification, avec une importante augmentation des sollicitations et de l'interprétation et une apparition franche de la pratique du *Sas*, consistant à laisser le temps à l'enfant d'élaborer une réponse (cf. graphique 4). Ces observations sont confirmées par les dires des parents lors de l'entretien post-test qui expliquent s'être appropriés l'outil *Prêter lui vos mots*, faisant référence à l'interprétation, ainsi que le *Sas*. Alors que l'imitation est un

outil qui a été découvert et bien investi par les parents, aucun comportement de ce type n'a été observé dans les séquences vidéos.

1.3. Évolution

L'entretien clinique pré-Programme a permis de mettre en avant que les parents de Camille avaient pour habitude de beaucoup lui parler, d'observer ses différentes manifestations et de les interpréter.

Le PRIO leur a permis d'être conforté dans leurs attitudes, d'augmenter l'utilisation de comportements déjà présents chez eux, mais également de mettre en place de nouveaux comportements de communication.

2. Changements dans la représentation de la communication des parents

Avant le PRIO, les parents de Camille avaient déjà conscience des compétences de communication de leur fille mais étaient étonnés par celles-ci et craignaient de leur accorder du sens et de se tromper.

Le Programme leur a permis de découvrir la précocité de l'existence et de l'apparition du langage et de la communication, les confortant dans leur rôle de partenaire de communication.

Ils ont ainsi appris que pour soutenir le développement du langage et de la communication de leur fille ils avaient à interagir avec elle en lui prêtant une véritable intentionnalité de communication.

3. L'outillage des parents au quotidien

L'entretien post-Programme ainsi que les résultats au questionnaire de satisfaction, et plus particulièrement l'item *Actions mises en place à la maison* (cf. tableaux 4 et 5) montrent que de nombreux outils sont utilisés au quotidien par la famille G.

Le *Sas*, consistant à laisser le temps à l'enfant d'élaborer une réponse, et *Imiter bébé* sont les outils qui ont le plus marqué les parents de Camille. Ils utilisent également *Prêter lui vos mots* (verbaliser et sémantiser), *Comprendre le monde et prendre sa place* (aider l'enfant à comprendre le monde et à diversifier les utilisations du langage) ainsi que *Parler, manger* (oralité). *Prendre son tour*, c'est-à-dire installer les tours de parole, semble être un outil plus difficile à appliquer pour Monsieur et Madame G.

4. Analyse par les parents de leur participation au PRIO

4.1. La complémentarité du PRIO avec la prise en charge médicale de l'enfant

Les deux parents considèrent le PRIO comme une forme de prise en charge complémentaire à celle proposée en néonatalogie. En effet, ils estiment que le PRIO leur a fourni des informations nouvelles de nature différente.

4.2. La forme des sessions

Les parents de Camille ont été pleinement satisfaits de la forme que prenaient les sessions du PRIO, tant sur le plan de la présentation orale, des différents supports que des missions (cf. tableaux 4 et 5).

Ils mettent en avant le climat chaleureux des sessions ainsi que le plaisir et la satisfaction de participer activement aux diverses activités proposées.

4.3. Le rôle de l'orthophoniste auprès du très jeune enfant

La vision des parents du rôle de l'orthophoniste a évolué suite au PRIO. En effet, partant d'une image de l'orthophoniste travaillant auprès d'enfants en difficultés scolaires, ils ont apprécié découvrir sa place auprès du très jeune enfant et bénéficier d'une intervention axée sur le langage et la communication.

Ce type d'accompagnement familial en orthophonie leur a permis de se positionner comme les acteurs principaux dans le développement de Camille, et de ce fait, de mieux s'approprier leur petite fille en étant confortés et renforcés dans leurs conduites et comportements de communication.

II. Analyse des résultats de la famille B

1. Analyse des comportements de communication des parents

À travers les données recueillies lors de l'analyse des corpus vidéos d'interaction entre Sacha, Lucien et leurs parents, il apparaît que, dans leur globalité, les comportements de communication des parents ont eu tendance à se diversifier plutôt qu'à augmenter.

En effet, dans les enregistrements vidéos concernant Sacha, nous notons une apparition des mimiques et du sourire en post-test alors que le regard disparaît. En ce qui concerne les autres comportements de communication, c'est-à-dire les actes de langage, les stratégies conversationnelles, les rires et les comportements de tendresse, nous observons une certaine stabilité de leur apparition (cf. graphique 5).

Avec Lucien, l'utilisation de la mimique apparaît également en post-test, celle du regard diminue de moitié. Tout comme avec Sacha, les actes de langage, les stratégies conversationnelles et les comportements de tendresse se maintiennent entre le pré et le post-test malgré une légère tendance à diminuer (cf. graphique 6).

1.1. Les actes de langage

Chez les parents de Lucien et Sacha, nous n'observons pas de diversification de leurs actes de langage lors des séquences filmées. Nous notons cependant une certaine stabilité de certains d'entre eux en pré et post-test, alors que d'autres ont tendance à augmenter ou diminuer (cf. graphiques 7, 8, 9 et 10).

Lors des vidéos avec Sacha, nous remarquons chez Monsieur B une augmentation des explications et des descriptions. En parallèle, les actes de langage d'anticipation d'actions à venir, de descriptions et de dénomination diminuent.

Au cours de l'entretien pré-Programme, Monsieur B nous avait expliqué être moins à l'aise pour parler à ses fils lors de tâches finalisées nécessitant des gestes techniques. Cependant, dès le pré-Programme, l'analyse vidéo montre que Monsieur B parle durant une forte proportion du temps lors des routines quotidiennes (cf. graphique 5). Suite au PRIO Monsieur B a découvert que le langage pouvait être utilisé pour formuler des énoncés concernant des choses moins concrètes et tente de le mettre en œuvre. L'analyse des vidéos n'illustre pas ses dires dans la mesure où, en post-test, les actes de langage majoritairement présents sont ceux permettant d'évoquer les éléments concrets de l'environnement de Sacha. Il est important de noter que les actes de langage faisant référence aux ressentis et aux émotions de l'enfant, sont plus présents en post-test qu'en pré-test.

Dans les séquences concernant Madame B et Lucien, les actes de langage sont moins diversifiés en post qu'en pré-test, avec la disparition des descriptions des sensations, des félicitations et des salutations. Toutefois, la description des sentiments, non présente lors du pré-test apparaît de manière franche en post-test. Nous ne pouvons pas comparer ces

résultats avec les données de l'entretien clinique concernant Madame B étant donné que les actes de langage n'ont pas été évoqués.

1.2. Les stratégies conversationnelles

L'utilisation de stratégies conversationnelles, durant les moments d'interaction choisis, est globalement équivalente entre le pré et le post-test. En effet, nous n'observons pas d'augmentation flagrante parmi les différentes stratégies conversationnelles malgré l'apparition, chez Madame B, du comportement d'imitation (cf. graphiques 11 et 12).

Ces résultats sont à pondérer étant donné qu'ils sont contradictoires avec les dires des parents des jumeaux, lors de l'entretien post-Programme, qui révèlent l'investissement et la pratique de stratégies conversationnelles au quotidien.

1.3. Evolution

L'entretien clinique pré-Programme montrait l'importance des routines quotidiennes pour Madame et Monsieur B pour interagir avec leurs enfants. En effet, un bon nombre de comportements et de stratégies étaient déjà présents lors du pré-test.

Toutefois, lors de l'entretien post-Programme, les parents expliquent avoir découvert de nouveaux comportements et enrichi leur manière de communiquer avec Sacha et Lucien. Cette tendance n'est cependant pas observée dans les enregistrements vidéos post-Programme.

2. Changements dans la représentation de la communication des parents

Avant leur participation au PRIO, les parents parlaient déjà beaucoup à leurs enfants et portaient attention aux manifestations de Sacha et Lucien même s'ils n'allaient pas jusqu'à les interpréter.

Par le biais du Programme, ils ont pris conscience qu'une naissance prématurée ne prive pas l'enfant d'interagir de nombreuses manières différentes avec son environnement. À présent, Monsieur et Madame B considèrent que l'intention et l'aspect communicatif des échanges priment sur l'aspect formel du langage. Nous pouvons dire qu'ils parlent avec leurs enfants.

3. L'outillage des parents au quotidien

Les parents de Lucien et Sacha ont tous deux beaucoup investi les outils tels que le *Sas*, *Imiter bébé*, *Prêter lui vos mots* et *Parler, manger*.

Dans le cas de cette famille l'entretien post-Programme révèle clairement que chaque parent s'est approprié des outils différents. Madame B a découvert l'importance de laisser

une place à ses enfants dans l'interaction (*Prendre son tour*). Monsieur B, lui, a développé, grâce au PRIO, des habiletés de communication non verbales pouvant être illustrées par l'*Outil central Faire le hibou*, c'est-à-dire observer, attendre et écouter. Il a également apprécié l'outil *Comprendre le monde et prendre sa place* dans la mesure où il peut l'utiliser afin de parler au quotidien de choses plus abstraites avec ses fils.

4. Analyse par les parents de leur participation au PRIO

4.1. La complémentarité du PRIO avec la prise en charge médicale de l'enfant

Le PRIO apparaît pour Monsieur et Madame B comme étant complémentaire à l'offre de soins en néonatalogie. Madame B souligne l'importance du Programme pour la construction du lien parent/enfant.

4.2. La forme des sessions

L'entretien post-Programme et le questionnaire de satisfaction mettent en avant le caractère attrayant des sessions. Ce sont avant tout et ce caractère et cette convivialité ainsi que la facilité de reproduction au quotidien des différents outils présentés qui ont plu aux parents. De plus, le travail de groupe, encourageant les échanges entre les parents et les différents intervenants, a été très apprécié par Monsieur et Madame B.

Les différents supports proposés au cours des sessions ont beaucoup plu à la famille B (cf. tableau 6 et 7). La mère des jumeaux a trouvé le porte-folio complémentaire aux sessions et riche d'informations.

Monsieur et Madame B ont également aimé avoir des missions à effectuer à la maison, cependant, Monsieur B aurait préféré un retour plus approfondi sur celles-ci.

En ce qui concerne le nombre de sessions, Madame B a mis en avant que le Programme étant très riche, il bénéficierait d'être composé d'un plus grand nombre de sessions.

4.3. Le rôle de l'orthophoniste auprès du très jeune enfant

Par cette expérience, les parents de Sacha et Lucien ont réajusté leur image de l'orthophoniste en découvrant que celui-ci pouvait intervenir en néonatalogie, très tôt, auprès du jeune enfant.

D'un point de vue plus personnel, ils ont été satisfaits d'avoir pu bénéficier de ce type de soins. En effet, l'intervention de l'orthophoniste leur a permis d'être un partenaire de communication actif et de considérer leurs enfants comme de véritables interlocuteurs.

III. Biais et limites de l'expérimentation

1. Les conditions d'évaluation

Nous avons souhaité évaluer l'effet d'un PRIO sur les attitudes de communication de parents d'enfants nés prématurément. Pour ce faire, nous avons choisi une méthode d'évaluation écologique se basant sur des séquences d'interactions filmées. Dès lors, nous pouvons discuter des biais engendrés par cette méthode.

En premier lieu, une telle méthode d'évaluation nécessite la présence d'une personne qui observe et filme l'interaction parent/enfant. Cela peut être considéré comme une intrusion détournant l'attention de l'enfant et pouvant influencer le comportement du parent.

Il est important de rappeler que les conditions d'évaluation pré et post-Programme étaient différentes.

Le pré-test réalisé en néonatalogie implique un environnement peu propice à la spontanéité et à la liberté du parent dans ses gestes, ses actions et son discours. En effet, l'encadrement médical et la promiscuité avec d'autres familles ne facilitent pas les interactions. Le post-test se déroulant au domicile de chaque famille, constitue un cadre plus favorable dans la mesure où le parent a ses marques et il qu'il n'y a plus de supervision médicale.

De la même manière, le stress parental et les émotions intenses liés à l'hospitalisation en néonatalogie s'amenuisent lors de la sortie du service symbolisant un état de santé rassurant chez l'enfant.

La réalisation du post-Programme, un mois après la fin du PRIO et donc quelques mois après la sortie du service, avait laissé le temps aux parents de prendre leurs marques et aux bébés de développer de nouveaux comportements de communication.

De plus, la qualité de la prise vidéo n'a pas toujours été optimale en raison du caractère écologique de l'évaluation qui implique une non maîtrise de certains facteurs. D'une part, la configuration des pièces, aussi bien en néonatalogie qu'au domicile des familles, n'est pas toujours propice à un cadrage satisfaisant des enregistrements vidéos. Par exemple, pour certaines d'entre elles, l'analyse des manifestations du visage de l'adulte est impossible du fait de sa position ou de la présence de cheveux gênant la visibilité. D'autre part, la survenue d'événements perturbateurs a également eu un impact sur ces enregistrements : en néonatalogie, il a pu s'agir de l'arrivée d'une infirmière intervenant dans le soin en cours ; au domicile, les interactions parent/enfant ont dépendu du degré d'éveil de l'enfant mais aussi de la présence du second parent entraînant donc des échanges entre les deux adultes. De la même manière, la qualité des vidéos concernant la prise des biberons a, pour la plupart, souffert de la somnolence de l'enfant concerné.

Dès lors, il est important de considérer que l'analyse des enregistrements vidéos de notre corpus ne nous donnent qu'un aperçu de l'ensemble des possibilités d'interactions de ces parents avec leur enfant.

2. L'analyse des vidéos

Les grilles d'observation des comportements de communication du parent n'ont pas été corrélées avec un autre outil étalonné, seule une analyse qualitative a été réalisée. Cette analyse qualitative est d'autant plus fiable que la cotation des grilles a été faite par les mêmes personnes en pré et en post-test, permettant ainsi une étude comparative valable.

Les conditions des prises vidéos ont conduit à la présence de hors-champs ayant eu un impact sur la cotation de certains items. L'analyse de ces items s'est donc faite sur un temps plus réduit et doit être considérée comme moins représentative.

3. Les participants

Un Programme d'Intervention se construit en s'adaptant à ses participants. Dans notre cas, le nombre réduit de participants, leur niveau socio-culturel élevé ainsi que leur implication déjà forte dans le développement de leur enfant avant le PRIO, ne peut offrir un niveau de preuve suffisant pour généraliser les résultats.

IV. Intérêts et apports du PRIO

1. Intérêts et apports du PRIO pour les participants

Les bénéfices du PRIO exprimés par les parents et explicités dans l'analyse des résultats, témoignent de la place centrale de l'*empowerment* dans ce type de prise en charge. En effet, l'*empowerment*, qui vise à partir du parent, de ses forces et à lui apprendre de nouveaux savoirs, savoir-faire et savoir-être, constitue le socle de tout Programme d'Intervention.

Un deuxième avantage exprimé par les parents a été l'appropriation de la *Boîte à outils*, des *Outils centraux* et leur utilisation au quotidien.

2. Intérêts et apports du PRIO pour un service de néonatalogie

La mise en place de soins de développement en service de néonatalogie permet une approche plus respectueuse du nouveau-né et de sa famille en visant une réduction du stress de l'enfant et en favorisant un développement plus harmonieux de celui-ci. Mais la prise en soins de ces enfants reste centrée sur la survie de l'enfant, et la nécessité de subvenir à ses besoins vitaux. Cette prise en charge va fixer les parents sur le caractère vital du soin et peut les décentrer des échanges et des interactions avec leur enfant prématuré d'autant plus que l'on connaît les difficultés de ces enfants pour interagir avec leur environnement.

C'est pourquoi l'intérêt du PRIO est d'être basé sur une approche communicationnelle, permettant aux parents de prendre leur place en tant que partenaire privilégié dans l'interaction avec leur enfant. Dans sa forme, il a l'avantage de proposer une pause aux participants leur donnant l'occasion d'échanger avec d'autres parents dans la même situation qu'eux.

3. Intérêts et apports du PRIO dans la prise en charge orthophonique en néonatalogie

Ce Programme a offert l'occasion aux parents de découvrir le lien existant entre oralité verbale et oralité alimentaire et les relations entre les deux oralités.

Dans le cadre d'une naissance prématurée, la mise en place d'un PRIO donne l'occasion d'effectuer une action de prévention étant donné le contexte médical et la nutrition artificielle, propices à l'apparition de troubles de l'oralité chez les nouveau-nés.

De plus, prendre en charge le langage et la communication dès les premiers instants de la vie de l'enfant apparaît nécessaire dans la mesure où les interactions de communication parent/enfant sont souvent difficiles dans un contexte de prématurité.

Dès lors, l'orthophoniste, exerçant dans un service de néonatalogie, offre une prise en charge complémentaire, à celle proposée dans ce service, et diversifiée puisqu'elle intervient à différents niveaux (alimentation, langage et communication).

V. Validation des hypothèses

Selon notre première hypothèse opérationnelle, nous nous attendions à une augmentation et une diversification des comportements de communication des parents participant au PRIO. Cette hypothèse a été partiellement validée.

L'hypothèse selon laquelle le PRIO permettrait chez les parents une prise de conscience des compétences de leur enfant et modifierait leur représentation de la communication est confirmée par les entretiens et les questionnaires.

L'hypothèse concernant l'outillage du parent au quotidien est partiellement validée. Pour la valider entièrement, il faudrait mener une étude longitudinale. Toutefois, les parents ont véritablement investi les différents outils proposés lors du PRIO par le biais de la *Boîte à outils* ainsi que des *Outils centraux*. Ceci peut être confirmé par l'analyse qualitative des entretiens cliniques et du questionnaire de satisfaction.

L'hypothèse opérationnelle concernant la satisfaction du parent d'avoir participé au PRIO est validée au regard des résultats du questionnaire de satisfaction et de l'analyse qualitative des entretiens cliniques. Cette satisfaction concerne non seulement la forme des sessions du Programme, mais également la complémentarité qui existe avec la prise en charge médicale de l'enfant.

Il est difficile de mesurer exactement l'impact du PRIO sur la mise en place et la qualité des interactions parent/enfant (l'analyse des comportements de communication de l'enfant n'a pas été effectuée). Mais, il est certain que le Programme a permis aux parents de se centrer positivement sur l'enfant et d'enrichir leurs attitudes de communication. L'hypothèse générale est partiellement validée.

VI. Apports pour la clinique orthophonique

Ce travail de recherche a permis de mettre en avant un type d'accompagnement familial encore peu utilisé en France où le parent et le soignant collabore, créant ainsi une dynamique de soins horizontale.

Dans l'idée de pouvoir reproduire un tel Programme dans un champ d'intervention similaire ou connexe, nous pensons que cette étude peut permettre une réflexion autour de la construction, la plus optimale possible, d'un Programme d'Intervention.

La construction d'un PRIO repose en effet sur une structure rigoureuse et élaborée de manière réfléchie de façon à s'adapter à la population visée. Cette structure est à la fois temporelle et spatiale mais dépend aussi de la manière dont les sessions sont définies. Dès lors, dans la construction de notre Programme, nous avons trouvé pertinent de suivre le format d'une session proposé par le centre Hanen et donc de se baser sur la préparation aux apprentissages, la présentation d'informations, la pratique d'activités et la personnalisation de stratégies.

Respecter un tel cadre est important pour donner des bases aux parents, pour favoriser leur participation lors des sessions et pour permettre une mise en pratique dans le quotidien. Cependant, la conduite des sessions dépend aussi beaucoup de la flexibilité du clinicien puisqu'il doit s'adapter aux suggestions des parents qui sont encouragés à faire des choix.

L'analyse des résultats de ce PRIO permet de tirer des conséquences quant aux modifications pouvant être apportées dans son élaboration. En effet, nous avons constaté l'intérêt de proposer un questionnaire de satisfaction à la fin de chaque session qui pourrait permettre de mieux cibler le contenu de la session suivante et, ce, de manière plus personnalisée. Ce questionnaire nous aurait permis de réaliser le contenu trop riche de certaines sessions et ainsi de réduire nos attentes en ayant des objectifs plus minimalistes et mieux corrélés aux attentes des parents.

De plus, ce travail de recherche a eu l'intérêt de montrer l'efficacité et l'engouement des parents concernant la *Boîte à outils* et les *Outils centraux*. En effet, ces supports, élaborés de manière imagée, et accessibles aux parents leur permettent d'accéder rapidement à la compréhension de notions relatives au langage et à la communication et de passer facilement et naturellement à l'action et à la mise en pratique.

Nous pouvons alors imaginer la possibilité de créer un outil clinique comprenant les éléments de base de la *Boîte à outils*, auxquels pourrait être ajoutés différents modules supplémentaires en fonction des objectifs visés.

CONCLUSION

L'enfant né prématurément est à risque de présenter, à plus ou moins long terme, des difficultés dans le domaine de l'oralité, du langage et de la communication. Ce travail de recherche s'inscrit dans une dynamique de prévention et d'intervention précoce dans un contexte d'hospitalisation en service de néonatalogie.

Suivre un PRIO permet aux parents de nouveau-nés prématurés de consolider leur place centrale dans le développement de leur enfant, plus particulièrement dans les domaines de la communication, du langage et de l'alimentation et donc de renforcer les liens de parentalité.

Ce Programme a donné aux parents l'occasion de renforcer leur expertise en leur proposant un outillage utilisable au quotidien (passage à l'action et généralisation) et des connaissances quant au développement du langage et de la communication chez leur enfant. Le tout permet un changement durable du milieu.

C'est en se rendant aux sessions du Programme, en échangeant avec d'autres parents et des professionnels, ainsi qu'en choisissant de mettre en place, à la maison, les activités proposées, que les parents ont enrichi leurs possibilités de communication avec leur bébé et se sont ainsi centrés plus positivement sur ce dernier.

Réfléchir autour des capacités de communication du bébé, son développement global, et élaborer des actions adaptables et reproductibles au quotidien, a conforté et rassuré les parents dans leur rôle et dans leur manière d'interagir avec lui. En effet, les parents d'enfants hospitalisés en néonatalogie sont confrontés à une prise en charge médicale, malheureusement souvent invasive, et peuvent donc se sentir relégués au second plan.

De ce fait, les parents ont donc particulièrement apprécié cette intervention, axée sur les potentialités de leur enfant et leurs propres capacités, qu'ils ont trouvée complémentaire à la prise en charge proposée en néonatalogie.

Cette complémentarité aux soins périnataux laisse penser que ce type de Programme pourrait être proposé dans tous les services de néonatalogie voire dans l'ensemble des services de maternité afin d'assurer une action de prévention primaire.

Ce type d'accompagnement familial enrichit la pratique orthophonique dans la mesure où il implique le parent et crée une relation de soin horizontale. Cette relation de soins place parents et orthophoniste au même niveau, offrant aux parents une place active dans la prise en charge et le développement de leur enfant. De plus, un PRIO semble être un des moyens les plus adaptés pour effectuer des actions de prévention ou pour intervenir précocement dans le développement de l'enfant. En effet, ces deux champs d'intervention font partie à part entière des compétences d'un orthophoniste (voir compétence 5 : référentiel de compétences validé par la DGES et la DGOS 2011 - Élaborer et conduire une démarche d'intervention en santé publique, prévention, dépistage et éducation thérapeutique).

Construire et mettre en place un Programme d'Intervention nous a permis de constater la possibilité de créer un Programme incluant des outils de base et des modules complémentaires pouvant être sélectionnés par le clinicien en fonction de la population et des objectifs visés.

Cette étude rappelle la diversité du champ d'action et de compétences de l'orthophoniste qui joue aussi bien un rôle dans le domaine de la santé publique, dans lequel il peut effectuer des actions de prévention, que dans la prise en charge des patients. Dans le cadre de la néonatalogie, la présence de l'orthophoniste est tout à fait justifiée pour un partenariat avec l'équipe hospitalière afin d'offrir une prise en soin la plus complète possible. Dès lors, il semble important de pouvoir se mobiliser, à travers des actions de recherche, pour voir apparaître en néonatalogie une offre de soins proposant conjointement des soins de développement, des soins médicaux et un Programme d'Intervention en Orthophonie.

BIBLIOGRAPHIE

Bernicot, J. et Bert-Erboul, A. (2009). *L'acquisition du langage par l'enfant*. Paris, France : Éditions In Press.

Bloch, H., Lequien, P. et Provasi, J. (2003). *L'enfant prématuré*. Paris, France : Armand Colin.

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

Bo, A. (2010). Essai d'adaptation d'un programme familial à la pratique en libéral. *Rééducation orthophonique* 203, 139-144.

Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte 1 : L'attachement*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Bowlby, J. (1988). *A secure base : parent-child attachment et healthy human development*. New York, NY : Basic Books.

Brazelton, T. et Cramer, B. (1991). *Les premiers liens : l'attachement parents-bébé vu par un pédiatre et par un psychiatre*. Paris, France : Stock.

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

Charte d'Ottawa. (1986). Récupéré le 4 décembre 2011 de : http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/thematiques/Charte/ottawachart.pdf.

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

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

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

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

Dunst, C. J. (2007). Early Intervention for Infants and Toddlers with Developmental Disabilities. Dans Odom, S. L., Horner, R. H., Snell, M. E. et Blacher, J. (dir), *Handbook of developmental disabilities* (p.161-181). New York, NY : Guilford Press.

Feldman, R. (2002). Les programmes d'intervention pour les enfants prématurés et leur impact sur le développement: et trop et pas assez. *Devenir* 14, 239-263.

Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A. et Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics* 118, 107-114.

Garel, M., Bahuaud, M. et Blondel, B. (2004). Conséquences pour la famille d'une naissance très prématurée à deux mois du retour à la maison : Résultats de l'enquête qualitative d'EPIPAGE. *Archives de Pédiatrie* 11, 1299-1307.

Gold, F., Blond, M. H., Lionnet, C. et de Montgolfier, I. (2009). *Pédiatrie en maternité : Réanimation en salle de naissance*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Groupe de travail LMD, Direction Générale de l'Organisation des Soins. (2011). *Référentiel des compétences*, version stabilisée.

Guedeney, N. et Guedeney, A. (2009). *L'attachement : du bébé à la personne âgée*. Paris, France : Masson.

Jacques, M. C. (2003). La vie psychique de l'enfant prématuré : ce que les observations peuvent apporter pour tenter de la comprendre. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 51, 23-27.

Lamour, M. et Lebovici, S. (1991). Les interactions du nourrisson avec ses partenaires : évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques. *Psychiatrie de l'enfant* 34, 171-275.

Lapillonne, A., Razafimahefa, H., Rigourd, V., Granier, M. et les intervenants au séminaire « Nutrition du prématuré » du GEN-IdF. (2010). La nutrition du prématuré. *Archives de pédiatrie* 18, 313-323.

Laugier, J., Rozé, J-C., Siméoni, U. et Saliba, E. (2006). *Soins aux nouveau-nés : avant, pendant et après la naissance*. Paris, France : Masson.

Laval, V. (2007). *La psychologie du développement : modèles et méthodes*. Paris, France : Armand Colin.

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

Lebovici, S. et Storélu, S. (1994). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste : les interactions précoces*. Paris, France : Bayard Éditions.

Leclerc, M. C. et Vézina, D. (2002). *Les apprentis au pays de la communication*. Québec, Canada : Les copies de la capitale.

Mallik, S. et Spiker, D. (2004). *Programmes d'Intervention précoce efficaces pour les bébés prématurés de petit poids de naissance : recension du programme Infant Health and Development Program (IHDP)*. Récupéré le 6 décembre 2011 de <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Mallik-SpikerFRxp.pdf>.

Manolson, A. (1997). *Parler un jeu à deux*. Toronto, Canada : The Hanen Program.

-
- Martel, M.J. et Milette, I. (2006). *Les soins du développement, des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Montréal, Canada : Editions du CHU Sainte-Justine.
- Mazet, P. et Stoléru, S. (2003). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*. Paris, France : Masson.
- Morisseau, L. (2002). Relation à la nourriture, relation à la mère. *Archive de pédiatrie* 9, 456-458.
- Nadel, J. (2011). *Imiter pour grandir, développement du bébé et de l'enfant autiste*. Paris, France : Dunod.
- Nader-Grobois, N. (2006). *Le développement cognitif et communicatif du jeune enfant*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Pavoine, S., Azémar, F., Rajon, A. M. et Raynaud, J. P. (2004). Parents d'enfants prématurés : quel devenir sur la première année de vie ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 52, 398-404.
- Pierrat, V., Bomy, H., Courcel, C., Dumur, S., Caussette, V., Bouckenhove, N., ... Rombaut, A. C. (2004). Le peau à peau dans la prise en charge des nouveau-nés de faibles poids de naissance. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 17, 351-357.
- Portal, A. et Pozard, P. (2007). *Séquence de Pierre Robin et prise en charge orthophonique précoce*. Mémoire de recherche en orthophonie. Université Claude Bernard Lyon 1, France.
- Reissland, N. (1998). Context dependency in parental speech. *British Journal of Developmental Psychology* 16, 365-373.
- Santé et services sociaux Québec. (2005). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à un an*. Québec, Canada : Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux.
- St-Cyr Tribble, D., Gallagher, D., Paul, D. et Archambault, J. (2001). *Les pratiques d'empowerment en première ligne*. Rapport de recherche, subvention CQRS et CRSH.
- Stern, D. (1977). *Mère-enfant : les premières relations*. Bruxelles, Belgique : Mardaga.
- Sylvestre, A. (2002). Vers un modèle écologique de l'intervention orthophonique auprès des enfants. *Journal of speech-language pathology and audiology* 26.
- Thérond, B. (2010). Les comportements précurseurs de la communication : précurseurs pragmatiques, précurseurs formels, précurseurs sémantiques. *Rééducation Orthophonique* 244, 111-120.
- Thibault, C. (2007). *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
-

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

Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris, France : Editions Gallimard.

Younger, J. B., Kendell, M. J. et Pickler, R. H. (1997). Mastery of stress in mothers of preterm infants. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 2, 29-35.

GLOSSAIRE

Alimentation per os : alimentation par la bouche.

CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) : la ventilation en pression positive continue est mode de ventilation non invasive utilisé chez le nouveau-né qui permet un maintien de l'expansion pulmonaire, une diminution du travail respiratoire, une amélioration du rapport ventilation-perfusion et une diminution du shunt intra-pulmonaire, une amélioration de la fonction diaphragmatique, un effet positif dans les apnées du prématuré et une diminution des résistances des voies aériennes supérieures.

Sonde naso-gastrique : mode d'alimentation entérale par le biais d'un tuyau souple inséré dans le nez et allant jusqu'à l'estomac.

Sonde oro-gastrique : mode d'alimentation entérale par le biais d'un tuyau souple inséré dans la bouche et allant jusqu'à l'estomac.

Laparoschisis : défaut de développement entraînant une issue des viscères hors de l'abdomen fœtal, sans sac, au bord latéral droit de l'ombilic.

Nutrition entérale : méthode de substitution de l'alimentation grâce à une sonde introduite directement dans le tube digestif soit par voie buccale, soit par voie nasale, soit par le biais d'une stomie digestive.

Nutrition parentérale : méthode de substitution de l'alimentation par voie intraveineuse lorsque l'alimentation entérale.

Macrosomie : condition médicale qui désigne un poids de naissance de plus de 4 000 g.

Retard de Croissance Intra-Utérin : anomalie dynamique de la croissance du fœtus. La taille de ce dernier est insuffisante pour l'âge gestationnel. À la naissance, le nouveau-né aura un poids insuffisant selon les courbes de références pour son âge gestationnel.

Score APGAR : le score APGAR consiste en une note globale attribuée à un nouveau-né suite à l'évaluation de cinq éléments spécifiques qui sont le rythme cardiaque, la respiration, le tonus, la couleur de la peau et la réactivité. Chacun des éléments est noté à 0, 1 ou 2 points, selon les conditions observées. Le résultat total permet l'appréciation globale de l'état de santé du nouveau-né. Le résultat maximal est de 10, suggérant la meilleure condition de santé possible, alors qu'un score en dessous de 7 réfère à une détresse. L'évaluation est administrée 60 secondes après la naissance, ainsi qu'à 5 minutes. En cas de scores faibles aux premières évaluations, celle-ci peut être répétée à 10, 15 et 20 minutes.

ANNEXES

Bébé communique:

Comment aider le développement de la communication et du langage chez mon enfant?



© EC - AR

Proposition d'Ateliers parents/enfants

Agnès Bo : orthophoniste

Eloïse Caverot : étudiante en orthophonie

Amélie Rousseau : étudiante en orthophonie

La communication est présente dès les premiers moments de la vie et même bien avant!

Déjà dans le ventre de sa maman, le bébé bouge, donne des coups de pieds, entend ce qu'il se passe à l'extérieur. Maman et Papa sont là pour lui parler et réagir à ses manifestations.

Au moment de leur naissance, tous les nouveaux nés possèdent de nombreuses compétences: ils sont attentifs à ce qui les entoure, aux bruits de leur environnement et à la voix de leur entourage ; ils savent exprimer leurs besoins par des mimiques, des sons, des cris, des gestes.

Nous, adultes, sommes là pour accueillir ces manifestations et **devenir de réels partenaires de communication** !

Qu'est ce que l'orthophonie ?

L'orthophoniste travaille dans **différents domaines**. Il intervient au niveau du **langage** et de la **communication**, aussi bien auprès d'adultes que d'enfants.

Pour que le soin offert soit le plus bénéfique possible, il est important que l'orthophoniste **travaille** avec son **patient** mais également avec **l'entourage** et **la famille** de celui-ci.

Chez l'adulte, l'orthophoniste peut, par exemple, jouer un rôle dans l'accompagnement des personnes ayant des atteintes neurologiques ou connaissant des difficultés liées au vieillissement. Il peut être amené à prendre en charge des troubles de la voix, un bégaiement ou toute difficulté liée au langage.

Chez l'enfant, ses champs d'intervention sont également nombreux : langage oral, langage écrit, accompagnement d'enfants atteints de différents handicaps. L'orthophoniste peut intervenir soit une fois le trouble installé, soit dans le cadre d'une action de prévention. L'aide et le soin en orthophonie sont centrés sur les domaines du langage, de la communication mais aussi sur différentes **fonctions proches** comme **l'alimentation**, la **succion** et la **déglutition**.

L'orthophoniste en service de néonatalogie

Les orthophonistes peuvent être là, dès la naissance, pour **accompagner** et **aider** les bébés et leurs parents dans leurs **premiers essais de communication**.

Votre bébé vient d'arriver, comme tous les bébés, ils possèdent **déjà** des **compétences** pour découvrir le monde, et communiquer avec vous.

Les bébés prématurés sont des êtres fragiles avec lesquels l'échange et la communication peuvent être un peu compliqués.

Pour faire en sorte que ces premiers moments d'échanges dans la vie de votre bébé se passent le mieux possible et soient le plus agréables possible, nous vous proposons de participer, avec d'autres parents, à des **Ateliers parents/enfants sur le thème de la communication**, dans le cadre d'un Programme d'Intervention en orthophonie.

Ces **Ateliers conviviaux et pratiques** vous permettent de découvrir les compétences de votre bébé ainsi que vos propres compétences.

À partir de votre **expérience et de vos réflexions** et de celles d'autres parents, vous serez invités à développer et **mettre en place des habiletés bénéfiques et adaptées à la communication avec votre enfant**.

Comment?

5 ateliers vous seront proposés au rythme d'un atelier par semaine environ.

Avec un petit groupe de parents dans une ambiance conviviale et chaleureuse.

Quand?

À partir du mois d'octobre

Où?

Au sein de l'Hôpital Nord de Saint-Etienne

Pour qui?

Pour les parents souhaitant participer activement au développement de leur enfant en adoptant des stratégies aidantes de communication.

Et si nous rentrons à la maison?

Pas de problèmes ! Nous pourrions nous déplacer jusqu'à vous pour continuer ces ateliers sous une forme un peu différente.

Qui sont les orthophonistes qui animent ces ateliers?

Agnès Bo

Orthophoniste, Professeur associée,
Enseignante ISTR - Université Claude
Bernard Lyon 1

Responsable du module d'enseignement
«Développement du langage»

Certifiée Hanen (Programme
d'Intervention auprès des parents, Toronto,
Canada).

Eloïse Caverot

Amélie Rousseau

étudiantes en dernière année d'études en
orthophonie à ISTR-Université Claude
Bernard Lyon 1

Vous avez des questions, des remarques?

* Mail: rousseau.caverot@gmail.com

* Téléphone:

Amélie : 06.19.39.43.38

Eloïse : 06.17.79.11.05

Nous sommes présentes au sein du service de
Néonatalogie une demi-journée par semaine le
mercredi.

Annexe II : La Boîte à outils



La Boîte à outils



Imiter bébé



Observer
Attendre
Écouter

Prêter vos mots



Observer
Attendre
Écouter

Prendre son tour



Observer
Attendre
Écouter

Parler, manger



Observer
Attendre
Écouter

Comprendre le monde et prendre sa place



Observer
Attendre
Écouter



NOMMER :
« C'est une voiture. »

DÉCRIRE :
« Cette voiture roule trop vite. »

FAIRE SEMBLANT :
« On va pousser la chaise comme si c'était une voiture ! »

PARLER DES SENTIMENTS :
« Aimes-tu aller dans la voiture de Papa ? »

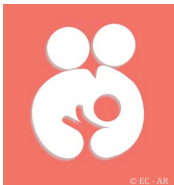
FAIRE DES PROJETS :
« Quand tu seras une grande fille, tu conduiras une voiture toi aussi ! »

PARLER DE L'AVENIR :
« Demain nous irons faire un tour dans la voiture de Papa. »

EXPLIQUER :
« Papa va au travail en »



Annexe IV : Exemple de mission



La mission de la semaine



Première mission : Prêtez lui vos mots !

- Choisir un moment précis où votre enfant est bien éveillé, et où vous mettez des mots sur tout ce qu'il se passe. ☐

OU

- Choisir un moment précis et chaque fois que votre bébé émet un son, mettez des mots. ☐

Quel moment avez-vous choisi ?

Que s'est-il passé ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Deuxième mission : Prendre son tour

Lors d'un moment précis de votre choix :

- Aidez votre bébé à prendre son tour. ☐

OU

- Il a pris son tour, encouragez-le ! ☐



Quel moment avez-vous choisi ?

Que s'est-il passé ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous rencontré des difficultés ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

À VOUS DE JOUER !

Annexe V : Tableau récapitulatif du PRIO

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5
Thèmes abordés et outils présentés	• La communication : un <i>cadeau</i> que l'on offre à son enfant • Le Sas • La plurimodalité de la communication	• Faire le hibou • Imiter bébé	• L'arbre de l'oralité : l'oralité alimentaire et l'oralité verbale • Prêter ses mots • Prendre son tour	• Description approfondie de l'oralité : • Se connecter pendant le repas • Les stimulations bucco-faciales • Les repères développementaux de l'enfant entre 0 et 3 mois	• Vivre comprendre et dire • Le Cercle
Mises en action	• Brainstorming autour de la communication • Observation des attitudes de communication : • Extraits de films	• Sensibilisation de parents au rôle de l'imitation : • Métaphore des logos de grandes marques • Extrait vidéo parent/enfant • Jeux de rôle	• Illustration du respect des tours et de la nécessité de laisser sa place à l'autre : • Jeux de rôle	• Importance de la prise de conscience des échanges au cours du repas : • Extrait de dessin-animé • Exercices de praxies • Quizz interactif sur le développement de l'enfant	• Débat et questionnements
Missions de la semaine	• Missions personnalisées	• Imiter bébé et observer ses réactions • Observer la communication de son enfant au travers de grilles	• Prêter des mots à son enfant • Favoriser la prise de tour	• Massages bucco-faciaux • Observer son enfant au cours d'un repas	• Aider son enfant à comprendre le monde et prendre sa place • Utilisation du Cercle

Annexe VI : Trame d'entretien clinique semi-dirigé pré-Programme

La vie au sein du service

A quel rythme rendez-vous visite à votre enfant ?

Pour quels soins préférez-vous être présents ?

Participez-vous aux soins de votre enfant? Lesquels ?

Vous sentez-vous à l'aise au sein du service ?

Histoire de la naissance

Avez-vous rencontré des difficultés particulières au cours de votre grossesse ?

Votre accouchement a-t-il été déclenché pour raisons médicales ?

- Quand avez-vous pu voir votre enfant pour la première fois ?
- Comment avez-vous vécu cette première rencontre ?

Comment se sont déroulés les premiers jours après la naissance ?

Comment avez-vous vécu cette période difficile?

Interactions de communication

A quel moment parlez-vous le plus à votre enfant ?

Quand votre enfant communique avec vous, comment s'y prend-il ?

Et vous, quand vous communiquez avec lui, quels moyens utilisez-vous ?

Comment réagit-il à vos sollicitations ?

- Apprécie-t-il le contact ?
- Avez-vous l'impression que votre enfant vous regarde quand vous vous adressez à lui ?
- Dans quelles situations votre enfant oriente son regard vers quelque chose ou quelqu'un ?
- Quelles réactions observez-vous chez lui quand on lui parle ?

Quelles difficultés avez-vous rencontrées lorsque vous communiquez avec votre bébé ?

Y a-t-il des choses qui vous dérangent ou qui vous empêchent d'être dans l'échange avec lui ?

Avez-vous la même manière que votre conjoint de communiquer avec votre enfant?

Alimentation

Depuis sa naissance, comment votre enfant a-t-il été nourri ?

Aujourd'hui, votre enfant est-il nourri par sonde, au biberon ou au sein ?

- **Biberon :**
 - Est-ce qu'il le prend bien ?
 - Avez-vous l'impression qu'il tète bien ?
 - Durant la prise du biberon, avez-vous l'impression qu'il soit disponible pour interagir avec vous ?
- **Sein :**
 - Avez-vous l'impression qu'il tète bien ?
 - Au cours de la tétée, avez-vous l'impression qu'il soit disponible pour interagir avec vous ?
- **Sonde :**
 - Des essais au biberon sont-ils mis en place ?
 - Y participez-vous ?
 - Comment ces prises de biberon se passent-elles ?

Savez-vous qu'il existe des massages qui permettent de stimuler l'activité de la bouche chez le bébé ?

Ces massages sont utilisés dans le service, vous a-t-on montré comment les réaliser ?

Est-ce qu'il vous arrive de les faire ?

Retour à la maison

Le retour à la maison est-il prévu ?

Attendez-vous ce moment avec hâte ou avec appréhension ?

Qu'est ce qui est pour vous source d'inquiétude ?

Situation familiale

Avez-vous d'autres enfants ?

Quel âge ont-ils ?

Avez-vous de la famille proche dans les environs ?

Annexe VII : Trame d'entretien clinique semi-dirigé post-Programme

Retour sur le programme

- Qu'est ce qui vous a le plus plu ?
- Qu'est ce qui vous sert le plus au quotidien ?
- Qu'est ce que les ateliers vous ont permis de découvrir ?
- Quel a été l'apport du programme à court et à moyen terme ?

Retour sur les missions

- **Mission 1**

- **Mission 2**

L'imitation

Quels éléments de communication avez-vous découverts ?

Avez-vous repéré de nouveaux comportements de communication depuis la fin du Programme?

Est-ce que les outils proposés lors des sessions vous ont servi à mieux repérer ces comportements ?

- **Mission 3** Prêter les mots/Prendre son tour

- **Mission 4**

Les massages

Le repas :

- déroulement
- pauses ?
- endormissements ?
- échanges pendant le repas ?
- le Sas ?
- qu'est ce qui facilite ce moment d'alimentation ?

- **Mission 5** Le cercle/Vivre, comprendre et dire

L'effet du groupe

Quels bénéfices avez-vous tirés d'un travail autour de la communication de votre enfant avec d'autres parents ?

Est-ce qu'à certains moments cela vous a posé problème ?

Auriez-vous aimé une intervention individuelle (soit sous forme d'un atelier personnalisé soit sous forme d'une session individuelle ponctuelle) ?

Les représentations du soin en orthophonie

Selon vous, ce type de Programme est-il adapté en service de néonatalogie ?

Quels sont les atouts de cet atelier ?

Quelles différences y a-t-il entre les accompagnements proposés en néonatalogie et celui-là ?

Citez deux mots clés pour l'aide apportée par :

- le personnel infirmier et l'équipe médicale
- la psychologue
- les ateliers du PRIO

Comment décririez-vous le rôle de l'orthophoniste en service de néonatalogie ?

Leur sentiment de compétence

Citez trois comportements nouveaux que vous utilisez dans la communication avec votre enfant.

Qu'est ce que vous transmettriez en priorité, de ce que vous savez maintenant, à un couple qui vient d'avoir un enfant prématuré ?

Citez un comportement nouveau de communication depuis l'atelier que vous avez pu observer chez votre conjoint.

La communication

Citez trois éléments de communication que vous utilisez.

Citez trois indices de communication qu'utilise votre bébé.

Quelle est votre principale découverte lors du programme ?

Annexe VIII : Questionnaire de satisfaction

Prénom :

Date de remplissage :

1 : Pas du tout / 2 : Un peu / 3 : Tout à fait / 4 : Beaucoup

LES ATELIERS

La présentation orale :

	1	2	3	4
Vous a-t-elle paru claire ?	☐	☐	☐	☐
Vous a-t-elle semblé suffisante ?	☐	☐	☐	☐
Pensez-vous avoir eu la possibilité et le temps de vous exprimer ?	☐	☐	☐	☐
Avez-vous eu des réponses à vos questions ?	☐	☐	☐	☐
Vous êtes-vous sentis concernés par les notions présentées en session de groupe ?	☐	☐	☐	☐
Les propositions et exemples donnés vous ont-ils aidés à les mettre en place à la maison ?	☐	☐	☐	☐

Les fiches :

La présentation des fiches vous a-t-elle paru claire ?	☐	☐	☐	☐
Pensez-vous qu'elles représentent un bon complément à la présentation orale ?	☐	☐	☐	☐
Les notions présentées à l'oral et reprises dans les fiches vous ont-elles permis de :				
- Visualiser	☐	☐	☐	☐
- Comprendre	☐	☐	☐	☐
- Utiliser	☐	☐	☐	☐

Le porte folio :

Le principe d'avoir un porte folio à emporter à la maison				
Vous a-t-il plu ?	☐	☐	☐	☐
Vous est-il arrivé de le consulter entre deux sessions ?	☐	☐	☐	☐
Ce porte folio vous a-t-il aidé quotidiennement pour ajuster la communication avec votre enfant ?	☐	☐	☐	☐
Pensez-vous le conserver ?	☐	☐	☐	☐
Pensez-vous vous y référer dans le futur ?	☐	☐	☐	☐

1 : Pas du tout / 2 : Un peu / 3 : Tout à fait / 4 : Beaucoup

Les missions à la maison :

1 2 3 4

Le principe d'avoir des missions à faire à la maison

Vous a-t-il plu ?

☐ ☐ ☐ ☐

Vous a-t-il semblé intéressant ?

☐ ☐ ☐ ☐

Vous a-t-il paru superficiel ?

☐ ☐ ☐ ☐

Avez-vous réussi à mettre en place ces missions

à la maison ?

☐ ☐ ☐ ☐

Si oui, lesquelles ? _____

Pensez-vous que les missions soient suffisamment :

- Expliquées

☐ ☐ ☐ ☐

- Concrètes

☐ ☐ ☐ ☐

- Réalisables

☐ ☐ ☐ ☐

Donnez-nous votre avis !

Qu'avez-vous pensé de la rencontre avec les autres parents et du travail en groupe ?

Dites-nous ce que vous avez aimé au cours des sessions :

Dites-nous ce qui vous a le moins plu :

Dites-nous ce qui vous a manqué ou toute autre remarque à propos des sessions de groupe :

LES ACTIONS QUE VOUS AVEZ REUSSI A METTRE EN PLACE A LA MAISON

	1	2	3	4
Observer	☐	☐	☐	☐
Ecouter	☐	☐	☐	☐
Attendre	☐	☐	☐	☐
Imiter ses bruits et ses sons	☐	☐	☐	☐
Imiter ses expressions du visage	☐	☐	☐	☐
Imiter ces gestes	☐	☐	☐	☐
Lui prêter vos mots	☐	☐	☐	☐
Encourager sa prise de tour	☐	☐	☐	☐
Répondre aux expressions et actions qu'il manifeste	☐	☐	☐	☐
Attendre qu'il prenne son tour	☐	☐	☐	☐
Pratiquer les massages du corps ou du visage	☐	☐	☐	☐
Suivre les initiatives de votre enfant	☐	☐	☐	☐
Parler de ses expériences	☐	☐	☐	☐
L'aider à comprendre le monde	☐	☐	☐	☐
Parler de tout, diversifier le langage	☐	☐	☐	☐
à partir d'une situation	☐	☐	☐	☐
Faire le SAS	☐	☐	☐	☐

EN CONCLUSION

Pensez-vous que ce programme vous ait aidé à:

Connaître votre bébé	☐	☐	☐	☐
Acquérir de l'assurance	☐	☐	☐	☐
Découvrir les compétences de votre bébé	☐	☐	☐	☐
Découvrir vos propres connaissances	☐	☐	☐	☐
Développer des gestes de maternage	☐	☐	☐	☐
Comprendre votre enfant	☐	☐	☐	☐
Connaître ses réactions	☐	☐	☐	☐
Avoir des réponses par rapport à votre enfant	☐	☐	☐	☐
Découvrir les attitudes de communication	☐	☐	☐	☐
Utiliser de nouvelles attitudes de communication	☐	☐	☐	☐
Améliorer le développement langagier de votre enfant	☐	☐	☐	☐

Pensez-vous que des sessions supplémentaires auraient été nécessaires ?

Pensez-vous que ce type de programme soit complémentaire à la prise en charge de votre enfant en Néonatalogie ?

Désireriez-vous une suite à cet atelier ?

Annexe IX : Tableau descriptif de la grille d'observation des comportements de communication du parent

GRILLE D'OBSERVATION DES COMPORTEMENTS DE COMMUNICATION DU PARENT	
Actes de langage	DÉFINITIONS
Salutation	Acte de saluer l'enfant
Interpellation	Tentative d'attirer l'attention de l'enfant en l'appelant ou le questionnant
Félicitation	Signification du contentement du parent et renforcement de l'enfant quant à ses actions ou à ses comportements
Anticipation d'actions à venir	Évocation d'événements ou d'actions à venir
Explication	Formulation à l'enfant de l'événement qui est en train de se produire en évoquant la cause, la conséquence ou le but.
Description	Description de l'action ou de l'environnement dans le but de signifier à l'enfant ce qui est en train de se produire ou de l'informer de l'avancée d'une action (début/déroulement/fin)
Description des sentiments	Expression du parent à son enfant des sentiments et des émotions qu'il identifie chez son nourrisson
Description des sensations	Expression du parent à son enfant des sensations qu'il identifie chez son nourrisson
Formulation d'une demande / questionnement	Questionnement au sujet de l'action, de l'environnement. Formulation d'une demande concernant l'action et impliquant une participation de l'enfant
Questionnement sur les ressentis	Interrogation du parent sur les sentiments, les émotions et les sensations de son enfant
Nommer	Étiquetage d'un objet du réel ou d'une partie du corps de l'enfant
Stratégies conversationnelles	Attitude de communication visant à favoriser l'interaction parent/enfant
Maintenance	Production du parent visant à maintenir l'interaction avec son enfant au cours de l'action soit en s'adressant directement à lui ("là ! Voilà !"), soit en se parlant à lui-même. ("Est-ce que j'ai tout lavé?" - "Oui j'ai tout lavé")
Sollicitations	Tentative pour attirer l'attention de l'enfant par le biais de la parole, du regard, des gestes ou des mimiques
SAS	Laps de temps où le parent adopte une attitude d'attente active, sans apporter de stimulation, afin de permettre à l'enfant de prendre son tour
Imitation	Reproduction d'une manifestation réalisée par l'enfant
- Mimiques	-
- Bruits	-
- Gestes	-
Interprétation	Attribution de sens aux manifestations de l'enfant
- Mimiques	-
- Bruits	-
- Gestes	-
Paramètres acoustiques	
<i>fréquence</i>	Hauteur de la voix du parent
- plus haute	Variation significative de la hauteur de la voix du parent par rapport à sa hauteur habituelle
- plus basse	

<i>Intensité</i>	Amplitude de la voix du parent
- plus élevée	Variation significative de l'intensité de la voix du parent par rapport à son intensité habituelle
- plus faible	
- murmures	
Prosodie	Variation musicale fournie par l'énoncé
Parole simple	-
Parole chantée, mélodieuse	-
Chant	-
Visage	
Sourire	-
Rires	-
Mimiques	-
Regard	Focalisation du regard au niveau du visage de l'enfant
Comportements de tendresse	
Baisers	-
Caresses	-
- tête	-
- visage	-
- corps	-
Friction	-
Bercement	-
Portage	-

Annexe XI : Tableaux de données de Camille

Camille - Nombre d'apparition des comportements de communication des parents sur 90s						
	Biberon		Bain (Savonnage)		Bain (Trempage)	
	Pré-Programme	Post-Programme	Pré-Programme	Post-Programme	Pré-Programme	Post-Programme
Actes de langage	7	10	10	38	3	30
Salutation	0	0	0	0	0	0
Interpellation	3	0	3	3	0	5
Félicitation	3	0	1	0	0	2
Anticipation d'actions à venir	0	0	3	2	0	0
Explication	0	2	0	6	0	7
Description	0	1	0	7	1	10
Description des sentiments	0	0	0	0	0	0
Description des sensations	0	0	2	10	0	0
Formulation demande / questionnement	0	4	0	5	1	0
Questionnement sur les ressentis	1	3	0	0	0	0
Nommer	0	0	1	5	1	6
Stratégies conversationnelles	8	22	8	18	10	46
Maintenance	5	5	1	3	9	8
Sollicitations	3	9	3	3	1	20
SAS	0	6	0	0	0	14
Imitation	0	0	0	0	0	0
- Mimiques	0	0	0	0	0	
- Bruits	0	0	0	0	0	0
- Gestes	0	0	0	0	0	0
Interprétation	0	2	4	12	0	4
- Mimiques	0	2	2	0	0	3
- Bruits	0	0	0	2	0	0
- Gestes	0	0	2	10	0	1
Visage						
Sourire	39*	25*		0*		33*
Rires	0*	2*		0*		2*
Mimiques	0*	1*		0*		
Regard	39*	80*		1*		
Comportements de tendresse	0	2		0		
Baisers	0	0	0	0	0	0
Caresses	0	2	0	0	0	0
- tête	0	0	0	0	0	0
- visage	0	2	0	0	0	0
- corps	0	0	0	0	0	0
Friction	0	0	0	0	0	0
Bercement	0	0	0	0	0	0
Portage	0	0	0	0	0	0

Camille - Pourcentages d'apparition des comportements de communication des parents						
	Biberon		Bain (Savonnage)		Bain (Trempage)	
	Pré-Programme	Post-Programme	Pré-Programme	Post-Programme	Pré-Programme	Post-Programme
Actes de langage	7%	10%	10%	43%	3%	34%
Salutation	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Interpellation	3%	0%	3%	3%	0%	6%
Félicitation	3%	0%	1%	0%	0%	2%
Anticipation d'actions à venir	0%	0%	3%	2%	0%	0%
Explication	0%	2%	0%	7%	0%	8%
Description	0%	1%	0%	8%	1%	11%
Description des sentiments	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Description des sensations	0%	0%	2%	11%	0%	0%
Formulation demande / questionnement	0%	4%	0%	6%	1%	0%
Questionnement sur les ressentis	1%	3%	0%	0%	0%	0%
Nommer	0%	0%	1%	6%	1%	7%
Stratégies conversationnelles	9%	25%	8%	19%	11%	51%
Maintenance	6%	6%	1%	3%	10%	9%
Sollicitations	3%	10%	3%	3%	1%	22%
SAS	0%	7%	0%	0%	0%	16%
Imitation	0%	0%	0%	0%	0%	
Interprétation	0%	2%	4%	13%	0%	4%
Visage						
Sourire	57%*	31%*				38%*
Rires	0%*	3%*				3%*
Mimiques	0%*	1%*				
Regard	85%*	100%*				
Comportements de tendresse	0%	2%	0%	0%	0%	0%
Baisers	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Caresses	0%	2%	0%	0%	0%	0%
Friction	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Bercement	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Portage	0%	0%	0%	0%	0%	0%

* : Données récoltées ou pourcentages calculés sur une durée comprise entre 45 et 90s en raison de hors-champs

Annexe XII : Tableaux de données de Sacha

Sacha - Nombre d'apparition des comportements de communication des parents sur 90s				
	Bain (Séchage/Savonnage)		Bain (Trempage)	
	Pré-Programme (Séchage)	Post-Programme (Savonnage)	Pré-Programme	Post-Programme
Actes de langage	33	40	0	26
Salutation	0	0	0*	0
Interpellation	5	6	5*	8
Félicitation	0	2	0*	0
Anticipation d'actions à venir	6	2	4*	0
Explication	2	10	1*	2
Description	9	14	3*	4
Description des sentiments	0	0	1*	2
Description des sensations	0	0	8*	1
Formulation demande / questionnement	1	0	4*	4
Questionnement sur les ressentis	1	1	5*	3
Nommer	9	5	4*	2
Stratégies conversationnelles	10	16	33*	27
Maintenance	3	8	5*	3
Sollicitations	5	8	16*	13
SAS	0	0	4*	2
Imitation	0	0	8*	2
- Mimiques	0	0	4*	1
- Bruits	0	0	2*	1
- Gestes	0	0	2*	0
Interprétation	2	0	0*	7
- Mimiques	0	0	0*	7
- Bruits	0	0	0*	0
- Gestes	2	0	0*	0
Visage				
Sourire	0*		0*	9*
Rires	0*	1	2*	1*
Mimiques	0*	4	0*	3*
Regard	13*		33*	0*
Comportements de tendresse	8	6	4*	0
Baisers	1	3	0*	0
Caresses	2	0	1*	0
- tête	0	0	0*	0
- visage	0	0	1*	0
- corps	2	0	0*	0
Friction	3	3	0*	0
Bercement	0	0	3*	0
Portage	0	0	0*	0

Sacha - Pourcentages d'apparition des comportements de communication des parents				
	Bain (Séchage/Savonnage)		Bain (Trempage)	
	Pré-Programme (Séchage)	Post-Programme (Savonnage)	Pré-Programme	Post-Programme
Actes de langage	37%	45%	43%	27%
Salutation	0%	0%	0%*	0%
Interpellation	6%	7%	6%*	9%
Félicitation	0%	2%	0%*	0%
Anticipation d'actions à venir	7%	2%	5%*	0%
Explication	2%	11%	1%*	2%
Description	10%	16%	4%*	4%
Description des sentiments	0%	0%	1%*	2%
Description des sensations	0%	0%	10%*	1%
Formulation demande / questionnement	1%	0%	5%*	4%
Questionnement sur les ressentis	1%	1%	6%*	3%
Nommer	10%	6%	5%*	2%
Stratégies conversationnelles	11%	18%	42%	29%
Maintenance	3%	9%	6%*	3%
Sollicitations	6%	9%	21%*	14%
SAS	0%	0%	5%*	2%
Imitation	0%	0%	10%*	2%
Interprétation	2%	0%	0%*	8%
Visage				
Sourire	0%*		0%*	11%*
Rires	0%*		3%*	1%*
Mimiques	0%*		0%*	4%*
Regard	19%*		42%*	0%*
Comportements de tendresse	6%	6%	4%	0%
Baisers	1%	3%	0%*	0%
Caresses	2%	0%	1%*	0%
Friction	3%	3%	0%*	0%
Bercement	0%	0%	3%*	0%
Portage	0%	0%	0%*	0%

* : Données récoltées ou pourcentages calculés sur une durée comprise entre 45 et 90s en raison de hors-champs

Annexe XIII : Tableaux de données de Lucien

Lucien - Nombre d'apparition des comportements de communication des parents sur 90s						
	Biberon		Change		Change (Rhabillage)	
	Pré-Programme	Post-Programme	Pré-Programme	Post-Programme	Pré-Programme	Post-Programme
Actes de langage	29	17	23	22	23	18
Salutation	0	0	1	0	0	0
Interpellation	5	6	4	0	4	1
Félicitation	1	0	0	0	1	0
Anticipation d'actions à venir	0	0	0	0	2	4
Explication	12	2	6	6	0	4
Description	2	1	5	4	4	4
Description des sentiments	0	3	0	6	0	0
Description des sensations	4	0	4	0	5	0
Formulation demande / questionnaire	3	4	1	1	4	0
Questionnement sur les ressentis	1	0	0	1	0	1
Nommer	1	1	2	4	3	4
Stratégies conversationnelles	29	14	17	19	13	13
Maintenance	8	1	1	3	1	2
Sollicitations	8	6	12	6	4	5
SAS	11	7	0	1	0	2
Imitation	0	0	0	2	0	1
- Mimiques	0	0	0	0	0	0
- Bruits	0	0	0	2	0	1
- Gestes	0	0	0	0	0	0
Interprétation	2	0	4	7	8	3
- Mimiques	0	0	4	7	1	0
- Bruits	2	0	0	0	1	3
- Gestes	0	0	0	0	6	0
Visage						
Sourire		1		4		3*
Rires		0		0		2*
Mimiques	0*	0		2		4*
Regard	60*	70		19		21*
Maternage	12	0	14	1	6	16
Baisers	0	0	2	1	2	2
Caresses	12	0	12	0	4	10
- tête	0	0	3	0	3	0
- visage	11	0	4	0	0	0
- corps	1	0	5	0	1	10
Friction	0	0	0	0	0	4
Bercement	0	0	0	0	0	0
Portage	0	0	0	0	0	0

Lucien - Pourcentages d'apparition des comportements de communication des parents						
	Biberon		Change		Change (Rhabillage)	
	Pré-Programme	Post-Programme	Pré-Programme	Post-Programme	Pré-Programme	Post-Programme
Actes de langage	31%	18%	25%	24%	24%	18%
Salutation	0%	0%	1%	0%	0%	0%
Interpellation	6%	7%	4%	0%	4%	1%
Félicitation	1%	0%	0%	0%	1%	0%
Anticipation d'actions à venir	0%	0%	0%	0%	2%	4%
Explication	13%	2%	7%	7%	0%	4%
Description	2%	1%	6%	4%	4%	4%
Description des sentiments	0%	3%	0%	7%	0%	0%
Description des sensations	4%	0%	4%	0%	6%	0%
Formulation demande / questionnaire	3%	4%	1%	1%	4%	0%
Questionnement sur les ressentis	1%	0%	0%	1%	0%	1%
Nommer	1%	1%	2%	4%	3%	4%
Stratégies conversationnelles	32%	16%	18%	21%	14%	14%
Maintenance	9%	1%	1%	3%	1%	2%
Sollicitations	9%	7%	13%	7%	4%	6%
SAS	12%	8%	0%	1%	0%	2%
Imitation	0%	0%	0%	2%	0%	1%
Interprétation	2%	0%	4%	8%	9%	3%
Visage						
Sourire		1%		4%		5%*
Rires		0%		0%		3%*
Mimiques	0%*	0%		2%		7%*
Regard	98%*	78%		21%		36%*
Maternage	13%	0%	15%	1%	6%	17%
Baisers	0%	0%	2%	1%	2%	2%
Caresses	13%	0%	13%	0%	4%	11%
Friction	0%	0%	0%	0%	0%	4%
Bercement	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Portage	0%	0%	0%	0%	0%	0%

* : Données récoltées ou pourcentages calculés sur une durée comprise entre 45 et 90s en raison de hors-champs

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Présentation de la population (p. 29)

Tableau 2 : Présentation des supports du PRIO (p. 32)

Tableau 3 : Présentation des corpus vidéos (p. 41)

Tableau 4 : Questionnaire de satisfaction de la mère de Camille (p. 49)

Tableau 5 : Questionnaire de satisfaction du père de Camille (p. 49)

Tableau 6 : Questionnaire de satisfaction de la mère de Sacha et Lucien (p. 58)

Tableau 7 : Questionnaire de satisfaction du père de Sacha et Lucien (p. 58)

TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Analyse pré/post-Programme des comportements de communication des parents de Camille (p. 44)

Graphique 2 : Actes de langage pré-Programme des parents de Camille (p. 45)

Graphique 3 : Actes de langage post-Programme des parents de Camille (p. 45)

Graphique 4 : Analyse pré/post-Programme des stratégies conversationnelles des parents de Camille (p. 46)

Graphique 5 : Analyse pré/post-Programme des comportements de communication des parents de Sacha (p. 51)

Graphique 6 : Analyse pré/post-Programme des comportements de communication des parents de Lucien (p. 52)

Graphique 7 : Actes de langage pré-Programme des parents de Sacha (p. 52)

Graphique 8 : Actes de langage post-Programme des parents de Sacha (p. 53)

Graphique 9 : Actes de langage pré-Programme des parents de Lucien (p. 53)

Graphique 10 : Actes de langage post-Programme des parents de Lucien (p. 54)

Graphique 11 : Analyse pré/post-Programme des stratégies conversationnelles des parents de Sacha (p. 54)

Graphique 12 : Analyse pré/post-Programme des stratégies conversationnelles des parents de Lucien (p. 55)

TABLE DES ANNEXES

Annexe I : Brochure d'informations à destination des parents (p. 79)

Annexe II : La *Boîte à outils* (p. 81)

Annexe III : Extrait du porte-folio (p. 82)

Annexe IV : Exemple de mission (p. 83)

Annexe V : Tableau récapitulatif du PRIO (p. 85)

Annexe VI : Trame d'entretien clinique semi-dirigé pré-Programme (p. 86)

Annexe VII : Trame d'entretien clinique semi-dirigé post-Programme (p. 88)

Annexe VIII : Questionnaire de satisfaction (p. 90)

Annexe IX : Tableau descriptif de la grille d'observation des comportements de communication du parent (p. 94)

Annexe X : Exemple d'une grille d'observation des comportements de communication du parent : Change Lucien (p. 96)

Annexe XI : Tableau de données de Camille (p. 97)

Annexe XII : Tableau de données de Sacha (p. 98)

Annexe XIII : Tableau de données de Lucien (p. 99)

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES	2
1. <u>Université Claude Bernard Lyon1</u>	2
1.1 <u>Secteur Santé</u> :.....	2
1.2 <u>Secteur Sciences et Technologies</u> :	2
2. <u>Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE</u>	3
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE.....	8
I. DEVELOPPEMENT DU LANGAGE ET INTERACTIONS PRECOCES	9
1. <i>Une approche socio-interactionniste du développement de la compétence langagière</i>	9
2. <i>Place prépondérante des interactions précoces dans le développement des comportements précurseurs de communication</i>	10
2.1. Les routines interactives.....	10
2.2. Les principes de l'interaction précoce	10
2.3. Les niveaux de l'interaction précoce	11
2.3.1. Les interactions comportementales.....	11
2.3.2. Les interactions affectives	11
3. <i>L'importance du rôle du partenaire de communication</i>	12
3.1. Le langage maternel	12
3.1.1. Le langage adressé à l'enfant (LAE)	12
3.1.2. Les actes de langage	13
3.2. Les stratégies de communication du parent vis-à-vis de son enfant	13
3.2.1. L'imitation et l'interprétation	13
3.2.2. L'attribution d'une intentionnalité de communication	14
II. LA PREMATUREITE	14
1. <i>Définition de la prématurité</i>	14
2. <i>Prématurité et oralité</i>	15
2.1. Définition de l'oralité.....	15
2.2. Prématurité et oralité alimentaire.....	15
2.2.1. La mise en place du schème succion déglutition.....	15
2.2.2. Le rôle de l'oralité alimentaire dans la mise en place de l'attachement.....	15
2.2.3. Les difficultés liées à l'oralité alimentaire.....	16
a. L'investissement négatif de la sphère oro-faciale	16
b. Une situation d'alimentation perturbée	16
2.3. Prématurité et oralité verbale	17
2.3.1. Déficit interactionnel du bébé prématuré	17
2.3.2. Difficultés rencontrées par les parents d'enfant prématuré	17
3. <i>Organisation des soins en Néonatalogie</i>	18
3.1. Classification des unités de soins néonatales.....	18
3.2. La prise en soins postnatale	18
3.2.1. Les soins médicaux.....	18
3.2.2. Les soins de développement	19
3.2.3. Les soins orthophoniques	20
III. LE PROGRAMME D'INTERVENTION EN ORTHOPHONIE.....	20
1. <i>Définition</i>	20
2. <i>Le socle théorique du Programme d'Intervention de type III</i>	21
2.1. Le modèle socio-interactionniste	21
2.2. Le modèle écologique	21
3. <i>Principes et stratégies de l'intervention précoce</i>	21
3.1. L'empowerment	22
3.2. Les principes et stratégies	22
3.3. Description d'un PRIO de type III.....	23
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	24
I. PROBLEMATIQUE	25
II. HYPOTHESE GENERALE	25

III. HYPOTHESES OPERATIONNELLES	25
PARTIE EXPERIMENTALE	27
I. POPULATION	28
1. Critères d'inclusion	28
2. Critères d'exclusion.....	28
3. Recrutement de la population.....	28
4. Présentation de la population.....	29
II. PROTOCOLE	30
1. Organisation du Programme d'Intervention	30
1.1. Moyens et dispositifs	30
1.1.1. Lieu.....	30
1.1.2. Participants	30
1.1.3. Organisation d'une session	31
1.1.4. Matériels et supports.....	31
a. Boîte à outils et Outils centraux	31
b. Supports	32
1.2. Déroulement des sessions	33
1.2.1. Session 1	33
a. Les informations présentées	33
Un modèle dynamique de la communication : la communication, un cadeau à offrir	33
Laisser à un enfant le temps d'élaborer une réponse : le Sas	33
La plurimodalité de la communication	34
b. Les mises en action.....	34
c. La mission de la semaine.....	34
1.2.2. Session 2	34
a. Les informations présentées	34
Observer, attendre, écouter : <i>Faire le hibou</i>	34
Imiter : <i>Imiter bébé</i>	35
Observer : les attitudes de communication	35
b. Les mises en action.....	35
c. La mission de la semaine.....	35
1.2.3. Session 3	36
a. Les informations présentées	36
L'oralité alimentaire et verbale : <i>l'arbre de l'oralité</i>	36
Verbaliser et sémantiser : <i>Prêter ses mots</i>	36
Installer les tours de parole : <i>Prendre son tour</i>	36
b. Les mises en action.....	37
c. La mission de la semaine.....	37
1.2.4. Session 4	37
a. Les informations présentées	37
Repas, échanges et plaisir : <i>la connexion pendant le repas</i>	37
Les stimulations bucco-faciales.....	37
Les repères développementaux de l'enfant entre 0 et 3 mois	38
b. Les mises en action.....	38
c. La mission de la semaine.....	38
1.2.5. Session 5	38
a. Les informations présentées	38
Les routines quotidiennes : <i>Vivre, comprendre et dire</i>	39
Les différentes utilisations du langage : <i>le Cercle</i>	39
b. Les mises en action.....	39
c. La mission de la semaine.....	39
2. Evaluation.....	40
2.1. Evaluation comparative.....	40
2.2. Méthode	40
2.2.1. Entretien semi-dirigé	40
2.2.2. Corpus vidéos d'interactions parent/enfant	41
2.2.3. Questionnaire de satisfaction	42
PRESENTATION DES RESULTATS.....	43
I. PRESENTATION DES RESULTATS POUR LA FAMILLE G	44
1. Résultats de la grille d'analyse des vidéos d'interactions parent/enfant	44
1.1. Présentation de l'ensemble des comportements de communication des parents	44
1.2. Les actes de langage des parents.....	45
1.3. Les stratégies conversationnelles des parents	46

2.	<i>Résultats des entretiens cliniques</i>	46
2.1.	Entretien clinique pré-Programme	46
2.2.	Entretien clinique post-Programme	47
3.	<i>Résultats des questionnaires de satisfaction</i>	49
3.1.	Questions fermées	49
3.2.	Questions ouvertes	49
3.2.1.	Réponses de la mère de Camille	49
3.2.2.	Réponses du père de Camille	50
II.	PRESENTATION DES RESULTATS POUR LA FAMILLE B	51
1.	<i>Résultats de la grille d'analyse des vidéos d'interactions parent/enfant</i>	51
1.1.	Présentation de l'ensemble des comportements de communication des parents pour Sacha et Lucien	51
1.1.1.	Sacha	51
1.1.2.	Lucien	52
1.2.	Les actes de langage des parents de Sacha et de Lucien	52
1.2.1.	Sacha	52
1.2.2.	Lucien	53
1.3.	Les stratégies conversationnelles des parents	54
1.3.1.	Sacha	54
1.3.2.	Lucien	55
2.	<i>Résultats des entretiens cliniques pré et post-Programme</i>	55
2.1.	Entretien clinique pré-Programme	55
2.2.	Entretien clinique post-Programme	56
3.	<i>Résultats des questionnaires de satisfaction</i>	58
3.1.	Questions fermées	58
3.2.	Questions ouvertes	58
3.2.1.	Réponses de la mère de Sacha et Lucien	58
3.2.2.	Réponses du père de Sacha et Lucien	59
	DISCUSSION DES RESULTATS	60
I.	ANALYSE DES RESULTATS DE LA FAMILLE G	61
1.	<i>Analyse des comportements de communication des parents</i>	61
1.1.	Les actes de langage	61
1.2.	Les stratégies conversationnelles	61
1.3.	Évolution	62
2.	<i>Changements dans la représentation de la communication des parents</i>	62
3.	<i>L'outillage des parents au quotidien</i>	62
4.	<i>Analyse par les parents de leur participation au PRIO</i>	63
4.1.	La complémentarité du PRIO avec la prise en charge médicale de l'enfant	63
4.2.	La forme des sessions	63
4.3.	Le rôle de l'orthophoniste auprès du très jeune enfant	63
II.	ANALYSE DES RESULTATS DE LA FAMILLE B	64
1.	<i>Analyse des comportements de communication des parents</i>	64
1.1.	Les actes de langage	64
1.2.	Les stratégies conversationnelles	65
1.3.	Evolution	65
2.	<i>Changements dans la représentation de la communication des parents</i>	65
3.	<i>L'outillage des parents au quotidien</i>	65
4.	<i>Analyse par les parents de leur participation au PRIO</i>	66
4.1.	La complémentarité du PRIO avec la prise en charge médicale de l'enfant	66
4.2.	La forme des sessions	66
4.3.	Le rôle de l'orthophoniste auprès du très jeune enfant	66
III.	BIAIS ET LIMITES DE L'EXPERIMENTATION	67
1.	<i>Les conditions d'évaluation</i>	67
2.	<i>L'analyse des vidéos</i>	68
3.	<i>Les participants</i>	68
IV.	INTERETS ET APPORTS DU PRIO	68
1.	<i>Intérêts et apports du PRIO pour les participants</i>	68
2.	<i>Intérêts et apports du PRIO pour un service de néonatalogie</i>	68
3.	<i>Intérêts et apports du PRIO dans la prise en charge orthophonique en néonatalogie</i>	69
V.	VALIDATION DES HYPOTHESES	69
VI.	APPORTS POUR LA CLINIQUE ORTHOPHONIQUE	70
	CONCLUSION	71
	BIBLIOGRAPHIE	73

GLOSSAIRE	77
ANNEXES.....	78
ANNEXE I : BROCHURE D'INFORMATIONS A DESTINATION DES PARENTS	79
ANNEXE II : LA <i>BOITE A OUTILS</i>	81
ANNEXE III : EXTRAIT DU PORTE-FOLIO	82
ANNEXE IV : EXEMPLE DE MISSION.....	83
ANNEXE V : TABLEAU RECAPITULATIF DU PRIO	85
ANNEXE VI : TRAME D'ENTRETIEN CLINIQUE SEMI-DIRIGE PRE-PROGRAMME.....	86
ANNEXE VII : TRAME D'ENTRETIEN CLINIQUE SEMI-DIRIGE POST-PROGRAMME	88
ANNEXE VIII : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION	90
ANNEXE IX : TABLEAU DESCRIPTIF DE LA GRILLE D'OBSERVATION DES COMPORTEMENTS DE COMMUNICATION DU PARENT	94
ANNEXE X : EXEMPLE D'UNE GRILLE D'OBSERVATION DES COMPORTEMENTS DE COMMUNICATION DU PARENT : CHANGE LUCIEN	96
ANNEXE XI : TABLEAUX DE DONNEES DE CAMILLE.....	97
ANNEXE XII : TABLEAUX DE DONNEES DE SACHA.....	98
ANNEXE XIII : TABLEAUX DE DONNEES DE LUCIEN.....	99
TABLE DES ILLUSTRATIONS	100
TABLE DES MATIERES	103

Eloïse Caverot et Amélie Rousseau

ORALITE DU NOUVEAU-NE PREMATURE : Évaluer l'intérêt d'un Programme d'Intervention en Orthophonie destiné aux parents et centré sur le langage et la communication

106 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2012

RESUME

Les orthophonistes sont amenés à intervenir de plus en plus précocement auprès du jeune enfant. Dans ce contexte, l'accompagnement familial s'avère être une forme de prise en charge intéressante puisqu'il permet de consolider la place centrale du parent dans le soin de son enfant. Afin de connaître les bénéfices d'une prise en charge indirecte de l'enfant, nous avons élaboré et proposé un Programme d'Intervention en orthophonie dans un service de néonatalogie à destination de parents d'enfants prématurés. L'objectif de ce travail de recherche a été d'observer l'effet du Programme sur le langage, la communication et leurs précurseurs en favorisant une expertise des parents dans ce domaine par le biais d'outils concrets. Deux familles ont participé à ce Programme qui s'est déroulé sur les mois de novembre et décembre 2011. Une évaluation pré et post-programme a été réalisée dans le but d'effectuer une analyse qualitative sous forme d'étude de cas uniques. Ces évaluations ont pris la forme d'un entretien clinique semi-dirigé, d'enregistrements vidéos de moments d'interaction parent/enfant et d'un questionnaire de satisfaction en post-test. Les résultats obtenus montrent que le Programme a permis aux parents de se centrer positivement sur leur enfant et de devenir plus experts grâce à une prise de conscience des possibilités d'interactions avec leur enfant. Cependant, ces résultats n'ont pas permis d'objectiver une réelle amélioration des interactions parent/enfant au quotidien. Cette étude met en évidence l'intérêt montré par le parent à se sentir acteur dans le développement du langage et de la communication de son enfant. Cette place du parent dans ce type de prise en charge paraît d'autant plus importante dans un contexte médicalisé comme celui de la néonatalogie. La prise en charge de l'oralité, sur tous ses versants, chez le jeune enfant, est donc pertinente et justifierait le rôle de l'orthophoniste dans un tel service.

MOTS-CLES

Oralité – Langage – Communication – Prématurité – Accompagnement familial – Programme d'intervention – *Empowerment*

MEMBRES DU JURY

Anne-Sophie Goyet - Fanny Guillon - Béatrice Thérond

MAITRE DE MEMOIRE

Agnès Bo

DATE DE SOUTENANCE

28 juin 2012



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

Par

CAVEROT Éloïse
ROUSSEAU Amélie

ORALITE DU NOUVEAU-NE PREMATURE:
Évaluer l'intérêt d'un Programme d'Intervention en
Orthophonie destiné aux parents et centré sur le langage et
la communication

Maître du Mémoire

BO Agnès

Membres du Jury

GOYET Anne-Sophie

GUILLON Fanny

THÉROND Béatrice

Date de Soutenance

28 juin 2012

ARTICLE DE SYNTHESE

TABLE DES MATIERES

Résumé.....	4
Mots-Clés.....	4
Abstract.....	5
Keywords	5
Introduction	6
Matériel et Méthode	9
Résultats	11
Discussion.....	14
Conclusion	16
Bibliographie	17

RESUME

Les orthophonistes sont amenés à intervenir de plus en plus précocement auprès du jeune enfant. Dans ce contexte, l'accompagnement familial s'avère être une forme de prise en charge intéressante puisqu'il permet de consolider la place centrale du parent dans le soin de son enfant. Afin de connaître les bénéfices d'une prise en charge indirecte de l'enfant, nous avons élaboré et proposé un Programme d'Intervention en orthophonie dans un service de néonatalogie à destination de parents d'enfants prématurés. L'objectif de ce travail de recherche a été d'observer l'effet du Programme sur le langage, la communication et leurs précurseurs en favorisant une expertise des parents dans ce domaine par le biais d'outils concrets. Deux familles ont participé à ce Programme qui s'est déroulé sur les mois de novembre et décembre 2011. Une évaluation pré et post-programme a été réalisée dans le but d'effectuer une analyse qualitative sous forme d'étude de cas uniques. Ces évaluations ont pris la forme d'un entretien clinique semi-dirigé, d'enregistrements vidéos de moments d'interaction parent/enfant et d'un questionnaire de satisfaction en post-test. Les résultats obtenus montrent que le Programme a permis aux parents de se centrer positivement sur leur enfant et de devenir plus experts grâce à une prise de conscience des possibilités d'interactions avec leur enfant. Cependant, ces résultats n'ont pas permis d'objectiver une réelle amélioration des interactions parent/enfant au quotidien. Cette étude met en évidence l'intérêt montré par le parent à se sentir acteur dans le développement du langage et de la communication de son enfant. Cette place du parent dans ce type de prise en charge paraît d'autant plus importante dans un contexte médicalisé comme celui de la néonatalogie. La prise en charge de l'oralité, sur tous ses versants, chez le jeune enfant, est donc pertinente et justifierait le rôle de l'orthophoniste dans un tel service.

MOTS-CLES

Oralité – Langage – Communication – Prématurité – Accompagnement familial – Programme d'intervention – *Empowerment*

ABSTRACT

Speech therapists are beginning to work more and more with young infants and toddlers. In such cases, early intervention and family involvement prove to be a vital factor in consolidating the innate role of the parent in caring for its child. In order to know the advantages of this kind of child care we've implemented an Intervention Program in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) in an hospital in Saint-Etienne. This programme has been offered to parents of premature children who were hospitalised in this unit. The aim of this research has been to observe the effect of such a program on the language, communication and prelinguistic indicators of these children, as well as to encourage and reinforce parenting skills with the help of using practical techniques. Two families took part in this project in November and December 2011. A pre and post test evaluation were done in order to do a qualitative analysis of these unique cases. The results were obtained through an informal/semi-controlled interview, video recordings of child/parent interactions as well as a post-test evaluation questionnaire. The results indicate that the programme enabled parents to be positively focused on their babies and gain more awareness of their own interaction skills with their child. However, these results do not show a significant improvement of parent/child interactions in daily life. This study has proved that parents are interested in being active in their child's development, more particularly in the development of their language and communication. The role of parents in this kind of child's care seems all the more important in this NICU context. Therefore, orality seems to be an important aspect of the child's development and justifies the importance of a speech therapist in a unit such as NICU.

KEYWORDS

Orality - Language – Communication – Preterm birth – Family support - Intervention Program - Empowerment

INTRODUCTION

1. Développement du langage et interactions précoces

Selon l'approche socio-interactionniste, l'acquisition du langage repose sur les interactions de l'enfant avec ses « partenaires de communication » (Bruner, 1983). C'est grâce aux nombreuses situations de communication et routines quotidiennes, rencontrées par l'enfant dans son environnement proche, qu'il peut enrichir sa communication. Bruner décrit ainsi les notions de relation d'aide et d'étaiyage comme essentielles dans le processus de développement de la communication, en se basant sur la notion de *Zone Proximale de Développement* introduite par Vygotski (cité par Bruner, 1983).

Les psycholinguistes Bloom et Lahey (1978) envisagent la communication selon trois pôles formant la compétence langagière : la forme, manière dont est construit le langage ; le contenu, croyances et connaissances sur le monde ; l'utilisation, utilisation et adaptation du langage par rapport au contexte social (Thérond, 2010).

Ces trois pôles se développent parallèlement durant les premières années de la vie. Ainsi, la communication est envisagée comme un système qui évolue de manière linéaire au cours du développement de l'enfant : il n'y a pas de discontinuité entre la communication non verbale et la communication verbale.

Les interactions précoces tiennent une place prépondérante dans le développement du langage et de la communication de l'enfant.

C'est aux travers des routines interactives, décrites par Bruner (1983) comme un exemplaire simplifié de relations sociales, que l'enfant va prendre une part active dans les échanges et ainsi comprendre et structurer le déroulement des événements de son environnement.

Lamour et Lebovici (1991) distinguent trois niveaux d'interactions : comportementales, affectives et fantasmatiques. Les deux premiers niveaux sont décrits ci-dessous.

Les interactions comportementales comprennent à la fois les interactions corporelles, décrites par Winnicott à travers les notions de *holding* et *handling* (Winnicott, 1971), les interactions visuelles, vocales, ainsi que les comportements de tendresse (Lebovici et Stoléro, 1994 ; Stern, 1977).

Les interactions affectives découlent de l'influence réciproque de la vie émotionnelle du nourrisson et de sa mère. La sensibilité de la mère et sa capacité à répondre aux signaux de l'enfant sont qualifiées de *responsivness* par Ainsworth (cité par Guedeney, 2009). Cette notion fait référence à la capacité de la mère à percevoir et à imaginer le ressenti de l'enfant, de l'interpréter et d'y répondre de manière adéquate (Stern, 1977). Cette attitude de la mère est à la base du *caregiving* et du processus d'attachement (Bowlby, 1978).

La mère, en tant que partenaire privilégié de communication, joue un rôle fondamental dans le développement langagier de son enfant. Elle s'adapte continuellement à son enfant au travers de son comportement et de son langage.

Le langage maternel

Le Langage Adapté à l'Enfant (LAE) correspond à une adaptation du langage du parent à son enfant. Il diffère du langage habituel dans la mesure où le parent adopte un langage clairement articulé, produit à une fréquence plus élevée, au lexique et à la syntaxe simplifiés ainsi qu'aux contours intonatifs plus marqués (Veneziano, 2000).

L'adaptation du langage maternel passe également par l'utilisation d'actes de langage spécifiques fournissant des structures d'interactions prévisibles qui dépendent du contexte, et cela de manière répétitive à l'enfant. Les aspects pragmatiques du discours parental sont donc primordiaux dans le développement du langage et de la communication de l'enfant (Snow, cité par Reissland, 1998).

Les stratégies de communication du parent vis-à-vis de son enfant

Le rôle de l'adulte est primordial pour attribuer une intentionnalité aux signaux et aux comportements spontanés du bébé (Nader-Grobois, 2006) afin d'engager un dialogue avec lui. Cette sensibilité et cette réceptivité sont à la base d'autres stratégies de communication comme l'interprétation et l'imitation, qui tiennent une place centrale dans l'émergence du langage, dans la mesure où le parent accorde du sens aux manifestations de l'enfant (Dore, cité par Veneziano, 2000).

2. Prématuration et oralité

Une naissance prématurée est définie par un âge gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhée (SA) révolues (contre 40 SA et 3 jours pour une naissance à terme). Ces enfants, de par leur plus ou moins grande immaturité, constituent une population à risque de développer des difficultés à se nourrir ainsi qu'à interagir avec leur environnement, et plus particulièrement avec leurs parents, figures premières d'attachement.

Les difficultés liées à l'oralité alimentaire

Le contexte d'hospitalisation et l'assistance nutritionnelle, le plus souvent nécessaire à la survie de l'enfant, perturbent l'investissement positif de la sphère orale (Lapillonne, Razafimahefa, Rigourd et Granier, 2010). Parfois les stimulations nociceptives sont telles que l'enfant est susceptible de développer une dysoralité (Thibault, 2007).

Les difficultés alimentaires de ces enfants ont des répercussions sur la situation d'alimentation, temps fondateur du lien mère/enfant et de la construction du processus d'attachement au cours des premiers temps de vie (Bowlby, 1988). La mère se sent responsable et dépossédée de son sentiment de compétence maternelle en lien avec cette relation de nourrissage perturbée (Morisseau, 2002).

Les difficultés liées à l'oralité verbale

Chez l'enfant prématuré, la mise en place du langage et de la communication est perturbée par un « déficit interactionnel » (Jacques, 2003) se manifestant par un évitement du regard, un manque de réactions au visage et à la voix, une difficulté à être consolé et

une manifestation plus fréquente de désagrément au cours du nourrissage (Pavoine, Azémar, Rajon et Raynaud, 2004).

Les parents connaissent eux aussi des difficultés à s'accorder dans les échanges avec leur enfant. Ce déficit d'accordage est lié à de nombreux facteurs en rapport avec la situation de prématurité : un sentiment de culpabilité, souvent retrouvé chez ces parents, des conditions d'hospitalisation et des dispositifs médicaux créant une rupture physique et psychique entre les parents et leur enfant (Jacques, 2003), ainsi qu'un stress parental important lié, en partie, aux préoccupations pour la santé de l'enfant et aux manques de repères par rapport au développement de leur enfant (Enquête EPIPAGE, 1997). Les parents ont donc plutôt tendance à centrer leur attention sur des indices vitaux et non sur des indices langagiers (Garel, Bahuaud et Blondel, 2004).

3. Soins orthophoniques auprès de l'enfant prématuré

Les orthophonistes, exerçant dans les services de néonatalogie, ont pour mission de prévenir l'installation de troubles de l'oralité alimentaire et de troubles du langage et de la communication. Actuellement, l'intervention orthophonique est majoritairement centrée sur le versant alimentaire de l'oralité, directement lié à la survie de l'enfant, par le biais de techniques de stimulations oro-faciales. L'orthophoniste accompagne également l'enfant et ses parents dans leurs premiers essais de communication.

Cet accompagnement des parents peut prendre la forme d'un Programme d'Intervention en orthophonie (PRIO) ayant pour but le renforcement des compétences et des stratégies parentales. Les objectifs s'axent sur la mise en place de situations et de contextes idéaux au travers de différentes approches telles que créer des occasions de communication, suivre la direction de l'enfant, construire et établir des routines sociales.

Cette forme d'intervention précoce repose sur la notion d'*empowerment* visant à travailler à partir du parent et de ses forces, à encourager et soutenir sa prise de décisions. Ce principe lui permet d'élargir sa vision et ses possibilités et facilite l'apprentissage de nouveaux savoirs, savoir-faire et savoir-être (St Cyr Tribble, Gallagher, Paul et Archambault, 2001).

4. Problématique et hypothèse

Au vu de la Charte D'Ottawa de 1986, l'*empowerment* est défini comme un processus qui vise à augmenter la capacité d'un individu à agir sur son environnement et sur sa propre santé.

Dans le cadre de l'intervention précoce, les Programmes d'Intervention reposent entre autre sur cette notion d'*empowerment* (St Cyr Tribble et al, 2001) et placent les parents au premier plan comme acteurs privilégiés du développement de leur enfant.

De plus, selon l'étude menée suite au programme « Infant Health and Development Program » (1985), ce principe d'intervention a montré son efficacité auprès d'enfants prématurés (Mallik, Spiker, 2004).

D'autre part, Forcada-Guex et al (2006) tout comme Jacques (2003) décrivent que les enfants prématurés sont une population à risque de développer des difficultés dans la mise en place des interactions de communication. En effet, l'immatunité du nourrisson et le centrage du parent sur l'état de santé de son enfant rendent difficile la perception des précurseurs de communication.

Cependant, le développement du langage et de la communication repose à la fois sur les compétences du nourrisson mais aussi sur les habiletés de communication du parent en tant que partenaire de communication (Bruner, 1983 ; Nader-Grobois, 2006).

Nous faisons l'hypothèse qu'une prise en charge indirecte de l'enfant prématuré, à travers un PRIO destiné aux parents et basé sur le langage, la communication et leurs précurseurs, engendrerait une expertise des parents et leur permettrait de se centrer positivement sur leur nourrisson, d'améliorer la qualité et la diversité des interactions et faciliterait l'émergence du langage et de la communication.

MATERIEL ET METHODE

1. Population

Afin de réaliser cette recherche nous avons proposé le Programme à des parents d'enfants nés prématurément et hospitalisés en service de néonatalogie ou soins intensifs au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Nord de Saint-Étienne.

Toute famille du service était susceptible de pouvoir participer au PRIO, exceptées celles présentant les critères d'exclusion suivants : langue maternelle autre que le français, distance entre l'hôpital et le domicile dépassant 30 kilomètres, engagement du pronostic vital de l'enfant, contre-indication du personnel soignant, enfants en réanimation.

Suite au recrutement, la population était composée de quatre familles mais a subi des pertes. Le protocole n'a pu être appliqué dans sa globalité que pour deux familles : famille G, parents de Camille et famille B, parents de Lucien et Sacha.

2. Protocole expérimental

2.1. Programme d'Intervention

Le PRIO s'est déroulé sur cinq semaines à raison d'une session par semaine. Chaque session s'articulait autour d'objectifs, desquels découlaient des actions précises que les parents choisissaient d'effectuer avant la session suivante. Le format des sessions était reproductible d'une session à l'autre et respectait les critères suivants :

- *la préparation aux apprentissages* se basant sur les connaissances de départ des parents et faisant appel à leur expérience personnelle
- *la présentation des informations* donnant des explications et augmentant les connaissances et les savoirs des parents

- *la pratique d'activités* fournissant aux parents l'occasion de faire des essais, de mettre en place des jeux de rôle et de développer leur analyse des échanges
- *la personnalisation des stratégies* permettant à chaque famille de personnaliser les actions et de les intégrer dans le vécu quotidien

Ces sessions ont eu pour objectif de transmettre des notions clés, relatives aux domaines du langage, de la communication et de leurs précurseurs, donnant aux parents des connaissances et proposant des stratégies facilement utilisables dans les routines quotidiennes avec leur enfant. Certaines de ces notions ont été inspirées du Programme Hanen (Manolson, 1997) et des Apprentis au pays de la communication (Leclerc et Vézina, 2002). Ces notions ont été modélisées sous la forme d'outils regroupés au sein d'une *Boîte à outils* permettant un accès plus concret à la compréhension et à l'utilisation de ces différentes notions. Cette *Boîte à outils* regroupait les outils suivants : *Imiter bébé*, *Prêter vos mots*, *Prendre son tour*, *Parler-Manger*, *Comprendre le monde et prendre sa place*.

Afin de permettre l'utilisation optimale de ces outils, deux *Outils centraux* ont également été présentés aux parents :

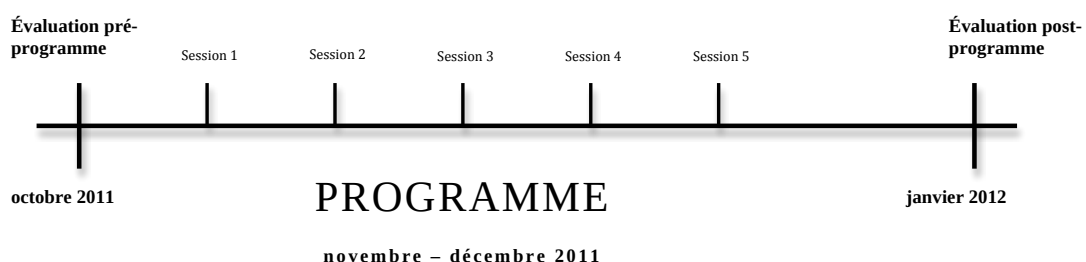
- le *Sas* : laisser à un enfant le temps d'élaborer une réponse
- *Faire le hibou* : observer, attendre, écouter

Pour animer ces sessions, différents supports ont été utilisés :

- *Supports écrits*
 - Paperboard : fil conducteur de la session, illustrations sous forme d'images, de dessins et de logos
 - Porte-folio : support propre à chaque famille, comprenant des fiches « mémos », des fiches d'information, des fiches de formation et des fiches « mission »
 - Quizz
- *Supports vidéos* : films, dessin animé, vidéos d'interaction parent/enfant
- *Jeux et animations* : jeux de rôle, jeux de praxies

2.2. Évaluation

Une évaluation a eu lieu avant et après le PRIO. Cette évaluation a fait l'objet d'une analyse qualitative pré et post-Programme sous forme d'étude de cas uniques.



Entretien semi-dirigé

Un entretien semi-dirigé a été réalisé pour chaque famille avant et après le PRIO. L'entretien pré-Programme a eu pour objectif de faire connaissance avec les familles et de définir les modalités de communication que les parents utilisaient avec leur bébé et les connaissances qu'ils avaient dans ce domaine. L'entretien post-Programme a permis aux parents de s'exprimer sur leur vécu des sessions et de témoigner de leur représentation de la communication et du développement du langage chez leur enfant.

Corpus vidéos d'interactions parent/enfant

Des enregistrements de vidéos d'interactions parent/enfant ont été réalisés avant et après le Programme au cours de situations de bain, de change ou d'alimentation, propices aux interactions et à une meilleure vigilance de l'enfant. Ces enregistrements vidéos rendent compte des modes de communication de chaque famille et d'éventuelles modifications suite au PRIO telles que l'utilisation de la *Boîte à outils* et des *Outils centraux*.

Questionnaire de satisfaction

Ce questionnaire a été proposé aux parents à la fin du PRIO et a permis de connaître leur satisfaction par rapport au contenu et à la forme des sessions.

3. Prédiction

Au cours de cette étude, nous avons tenté de montrer qu'une prise en charge indirecte, sous la forme d'un PRIO, visant une participation active des parents :

- permettrait une augmentation et une diversification des comportements de communication chez le parent lors des routines d'interaction soutenant l'émergence du langage et de la communication.
- modifierait les représentations parentales de la communication à cette période de la vie de leur enfant et aiderait à une prise de conscience des compétences de leur enfant.
- permettrait l'utilisation au quotidien d'outils présentés au cours du Programme.
- engendrerait une satisfaction du parent et un investissement plus important.

RESULTATS

1. Méthode d'analyse des résultats

Les séquences sélectionnées à partir des enregistrements vidéos d'interactions parent/enfant ont fait l'objet d'une analyse quantitative et qualitative au moyen d'une grille d'observation des comportements de communication du parent. La création de cette grille a été inspirée d'éléments théoriques (Reissland, 1998), des outils abordés lors du PRIO ainsi que d'éléments tirés du premier visionnage des enregistrements vidéos.

L'unité d'observation de cette grille est une unité temporelle. Il est mesuré le temps d'apparition en secondes d'un comportement de communication du parent, sur une durée de 90 secondes. À partir des résultats obtenus, il a été calculé des pourcentages de temps d'apparition de ces comportements.

Le questionnaire de satisfaction a fait l'objet d'une analyse qualitative et quantitative. Un score par thème a été obtenu et a permis de calculer un pourcentage de satisfaction.

Les entretiens semi-dirigé pré et post-test ont fait l'objet d'une analyse qualitative afin d'en extraire les éléments affirmant ou infirmant les données recueillies lors de l'analyse vidéos et de l'analyse des questionnaires de satisfaction.

2. Présentation des résultats

Famille G

Parents de Camille		
	Pourcentage Pré-Programme	Pourcentage Post-Programme
Analyse des comportements de communication		
actes de langage	7%	29%
stratégies conversationnelles	9%	32%
sourire	57%	35%
rires	0%	3%
mimiques	0%	1%
regard	85%	100%
comportements de tendresse	0%	1%
Analyse détaillée des stratégies conversationnelles		
maintenance	6%	6%
sollicitations	2%	12%
SAS	0%	8%
imitation	0%	0%
interprétation	1%	6%

Tableau 1 : Données recueillies lors de l'analyse vidéos pré et post-Programme

Parents de Camille		
Entretiens cliniques	Pré-Programme	
	Langage et communication	- accordent des significations aux manifestations de Camille - les interprètent mais craignent de trop les interpréter - au cours du repas, échanges difficiles du fait de l'état de santé de Camille
	Post-Programme	
	Langage et communication	- confortés et rassurés dans leurs attitudes de communication - prise de conscience de l'importance des routines d'interactions dans le quotidien
	Outils les plus investis	le Sas – imiter bébé – prêtez vos mots
	Découvertes autour du langage	- apparition si précoce des précurseurs du langage chez l'enfant - rôle de l'orthophoniste si tôt dans l'acquisition du langage
	Participation au PRIO	- appropriation de leur bébé - apports différents d'informations concernant la communication chez le jeune enfant - être considérés comme les acteurs principaux du développement de Camille
	Remarques	PRIO pouvant être destiné à des parents d'enfants tout-venant et non nécessairement prématurés
Questionnaire de satisfaction	Travail en groupe	- enrichissant et intéressant - permet des échanges sur les expériences et les ressentis - gêne par rapport à la situation plus difficile de certains parents
	Sessions	- interactivité des sessions - parents actifs et impliqués - permettent de prendre confiance et de s'approprier leur enfant
	Complémentarité du PRIO avec la prise en charge en néonatalogie	prise en charge complémentaire devant être proposé systématiquement à tous les parents

Tableau 2 : Données recueillies lors de l'analyse des entretiens cliniques et du questionnaire de satisfaction

Famille B

Parents de Lucien		
	Pourcentage Pré-Programme	Pourcentage Post-Programme
Analyse des comportements de communication		
actes de langage	27%	20%
stratégies conversationnelles	21%	17%
mimiques	0%	3%
regard	98%	45%
comportements de tendresse	11%	6%
Analyse détaillée des stratégies conversationnelles		
maintenance	4%	2%
sollicitations	9%	7%
SAS	4%	4%
imitation	0%	1%
interprétation	5%	4%

Parents de Sacha		
	Pourcentage Pré-Programme	Pourcentage Post-Programme
Analyse des comportements de communication		
actes de langage	40%	41%
stratégies conversationnelles	27%	24%
sourire	0%	11%
rires	2%	1%
mimiques	0%	4%
regard	31%	0%
comportements de tendresse	5%	3%
Analyse détaillée des stratégies conversationnelles		
maintenance	5%	6%
sollicitations	14%	12%
SAS	3%	1%
imitation	5%	1%
interprétation	1%	4%

Tableaux 3 et 4 : Données recueillies lors de l'analyse vidéos pré et post-Programme

Parents de Lucien et Sacha		
Entretiens cliniques	Pré-Programme	
	Langage et communication	- considèrent les routines quotidiennes comme des moments propices aux échanges et au contact avec leurs enfants
		- observent beaucoup les manifestations de leurs enfants mais ne les interprètent pas forcément en verbalisant
		- parlent beaucoup à leurs enfants
	Post-Programme	
	Langage et communication	- parlent plus qu'avant le PRIO et abordent des éléments plus abstraits du quotidien
		- utilisent davantage des modalités non verbales comme la mimique
		- grâce à la Boîte à outils, sont plus attentifs et détectent de nouveaux comportements de communication chez leurs fils
	Outils les plus investis	prendre son tour – imiter bébé – prêter vos mots - faire le hibou
	Découvertes autour du langage	- possibilités précoces d'interaction du bébé malgré la naissance prématurée - importance d'entrer en communication avec son enfant - rôle de l'orthophoniste dans l'intervention précoce
Questionnaire de satisfaction	Participation au PRIO	- investissement important de la Boîte à outils
		- richesse des apprentissages leur permettant d'être attentifs aux signaux émis par leurs enfants
		- faire des découvertes sur leurs fils dans un autre domaine que celui de la santé
		- les sessions sont un moment privilégié leur permettant de rencontrer d'autres parents et d'échanger avec des intervenants
Questionnaire de satisfaction	Travail en groupe	- enrichissant de partager des expériences avec d'autres parents - le travail en groupe permet une diversité intéressante
	Sessions	- activités concrètes reproductibles au quotidien
		- le porte-folio est un support riche d'informations et complémentaire aux sessions
	Complémentarité du PRIO avec la prise en charge en néonatalogie	- permettent des apports théoriques
		PRIO complémentaire à la prise en charge en néonatalogie et n'est pas réservé aux parents d'enfants prématurés

Tableau 5 : Données recueillies lors de l'analyse des entretiens cliniques et du questionnaire de satisfaction

DISCUSSION

1. Comportements de communication et stratégies conversationnelles des parents

Suite à la participation au PRIO, les comportements de communication des parents des familles B et G ont connus une diversification, et pour certains d'entre eux, une augmentation.

En ce qui concerne les stratégies conversationnelles, une différence entre le pré et le post-test est visible uniquement pour la famille G, chez qui l'on remarque une augmentation et une diversification de ces stratégies, avec l'apparition de la pratique du *Sas*, consistant à laisser le temps à l'enfant d'élaborer une réponse.

Les résultats issus de l'analyse des enregistrements vidéos sont à pondérer car ils apparaissent parfois contradictoires avec les dires des parents au cours de l'entretien post-Programme, qui révèle la prise de conscience et l'investissement de nouveaux comportements de communication au quotidien.

2. Outillage des parents au quotidien

De nombreux outils sont utilisés au quotidien par la famille G. Le *Sas*, consistant à laisser le temps à l'enfant d'élaborer une réponse, et *Imiter bébé* sont les outils qui ont le plus marqué les parents de Camille. Ils utilisent également *Prêter lui vos mots* (verbaliser et sémantiser), *Comprendre le monde et prendre sa place* (aider l'enfant à comprendre le monde et à diversifier les utilisations du langage) ainsi que *Parler, manger* (oralité). *Prendre son tour*, c'est-à-dire installer les tours de parole, semble être un outil plus difficile à appliquer pour Monsieur et Madame G.

Les parents de Lucien et Sacha ont tous deux beaucoup investi les outils tels que le *Sas*, *Imiter bébé*, *Prêter lui vos mots* et *Parler, manger*. Dans le cas de cette famille l'entretien post-Programme révèle clairement que chaque parent s'est approprié des outils différents. Madame B a découvert l'importance de laisser une place à ses enfants dans l'interaction (*Prendre son tour*). Monsieur B, lui, a développé, grâce au PRIO, des habiletés de communication non verbales pouvant être illustrées par l'*Outil central Faire le hibou*, c'est-à-dire observer, attendre et écouter. Il a également apprécié l'outil *Comprendre le monde et prendre sa place* dans la mesure où il peut l'utiliser afin de parler au quotidien de choses plus abstraites avec ses fils.

3. Intérêts et apports du PRIO

Intérêts et apports du PRIO pour les participants

L'analyse des résultats et les témoignages des parents rendent compte de la place centrale de l'*empowerment*, qui constitue le socle de tout Programme d'Intervention et qui vise à partir du parent, de ses forces et à lui apprendre de nouveaux savoirs, savoir-faire et

savoir-être. Un deuxième avantage exprimé par les parents a été l'appropriation de la *Boîte à outils*, des *Outils centraux* et leur utilisation au quotidien.

Intérêts et apports du PRIO pour un service de néonatalogie

Dans un contexte d'hospitalisation dans un service de néonatalogie, la prise en soin des enfants reste centrée sur leur survie, et la nécessité de subvenir à leurs besoins vitaux. Cette prise en charge va fixer les parents sur le caractère vital du soin et peut les décentrer des échanges et des interactions avec leur enfant, qui a déjà des difficultés pour interagir avec son environnement. L'intérêt du PRIO est d'être basé sur une approche communicationnelle, permettant aux parents de prendre leur place en tant que partenaire privilégié dans l'interaction avec leur enfant.

Intérêts et apports du PRIO dans la prise en charge orthophonique en néonatalogie

Dans le cadre d'une naissance prématurée, la mise en place d'un PRIO donne l'occasion d'effectuer une action de prévention étant donné le contexte médical et la nutrition artificielle, propices à l'apparition de troubles de l'oralité chez les nouveau-nés. De plus, prendre en charge le langage et la communication dès les premiers instants de la vie de l'enfant apparaît nécessaire dans la mesure où les interactions de communication parent/enfant sont souvent difficiles dans un contexte de prématurité. Dès lors, l'orthophoniste, exerçant dans un service de néonatalogie, offre une prise en charge complémentaire, à celle proposée dans ce service, et diversifiée puisqu'elle intervient à différents niveaux (alimentation, langage et communication).

4. Biais et limites de l'expérimentation

Nous avons choisi une méthode d'évaluation écologique se basant sur des séquences d'interactions filmées. Dès lors, nous pouvons discuter des biais engendrés par cette méthode. La présence d'une personne observant et filmant l'interaction parent/enfant peut être considérée comme une intrusion détournant l'attention de l'enfant et pouvant influencer le comportement du parent. De plus, les conditions d'évaluation étaient différentes en pré et en post-test. Le pré-test, réalisé en néonatalogie, implique un environnement peu propice à la spontanéité et à la liberté du parent dans ses gestes, ses actions et son discours. Le post-test, se déroulant au domicile de chaque famille, constitue un cadre plus favorable dans la mesure où le parent a ses marques et il n'y a plus de supervision médicale. Il est donc important de considérer que l'analyse des enregistrements vidéos de ce corpus ne nous donnent qu'un aperçu de l'ensemble des possibilités d'interactions de ces parents avec leur enfant.

Les grilles d'observation des comportements de communication du parent n'ont pas été corrélées avec un autre outil étalonné, seule une analyse qualitative a été réalisée. Cette analyse qualitative est d'autant plus fiable que la cotation des grilles a été faite par les mêmes personnes en pré et en post-test, permettant ainsi une étude comparative valable.

Un Programme d'Intervention se construit en s'adaptant à ses participants. Dans ce cas, le nombre réduit de participants, leur niveau socio-culturel élevé ainsi que leur implication déjà forte dans le développement de leur enfant avant le PRIO, ne peut offrir un niveau de preuve suffisant pour généraliser les résultats.

CONCLUSION

L'enfant né prématurément est à risque de présenter, à plus ou moins long terme, des difficultés dans le domaine de l'oralité, du langage et de la communication. Ce travail de recherche s'inscrit dans une dynamique de prévention et d'intervention précoce dans un contexte d'hospitalisation en service de néonatalogie.

Suivre un PRIO permet aux parents de nouveau-nés prématurés de consolider leur place centrale dans le développement de leur enfant, plus particulièrement dans les domaines de la communication, du langage et de l'alimentation et donc de renforcer les liens de parentalité.

Ce Programme a donné aux parents l'occasion de renforcer leur expertise en leur proposant un outillage utilisable au quotidien (passage à l'action et généralisation) et des connaissances quant au développement du langage et de la communication chez leur enfant. Le tout permet un changement durable du milieu.

C'est en se rendant aux sessions du Programme, en échangeant avec d'autres parents et des professionnels, ainsi qu'en choisissant de mettre en place, à la maison, les activités proposées, que les parents ont enrichi leurs possibilités de communication avec leur bébé et se sont ainsi centrés plus positivement sur ce dernier.

Réfléchir autour des capacités de communication du bébé, son développement global, et élaborer des actions adaptables et reproductibles au quotidien, a conforté et rassuré les parents dans leur rôle et dans leur manière d'interagir avec lui. En effet, les parents d'enfants hospitalisés en néonatalogie sont confrontés à une prise en charge médicale, malheureusement souvent invasive, et peuvent donc se sentir relégués au second plan.

De ce fait, les parents ont donc particulièrement apprécié cette intervention, axée sur les potentialités de leur enfant et leurs propres capacités, qu'ils ont trouvée complémentaire à la prise en charge proposée en néonatalogie.

Cette complémentarité aux soins périnataux laisse penser que ce type de Programme pourrait être proposé dans tous les services de néonatalogie voire dans l'ensemble des services de maternité afin d'assurer une action de prévention primaire.

Ce type d'accompagnement familial enrichit la pratique orthophonique dans la mesure où il implique le parent et crée une relation de soin horizontale. Cette relation de soins place parents et orthophoniste au même niveau, offrant aux parents une place active dans la prise en charge et le développement de leur enfant. De plus, un PRIO semble être un des moyens les plus adaptés pour effectuer des actions de prévention ou pour intervenir précocement dans le développement de l'enfant. En effet, ces deux champs d'intervention font partie à part entière des compétences d'un orthophoniste (voir compétence 5 : référentiel de compétences validé par la DGES et la DGOS 2011 - Élaborer et conduire une démarche d'intervention en santé publique, prévention, dépistage et éducation thérapeutique).

Construire et mettre en place un Programme d'Intervention nous a permis de constater la possibilité de créer un Programme incluant des outils de base et des modules

complémentaires pouvant être sélectionnés par le clinicien en fonction de la population et des objectifs visés.

Cette étude rappelle la diversité du champ d'action et de compétences de l'orthophoniste qui joue aussi bien un rôle dans le domaine de la santé publique, dans lequel il peut effectuer des actions de prévention, que dans la prise en charge des patients. Dans le cadre de la néonatalogie, la présence de l'orthophoniste est tout à fait justifiée pour un partenariat avec l'équipe hospitalière afin d'offrir une prise en soin la plus complète possible. Dès lors, il semble important de pouvoir se mobiliser, à travers des actions de recherche, pour voir apparaître en néonatalogie une offre de soins proposant conjointement des soins de développement, des soins médicaux et un Programme d'Intervention en Orthophonie.

BIBLIOGRAPHIE

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

Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte 1 : L'attachement*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Bowlby, J. (1988). *A secure base : parent-child attachment et healthy human development*. New York, NY : Basic Books.

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

Charte d'Ottawa. (1986). Récupéré le 4 décembre 2011 de : http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/thematiques/Charte/ottawachart.pdf.

Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A. et Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics* 118, 107-114.

Garel, M., Bahuaud, M. et Blondel, B. (2004). Conséquences pour la famille d'une naissance très prématurée à deux mois du retour à la maison : Résultats de l'enquête qualitative d'EPIPAGE. *Archives de Pédiatrie* 11, 1299-1307.

Guedeney, N. et Guedeney, A. (2009). *L'attachement : du bébé à la personne âgée*. Paris, France : Masson.

Jacques, M. C. (2003). La vie psychique de l'enfant prématuré : ce que les observations peuvent apporter pour tenter de la comprendre. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 51, 23-27.

Lamour, M. et Lebovici, S. (1991). Les interactions du nourrisson avec ses partenaires : évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques. *Psychiatrie de l'enfant* 34, 171-275.

Lapillonne, A., Razafimahefa, H., Rigourd, V., Granier, M. et les intervenants au séminaire « Nutrition du prématuré » du GEN-IdF. (2010). La nutrition du prématuré. *Archives de pédiatrie* 18, 313-323.

Lebovici, S. et Storélu, S. (1994). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste : les interactions précoces*. Paris, France : Bayard Éditions.

Leclerc, M. C. et Vézina, D. (2002). *Les apprentis au pays de la communication*. Québec, Canada : Les copies de la capitale.

Mallik, S. et Spiker, D. (2004). *Programmes d'Intervention précoce efficaces pour les bébés prématurés de petit poids de naissance : recension du programme Infant Health and Development Program (IHDP)*. Récupéré le 6 décembre 2011 de <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Mallik-SpikerFRxp.pdf>.

Manolson, A. (1997). *Parler un jeu à deux*. Toronto, Canada : The Hanen Program.

Morisseau, L. (2002). Relation à la nourriture, relation à la mère. *Archive de pédiatrie* 9, 456-458.

Nader-Grobois, N. (2006). *Le développement cognitif et communicatif du jeune enfant*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Pavoine, S., Azémar, F., Rajon, A. M. et Raynaud, J. P. (2004). Parents d'enfants prématurés : quel devenir sur la première année de vie ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 52, 398-404.

Reissland, N. (1998). Context dependency in parental speech. *British Journal of Developmental Psychology* 16, 365-373.

St-Cyr Tribble, D., Gallagher, D., Paul, D. et Archambault, J. (2001). *Les pratiques d'empowerment en première ligne*. Rapport de recherche, subvention CQRS et CRSR.

Stern, D. (1977). *Mère-enfant : les premières relations*. Bruxelles, Belgique : Mardaga.

Thérond, B. (2010). Les comportements précurseurs de la communication : précurseurs pragmatiques, précurseurs formels, précurseurs sémantiques. *Rééducation Orthophonique* 244, 111-120.

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

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

Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris, France : Editions Gallimard.