

Jeune enfant avec peu ou pas de langage : quelle prise en soin orthophonique ?

Ophélie Chillet, Lucie Malige

▶ **To cite this version:**

Ophélie Chillet, Lucie Malige. Jeune enfant avec peu ou pas de langage : quelle prise en soin orthophonique ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03348111

HAL Id: dumas-03348111

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03348111

Submitted on 17 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Marseille

Jeune enfant avec peu ou pas de langage : quelle prise en soin orthophonique ?

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention
du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Ophélie Chillet et Lucie Malige

Sous la direction de Julie Riccio-Grondin

15 juin 2021

Remerciements

Nous remercions tout d'abord notre maître de mémoire Mme Julie Riccio-Grondin pour ses conseils et sa bienveillance.

Merci à Mme Isabelle Goumy et Mme Catherine Pech d'avoir accepté de faire partie de notre jury de mémoire.

Nous tenons aussi à remercier les 202 orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire, leur regard clinique a été pour nous très enrichissant.

Nos pensées vont également vers nos différents maîtres de stage. Merci pour leur accueil chaleureux, la richesse de leurs conseils et le partage de leur expérience.

Merci à nos camarades de promotion pour ces belles années d'amitié et de complicité.

Enfin, un grand merci à nos familles, pour nous avoir soutenues et encouragées tout au long de ces cinq années d'études.

Sommaire

Introduction 5

I. Généralités concernant l'émergence du langage 6
- A. Prérequis au langage 6
- B. Normes attendues concernant la mise en place du langage 7
- C. Signes d'alerte 8
- D. Enfants avec peu ou pas de langage – terminologie de D. Bishop 9

II. Evaluation orthophonique 12
- A. Evaluation indirecte 12
  - 1. Anamnèse 12
  - 2. Questionnaires et inventaires parentaux 13
- B. Evaluation des interactions entre les parents et l'enfant 13
- C. Evaluation directe 14
  - 1. Fonctions de la communication 14
  - 2. Rôles dans la communication 14
  - 3. Moyens de communication 14
  - 4. Echelles de communication 15
  - 5. Observation clinique complémentaire 16
  - 6. Autres outils de bilan à disposition des orthophonistes 17

III. Méthodes et outils de rééducation 19
- A. Préconisations 19
  - 1. Evidence Based Practice en orthophonie 19
  - 2. Recommandations de la HAS 20
- B. Intervention précoce dans la pratique orthophonique 20
- C. Accompagnement parental 22
  - 1. Sensibilité parentale 22
  - 2. Réaliser l'accompagnement parental 23
    - 2.1 Objectifs 24
    - 2.2 Moyens 25
  - 3. Programmes d'intervention parentaux 26
    - 3.1 Prérequis à la mise en place de programmes d'interventions parentaux 26
    - 3.2 Etudes portant sur l'efficacité de différents programmes 27
    - 3.3 Limites des programmes d'intervention parentaux 31
- D. Importance du jeu 31
  - 1. Progression et importance du jeu dans le développement langagier 31
  - 2. Développer les compétences de jeu à l'aide du video modeling 33
- E. Communication augmentative et/ou alternative (CAA) 34
  - 1. Présentation des outils de CAA 34
  - 2. Utilisation des pictogrammes 39
  - 3. Choisir un outil de CAA adapté à l'enfant 40
- F. S'inspirer de la prise en soin orthophonique du jeune enfant autiste 41
  - 1. Présentation du modèle ESDM 41

2. Objectifs de la rééducation orthophonique au sein du modèle ESDM 41
G. Approche de groupe 43
H. Formations continues 45
1. Méthode PREL 45
2. Méthode PROMPT 46
3. Dynamique Naturelle de la Parole 48
4. Autres formations continues 49

IV. Méthodologie du questionnaire 52
A. Objectifs du questionnaire 52
B. Elaboration du questionnaire 52
C. Mode d'administration du questionnaire 53
D. Analyse des réponses 54
E. Discussion 60

V. Méthodologie du livret d'information 63
A. Choix du public 63
B. Choix de mise en page 63
C. Moyens de diffusion 63

Conclusion 64

Bibliographie 65

Annexe – livret d'information 71

Résumé 80

Introduction

Les stages effectués au cours de nos cinq années d'études nous ont permis de constater que les orthophonistes sont souvent confrontés à de jeunes enfants présentant peu ou pas de langage oral. Nous souhaitions donc avoir toutes les clés en main pour pouvoir aborder ce type de prise en soin le plus sereinement possible une fois diplômées.

Après avoir effectué des recherches bibliographiques sur ce sujet, nous avons constaté qu'à ce jour, il existe très peu d'écrits recueillant les principes et méthodes de rééducation actuels dont les orthophonistes disposent face à un enfant sans langage. Les auteurs de référence dans ce domaine tels que Monique Touzin, Catherine Billard ou Francine Cuny décrivent essentiellement les troubles du langage chez l'enfant mais développent rarement la prise en soin orthophonique. De plus, les articles les plus récemment parus évoquent fréquemment l'utilisation de l'accompagnement parental mais illustrent peu la manière de le réaliser.

Ainsi, nous avons jugé pertinent d'axer notre mémoire sur la prise en soin orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage. L'objectif est de proposer aux orthophonistes différentes pistes pouvant les aider à aborder ce type de prise en soin. Ce mémoire se veut être un recueil d'outils et de méthodes à utiliser en fonction du profil de l'enfant et de la sensibilité du praticien.

Nous aborderons dans un premier temps l'émergence du langage chez l'enfant, puis nous développerons les différents aspects de l'évaluation orthophonique avant de présenter plusieurs méthodes et outils de prise en soin existants. Enfin, une analyse de notre questionnaire permettra d'apporter un regard clinique sur ce sujet.

I. Généralités concernant l'émergence du langage

A. Prérequis au langage :

Plusieurs conditions sont nécessaires au développement du langage chez l'enfant :

Les capacités réceptives :
Les capacités réceptives de l'enfant sont perceptibles dès son plus jeune âge. En effet, durant le premier mois de vie, il peut diriger son regard vers la provenance d'un son. Puis, à 4 mois l'enfant est capable de distinguer certains éléments acoustiques comme son prénom auquel il réagit (Van der Horst, 2010). Entre 6 et 11 mois, il discrimine des sons et mots appartenant à sa langue maternelle grâce à l'enveloppe prosodique de la parole à laquelle il est sensible. Il se focalise alors sur les composantes de sa langue maternelle et ne discerne plus les phonèmes n'en faisant pas partie (Touzin, 2014). L'enfant assimile certains mots et leur attribue un sens avant même d'être capable de les produire. De fait, de 11 à 14 mois, l'enfant comprend et commence à mémoriser entre 40 et 50 mots de son quotidien, principalement des substantifs et des verbes. Ses capacités réceptives ne cessent de croître, ainsi, à 24 mois il peut comprendre des phrases et ordres simples liés au contexte. Les concepts de cause, de conséquence, de but, ainsi que les différenciations de nombre, de genre et de temps sont généralement compris à 3 ans (Van der Horst, 2010).
Le contact avec un environnement sonore a une forte incidence sur le développement langagier. Par conséquent, s'assurer de l'intégrité de l'audition est une priorité chez un enfant ne présentant pas de langage (Touzin, 1996).

L'intégrité des organes phonateurs :
La production langagière dépend également de l'intégrité des organes phonateurs : lèvres, langue, voile, pharynx, larynx, appareil respiratoire (Touzin, 1996).

Le contrôle moteur :
Les voies motrices centrales et périphériques doivent être indemnes (cortex moteur, nerfs crâniens et structures de contrôle et d'automatisation telles que le cervelet et le système extrapyramidal) afin de permettre l'accès au langage (Touzin, 1996).

L'efficience intellectuelle :
Les capacités intellectuelles sous-tendent l'émergence du langage. Un enfant avec une déficience intellectuelle sera limité dans son développement langagier, tant au niveau expressif que réceptif.

Certains précurseurs au langage trouvent leur origine au sein des situations communicationnelles :

Le regard :
Outre leur rôle important dans l'attachement affectif, les échanges de regards entre la mère et le bébé permettent également à ce dernier d'accéder à la communication. Les regards prolongés entre la mère et son enfant, propices à l'émergence de vocalisations, constituent l'étape initiale de l'attention conjointe (Touzin, 2014). A 3 mois, les regards concomitants aux émissions vocales sont ancrés dans la relation mère-enfant. Ces deux êtres vont alors engager ou suspendre le contact visuel à tour de rôle. De cette alternance d'interactions visuelles va progressivement naître l'attention conjointe. Par conséquent, vers l'âge de 12 mois, l'enfant pourra orienter son regard de façon à suivre la direction désignée par le geste de son interlocuteur.
Si le contact visuel ne s'installe pas, le développement de l'attention conjointe ainsi que l'ajustement mère-enfant s'en trouveront impactés (Leroy et Masson, 2010).

Le pointage :
Aux alentours de 9 mois, l'enfant commence à employer le geste de pointage dans le but d'attirer l'attention de l'adulte. Ce geste permettrait à l'enfant d'atteindre deux objectifs distincts. Le pointage peut tout d'abord avoir une visée sociale et consister en une demande d'interaction, instaurant ainsi l'attention conjointe avec l'adulte (« pointage proto-déclaratif »). L'action de pointer peut également contribuer à établir un référent commun avec l'adulte en passant par une demande d'objet (« pointage proto-impératif ») (Wills, 1979). Le pointage, s'accompagnant habituellement de vocalisations et de regards envers l'adulte ou le référent, présagerait donc l'apparition du langage (Leroy et Masson, 2010).

Le tour de rôle :
Vers l'âge de 3-4 mois, l'enfant maîtrise rapidement l'alternance des tours de parole en s'appuyant sur le modèle donné par l'adulte. L'enfant et sa mère s'adaptent alors l'un à l'autre et font coïncider leurs émissions vocales tout en évitant les chevauchements de parole. Ce phénomène contribue lui aussi à l'apparition du langage (Leroy et Masson, 2010).

Les interactions :
L'enfant témoigne de son appétence à communiquer bien avant qu'il ne sache parler. Il emploie alors une panoplie de signaux tels que les gestes, le regard, les mimiques, les vocalisations et leurs nuances prosodiques pour convier l'adulte à entrer en contact avec lui. Les interactions précoces, et plus particulièrement les échanges dyadiques, représentent un élément clé du développement langagier. Selon Rondal (Leroy et Masson, 2010), pour s'approprier une langue, l'enfant doit interagir avec des interlocuteurs ayant un niveau de développement psycholinguistique supérieur au sien. Ainsi, le langage serait le résultat du croisement entre le bagage initial de l'enfant et ses expériences sociales avec son environnement. Les multiples situations de communication avec son entourage vont alors lui permettre d'acquérir les codes de la conversation, notamment la gestion des échanges et l'alternance des tours de parole. Par le renforcement des conduites conversationnelles les plus adaptées à la situation, les parents vont améliorer les capacités de communication de l'enfant. En attribuant une signification à chaque production verbale ou non verbale de l'enfant, ils vont ainsi lui conférer un rôle de véritable partenaire de communication (Leroy et Masson, 2010).

B. Normes attendues concernant la mise en place du langage :

Durant le premier mois de vie, le bébé produit des vocalisations réflexes sans valeur communicative. Ces sons végétatifs s'expliquent par l'immaturité de l'appareil phonatoire de l'enfant, ne lui permettant pas d'émettre une large panoplie de sons (Martel et Leroy-Collombel, 2010 ; Touzin, 2014 ; Van der Horst, 2010).

De 1 à 4 mois le bébé gazouille, il émet des sons vocaliques, la voyelle retentit : « aaah », « ooh » (Martel et Leroy-Collombel 2010 ; Touzin 2014).

De 4 à 6 mois le babillage rudimentaire se met en place, l'enfant produit alors des syllabes par association de sons vocaliques et consonantiques. Il explore ainsi ses capacités phonatoires en émettant des sons dont il fait varier la hauteur, allant du très grave au très aigu (Martel et Leroy-Collombel 2010 ; Touzin 2014).

Le babillage canonique s'installe entre 6 et 12 mois. Le bébé produit des suites syllabiques ayant les caractéristiques prosodiques de sa langue maternelle (rythmes, accents, allongements...). En effet, alors qu'il était prédisposé à acquérir n'importe quelle langue, le bébé se spécialise dans les sons de sa langue maternelle et abandonne ceux qui n'en font pas partie (Touzin, 2014). Les syllabes répétées contiennent principalement des bilabiales (/p/, /b/, /m/) associées à des voyelles (Van der Horst, 2010). Cette conduite vocale se manifeste par des cycles d'oscillation de la mandibule. Le babillage est d'abord canonique ou simple : il s'agit de redoublements de séquences de type consonne-voyelle /CVCVCV/.

Plus tard, ce babillage devient varié : l'enfant ne se contente pas de redoubler des séquences consonne-voyelle, il construit aussi des segments /VC/, /CVC/, /CºVºC¹V¹/, etc. Une fois cet acte vocal maîtrisé, l'enfant va l'adapter selon les situations. Ainsi, lorsque l'enfant est seul, il émet des sons de hauteur variée présentant d'importantes fluctuations mélodiques dans le but de se familiariser avec ses compétences vocales. Cependant, quand il est en présence d'un adulte et qu'il interagit avec lui, il produit des syllabes de fréquence moyenne, phonétiquement proches de celles de la langue adulte (Martel et Leroy-Collombel, 2010). Le babillage représente une étape charnière du développement langagier, entre la période prélinguistique et linguistique.

L'émission des premiers mots de manière isolée se situe entre 12 et 16 mois, il s'agit souvent du doublement d'une même syllabe : « papa », « tata », « dodo ». Ils sont d'abord très liés au contexte puis, plus tard, sont produits dans des situations variées, preuve de l'aptitude de l'enfant à décontextualiser. Il est alors capable de se décentrer du contexte initial d'apparition d'un mot (« chien » : le chien de la maison) en cernant ses caractéristiques sémantiques afin de faire émerger un concept (« chien » : animal ayant quatre pattes et des poils, qui aboie…) (Martel et Leroy-Collombel 2010 ; Touzin 2014). En moyenne, un enfant produit 10 mots à 13 mois, principalement des substantifs. Ces mots se réfèrent généralement aux personnes, animaux et objets appartenant à sa vie quotidienne (Van der Horst, 2010).

Vers 20-24 mois, on assiste à un brusque accroissement du vocabulaire. L'explosion lexicale surviendrait lorsque l'enfant possède une cinquantaine de mots dans son répertoire et se traduirait par l'apprentissage de 4 à 10 nouveaux mots par jour (Van der Horst, 2010). On note d'abord une abondante production de noms puis de verbes. A 24 mois l'enfant produirait plus de 200 mots. L'étendue du lexique favorise l'apparition de combinaisons de mots (Touzin, 2014).

Entre 2 et 3 ans, les assemblages de mots apparaissent. L'enfant produit d'abord des énoncés composés de 2 mots qui s'enrichissent progressivement. Dans un premier temps, les productions contiennent des mots porteurs de sens tels que les noms, les adjectifs et les verbes. Elles sont cependant dépourvues de déterminants, pronoms, adverbes ou prépositions (Touzin, 1996). Cette étape est également marquée par le début de l'utilisation des pronoms personnels (d'abord « moi » puis « je, tu/toi, il/elle ») et des marqueurs d'appartenance (« pour », « à ») (Van der Horst, 2010).

Vers 3 ans et demi, l'enfant maîtrise le code de sa langue maternelle et parvient à agencer les structures grammaticales entre elles. Ses productions demeurent parfois imparfaites : il peut commettre des erreurs de « surrégularisation » en appliquant une règle de façon inappropriée (par exemple il applique le suffixe «é» à tous les participes passés : « elle a metté » pour « elle a mis ») (Van der Horst, 2010). Il peut également déformer phonologiquement les mots dans le sens d'une simplification. Grâce à une commande motrice des lèvres et de la langue plus performante, la phonologie va progressivement s'améliorer (Touzin, 1996).

Vers l'âge de 4-5 ans, l'enfant utilise un langage adulte pour communiquer (Touzin, 2014). Son lexique va s'accroître progressivement et la syntaxe va s'enrichir avec l'acquisition des marqueurs temporels et spatiaux et des propositions (Touzin, 1996).

Ces étapes abordent le développement langagier d'un point de vue neurolinguistique. Des divergences peuvent exister en raison de variations interindividuelles pouvant être liées à de multiples facteurs tels que l'environnement linguistique, culturel et relationnel de l'enfant (Billard, 2007).

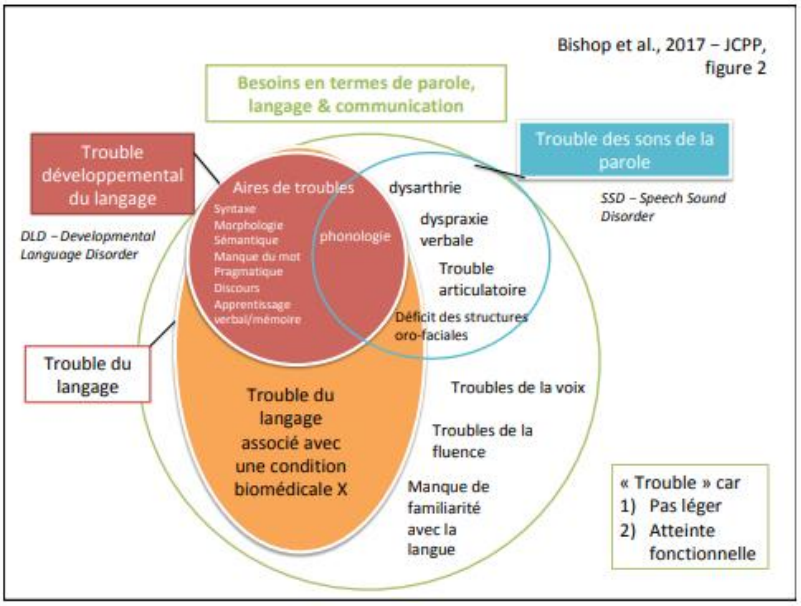
C. Signes d'alerte :

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS, 2019), voici les signes d'alerte et les actions à mettre en œuvre devant des difficultés d'acquisition du langage oral :

Signes d'alerte :	Actions à mettre en œuvre :
A 18 mois : - Pas de mot signifiant - Pas de babillage	- Exclure en premier lieu un problème d'audition - Éliminer un trouble de la communication verbale et non verbale : pas d'imitation ou de jeu de « faire semblant », absence de pointage proto-déclaratif, pas d'attention partagée (ces signes peuvent indiquer une alerte vers un trouble du spectre de l'autisme)
A 24 mois : - Langage très pauvre - Pas d'association de mots - Compréhension altérée alors que bonne communication (gestes, regard, etc.)	- Examen clinique, audition - Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (notamment en cas de vulnérabilité familiale, de prématurité ou d'antécédents familiaux)
De 3 ans à 4 ans ½ : - Langage inintelligible pour les personnes non-proches (les parents ou la fratrie peuvent parfois comprendre) - Pas de phrase constituée (verbe, complément ou sujet-verbe) - Compréhension altérée	- Examen clinique - Diagnostic différentiel (audition/communication) - Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (+/- autres)

D. Enfant avec peu ou pas de langage - terminologie de D. Bishop :

Selon la nomenclature de D. Bishop (Bishop et al., 2016), l'enfant présentant peu ou pas de langage peut : être porteur d'un trouble développemental du langage (TDL), d'un trouble du langage (TL) avec une condition biomédicale associée (traumatisme crânien, aphasie en lien avec l'épilepsie, déficience auditive, paralysie cérébrale, trisomie 21, déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme) ou d'un trouble des sons de la parole (TSP).
L'orthophoniste centre alors son intervention sur les déficits de l'enfant, même en l'absence de diagnostic.



Source : Maillart, 2017

Van der Horst (2010) rappelle qu'il faut rester prudent en posant un diagnostic chez de jeunes enfants car les différences interindividuelles d'acquisition des compétences langagières sont importantes pendant cette période.

Les termes sont multiples pour parler des enfants présentant des difficultés d'acquisition de leur langue maternelle : retard simple, retard de langage, dysphasie, trouble spécifique du langage, trouble spécifique du langage oral, etc. (Aubin et al., 2018). Le manque de consensus au niveau de la terminologie à employer pour faire référence aux troubles du langage est une source récurrente de préoccupation. La confusion induite par les multiples dénominations d'une réalité commune a des conséquences importantes en clinique (accès aux soins complexifié) mais aussi en recherche (baisse des financements et des publications sur le sujet) (Bishop, 2014).

Le projet international et multidisciplinaire CATALISE (Criteria and Terminology Applied to Language Impairments : Synthesising the Evidence) a rassemblé 59 experts anglophones (dont une majorité d'orthophonistes) afin de faire émerger un consensus terminologique (Bishop et al., 2016). Le consensus a abouti à 11 constats ou affirmations portant sur la terminologie, en partie illustrés sur la figure ci-dessous (Aubin et al., 2018).

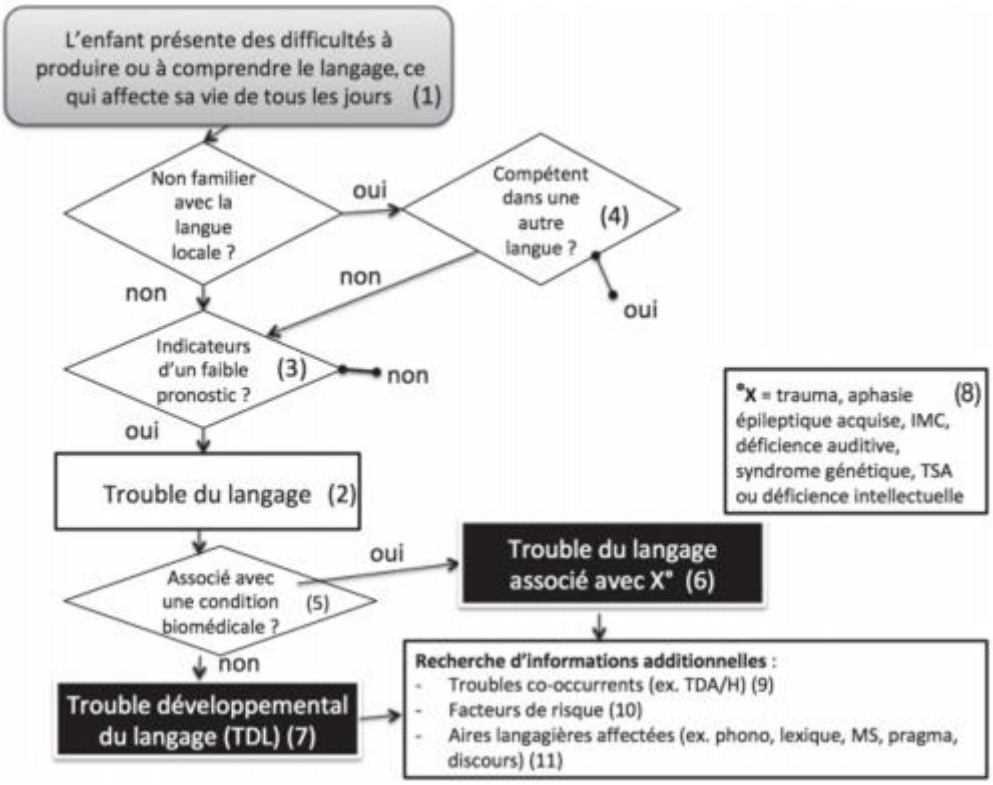


Schéma de diagnostic pour les troubles du langage. Les chiffres entre parenthèses font référence aux constats. Traduit et adapté de Bishop et al, 2017. Source : Aubin et al., 2018

Constat 1 : Il est important « d'utiliser une terminologie commune même si cela implique des changements d'habitude ou de pratique ».

Constat 2 : L'énoncé « trouble du langage » fait référence aux enfants risquant d'avoir des troubles langagiers influençant significativement leur quotidien et leurs apprentissages en âge scolaire (dès 5 ans). Cette appellation exclut les enfants pour qui les difficultés s'expliquent par un manque d'exposition à la langue de scolarisation.

Constat 3 : Les facteurs de moins bon pronostic (estimation du risque) diffèrent selon l'âge de l'enfant.

- Avant 3 ans, il est très complexe de trouver des prédicteurs fiables de moins bon pronostic.
- Entre 3 et 4 ans, il faut analyser le nombre de domaines langagiers touchés. Plus ce nombre est élevé, plus le risque que le trouble persiste à l'âge scolaire est important, et inversement. Dans cette tranche d'âge, la répétition de phrases a été identifiée comme un test assez fiable pour poser le pronostic.
- Dès 5 ans, les difficultés langagières encore présentes vont le plus souvent perdurer. Un enfant qui commence sa scolarité primaire avec des difficultés de langage oral est à risque de troubles d'apprentissages.

Constat 4 : Certains enfants ont besoin de soutien langagier parce que leur langue maternelle ou celle parlée à la maison est différente de la langue d'instruction et l'exposition à celle-ci est insuffisante pour la parler de manière fluente. Ces enfants sont alors considérés comme présentant un trouble du langage uniquement si des données montrent que leur niveau langagier ne correspond à leur âge dans aucune des deux langues.

Constat 5 et 6 : Les experts proposent de remplacer les critères d'inclusion de la définition d'un trouble du langage par trois critères : les conditions de différenciation, les facteurs de risque et les conditions co-occurrentes. Les conditions de différenciation sont biomédicales : le trouble du langage se manifeste parmi un ensemble de troubles. On utilise alors « trouble langagier associé avec X », le X représentant la condition de différenciation.

Constat 7 et 8 : L'appellation « trouble développemental du langage » (TDL) est utilisée si on observe des troubles langagiers mais que les conditions de différenciation ne sont pas présentes. Pour poser le diagnostic de TDL, un décalage entre les habiletés verbales et non verbales n'est pas requis.

Constat 9 : Les troubles du langage peuvent se trouver en co-occurrence avec d'autres atteintes comme celles des domaines cognitifs, sensori-moteurs ou comportementaux. Sont inclus : les troubles moteurs (trouble développemental de la coordination ou dyspraxie), les troubles attentionnels (trouble de déficit de l'attention/hyperactivité : TDA/H), les troubles d'apprentissage (dyslexie), les troubles comportementaux ou émotionnels, les troubles de la parole.

Constat 10 : Les facteurs de risque environnementaux ou biologiques fréquemment associés avec les troubles du langage doivent être identifiés, même si la relation causale n'a pu être clarifiée ou reste partielle. Exemple de facteurs de risque : antécédents familiaux, problèmes pré/périnataux, etc.

Constat 11 : Les experts recommandent une évaluation langagière approfondie car le diagnostic de TDL recouvre une large hétérogénéité de profils. Ils préconisent notamment une évaluation de la phonologie, la syntaxe, la sémantique, la pragmatique et l'utilisation du langage, le discours, l'apprentissage verbal et la mémoire.

II. Evaluation orthophonique

Depuis 2004, l'American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) définit les rôles et les responsabilités de l'orthophoniste dans le champ de l'intervention précoce. L'association insiste sur l'importance du dépistage précoce permettant d'identifier les jeunes enfants à risque de développer des troubles de la communication et du langage. Elle insiste sur la nécessité de fournir aux jeunes enfants une évaluation langagière complète permettant, si besoin, d'élaborer des programmes d'intervention appropriés (Grevesse, 2015).
L'évaluation du jeune enfant avec peu, voire pas de langage, se déroule sous trois angles différents : l'évaluation indirecte menée en partenariat avec les parents de l'enfant, l'évaluation des interactions entre les parents et l'enfant, et l'évaluation directe où l'orthophoniste interagit directement avec l'enfant (Grevesse, 2015).
Ces trois aspects de l'évaluation fournissent à l'orthophoniste toutes les informations pertinentes au sujet de la communication verbale et non-verbale du jeune enfant.

A. Evaluation indirecte :

1. Anamnèse :

La procédure d'évaluation orthophonique débute par une anamnèse approfondie du développement de l'enfant et plus spécifiquement de son développement langagier. Un entretien avec la famille donne au praticien des informations indispensables telles que l'étiologie des troubles si elle est connue, leur retentissement sur la vie quotidienne et sur l'intégration sociale de l'enfant, la présence de difficultés dans d'autres domaines développementaux, le caractère évolutif des troubles, les prises en soin passées ou en cours.

Durant l'anamnèse, l'orthophoniste apprécie les stades de développement de l'enfant et s'intéresse à toutes les données médicales qui pourraient expliquer l'absence ou le retard de développement langagier (Grevesse, 2015). Le clinicien doit particulièrement examiner la sphère ORL et les fonctions oro-faciales : audition, présence d'otites, d'infections respiratoires, d'allergies, de reflux gastro-œsophagien, de bavage, et habitudes buccales et respiratoires de l'enfant (type de respiration, ronflement, bruxisme, capacités de mouchage).

L'attitude de l'enfant dans ses divers milieux de vie (famille, crèche, école) permet à l'orthophoniste d'apprécier les aptitudes sociales de l'enfant et les éventuelles répercussions des troubles langagiers sur la socialisation et les relations avec ses pairs.

Concernant le développement langagier, l'orthophoniste questionne sur la première année de vie de l'enfant : le caractère du bébé (souriant, communicatif, pleurnicheur, crieur, trop calme, agité), la production ou non de vocalisations et de babillage, la manière dont le bébé attirait l'attention de ses parents, etc. L'orthophoniste s'intéresse plus particulièrement à l'émergence du langage : l'âge des premiers mots et l'évolution lexicale, l'identification ou non d'une phase d'explosion lexicale entre 18 et 24 mois, l'âge où l'enfant a produit ses premières combinaisons de mots, son mode d'expression à l'entrée en école maternelle (Grevesse, 2015).

L'orthophoniste évalue également la manière dont les parents décrivent le langage actuel de leur enfant, en veillant à demander des exemples concrets (Grevesse, 2015). Il interroge donc les parents sur la manière dont l'enfant se fait comprendre (mots, sons, cris, regard, gestes, utilisation d'objets ou d'images, etc.), son comportement quand on ne le comprend pas, la persévération de l'enfant pour se faire comprendre,

ses tentatives de réparation et leur efficacité, la présence ou non de colères, ainsi que la qualité de compréhension des consignes dans la vie quotidienne.

Enfin, l'orthophoniste prend part au diagnostic des troubles des fonctions alimentaires chez l'enfant (Junqueira, 2015). Il convient donc de compléter l'entretien par des données sur l'alimentation, d'autant plus que 80 % des enfants avec handicap présentent des difficultés alimentaires (Manikam et Perman, 2000).

2. Questionnaires et inventaires parentaux :

Les questionnaires et inventaires parentaux peuvent soit parcourir tout le développement de l'enfant, c'est le cas de l'Inventaire du Développement de l'Enfant (IDE) (Duyme et al., 2010), soit cibler seulement le développement du langage et de la communication, comme l'Inventaire Français du Développement Communicatif (IFDC) (Kern et Gayraud, 2010).
Comme le précisent Duyme et al. (2010), les inventaires parentaux sont des outils simples et rapides qui engagent les parents en tant que partenaires dès le début du processus d'évaluation. L'expérience parentale est un élément indispensable pour les professionnels afin de comprendre le fonctionnement de l'enfant. Il faut d'ailleurs sensibiliser les parents à l'importance d'affiner leur l'observation de l'enfant au quotidien (Grevesse, 2015). L'orthophoniste peut situer le développement langagier de l'enfant parmi d'autres domaines développementaux tels que la socialisation, l'autonomie, la motricité fine et la motricité globale. Le type de profil recueilli, croisé avec les résultats d'autres évaluations, peut fournir un portrait complet et cohérent de l'enfant ainsi que des pistes pour le diagnostic (Grevesse, 2015).
Les questionnaires parentaux sont analysés en identifiant les forces et faiblesses de l'enfant dans le domaine du langage et de la communication.

B. Evaluation des interactions entre les parents et l'enfant :

Pour communiquer, l'enfant a besoin d'un partenaire de communication. L'entourage de l'enfant, et plus particulièrement ses parents, joue un rôle essentiel. Les interactions entre le(s) parent(s) et l'enfant sont donc régulièrement ciblées lors de la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage. Dès son bilan, l'orthophoniste doit évaluer les habiletés de l'entourage à communiquer avec l'enfant, en dépit de l'absence de langage de ce dernier (Grevesse, 2015).

Monfort et al. (2005) proposent une grille d'observation détaillant les éléments à explorer tels que : la capacité de compréhension et d'interprétation des messages de l'enfant, le débit de parole des parents, les moyens de communication non-verbale utilisés par les parents, le dirigisme, l'ajustement aux besoins et aux intérêts de l'enfant, la possibilité de lui donner des feed-backs correctifs, les stratégies de réparation, la nature des énoncés, le respect du tour de parole, etc. L'orthophoniste est également incité à observer l'attitude générale des échanges. Il ne s'agit pas d'un jugement mais bien d'un outil indispensable à l'élaboration d'une intervention adaptée et individualisée (Grevesse, 2015).

Les interactions entre les parents et l'enfant sont analysées avec attention afin de proposer d'emblée des pistes d'aide pour les parents. Toutes les données de l'évaluation sont croisées avec celles de l'anamnèse et des évaluations effectuées par d'autres professionnels afin d'émettre une hypothèse diagnostique (Grevesse, 2015).

C. Evaluation directe :

Lors de l'évaluation d'un jeune enfant avec peu ou pas de langage, l'orthophoniste examine essentiellement les principales fonctions de la communication sociale précoce, les rôles de l'enfant dans la communication et les moyens de communication qu'il utilise.

1. Fonctions de la communication :

Chez le jeune enfant, on dissocie trois principales fonctions de communication : l'interaction sociale, l'attention conjointe et la régulation du comportement (Prizant et Wetherby, 1993). L'interaction sociale est la faculté d'attirer l'attention sur soi, elle implique les échanges ludiques avec ou sans objet et les jeux sociaux. L'attention conjointe renvoie au partage d'intérêt, c'est-à-dire à la « capacité d'attirer l'attention de l'autre sur un objet, une situation ou une personne notamment par le regard, les vocalisations et le pointage ». La régulation du comportement est la possibilité de modifier le comportement d'autrui pour obtenir de l'aide ou recevoir un objet convoité et la capacité de réguler son propre comportement à la suite d'une demande ou d'une consigne d'autrui (verbale et/ou gestuelle).

2. Rôles dans la communication :

Selon Grevesse (2015), l'enfant peut endosser différents rôles dans l'interaction. Il peut initier la régulation du comportement pour modifier la conduite de l'adulte ou répondre à la régulation du comportement initiée par l'adulte. Il peut aussi initier, répondre et/ou maintenir l'interaction sociale et l'attention conjointe.

3. Moyens de communication :

Les bébés et les jeunes enfants communiquent avec leur entourage bien avant l'apparition du langage. Tous les modes de communication doivent être évalués notamment l'attention conjointe, l'imitation et les gestes (Grevesse, 2015).

Depuis de nombreuses années, le rôle de l'attention conjointe dans le développement des compétences sociales et communicatives est bien connu (Aubineau et al., 2015). L'attention conjointe suppose un partage d'intérêt et donc un triangle référentiel entre un objet, une personne ou une situation et deux partenaires de communication (Moore et al., 2014). Ce mode de communication apparaît de manière très précoce bien avant les premiers mots, et en tant qu'acte intentionnel de communication, joue un rôle dans le développement lexical (Mathiot et al., 2009).

L'imitation implique la coordination de deux partenaires et l'intérêt de deux interlocuteurs pour la même chose (Grevesse, 2015). Dans certaines pathologies, notamment l'autisme, les enfants sont moins enclins à imiter que leurs pairs (Rogers et Dawson, 2020). Cette difficulté réduit considérablement les occasions d'apprentissage, en particulier dans le domaine social et langagier.

Les premières étapes du développement du langage sont prédites par les gestes produits par les jeunes enfants (Rowe et Goldin-Meadow, 2009). De ce fait, le « vocabulaire gestuel » chez le jeune enfant de 18 mois, présage ses compétences lexicales à 42 mois. Lorsqu'un enfant utilise à bon escient un geste avant de pouvoir prononcer le mot, on peut alors penser que le mot est connu de l'enfant (Grevesse, 2015). Les gestes ont d'ailleurs un rôle dans le développement de la syntaxe (Namy et Waxman, 1998). Cette dernière émerge lorsque l'enfant combine 2 mots, mais aussi lorsqu'il combine un geste et une onomatopée ou un mot et un geste. Dès l'âge de 9 mois, les gestes du jeune enfant font référence à des actes de langage très divers : demander, attirer l'attention, montrer, donner, etc.

Enfin, l'utilisation du langage des signes réduit la frustration des enfants qui présentent un retard dans le développement du langage (Grevesse, 2015). Observer le développement gestuel du jeune enfant, et en particulier sa capacité à observer, comprendre et imiter, présente donc un intérêt clinique majeur pour l'orthophoniste.

4. Echelles de communication :

« Les supports que j'utilise peuvent être des jouets et des jeux, des livres, des catalogues, du papier, des crayons, un tableau, etc., tout ceci directement accessible à l'enfant. Je n'utilise donc pas les tests, considérant qu'ils ne m'auraient permis ni d'entrer en relation avec les enfants, ni d'affiner mes observations » (Lainé, 2009).

Les orthophonistes disposent de nombreux tests et batteries permettant d'évaluer le stade langagier d'un enfant. Cependant, la plupart d'entre eux ne sont pas adaptés si l'enfant parle peu, voire pas du tout (Grevesse, 2015). En effet, le clinicien ne récolte pas suffisamment d'informations pertinentes au sujet de la communication prélinguistique pour poser un diagnostic, rédiger un bilan détaillé et élaborer un plan thérapeutique adapté. De plus, la modalité de passation (utiliser de petites images par exemple) n'est pas réellement appropriée aux enfants en grande difficulté, ni pour ceux présentant des troubles moteurs et/ou des troubles du comportement (Grevesse, 2015). L'orthophoniste peut donc se tourner vers des échelles de communication.

L'échelle d'Evaluation de la Communication Sociale Précoce (ECSP) de M. Guidetti et C. Tourrette (2010) :
Cette échelle est probablement la plus complète en langue française et beaucoup utilisée dans les centres diagnostiques. Elle est étalonnée et proposée aux enfants âgés de 3 à 30 mois, ou plus tardivement chez l'enfant autiste, la limite maximale étant la production de phrases de 2 à 3 mots (Courtois-du-Passage et Galloux, 2004). Ses intérêts sont nombreux : évaluer la communication prélinguistique, examiner le(s) mode(s) de communication utilisé(s) par l'enfant, établir un profil de compétences de l'enfant, orienter les stratégies éducatives et rééducatives et suivre la progression de l'enfant dans ses capacités à communiquer (Grevesse, 2015). L'orthophoniste soumet au jeune enfant des objets familiers et attrayants (objets sociaux, jouets, livres, etc.) avec lesquels il propose une vingtaine de situations ludiques. Dans ces situations, on évalue alors les trois grandes fonctions de communication, à savoir la régulation du comportement (demandes d'objets et d'actions, protestations), l'interaction sociale (demandes de routine sociale et de permission, reconnaissance d'autrui, comportements pour attirer l'attention) et l'attention conjointe (commentaires pour autrui, demande d'information). Le niveau de développement et d'organisation de la communication de l'enfant sont établis dans chacune de ces fonctions. L'échelle permet donc la mise en évidence d'un retard ou d'une hétérogénéité de développement des différentes capacités de communication (Courtois-du-Passage et Galloux, 2004).

La grille d'observation de A.M. Wetherby et C. Prutting (1984) :
Cette grille permet de déterminer la représentation des actes de communication interactifs et de quantifier la prévalence de ces actes selon les différentes fonctions de communication (Courtois-du-Passage et Galloux, 2004). Les auteurs différencient les actes de communication interactifs et non-interactifs. Un acte de communication en interaction attend une réponse. La communication interactive comprend la fonction de régulation du comportement, d'attention conjointe et d'interaction sociale. Lors d'un acte de communication non interactif, aucune réponse n'est attendue. La communication privée ou non interactive comprend le commentaire pour soi, la désignation ou la dénomination pour soi, l'accompagnement vocal et les différents comportements expressifs ne constituant pas de communication intentionnelle (réactions émotionnelles). Ces comportements non-interactifs peuvent cependant être à l'origine d'actes de communication interactifs. Par exemple, un enfant qui vocalise spontanément est plus à même de développer des vocalisations à visée communicative qu'un enfant complètement silencieux (Grevesse, 2015).

Pour l'orthophoniste, cette grille est un bon support pour mener l'évaluation de jeunes enfants sans langage. Il convient de disposer d'un matériel varié et familier aux jeunes enfants, notamment des jeux visuels (bulles, mobiles, balles lumineuses), des jouets sonores (instruments), des objets usuels (biberon, assiette, brosse à cheveux, téléphone), des accessoires vestimentaires, des jeux cause-effet (objets mécaniques, toupie), des jeux d'échange, des jeux d'imitation (dînette, cuisine, animaux, poupée et ses accessoires) et des imagiers cartonnés (grandes illustrations sur fond blanc de préférence pour faciliter la perception en cas de handicap).
L'orthophoniste peut présenter une caisse de jeux et observer ceux qui intéressent l'enfant et avec lesquels il va débuter une activité comprenant ou non l'adulte. L'examinateur peut aussi proposer à l'enfant un jouet en particulier en fonction de ce qu'il souhaite apprécier (Grevesse, 2015). Il est intéressant d'initier des activités pour observer la réponse de l'enfant ou créer des situations afin d'amener l'enfant à adopter un comportement communicatif (formulation d'une requête ou demande d'aide). Grâce aux tâches proposées, l'orthophoniste constate la présence ou l'absence des fonctions de communication sociale précoce, le(s) rôle(s) de l'enfant dans l'échange (initiation, réponse et/ou maintien) et les différentes formes de communication utilisées par l'enfant (vocalisations, cris, regard, sourires, gestes, mots, etc.) (Grevesse, 2015). Avec l'accord des parents, il est plus pratique de filmer les séances pour apercevoir certains comportements furtifs pouvant échapper à l'examinateur pendant la séance.
Cependant cette grille ne détermine pas de niveau communicatif développemental et son défaut de standardisation rend le re-test compliqué (Courtois-du-Passage et Galloux, 2004).

5. Observation clinique complémentaire :

L'analyse des domaines langagiers :
L'orthophoniste peut également analyser les domaines langagiers pendant les situations de jeu, c'est-à-dire répertorier les phonèmes imités ou produits spontanément par l'enfant et apprécier les compétences lexicales expressives et réceptives (par exemple comptabiliser les mots produits et compris dans une tâche de dénomination d'objets et de désignation). L'orthophoniste peut également examiner les compétences syntaxiques expressives et réceptives : émergence ou non de la syntaxe, combinaisons constatées (mots, mots et sons, gestes et mots), longueur moyenne des énoncés produits, compréhension des consignes verbales, soutien des gestes pour la compréhension de consignes, etc. (Grevesse, 2015). A la suite de cette analyse clinique, l'orthophoniste peut être amené à évaluer les secteurs formels du langage à l'aide de batteries de langage normées (EVALO, ELO, N-EEL, BEPL). Chez les enfants les moins en difficulté, on peut donc évaluer la phonologie, le vocabulaire, la morphosyntaxe, les aspects sémantiques et pragmatiques (Courtois-du-Passage et Galloux, 2004).

Les capacités imitationnelles de l'enfant :
Les capacités imitationnelles peuvent être évaluées selon la progression avancée par Rogers et al. (2006) : imitation d'actions avec objets, imitation de gestes, imitation bucco-faciale et imitation vocale, souvent la plus compliquée à obtenir, notamment chez les enfants autistes.

Les praxies bucco-faciales :
L'orthophoniste s'intéresse au développement des compétences praxiques au niveau bucco-facial. Il apprécie les capacités de motricité linguale, labiale, vélaire, faciale supérieure (front, yeux) et inférieure (mâchoire, mastication), en situation spontanée et sur imitation. Il note également les compétences de souffle buccal et nasal (boire à la paille, faire des bulles, se moucher) et la possibilité pour l'enfant de manger avec une cuillère, puis avec une fourchette (Van der Horst, 2010). Les éléments atypiques rencontrés par l'orthophoniste peuvent être : un palais ogival, une succion et/ou une déglutition inefficaces, une absence de mastication, des difficultés d'acquisition d'une alimentation autonome, un bavage persistant (au-delà de 3 ans) et une dissociation automatico-volontaire (Van der Horst, 2010).

La réponse à un mode de communication augmentatif et/ou alternatif (CAA) :
L'orthophoniste peut évaluer la réponse de l'enfant à un mode de communication augmentatif et/ou alternatif (CAA), notamment si l'enfant est inintelligible et/ou s'il présente une frustration évidente d'être incompris (Grevesse, 2015). Lors d'une tentative de demande de l'enfant, l'orthophoniste peut lui apprendre un geste rattaché à une méthode de communication gestuelle (par exemple le geste « donne » ou « encore ») et déterminer si l'enfant peut imiter ce geste et le reproduire de manière adaptée. Si l'orthophoniste constate de faibles capacités d'imitation, le mode de communication par échange d'images sera alors plus adapté qu'une communication gestuelle (Grevesse, 2015).

6. Autres outils de bilan à disposition des orthophonistes :

Dialogoris 0/4 ans Orthophoniste (2005) :
Deux grands points sont développés dans cet outil, le bilan orthophonique précoce (0/4 ans) et la prévention. Dans la partie dédiée au bilan précoce on retrouve les différentes situations amenant à prendre en soin de très jeunes enfants, les éléments en faveur d'une intervention précoce, des indications portant sur le dialogue avec les familles, des outils permettant d'évaluer le langage et la communication chez un enfant très jeune et parfois sans langage, ainsi que des pistes permettant d'élaborer le projet thérapeutique. La partie prévention aborde différents moyens à la portée des orthophonistes pour mener des missions de prévention (Antheunis et al., 2007).

EVALO BB (2010) :
F. Coquet, J. Roustit et P. Ferrand sont les auteurs de cette batterie d'évaluation du développement du langage oral du jeune enfant de moins de 36 mois ou sans langage. Il existe initialement deux protocoles, basés sur les références de l'âge de 20 mois et de 27 mois. Une nouvelle édition est parue au printemps 2021 avec l'ajout de 2 protocoles : « 3ème année ou Enfants avec peu ou pas de langage » et « Module Oralité », ainsi que l'amélioration des protocoles existants.

EVALO 2-6 (2009) :
Élaborée par F. Coquet, J. Roustit et P. Ferrand, cette batterie se compose d'un éventail de 32 épreuves regroupées en 12 domaines. Elle accorde une large place à l'observation et permet ainsi de formaliser l'intuition clinique. La batterie permet d'évaluer le jeu et la communication, le lexique, la morphosyntaxe, la métalinguistique, la phonologie, la pragmatique, les praxies, l'attention, les fonctions visuo-spatiale et graphique, les gnosies et la mémoire (Coquet et al., 2007).
Pour les enfants avec peu ou pas de langage, la batterie propose de substituer les épreuves standardisées par une activité spécifique de « Jeu libre » puis de « Jeu partagé ». Ces situations de jeu duelles permettent le recueil de comportements et de productions spontanées ou induites. L'orthophoniste peut ainsi apprécier les productions phonétiques et phonologiques, les capacités de compréhension et de production morphosyntaxique, le stock lexical passif et actif et les modalités non verbales utilisées (Coquet et al., 2007).
Pour les sujets les plus jeunes ou les plus en difficulté, la Batterie Evalo 2-6 propose également une « Grille d'observation – Parents » et une « Grille d'observation – Orthophoniste ». En fonction des comportements repérés par les parents et des degrés cochés sur la grille, l'orthophoniste peut dégager un « Profil de développement et de compétence », à mettre en perspective avec l'âge réel du sujet. L'évaluation est étayée grâce aux informations recueillies par le thérapeute sur les comportements d'attention conjointe, d'attention sensorielle, de jeu, de communication, d'imitation, d'adaptation à la situation, la compréhension, l'expression et les demandes. Certaines rubriques servent d'indicateurs en cas de suspicion de trouble de la relation. D'autres résument les signes d'appel qui induisent le recours à un complément d'observation ou une orientation vers des examens spécialisés (Coquet et al., 2007).

Exalang 3-6 (2006) :
Créée par M-C. Helloin et M-P. Thibault, cette batterie d'évaluation informatisée est composée de 24 épreuves réparties en 5 modules : compétences lexicales, morpho-syntaxiques, non-verbales, phonologie, attention et mémoire. Elle est étalonnée de 2 ans 8 mois à 5 ans 10 mois, par tranches de 6 mois.

Le programme d'évaluation des jalons du comportement verbal (VB-MAPP) (2008) :
Cet examen qui comprend cinq parties, mesure le comportement verbal, guide les rééducations et évalue les progrès au cours d'une prise en soin (Sundberg, 2008). L'évaluation apprécie les performances des opérants verbaux de Skinner (1957) dans un certain nombre de tâches. L'examen des jalons est scindé en trois niveaux de développement (0-18 mois, 18-30 mois et 30-48 mois), basés sur le développement des enfants « normo-typiques ». Depuis 2017, cet outil est traduit en français.

L'échelle de Rossetti (1990) :
Cette échelle permet de repérer et évaluer les retards de développement du langage chez le très jeune enfant (0-3 ans). Elle comprend 291 items répartis en 11 tranches d'âge de 3 mois chacune et évalue les 6 domaines suivants : interaction et attachement, pragmatique, geste, jeu, compréhension du langage et expression du langage (Le Normand et Clouard, 2014). Cette échelle est connue en France sous forme de traductions libres incomplètes. La grille de passation et le manuel de passation ont été traduits dans un mémoire d'orthophonie (Ledan et Audran, 2008).

La Batterie d'évaluation psycholinguistique (BEPL) de Chevrie-Muller et coll. (1997) :
Cette batterie se compose de 19 subtests qui permettent de tester 5 domaines d'aptitudes chez l'enfant de 2 ans 9 mois à 4 ans 3 mois : les capacités cognitives et spatiales, les capacités de compréhension du langage, les capacités de répétition, les capacités de dénomination de mots et couleurs et les aptitudes cognitives (Le Normand et Clouard, 2014).

La mallette « Test des bulles » de B. Therond (2017) :
Cette mallette permet une évaluation standardisée du langage et de la communication des enfants de 0 à 2 ans et des enfants non verbaux. Le temps de passation est rapide (20 minutes) et permet de positionner l'enfant selon les stades de développement de la communication et du langage. Les résultats sont agencés selon les trois pôles de la compétence langagière, à savoir : forme, contenu et pragmatique. La batterie permet l'observation et l'évaluation des précurseurs pragmatiques formels et sémantiques, du niveau de compréhension, de production et de jeu. Elle permet la création d'une ligne de base des habiletés de communication de l'enfant et guide ainsi la création et l'application du projet thérapeutique.

Le ComVoor (1997) :
Une seconde version de cet outil est sortie en 2012. Il permet d'évaluer la mise en place de moyens de communication alternative ou augmentative adaptés (Pichaud, 2018). Il évalue ce que l'enfant perçoit des formes stables de la communication (photographies, images, pictogrammes, langue écrite, objets) et quel sens il attribue à ces perceptions. Une fois les résultats de l'évaluation analysés, l'orthophoniste connaît la forme de communication la plus adaptée aux besoins de l'enfant et le niveau de signification qu'il attribue dans la communication (Noens et al., 2017).

SOS.com (2002) :
Il s'agit d'un outil d'évaluation qualitative comportant des grilles et des questionnaires. Il permet de recueillir efficacement les informations relatives au profil de communication d'un enfant. Il est recommandé de faire évaluer l'enfant par plusieurs intervenants pour apprécier l'influence des différents contextes de vie sur le comportement communicatif de l'enfant (notamment école et maison). Une fois les observations rapportées à l'orthophoniste, il pourra les analyser, dresser le profil communicatif de l'enfant et conseiller les intervenants.

La longueur moyenne des énoncés (LME) :
La longueur moyenne des énoncés est un indice de la maturité syntaxique. Un étalonnage sur un corpus d'enfants de 2 à 4 ans a permis de montrer l'évolution de cet indice avec l'âge (Parisse et Normand, 2007). Les auteurs estiment cependant qu'au-delà d'une longueur moyenne de 4 mots par énoncé, il faut limiter l'utilisation de cet indice. En effet, au-delà d'un âge syntaxique de 2 à 3 ans, d'autres mesures devront être définies pour apprécier la maturité syntaxique (Le Normand et Clouard, 2014).
Parisse et Normand (2007), utilisent la longueur moyenne des énoncés dans leur méthode d'évaluation du langage spontané chez l'enfant de 2 à 4 ans. Cette méthode repose sur l'utilisation de la maison « FISHER-PRICE ». Il s'agit d'un support familier à partir duquel le jeune enfant peut s'exprimer. La maison « FISHER-PRICE » permet de reproduire une situation quasi naturelle lors de l'évaluation et ainsi analyser les productions spontanées de l'enfant.
Calculer la longueur moyenne des énoncés permet d'apprécier de manière globale le langage et d'évaluer un possible retard. Afin d'observer la prestation et l'état des connaissances lexico-grammaticales de l'enfant, un enregistrement vidéo, voire audio, est nécessaire.
D'après les auteurs, parler beaucoup pour amener un enfant à avoir « de bons résultats » est souvent une attitude contre-productive. Ils préconisent de laisser la possibilité à l'enfant d'être silencieux quelque temps, de prendre de l'assurance et une fois « détendu par la manipulation des jouets », il peut se mettre à parler spontanément. Ce constat est très fréquent chez l'enfant entre 3 et 4 ans (Parisse et Normand, 2007).

III. Méthodes et outils de rééducation

A. Préconisations :

1. Evidence Based Practice en orthophonie :

La pratique fondée sur les preuves ou Evidence Based Practice (EBP) a pour objectif la réduction de l'incertitude lors d'une décision clinique. Cette méthode facilite le choix thérapeutique en utilisant les meilleures preuves de la recherche scientifique. L'EBP prend également en compte l'expérience clinique et l'avis du patient. Cependant, la mise en œuvre de l'EBP est difficile en orthophonie car les thérapeutes s'appuient plus sur l'expérience clinique que sur les preuves de recherche afin de prendre leurs décisions (O'Connor et Pettigrew, 2008).

La recherche en orthophonie demeure problématique car les essais contrôlés et randomisés ne reproduisent pas la pratique et questionnent sur la pertinence et l'utilité de la recherche en orthophonie (McCurtin et Roddam, 2012).
Les orthophonistes encadrent leurs interventions en utilisant davantage leurs théories issues de la pratique et en adaptant les interventions à l'hétérogénéité des enfants qu'en se référant à la recherche en orthophonie. Comprendre les modèles utilisés au quotidien par les thérapeutes aiderait les chercheurs dans la conception d'études afin de refléter les théories de la pratique et ainsi maximiser les chances d'intégration des études dans les interventions orthophoniques (Morgan et al., 2019).

À ce jour, les tentatives visant la mise en œuvre de l'EBP se sont concentrées sur l'amélioration de la capacité des praticiens à accéder à la recherche et à évaluer de manière critique les preuves. Peu de recherches examinent l'EBP du point de vue des orthophonistes, c'est-à-dire en regardant leur pratique quotidienne. Les études qui ont tenté de comprendre les points de vue des praticiens sur la pratique concluent qu'une grande partie de leurs connaissances est tacite et ne devient explicite que dans les situations où ils réfléchissent concrètement à leur pratique (Morgan et al., 2019).

Une caractéristique frappante de la pratique orthophonique est la variation dans la façon dont elle est mise en œuvre. Au moyen d'entrevues et d'un sondage sur la pratique, Roulstone et al. (2012) ont identifié plus de 150 interventions utilisées auprès d'enfants lors de rééducation de la parole, du langage et de la communication. Ils ont constaté qu'il y avait des variations dans la façon dont les interventions étaient décrites, y compris au sein des noms des programmes publiés, des types d'activités et des ressources utilisées, et des principes ou approches. La variation dans la pratique crée donc un obstacle supplémentaire à la mise en œuvre de l'EBP car il est difficile de générer des orientations applicables à l'ensemble des interventions réalisées (Morgan et al., 2019).

2. Recommandations de la HAS :

D'après la Haute Autorité de Santé (ANAES, 2002), en fonction de l'âge et des potentialités de l'enfant, la prise en soin orthophonique chez un enfant de 3 à 6 ans comporte les objectifs suivants :

- remédier aux différents aspects déficitaires du langage
- améliorer la communication de l'enfant
- faciliter l'acquisition des apprentissages scolaires, en particulier du langage écrit, quand l'enfant entrera à l'école

Avant 4-5 ans, une prise en soin est nécessaire en cas d'inintelligibilité et/ou d'agrammatisme ou de trouble de la compréhension. La prise en soin comporte alors de la guidance parentale et/ou une rééducation orthophonique de l'enfant.

Après 5 ans, la prise en soin orthophonique est nécessaire si le bilan confirme l'existence d'un trouble spécifique du langage oral.

Les acteurs de cette prise en soin doivent être particulièrement coordonnés en cas de répercussions sur l'intégration scolaire et sociale et doivent être avertis des objectifs de la rééducation.

B. Intervention précoce dans la pratique orthophonique :

Selon Van der Horst (2010), « Une intervention spécifique, au niveau du langage, doit être précoce car les étapes essentielles du développement du langage sont franchies de quatre à six ans et la socialisation, le développement émotionnel, la vie familiale, la poursuite des apprentissages académiques dépendent de la qualité du langage oral ».

Dans les situations de troubles sévères du développement, une rééducation précoce des fonctions du langage permet de limiter les sur-handicaps causés par la frustration de ne pouvoir s'exprimer (agitation, colère, difficultés alimentaires, difficultés d'adaptation à la vie en collectivité…) (Van der Horst, 2010). Cette idée est partagée par Billard (2002) qui affirme qu'un déficit spécifique et sévère du langage oral impose, dès 3-4 ans, une prise en soin orthophonique spécifique mais aussi une prise en soin pluridisciplinaire pour pallier les troubles secondaires du langage.

Chez le jeune enfant, les séances sont le plus souvent conduites en présence et avec la participation active du/des parent(s) (Cuny et al., 2004). Ainsi, l'orthophoniste aide le(s) parent(s) à donner des informations verbales de manière adaptée pour l'enfant. Selon Van der Horst (2010), « les formulations de l'adulte doivent être simples mais correctes, supportées par une expression mimique et une gestuelle adaptées, répétées à un rythme calme, en laissant des temps d'intégration à l'enfant ». La présence des parents pendant la séance permet également la mise en place ou l'ajustement de certaines méthodes selon les besoins de chaque famille.

Pour Lainé (2009), il y a nécessairement un partage de savoirs entre le thérapeute et les parents : « J'ai besoin des parents pour travailler avec leurs enfants car ce sont eux qui les connaissent le mieux. Ils s'appuient sur moi pour jouer, parler avec leur enfant en séance et profitent de ce temps, de cet espace pour l'observer ». Il faut cependant être souple et accepter les fluctuations dans la motivation des parents. Certains d'entre eux veulent assister aux séances ou y participer activement, d'autres sont mal à l'aise. Souvent, ce sont les enfants qui guident, parents et orthophoniste, sur le besoin de leur présence ou non (Lainé, 2009).

La rééducation orthophonique s'appuie sur la plasticité cérébrale et les périodes critiques d'acquisition. D'après Van der Horst (2010), l'intervention orthophonique précoce porte sur l'adaptation comportementale et la communication non verbale, les mobilisations de la sphère oro-buccale, les capacités cognitives et symboliques, le travail de la compréhension verbale et enfin l'expression verbale.

L'adaptation comportementale et la communication non verbale se travaillent :

- en attirant l'attention visuelle de l'enfant
- en organisant la situation d'échange (d'objets, de cartes puis de mots avec respect du tour de rôle)
- en utilisant un système de récompense, des activités attrayantes et en structurant le déroulement des activités (les séquences sont répétitives d'une séance à l'autre)

On vise à développer les capacités attentionnelles, intentionnelles et interactives.

Les mobilisations de la sphère oro-buccale passent par :

- l'installation de l'enfant
- les gestes d'hygiène pour libérer la respiration et la digestion et permettre l'attention
- les gestes de stimulation à la tétée, à la déglutition et à la mastication
- l'encouragement à l'imitation de mimiques et de mouvements des lèvres, de la langue, des distinctions de souffles, etc.

Pour développer les capacités cognitives et symboliques, l'orthophoniste :

- encourage l'enfant à l'intérêt pour les objets, leur recherche (permanence de l'objet)
- cherche à faire reconnaître à l'enfant la fonction d'un objet (feutre, cuillère, ballon...), puis à diversifier l'utilisation des objets au sein de jeux de « faire-semblant »
- sollicite la reconnaissance d'images (par appariements objets/images, utilisation de livres à toucher...)

Lors du travail de la compréhension verbale, l'orthophoniste :

- encourage tout d'abord l'attention et les réactions aux sons musicaux, aux bruits de l'environnement, à la voix du parent. Parfois, il s'agit d'un travail de désensibilisation auprès d'enfants présentant une hypersensibilité auditive ou d'une hiérarchisation des informations auditives.
- propose ensuite l'identification au sein de situations avec expérimentations sensorielles et motrices (manipulations de pâte à modeler, de peinture à doigts, comptines gestuelles), avec supports concrets (objets, jouets, miniatures, photos, signes, images ou pictogrammes).

On développe alors en parallèle la compréhension de l'interdiction, la reconnaissance des proches, l'identification des routines et des consignes du quotidien pour encourager les anticipations.

Sur la base de cette compréhension pourra se développer l'expression verbale :

- l'orthophoniste montre au parent comment soutenir le babil (imitation de l'enfant à faible distance, variation de la prosodie, de la hauteur de voix, introduction de changements...)
- l'orthophoniste encourage l'enfant à imiter les productions d'onomatopées et des mots simples en situation par des propositions verbales et gestuelles (par exemple : « non » ou « fini » pour refuser, « donne » ou « encore » pour demander)

- la demande adressée à l'interlocuteur (méthode PECS), le commentaire d'une image, d'une situation de jeu (pour nourrir l'imaginaire et la vie fantasmatique de l'enfant) ou encore le récit d'un événement simple seront encouragés par les situations en relation duelle, mais aussi en petits groupes de manière à ne pas enfermer l'enfant dans un seul rôle.
- des supports de signes (méthode Makaton) ou d'images, de pictogrammes peuvent soutenir les oralisations (Barbier, 2004).

Travailler les prérequis du langage :
Dans un premier temps, l'orthophoniste va aider le parent à capter le regard de son enfant : trouver une position adaptée pour les deux interlocuteurs, aller chercher le regard, enrichir avec une vocalisation… Le travail de la communication non verbale (sourires, mimiques, gestes) prend alors tout son sens dans ces moments d'interaction privilégiés (Ternisien, 2014).
L'orthophoniste propose ensuite des objets visuellement attractifs et des couleurs contrastées pour rendre le regard de l'enfant plus mobile. Les conduites de poursuite visuelle sont hiérarchisées dans un ouvrage de J.A. Rondal (1995). Il peut aussi proposer des jeux amenant le bébé à stabiliser son regard : fixations visuelles plus ou moins longues, fixation d'un seul objet puis de deux.
Une fois le contact « oeil-à-œil » acquis et le regard plus mobile, l'orthophoniste va favoriser les situations d'attention conjointe (Ternisien, 2014). Ce préalable est essentiel pour préparer le pointage et donc les premiers mots.
Si l'enfant présente des difficultés de perception auditive, l'orthophoniste peut alors proposer des jouets sonores et amener l'enfant à découvrir le contraste silence/bruit. Il peut proposer le même type de jeu avec la voix humaine à travers des chansons et des comptines. L'orthophoniste conduit le tout-petit à s'orienter vers la source auditive puis à la rechercher. Il peut enfin proposer à l'enfant l'imitation de sons et l'identification de la source sonore (Ternisien, 2014).

C. Accompagnement parental :

1. Sensibilité parentale :

Durant leurs premières années de vie, les enfants développent leurs capacités langagières. On remarque toutefois des variations individuelles au niveau de la vitesse d'acquisition du langage ainsi qu'au niveau du nombre de mots présents dans le vocabulaire de chaque enfant. Ces variations résultent en partie des différences dans les interactions présentes dans l'environnement de l'enfant. En effet, selon Béliveau et al. (2018) « l'environnement parlant autour de l'enfant est tout aussi fondamental pour le développement de son langage que son propre équipement neurosensoriel ».

Ainsi, on appelle « sensibilité parentale » la caractéristique sociale de l'interaction impliquée dans le développement langagier de l'enfant. Elle se caractérise par des réponses affectives aux signaux de l'enfant et par l'expression de sentiments positifs à son égard (Bornstein et al., 2020).
Plusieurs études ont prouvé l'importance de la sensibilité parentale dans le développement langagier précoce de l'enfant. Parmi ces études, Goldstein et Schwade (2008) constatent que la sensibilité parentale favorise les compétences communicationnelles de l'enfant dès la première année de vie. Par exemple, quand une mère a pour habitude de répondre au babillage de son bébé, le babillage de ce-dernier trouve sa structure phonologique enrichie.

D'autres études, telles que celle de Tamis-LeMonda et al. (2001), ont mis en évidence les effets positifs à court terme de la sensibilité parentale dans l'émergence du langage lors de la deuxième et troisième année de vie.

Une grande majorité de ces études tend à dire que grâce à la sensibilité parentale, les enfants comprennent plus facilement le rôle que joue le langage dans la communication et le partage des intentions. Ainsi, un enfant convaincu que ses intentions seront entendues et que son entourage lui répondra de manière fiable sera plus enclin à s'engager dans une communication intentionnelle.

Bornstein et al. (2020) se sont intéressés à la façon dont la sensibilité parentale et le langage maternel au cours de la petite enfance prédisent le langage de l'enfant en âge préscolaire. Cette étude longitudinale a démontré que la sensibilité parentale à 5 mois prédit le langage de l'enfant à 49 mois indépendamment de tout autre facteur. Ces comportements adaptés de la mère à l'égard de son enfant se sont donc répercutés 3 ans et demi plus tard sur ses compétences linguistiques. Le rôle majeur de la sensibilité parentale en tant que prédicteur des capacités langagières de l'enfant n'est donc plus à prouver.
La sensibilité parentale semble donc prédire davantage les futures aptitudes langagières de l'enfant que ses aptitudes à l'instant présent. La sensibilité parentale à 9 mois est un meilleur prédicteur du langage de l'enfant à 13 mois que de son langage actuel.

Face à un enfant sans langage, agir auprès des parents est alors essentiel afin de les aider à « retrouver une sensibilité parentale pouvant s'être perdue au contact quotidien des difficultés découlant du développement atypique de l'enfant » (Béliveau et al., 2018).
Le point de départ de l'intervention orthophonique pourra alors consister à trouver un meilleur équilibre dans la relation parents-enfant afin de pallier les difficultés pouvant entraver le bon développement de l'enfant telles que la surprotection parentale, le forçage ou le rejet. Ainsi, épaulés dans la compréhension de leur enfant, les parents pourront devenir de véritables partenaires de l'intervention (Béliveau et al., 2018).

2. Réaliser l'accompagnement parental :

Depuis quelques années, des approches plus centrées sur la famille se sont développées, encourageant la participation active des parents dans les divers aspects de l'intervention orthophonique. Ces approches s'appuient sur le constat que l'environnement dans lequel l'enfant grandit a une répercussion sur le développement de ses capacités langagières (Law et al., 2019). En effet, c'est au sein d'un contexte d'interaction entre lui et l'adulte que l'enfant va développer son langage en prenant pour modèle les productions de l'adulte. Cependant, ce processus peut être perturbé par des divergences dans la trajectoire de développement propre à chaque enfant, de faibles compétences communicationnelles et langagières de l'interlocuteur et par un contexte d'interaction défavorable (Heidlage et al., 2020).
Lors de la prise en soin d'un enfant sans langage, il est donc préconisé de commencer par renforcer les compétences parentales en matière de communication pour ainsi améliorer les interactions parents-enfant (Heidlage et al., 2020).

Notons qu'une amélioration du contexte d'interaction parent-enfant peut ne pas s'avérer suffisante pour les enfants présentant des troubles de développement du langage. Une intervention directe auprès de l'enfant sera également requise dans la plupart des cas (Law et al., 2019).

En cernant les problèmes rencontrés par les parents et les éventuels frères et sœurs, l'orthophoniste peut alors formuler des objectifs, transmettre des outils et des techniques concrètes à mettre en œuvre au quotidien tout en accompagnant et encourageant la famille (Soares-Boucaud et al., 2009). En effet, agir auprès des parents en prenant en compte leur ressenti peut s'avérer bénéfique afin de renforcer l'effet des interventions destinées à l'enfant. Selon Goussot et al. (2012), « le bien-être des parents, et plus généralement de la famille, est l'un des meilleurs prédicteurs du développement social de l'enfant. »

2.1. Objectifs :

Selon Antheunis et al. (2007), les objectifs de l'accompagnement parental sont les suivants :

Les interactions affectives :
L'orthophoniste aide les parents à percevoir la façon de communiquer de leur enfant (cris, gestes, regards, vocalises, sourires, mimiques, etc.), ses intentions de communication (attirer l'attention sur lui, exprimer ses besoins, ses préférences, effectuer des demandes d'objets, d'actions, engager un épisode d'attention conjointe, questionner, etc.), ainsi que ses sujets de communication (nourriture, jouets, famille, etc.). Les parents sont alors épaulés dans l'interprétation des tentatives de communication non verbale de l'enfant. Après avoir mis en mots les intentions de l'enfant, ils peuvent ensuite y répondre. Cela contribue à améliorer les interactions affectives car l'enfant se sent compris et les parents communiquent mieux avec lui.

Le jeu :
L'orthophoniste convie les parents à étiqueter, faire des commentaires afin d'attirer l'attention de l'enfant sur certains objets et à rejoindre l'enfant dans ses jeux spontanés en les enrichissant de mots. Ils sont également amenés à observer quelles stimulations provoquent chez lui des réactions (sourires, mimiques, mouvements corporels). Ces réactions peuvent signifier une satisfaction, le souhait de réitérer la stimulation ou une demande d'aide afin que l'adulte lui donne l'objet visé. L'orthophoniste explique alors comment l'intérêt de l'enfant pour un jouet peut amener des demandes d'objets et de petits tours de rôle. Les parents sont également guidés dans le choix des jeux pouvant être proposés à l'enfant. Ces jeux doivent être adaptés à son développement moteur, cognitif et sensoriel. La participation de l'adulte au jeu de l'enfant est essentielle « pour favoriser la mise en place des compétences socles de la communication et du langage ».

La posture :
L'orthophoniste peut inviter les parents à observer les positions de l'enfant qui facilitent ses productions vocales et les situations d'attention conjointe. Ils pourront ainsi veiller à favoriser au maximum ces postures. Il montre également aux parents la posture à adopter lorsqu'ils s'adressent à leur enfant : se placer face à lui pour pouvoir accrocher son regard et à sa hauteur afin de lui permettre de voir leur visage, leurs mimiques ainsi que leurs gestes.

Suivre les intérêts de l'enfant :
Les parents sont encouragés à porter attention aux intérêts et initiatives de l'enfant. En valorisant ses manipulations et productions spontanées, en mettant des mots sur ses actions/activités/intérêts et en l'imitant, l'enfant sera alors plus appétent à communiquer.

Adapter le langage des parents :
L'orthophoniste veille à valoriser les parents lorsqu'ils utilisent un langage adapté à l'enfant (lexique, syntaxe, prosodie, etc.). S'il remarque que le langage adressé par les parents à leur enfant est parfois peu adapté, il peut alors leur transmettre différents conseils portant sur :

- les différentes façons de se situer dans la zone proximale de développement telles que : simplifier ou réduire les questions posées à l'enfant, attendre une réponse de sa part et la valoriser même s'il s'agit d'une réponse non verbale, réduire leur vitesse d'élocution tout en ajoutant des pauses, simplifier leurs phrases, utiliser la redondance, mettre certains mots en valeur à l'aide de l'intonation ou encore enrichir leurs paroles avec des bruitages, onomatopées et mimiques.
- la manière d'imiter leur enfant, de repérer ses manifestations de communication et de les interpréter
- l'utilisation de stratégies compensatoires : gestes issus de la langue des signes, ébauche syllabique

- les modifications à apporter à la situation de communication afin d'encourager l'enfant à effectuer des demandes d'objets ou d'action.

Apporter des informations spécifiques sur le développement du langage :
L'orthophoniste peut fournir aux parents des renseignements sur le développement langagier et communicationnel de l'enfant tout-venant, par exemple : « A partir de cinq mois, les enfants peuvent participer à des épisodes d'attention conjointe initiés par l'adulte ». Puis, l'orthophoniste peut aborder plus spécifiquement le développement de leur enfant en mettant en avant ses capacités, en expliquant la manière dont il va falloir l'accompagner pour l'aider à acquérir certaines habiletés étape par étape, par exemple : « Maintenant que votre enfant peut pointer pour demander un objet, nous allons l'encourager à parler en mettant en mots ses demandes non verbales ».

2.2. Moyens :

Plusieurs moyens sont à la disposition de l'orthophoniste pour réaliser l'accompagnement parental :

L'apport d'informations :
L'orthophoniste écoute les parents, les informe, les oriente vers des associations (Soares-Boucaud et al., 2009). Il peut également indiquer aux parents certains organismes tels que la FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes). Ces organismes proposent des fiches de conseils concernant les stratégies de communication à adopter ainsi que les signes d'alerte à surveiller pour une identification précoce des troubles (Law et al., 2019).

La vidéo :
Filmer les interactions parents-enfant peut également être un moyen d'accompagnement parental. Lors du visionnage de la vidéo, l'orthophoniste et les parents peuvent faire des commentaires sur les comportements observés. Cette méthode permet aux parents de relever les stratégies les plus adaptées et de suggérer des modifications dans leur comportement sans se sentir jugés car ils proposent eux-mêmes les améliorations à apporter. L'orthophoniste se saisit de toutes les opportunités lui permettant de valoriser les parents et l'enfant en mettant en avant leurs compétences dans les interactions. Il reformule également leurs propos sans les interpréter.
L'utilisation de la vidéo permet aux parents de visualiser les progrès de leur enfant ainsi que l'évolution de leurs interactions avec lui.
L'orthophoniste peut également présenter aux parents des vidéos d'autres enfants afin de les commenter (Antheunis et al., 2005, 2007).

Les groupes de parents :
L'orthophoniste peut organiser des groupes de parents afin que chacun puisse partager ses expériences, tirer profit des différentes stratégies mises en place par les autres parents et réfléchir ensemble à des propositions d'amélioration (Antheunis et al., 2007).

La fonction écho :
La fonction écho consiste à s'adresser à l'enfant avec l'intention d'agir indirectement sur ses parents. Elle peut être abordée de trois manières différentes (Antheunis et al., 2005) :
- L'orthophoniste intervient en tant qu'« interprète » de l'enfant : il lui attribue des sentiments, des pensées, des attentes et préférences qu'il verbalise comme si les paroles venaient de l'enfant. Il peut par exemple dire à l'enfant : « Tu aimes bien que maman te chante une comptine en te prenant dans ses bras ! Oh oui ça te plaît beaucoup ! ». Cela peut alors inciter la mère à reproduire ce type d'interaction à la maison.

- L'orthophoniste s'adresse à l'enfant mais ses propos sont destinés aux parents : il se saisit de l'occasion pour communiquer des informations, soutenir des idées ou répondre aux questions des parents. Par exemple, il peut dire à l'enfant : « Alors, est-ce que tu as beaucoup discuté avec maman cette semaine ? ». La mère reçoit alors un rappel sur l'importance de parler à son enfant au quotidien.
- L'orthophoniste s'adresse à l'enfant de façon à mettre en évidence des conduites favorisant le développement communicationnel et langagier : le parler-nourrice, la redondance, l'interprétation, etc. L'orthophoniste emploie ces comportements de communication devant les parents avec l'intention qu'ils s'en imprègnent et puissent les mettre en pratique.

Ainsi, utiliser la fonction écho permet de transmettre aux parents des informations, des demandes, des messages de façon moins directe. Elle permet également de mettre l'enfant en valeur et de valoriser les parents en soulignant leurs points forts. L'orthophoniste devient le médiateur de l'enfant qui manifeste une préférence. Les parents sont alors en mesure d'initier un changement dans leur comportement sans que l'orthophoniste ne leur ait directement indiqué une façon d'agir ou une erreur dans leur manière de faire. De plus, s'ils constatent que leur enfant s'intéresse à l'activité, reste attentif, communique davantage et affiche un réel plaisir à parler et à jouer, ils seront plus enclins à tenter de reproduire les comportements de communication mis en avant par l'orthophoniste (Antheunis et al., 2005).

A travers ces différents moyens, l'orthophoniste essaie d'amener les parents à découvrir par eux-mêmes les solutions favorables au développement communicationnel et langagier de leur enfant. Ils seront alors plus confiants en leur rôle de parent et en leurs capacités à accompagner leur enfant au quotidien.

3. Programmes d'intervention parentaux :

3.1. Prérequis à la mise en place de programmes d'intervention parentaux :

Des programmes d'intervention impliquant les parents ont été mis au point dans le but de leur indiquer les comportements à avoir afin de favoriser l'émergence du langage chez leur enfant et leur apporter un soutien pour améliorer ses compétences communicationnelles au quotidien. Ces programmes d'intervention précoce sont importants car les capacités langagières au cours des années préscolaires sont prédictives des futures performances de l'enfant dans les différents domaines de développement. La formation des parents les aide à fournir à leur enfant l'opportunité d'acquérir de nouvelles compétences linguistiques au quotidien. L'enfant est ainsi encouragé à mettre en œuvre ses compétences linguistiques dans des situations fonctionnelles. La majorité des programmes d'intervention parentaux ont été élaborés pour être appliqués dans la lecture partagée de livres, dans des routines de jeu ainsi qu'à la maison (Heidlage et al., 2020).

Transmettre des connaissances aux parents :
Transmettre des connaissances aux parents sur le développement de l'enfant est un moyen de favoriser leur implication dans les programmes d'intervention. En effet, en comprenant le fonctionnement de leur enfant, ils seront alors en mesure de lui concevoir un cadre propice à son développement. Les habiletés ainsi acquises par les parents se traduiront par des interventions adéquates auprès de leur enfant. Leur objectif est alors d'apprendre à déchiffrer les comportements de l'enfant afin d'interagir davantage avec lui (Sénéchal et al., 2013).
Cette vision est partagée par Goussot et al. (2012), qui décrivent l'intervention familiale à mettre en œuvre auprès de parents d'enfants autistes. Ils préconisent de commencer par délivrer aux parents une information claire et complète sur la pathologie de l'enfant ainsi que sur les interventions rééducatives proposées. Lorsque les parents sont en possession de connaissances fiables et appropriées, une nouvelle dynamique familiale peut alors apparaître. L'objectif de l'orthophoniste sera alors de consolider le

fonctionnement de la famille dans le but d'anticiper et de prévenir les potentielles difficultés pouvant être rencontrées.

Adopter des stratégies de coping adaptées :
Après avoir informé les parents, Goussot et al. (2012) recommandent de les aider à adopter des stratégies de coping adaptées. Ces stratégies, autrement appelées stratégies d'ajustement, représentent l'ensemble des méthodes mises en œuvre par une personne pour faire face à une situation nouvelle pouvant être anxiogène. Il existe deux types de stratégies : celles centrées sur l'émotion et celles centrées sur le problème. L'objectif des stratégies d'ajustement émotionnel est de réguler l'expérience émotionnelle en contrôlant ou diminuant les sentiments de détresse tels que le déni ou l'évitement d'une situation. Les stratégies se centrant sur le problème visent à agir sur l'origine de l'angoisse générée en réévaluant par exemple de manière optimiste la situation. Ces deux stratégies génèrent des effets différents sur chaque individu. L'étude de Smith et al. (2007) a démontré que les stratégies de coping centrées sur le problème sont les plus efficientes et représentent un facteur de protection contre l'anxiété.

Rechercher un soutien social :
Les parents d'enfants atteints d'une pathologie telle que l'autisme, peuvent voir leur équilibre familial perturbé. La recherche d'un soutien social peut alors fournir un appui non négligeable. Le soutien social se caractérise par l'aide procurée par la famille ou les amis mais aussi par les activités pratiquées par les parents, leur évitant l'isolement social. Cette ressource adaptative permet une cohésion familiale optimale et favorise l'ajustement des parents à de nouvelles situations ainsi que leur investissement. Une bonne cohésion familiale favorise alors l'utilisation de stratégies de coping adaptées. Ce soutien social extérieur renforce également le sentiment de compétence des parents et réduit de façon considérable leur anxiété (Goussot et al., 2012).

Une fois ces prérequis mis en place, des programmes d'intervention parentaux ayant pour objectif l'émergence du langage chez l'enfant peuvent alors voir le jour.
Les trente dernières années ont vu naître l'essor des approches indirectes d'intervention par le biais de programmes d'accompagnement parental. Ils ont pour objectif l'optimisation de l'environnement de communication dans la famille en formant les parents à l'interaction parent-enfant (Law et al., 2019). Ces programmes s'appuient sur les principes d'ajustement tels que :

- développer les capacités d'observation des parents
- réduire les attitudes dirigistes
- réduire au maximum les comportements négatifs
- apprendre à adapter sa communication et son langage
- apprendre à favoriser les situations de communication active

3.2. Études portant sur l'efficacité de différents programmes :

Dans la méta-analyse de Heidlage et al. (2020), une formation expliquant comment employer des stratégies de facilitation linguistique avec l'enfant a été proposée à des parents au sein de différentes études. Trois types de formation ont été présentés selon les études : une formation parentale individuelle, une formation parentale individuelle et en groupe, et une formation collective uniquement (avec des groupes variant de six à douze personnes). Parmi ces études, huit furent menées dans un contexte de lecture partagée. La stratégie de formation la plus utilisée dans ce contexte était l'enseignement vidéo. Le jeu de rôle et la distribution de brochures informatives étaient également employés mais à un degré moindre. Dix-sept études ont quant à elles été menées dans une situation de jeu ou de routine. Ces études ont recouru à une plus grande variété de stratégies de formation parentale. Plus de la moitié des dix-sept études révèle avoir abordé cette formation sous forme de coaching des parents, notamment en observant leur comportement en situation.

Les résultats de cette méta-analyse démontrent que l'emploi de stratégies de facilitation linguistique par les parents a des effets positifs et significatifs sur le langage expressif de l'enfant. Les interventions menées par les parents en contexte de lecture partagée ainsi qu'en situation de jeu ou de routine peuvent améliorer le langage expressif de l'enfant. La formation parentale a fait ses preuves : les parents ont adopté un comportement approprié facilitant le langage et ont augmenté leur réactivité contingente. En revanche, aucune amélioration significative n'a été prouvée concernant le langage réceptif de l'enfant.

L'étude de Rajesh et Venkatesh (2019) a impliqué des parents dans un programme de formation bref et de faible intensité axé sur la stimulation du langage et le développement du jeu. Une fois initiés à ce programme, les parents étaient en mesure de proposer des activités ludiques à leur enfant et de lui offrir des possibilités d'interaction dans les routines du quotidien. Une augmentation des verbalisations et des commentaires des parents a été observée. Cette amélioration s'explique par l'emploi progressif de stratégies afin de fournir à l'enfant une contribution linguistique riche. Une réduction de l'utilisation de commandes directives a également été constatée chez les parents, ainsi qu'une augmentation de leur réactivité. Dix semaines après le programme de formation suivi par les parents, l'étude a également mis en évidence une amélioration des compétences linguistiques des enfants, en production comme en réception. Les enfants ayant un retard de développement ont présenté une amélioration du niveau de langage inférieure à celle des enfants ayant un retard de langage seul.

La méthode Hanen :
Cette méthode, créée en 1975 par Ayala Hanen Manolson, orthophoniste basée à Montréal, repose sur l'idée que la participation des parents est cruciale pour offrir à l'enfant des occasions de communiquer lors de situations écologiques. La méthode Hanen comprend quatre programmes d'intervention parentaux différents (« It takes two to talk », « More than words », « Target Word », « Talk Ability ») et nécessite une formation de la part de l'orthophoniste. Cette méthode s'appuie sur un modèle interactif d'intervention langagière visant la stimulation du langage. Elle est fréquemment employée auprès de jeunes et très jeunes enfants présentant un retard d'acquisition du langage.
Girolametto (2000) décrit trois stratégies enseignées aux parents :

<u>Les techniques centrées sur l'enfant</u> :
Ces techniques visent à créer des moments de partage autour des centres d'attention immédiats de l'enfant ou de ses centres d'intérêt. Les parents sont alors amenés à modifier l'environnement physique et social de l'enfant en mettant en avant certaines informations, en générant des informations sur lesquelles l'enfant pourra porter son attention et en veillant à adapter la complexité de l'environnement aux capacités de l'enfant. Cela nécessite donc une réactivité des parents aux signaux envoyés par l'enfant.
Pour ce faire, les parents peuvent :

- Se positionner face à l'enfant et à son niveau
- Observer l'enfant et le laisser initier la communication
- Suivre les initiatives de l'enfant en termes d'activité ou de sujet de conversation

<u>Les techniques visant à promouvoir les interactions</u> :
Le principal objectif de ces techniques est de générer des situations dans lesquelles l'enfant a un rôle de partenaire de communication, tout en réalisant des alternances entre parent et enfant. Chacun d'entre eux est alors en mesure d'initier et de répondre. Ainsi, les parents offrent à l'enfant la possibilité de prendre part aux échanges de façon active. L'enfant initie une interaction, en maintient le contrôle et a l'opportunité de mettre en œuvre de nouvelles compétences. La motivation de l'enfant à communiquer, la capacité des parents à considérer leur enfant comme un véritable interlocuteur et à reconnaître ses volontés de communiquer sont autant de facteurs pouvant influencer la réussite des interactions.
Les parents sont amenés à :

- Prendre part au jeu de l'enfant
- Faire à tour de rôle

- Inciter l'enfant à effectuer ces alternances sur un sujet de conversation
- Anticiper et attendre que l'enfant parle ou agisse à son tour

Les techniques de modelage du langage :
Ces techniques ont pour but d'aider l'enfant à établir des liens entre la forme, le contenu et l'utilisation du langage. Elles permettent aux parents de communiquer de manière efficace avec l'enfant en lui proposant des énoncés simples et en adéquation avec ses intérêts, ses actes et ses compétences.
Ils sont invités à :
- Imiter l'enfant
- Attribuer un sens aux vocalisations de l'enfant
- Dénommer les objets sur lesquels l'enfant porte son attention
- Enrichir les productions verbales de l'enfant
- Commenter les activités de l'enfant ou ses centres d'attention

Les parents sont entraînés au moyen d'observation de vidéos prises lors des séances, de lecture d'un manuel, de discussions de groupe et de supervision individualisée au domicile. Les techniques inculquées ne s'appliquent pas seulement aux situations de jeu, les parents sont également amenés à les transférer au quotidien.

La méthode Hanen comprend deux versions différentes : la stimulation générale et la stimulation ciblée. Ces deux versions ont en commun l'idée d'entraîner les parents à énoncer des productions verbales appropriées au sujet de conversation de l'enfant. La stimulation ciblée comprend en plus l'objectif d'entraîner les parents à proposer des cibles langagières présélectionnées. Ces deux versions ont fait l'objet d'études, la version de stimulation générale a principalement été testée auprès d'enfants présentant des retards de développement et la stimulation ciblée auprès d'enfants trisomiques mais également auprès d'enfants avec un retard développemental.
Concernant la version de stimulation générale : les résultats convergent tous vers une amélioration du comportement des parents qui encouragent davantage leur enfant à utiliser ses capacités communicationnelles et langagières. La version de stimulation ciblée, quant à elle, favorise l'acquisition de nouveaux mots de vocabulaire chez les enfants trisomiques et encourage l'acquisition lexicale, le langage combinatoire et les compétences phonologiques chez les enfants avec un retard de langage expressif (Girolametto, 2000).

Girolametto et al. (1996) ont étudié les effets de la méthode Hanen sur des enfants présentant un retard sévère de développement du langage expressif. Ils ont ainsi mis au point un programme s'appuyant sur les principes de cette méthode. Le programme a duré onze semaines, il comprenait huit séances destinées à enseigner les stratégies d'intervention et trois visites à domicile. Au cours des séances, les parents ont visionné des vidéos illustrant les techniques du programme, ils ont participé à des présentations interactives, à des jeux de rôle et des discussions. Les parents étaient invités à refaire certains exercices chez eux avec leur enfant. Lors des visites à domicile, l'intervenant filmait les interactions entre les mères et les enfants. Ces vidéos étaient ensuite visionnées avec les parents afin de leur fournir un feed-back sur leur utilisation des techniques.

Trois modifications ont été ajoutées au programme de façon à correspondre à une approche de stimulation ciblée :
- Les mères ont reçu une liste de dix mots-cibles à produire lors des routines quotidiennes. Elles ont appris à utiliser ces mots en réaction aux activités ou centres d'attention de l'enfant et à répéter au moins cinq fois le mot-cible pendant chaque interaction.
- Les parents ont été formés afin de choisir de nouvelles cibles lexicales lorsque l'enfant utilisait le mot-cible de façon spontanée au moins trois fois dans trois situations différentes la même semaine.
- Les parents ont appris à « modeler » des combinaisons de 2 mots.

A la fin du programme, des améliorations sont constatées à différents niveaux :
Le développement du vocabulaire langagier : Les résultats mettent en avant un enrichissement du vocabulaire des enfants, une augmentation de la production de phrases, ainsi qu'une complexité grammaticale accrue. Les enfants utilisent les mots-cibles en situation d'interaction, on remarque également une généralisation à d'autres mots non ciblés. Ces résultats démontrent que l'apprentissage lexical associé à une intervention des parents pourrait favoriser l'acquisition précoce de structures langagières complexes.
La phonologie : Les enfants utilisent davantage de formes syllabiques complexes, leur répertoire de sons s'est enrichi avec l'émission de plus de consonnes en position initiale et finale. Proposer des stimulations ciblées sur l'entraînement lexical améliore donc indirectement les compétences phonologiques de l'enfant. Cependant, aucun effet n'a été constaté sur la précision articulatoire.
Le langage des mères : Après avoir participé au programme, les mères utilisent des phrases plus courtes, moins complexes et répètent les mots-cibles quand elles s'adressent à leur enfant. Une amélioration de leur style interactionnel est constatée, elles offrent à leur enfant un meilleur environnement langagier. Elles apportent un contexte aux verbalisations de l'enfant qui peut alors en extraire des informations favorables à son développement langagier.

Les résultats confirment l'intérêt d'une approche thérapeutique indirecte (entraînement parental) associée à une approche ciblée chez les enfants présentant un retard de langage expressif. En effet, des effets positifs sont visibles sur le vocabulaire de l'enfant mais se répercutent également sur l'évolution du langage, le jeu ou encore les compétences phonologiques, soulageant ainsi l'anxiété parentale. Les interactions parents-enfant s'en voient améliorées, offrant alors à l'enfant des opportunités d'utiliser des mots et des structures à une période plus précoce et critique du développement langagier.
Les interventions parentales, approches écologiques et peu coûteuses en ressources cliniques, ont donc la faculté d'améliorer significativement les capacités langagières des enfants (Girolametto, 2000).

Méthode Hanen - Programme « More than words » :
Nous pouvons plus particulièrement développer le programme « More than words » qui s'adresse aux parents d'enfants atteints de TSA. Il vise à leur apporter des compétences pratiques afin d'augmenter la fréquence des interactions ludiques parents-enfant et faciliter le développement de la communication de l'enfant. Ce programme se compose de huit séances de groupe hebdomadaires et de trois séances individuelles en famille encadrées par un orthophoniste. Plusieurs stratégies sont employées telles que l'entraînement à l'observation et aux commentaires de vidéos (Carter et al., 2011).

Les parents reçoivent un enseignement afin d'offrir à leur enfant des opportunités d'initier un acte communicationnel lors des routines quotidiennes et de fournir à l'enfant des réponses linguistiques comme non linguistiques. A travers la formation des parents, on cherche à aider l'enfant à atteindre les objectifs suivants :
- Une meilleure interaction bidirectionnelle
- Des moyens de communication conventionnels et plus matures
- De meilleures compétences en communication à des fins sociales
- Une meilleure compréhension (Carter et al., 2011)

Les séances abordent les moyens d'interaction parentaux favorables à l'amélioration de la communication chez l'enfant tels que : répondre aux tentatives de communication de l'enfant, suivre l'exemple de l'enfant, participer à des routines d'action conjointe dans le jeu, utiliser des supports visuels pour aider l'enfant à comprendre les attentes, soutenir les interactions avec les pairs et établir des moments de jeu entre pairs (Carter et al., 2011).

McConachie et al. (2005) ont évalué ce programme en le proposant aux parents de 51 enfants d'âge préscolaire présentant un retard de langage et des soupçons de TSA. Cette étude a mis en évidence une

amélioration des comportements parentaux par l'utilisation de stratégies de facilitation ainsi qu'une augmentation du nombre de mots utilisés par les enfants.

Girolametto et al. (2007) ont proposé ce programme à trois mères d'enfants d'âge préscolaire atteints de TSA. Les résultats ont démontré une augmentation des commentaires des mères en situation de jeu et de meilleures capacités à initier les interactions sociales chez les enfants.

Sokmum et al. (2017) ont réalisé une étude auprès de parents de 31 enfants malaisiens atteints de TSA. Les résultats 5 mois après le début de l'intervention parentale ont montré une augmentation de l'utilisation de stratégies de facilitation par les parents lors de l'interaction parent-enfant, un accroissement du vocabulaire des enfants ainsi que des progrès en matière de communication et de compétences sociales.

3.3. Limites des programmes d'intervention parentaux :

Les programmes d'intervention parentaux peuvent comprendre certaines limites.

Selon Law et al. (2019), ces programmes doivent être structurés et suffisamment explicites afin d'avoir un véritable impact sur la relation parent-enfant. Il est alors nécessaire de définir des objectifs clairs dès le début afin de répondre aux questions suivantes : Qui fait quoi ? Quand ? Comment ?
Certains programmes peu structurés risquent de ne pas avoir l'effet escompté.

Pour être mené à bien, un programme d'intervention parental doit être un partenariat entre l'expérience du thérapeute et l'implication des parents. La motivation des parents est donc un facteur essentiel à l'efficacité du programme. Sans adhésion à ce type d'approche, les parents risquent de ne pas appliquer au quotidien les compétences acquises, réduisant ainsi les chances de réussite du programme. En effet, l'interaction parent-enfant est un « élément central de l'intervention » (Law et al., 2019) permettant à l'enfant de s'imprégner des productions langagières de l'adulte.

De plus, les points de vue des parents divergent quant à la place qu'ils occupent dans ces programmes d'intervention. Certains parents peuvent avoir l'impression de jouer un rôle moindre par rapport à l'orthophoniste. Cette vision peut être influencée par le temps dont ils disposent, la confiance qu'ils ont en leurs capacités et l'importance qu'ils accordent au programme.

Enfin, certaines familles ont besoin d'un soutien plus intensif. De ce fait, limiter l'intervention orthophonique à la simple proposition d'un programme d'intervention parental peut parfois s'avérer insuffisant. Une approche directe auprès de l'enfant sera souvent requise en complément (Law et al., 2019).

D. Importance du jeu :

1. Progression et importance du jeu dans le développement langagier :

Le développement du jeu chez l'enfant suit classiquement la trajectoire suivante (Christensen et al., 2010) :

- Durant la première année de vie, le jeu sensori-moteur est habituellement utilisé par l'enfant. Il s'agit de la manipulation simple d'objets et de l'exploration de leurs caractéristiques physiques.
- Vers 10-12 mois, le jeu fonctionnel apparaît, l'enfant utilise alors un objet de façon appropriée.
- Vers 18 mois, le jeu de faire-semblant prend place, il consiste à prétendre la présence d'un objet qui n'est pas présent ou à élargir la fonction d'un objet à un autre objet. Au sein du jeu de faire-semblant,

on trouve le jeu fictionnel (par exemple jouer au cuisinier, au docteur) et le jeu symbolique (détourner la fonction d'un objet, utiliser des objets imaginaires). Avec l'âge, le jeu dépend de moins en moins des supports.

Le jeu est d'abord autocentré, puis dirigé vers un autre individu. L'implication sociale dans le jeu est d'autant plus présente que le jeu de l'enfant évolue (Veneziano, 2010).
Il existe deux types de jeu :

- Le jeu en autonomie : l'enfant s'engage de façon spontanée dans un comportement de jeu agréable et plaisant pour lui, aucun renforçateur externe n'est alors nécessaire. Ce type de jeu favorise l'émergence de certaines habiletés fondamentales telles que la coordination oculomotrice, le raisonnement, la concentration, les relations de cause à effet, l'imagination, etc.
- Le jeu social : ce jeu suppose des interactions avec d'autres individus qui génèrent eux-mêmes un renforcement social (Venin-Consol et al., 2019).

Selon A. Lainé (2009) le jeu est la caractéristique principale des thérapies du langage, il offre une multitude de possibilités pour que l'enfant puisse s'exprimer. Cette vision est partagée par A. Oustric : « Le jeu n'est ni une récréation, ni une récompense ! C'est la forme que prend la parole de l'enfant à un moment de son travail avec nous » (Lainé, 2009).

Accompagner l'enfant dans le jeu consiste à travailler le langage et la communication en partant de ce qu'il met en scène. Il s'agit d'une approche fonctionnelle. Après un temps nécessaire à l'installation de routines, l'orthophoniste peut intervenir progressivement. Il interprète les gestes et actions de l'enfant, reprend ses productions verbales ou les reformule tout en alternant les temps de silence et de parole. Commenter les actions de l'enfant, faire des bruitages, ponctuer avec des onomatopées, des petits mots, permet à l'orthophoniste de mettre en mots les fluctuations dans l'activité ainsi que les affects. A. Lainé (2009) prend l'exemple d'un enfant qui aime bien jouer avec des petites voitures en les faisant rouler sans bruit. Après un petit temps d'observation, A. Lainé se met à bruiter le trajet de la voiture et émet un bruit de frein quand elle s'arrête. Le petit garçon ne réagit pas tout de suite, puis il s'aperçoit de cette scansion et effectue le mouvement en fonction des bruitages de l'orthophoniste. Cette activité, d'abord solitaire, devient un jeu partagé où la présence de l'autre a un sens et dans lequel la parole (onomatopées dans ce cas précis) prend place. Cela amorce le dialogue : la relation à l'autre aide l'enfant à établir une communication, favorisant ainsi l'émergence du langage (Lainé, 2009).

Le fondement de l'accompagnement dans le jeu réside dans la capacité à se saisir de petits signes, à utiliser les activités de l'enfant afin de mettre en place une attention partagée et à être doté de créativité tout en sachant apprécier celle de l'enfant. Ce travail d'enrichissement des différentes modalités interactives nécessite de s'adapter à chaque enfant et requiert du temps et de la patience mais il fait ses preuves. En effet, il permet l'émergence de notions nécessaires au développement du langage, telles que la temporalité, la permanence de l'objet ou l'alternance. Il est donc important de porter un intérêt tout particulier au jeu lors de la prise en soin d'un enfant sans langage. Les situations de jeu pourront être reprises à la maison, offrant ainsi à l'enfant et ses parents un lieu d'expression (Lainé, 2009).

Si l'apparition et l'évolution du jeu est naturelle chez l'enfant tout-venant qui va franchir progressivement les différents stades, certains enfants peuvent présenter des difficultés à jouer, les privant alors de multiples opportunités de développer leur langage.
L'autisme est l'une des pathologies générant le plus de conséquences sur les compétences de jeu. Les enfants atteints d'autisme jouent avec une variété de jouets restreinte, ils ont tendance à utiliser les objets de façon répétée en exploitant préférentiellement leurs propriétés mécaniques. Les jeux fonctionnel et symbolique sont altérés ou apparaissent plus tardivement (Nader-Grosbois, 2014). Les jeux basés sur l'imagination sont très peu utilisés. De manière générale, ils éprouvent des difficultés à initier et à répondre aux interactions pendant le jeu (Restall et Magill-Evans, 1994).

Les Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2012) concernant les interventions éducatives et thérapeutiques chez l'enfant et l'adolescent atteints d'autisme préconisent un enseignement précoce et une structuration du jeu afin de prévenir les effets secondaires de cette pathologie. Le développement des compétences de jeu chez ces enfants nécessite donc un apprentissage. En développant le jeu en autonomie, l'enfant pourra occuper son temps libre de manière fonctionnelle, diminuant ainsi les comportements problèmes qui apparaissent avec l'ennui ainsi que les comportements d'auto-stimulation. L'enfant sera également en mesure de comprendre le jeu de ses pairs et d'essayer d'y participer. En effet, l'utilisation de compétences de jeu appropriées représente un appui non négligeable aux interactions sociales, favorisant alors les productions langagières (Venin-Consol et al., 2019).
Le jeu est généralement utilisé comme médiation lors des prises en soin orthophoniques. Il représente en effet un moyen de stimuler naturellement les compétences cognitives, psychomotrices, relationnelles, imitationnelles ainsi que l'attention conjointe. Mais il peut également représenter un objectif à part entière en visant la mise en place des compétences de jeu. Cette approche peut se faire à l'aide du video modeling (Venin-Consol et al., 2019).

2. Développer les compétences de jeu à l'aide du video modeling ou modélisation vidéo :

Le video modeling est défini par Buggey (2012) comme étant « une méthode éducative visant à développer les habiletés et les comportements d'un individu en visualisant le film d'une personne en train de faire une démonstration de ces habiletés ou ces comportements ». Cette technique peut permettre d'enseigner un nouveau comportement ou de supprimer un comportement inadapté. Le video modeling correspond donc à un apprentissage au moyen de l'observation. Il s'agit de produire un comportement ciblé qui pourra ensuite être imité et appris. Les compétences imitationnelles représentent donc un prérequis nécessaire à la mise en œuvre de cette méthode.

Peu de matériel est requis : un smartphone ou une tablette suffisent. Les étapes de réalisation sont les suivantes : définir le comportement ciblé tout en réfléchissant à la séquence d'actions, filmer l'activité ciblée, montrer la vidéo, donner un renforcement positif quand le comportement de l'enfant est celui attendu, sinon montrer à nouveau la vidéo (Venin-Consol et al., 2019).

Cette méthode peut alors être utilisée pour favoriser le développement des compétences de jeu chez l'enfant. L'orthophoniste présente à l'enfant un comportement de jeu dans un contexte « contrôlé ». Par exemple : si l'objectif est d'apprendre à l'enfant à réaliser un boudin avec de la pâte à modeler, l'orthophoniste filme cet acte en montrant sur la vidéo ce que verra l'enfant quand il réalisera lui-même l'action, sa « perception propre ». La caméra doit donc se situer au-dessus des mains. Puis, la vidéo qui ne dure que quelques secondes est montrée à l'enfant. L'orthophoniste lui dit de faire pareil. Si l'enfant y arrive, ce comportement va être valorisé par un renforcement verbal ou avec un objet qu'il aime bien. On peut ensuite généraliser ce comportement de jeu en montrant la même vidéo mais en donnant à l'enfant de la pâte à modeler d'une couleur différente de celle de la vidéo (Venin-Consol et al., 2019).

Le video modeling présente plusieurs avantages. D'abord, la vidéo est un support très attrayant qui évite l'aspect relationnel pouvant contrarier certains enfants. De plus, sur cette vidéo, un comportement de jeu est montré de façon isolée, cette présentation épurée permet d'éviter d'éventuels distracteurs. Enfin, le modèle peut être montré autant de fois que nécessaire (Venin-Consol et al., 2019).

Plusieurs études ont mis en évidence l'intérêt du video modeling. Cardon (2013) a montré que l'entraînement à l'aide du video modeling favorise le développement des compétences de jeu ainsi que le développement gestuel. Charlop-Christy et al. (2000) ont prouvé que cette méthode permet d'apprendre plus vite et de généraliser les compétences. Le développement des compétences de jeu permet à l'enfant de mieux explorer son environnement, permettant alors le développement de nouvelles aptitudes.

De plus, si l'enfant joue de façon fonctionnelle, il aura davantage envie de jouer avec les autres enfants et interagira plus avec eux (Venin-Consol et al., 2019).

L'utilisation du video modeling comme méthode d'apprentissage d'un comportement de jeu est particulièrement adaptée aux spécificités cognitives des enfants atteints d'autisme. Leur hyper ou hypo-réactivité aux stimuli sensoriels présents dans l'environnement limite leurs capacités à apprendre par l'observation et donc à imiter des jeux réalisés autour d'eux. Avec la vidéo, l'enfant n'a pas à sélectionner l'information importante parmi d'autres informations accessoires, le comportement filmé étant isolé. Cette sélectivité découlant de la vidéo permet un champ visuel restreint, évitant tout stimulus distracteur. De ce fait, l'enfant n'est pas gêné par ses difficultés d'attention sélective. De plus, l'explicitation visuelle des informations permet à l'enfant de comprendre chaque geste du comportement visé (Venin-Consol et al., 2019).

Bien que le video modeling soit reconnu par l'Evidence Based Practice, cette approche reste peu utilisée en pratique clinique. Elle peut être proposée dans différentes pathologies telles que l'autisme ou la trisomie 21, plusieurs formations existent dans ce domaine. Cette aide imitative, visant à développer les capacités de jeu de l'enfant, lui offre alors de nouvelles opportunités de développer son langage.

E. Communication augmentative et/ou alternative (CAA) :

1. Présentation des outils de CAA :

La communication est dite augmentée lorsqu'on facilite le développement du langage oral par l'ajout de plusieurs canaux de communication (gestuel, symbolique, écrit). L'utilisation de plusieurs afférences amplifie le message (Cuny et al., 2004). La communication est dite alternative lorsque le langage oral ne se développe pas. C'est un moyen palliatif permettant à l'enfant de communiquer avec son entourage par un autre moyen que le langage oral (Cuny et al., 2004).

Les stratégies de communication augmentative et/ou alternative (CAA) sont traditionnellement envisagées lorsque les enfants ont de graves troubles du langage expressif et sont incapables de communiquer verbalement. Elles peuvent également améliorer la compétence communicative en facilitant le développement des compétences langagières et en augmentant la production de la parole (Meinzen-Derr et al., 2019). Les technologies et les logiciels disponibles pour la CAA ont bien évolué au cours des dernières années, en particulier avec l'expansion du nombre de tablettes et leur plus grande accessibilité (Meinzen-Derr et al., 2019).

Une revue systématique menée par Romski et al. (2015) soutient que l'intervention précoce en CAA améliore le développement du langage réceptif et expressif d'un enfant, avec des gains dans le développement de la parole et le développement précoce des compétences en littératie.
Selon Murray et Goldbart (2009), il existe de nombreux types de CAA, notamment :

- les systèmes « sans technologie » ou sans aide : pointage des yeux, geste naturel et utilisation de signes manuels
- les systèmes assistés « low-tech » : photographies, symboles et panneaux de mots
- les dispositifs simples à piles et à message unique « light-tech » : dispositifs de sortie vocale
- les systèmes assistés « high-tech » (généralement très complexes et flexibles) : dispositifs de sortie vocale

Toujours selon Murray et Goldbart (2009), il faut considérer les systèmes de CAA comme étant constitués de quatre composants interconnectés :

- Le mode (c'est-à-dire le type de système) : méthode par laquelle le message est envoyé au partenaire de communication
- Les moyens par lesquels l'enfant accède au mode de communication : accès direct (pointer ou appuyer sur les touches d'un clavier) ou accès indirect pour les enfants présentant un handicap physique très sévère (système de balayage avec commutateurs)
- Le système de représentation : dans la CAA, de nombreux types de symboles peuvent être utilisés, des lettres ou des mots écrits, des photographies, des dessins au trait ou un ensemble formalisé de symboles (symboles Bliss ou symboles PECS). L'utilisation de symboles, semblant moins abstraits que les mots ou les idées qu'ils représentent, est souvent considérée comme facilitant l'acquisition du langage par l'enfant.
- Les stratégies d'interaction : les stratégies apprises par les enfants en tant que locuteurs typiques doivent être expliquées pour les enfants utilisant la CAA. C'est le cas des stratégies pour débuter des conversations, changer de sujet et réparer les malentendus, par exemple. L'utilisation d'un système de CAA modifie la dynamique de la conversation. Le développement de bonnes habiletés dans cet aspect de la communication aide ces enfants à interagir avec succès avec leurs partenaires de communication.

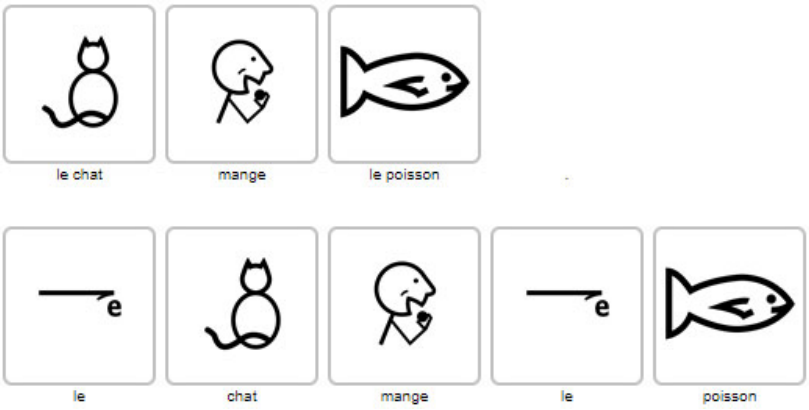
Il existe différents systèmes de communication « sans technologie » et « low-tech » :
- Les systèmes proposant des signes comme la LSF (Langue des Signes Française) et le LPC (Langage Parlé Complété)
- Les systèmes proposant des pictogrammes comme le Bliss, le GRACH (Groupement de Recherches pour l'Apprentissage de la Communication avec les Handicapés) et le Rebus
- Un système proposant des signes et des pictogrammes : le Makaton
- Des systèmes proposant des images comme le PECS (Picture Exchange Communication System) et le PCS (Pictograms Communication Symbols)

Langue des Signes Française (LSF) et français signé :
Ces systèmes sont le plus souvent utilisés dans la rééducation de la surdité. Ils peuvent cependant constituer des pistes de rééducation pour le jeune enfant avec peu ou pas de langage.
D'après Murray et Goldbart (2009), les langues des signes, au sens des langues naturelles des personnes sourdes, représentent un aspect spécifique de la CAA souvent traité séparément dans la littérature et dans la pratique. Cependant, certains enfants peuvent utiliser des signes provenant de la LSF dans leur système de CAA.
On privilégiera alors l'utilisation du français signé. Il consiste à ajouter des signes de la LSF sur le discours oral dans la syntaxe de la langue française. Ce sont les mots les plus importants de l'énoncé qui sont signés. Il s'agit d'un renforcement pour rendre la langue orale plus transparente et accessible (Cuny et al., 2004).
Les méthodes gestuelles ont l'avantage d'attirer visuellement le regard de l'enfant sur l'adulte, favorisant ainsi l'attention conjointe. Elles obligent aussi l'interlocuteur adulte à ralentir sa parole, laissant alors le temps à l'enfant d'intégrer la stimulation auditivo-visuelle. Il est important de préciser aux parents que les gestes ne remplacent pas la parole mais s'ajoutent à celle-ci (Ternisien, 2014).
La mise en place d'aides gestuelles commence souvent par l'introduction du mot « encore ». Ensuite, les mots du quotidien de l'enfant sont introduits : noms de ses jouets préférés, « maman », « papa », etc. (Ternisien, 2014). Selon Werba (2008), « la personnalisation du vocabulaire proposé est la clé du succès ». Par la suite, des chansons et comptines simples chantées et signées pourront être proposées.

Programme Makaton :
Ce programme de communication augmentée et/ou alternative est constitué d'un lexique ouvert comportant un vocabulaire fonctionnel de base (le vocabulaire Makaton). Il est enseigné à l'aide de signes, de symboles graphiques (pictogrammes) sous-tendus par le langage oral (Cuny et al., 2004).
Ainsi, le Makaton est un programme de communication complet qui utilise à la fois la parole, les signes (ceux de la Langue des Signes Française) et les pictogrammes (représentations graphiques simples à reproduire, issues des système Bliss et Rebus) (Cataix-Negre et Zucman, 2012).

« Signes et pictogrammes procurent un feed-back kinesthésique et visuel alors que le langage oral ne laisse qu'une trace auditive fugace » (Cuny et al., 2004).
Ce programme aide les adultes et les enfants ayant des difficultés d'apprentissage et de communication liées à un trouble du langage (Cuny et al., 2004).
Afin de réduire la charge mnésique, le programme Makaton utilise un vocabulaire restreint. Pour convenir aux besoins spécifiques de chacun, ce vocabulaire peut être personnalisé. Le programme Makaton apporte une progression structurée en huit niveaux. Les concepts sont présentés selon leur priorité communicative. Ils sont enseignés de façon isolée puis combinée, permettant une communication fonctionnelle dès les premiers niveaux d'enseignement (Cuny et al., 2004).
Cependant, la réussite de cette approche est conditionnée par la nécessité de l'utiliser avec le plus grand nombre possible d'intervenants présents autour de l'enfant. L'implication familiale semble donc indispensable. Selon Cuny et al. (2004), ce programme peut être envisagé soit comme manière principale ou unique de communication, soit comme un appui au développement du langage oral ou aux compétences nécessaires à l'acquisition du langage écrit.

Exemples de pictogrammes Makaton :



Système PECS :
Le système de communication par échange d'images (PECS) a été tout d'abord développé afin de suppléer ou d'augmenter la communication de jeunes enfants présentant des troubles autistiques. Il a ensuite été adapté pour des individus de tous âges présentant divers troubles de la communication.
Selon Cuny et al. (2004), le PECS permet de travailler la communication et la relation sociale. Il n'est pas nécessaire d'attendre l'apparition de prérequis comme l'imitation, l'attention ou la reconnaissance d'images pour l'introduire. Lors de l'utilisation du PECS, l'enfant doit venir chercher son interlocuteur pour lui remettre l'image de l'objet qu'il désire, l'adulte lui donnera alors l'objet convoité en échange de cette image.
L'apprentissage de cette méthode comporte six phases. L'enseignement débute par la fonction de demande en partant des intérêts de l'enfant. Durant les premières étapes, l'enfant est guidé physiquement de façon à fournir le comportement adéquat sans répondre à une incitation de l'interlocuteur. Progressivement, on conduira l'enfant à enrichir sa communication jusqu'à pouvoir poser une question et faire des commentaires. Par la suite, des notions linguistiques supplémentaires sont introduites (tailles, couleurs, nombres, vocabulaire spatial, oui, non...) pour que l'enfant accède à des opportunités variées de communication.
Comme pour les autres CAA, la réussite du système PECS s'accroît avec le nombre d'intervenants autour de l'enfant. L'implication de la famille de l'enfant semble indispensable pour la généralisation des acquisitions (Cuny et al., 2004).
Les outils de communication Makaton et PECS donnent aux enfants un moyen d'expression et un étayage de la compréhension. L'enfant conserve sous les yeux les images et les pictogrammes qui constituent donc un support durable auquel l'enfant peut se référer (soulage la charge mnésique) (Cuny et al., 2004).

D’après Cuny et al. (2004), ces programmes de communication n’entrent pas en concurrence avec les tentatives d'oralisation des enfants, bien au contraire. Les études montrent que 25 à 39 % des enfants qui utilisent le Makaton développent une amélioration de leurs capacités d’expression orale et 66 % des utilisateurs du PECS développent un langage oral fonctionnel. Les jeunes enfants associent rapidement une verbalisation qui se perfectionne au cours du temps. Les enfants abandonnent les gestes, les images et les pictogrammes dès qu’ils peuvent se faire comprendre par les mots.

Utiliser le PECS chez un enfant qui oralise déjà :
Certains enfants développent la fonction de dénomination mais n’ont pas la possibilité de faire une demande. D’autres enfants peuvent faire des demandes, mais celles-ci peuvent être très limitées qualitativement et quantitativement. D’autres n’associent pas de contact visuel à leur demande, enfin, certains enfants ne demandent que des objets qu’ils voient (Cuny et Giulani, 2014). Utiliser la méthode PECS avec ces enfants présente plusieurs atouts.
Tout d’abord, ce mode de communication visuel permet de travailler la fonction de demande et d’augmenter progressivement les exigences (Cuny et Giulani, 2014).

- Demande « assistée » : on attend que l’enfant demande un renforçateur présenté seul et à vue. Le partenaire de communication est proche de l’enfant, un incitateur physique guide l’enfant au départ puis estompe progressivement cette guidance.
- Demande spontanée : les exigences augmentent progressivement en termes d’initiative. La distance entre l’enfant et le classeur ainsi que la distance entre lui et le partenaire de communication sont graduellement augmentées. L’enfant doit pouvoir interpeller le partenaire de communication et se diriger seul vers son classeur en dehors des moments d’apprentissage structurés au terme de cette phase.
- Demande diversifiée : l’enfant apprend à faire un choix et le nombre de demandes potentielles augmente (le classeur s’enrichit). L’enfant est, à ce stade, capable d’initier des demandes d’objets qui ne sont pas visibles.
- Demande élaborée : l’orthophoniste attend une structuration syntaxique (« je veux… ») et un allongement de la phrase (utilisation d’adjectifs qualificatifs).

Ensuite, l’échange d’images permet d’expliquer à quoi sert le langage pour des enfants qui oralisent sans intention de communication. En effet, le principe de l’échange d’images permet de matérialiser la demande. Si l’enfant n’utilise le langage que de façon écholalique, l’image l’aide à faire l’association entre objet et mot. Pour des enfants avec un défaut d’initiative, travailler de façon structurée les déplacements et l’interpellation développe cette compétence (Cuny et Giulani, 2014).

Cependant, la méthode PECS peut s’avérer inadaptée pour certains enfants. En effet, si l’enfant verbalise d’emblée le mot après quelques séances, ou s’il ritualise la demande au détriment de la spontanéité de l’échange et de la fonctionnalité de cet outil, alors il est peut-être préférable de changer de méthode.

Si l’orthophoniste choisit de développer la communication verbale sans mode de communication augmentatif, il est cependant utile de garder à l’esprit les étapes décrites ci-dessus, afin de développer également chez ces enfants la fonction de demande de façon progressive.

Exemples d’images du PECS :



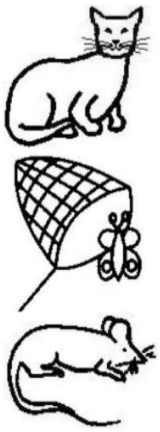
Système Bliss :
Le système Bliss, créé dans les années 1940, est considéré comme le premier outil de CAA proposé à des enfants atteints de paralysie cérébrale. Pour représenter les concepts, il utilise des pictogrammes, des idéogrammes et des symboles arbitraires. Il existe environ 4500 symboles. Il s'agit pour la personne qui l'utilise, de combiner les différents symboles selon des règles précises pour former une phrase que l'interlocuteur doit interpréter. Les deux partenaires de communication doivent donc maîtriser les symboles pour parvenir à se comprendre. Le système Bliss, complexe en termes d'utilisation, est aujourd'hui rarement employé, malgré sa richesse sur le plan linguistique (Cataix-Negre et Zucman, 2012).

Exemples de symboles Bliss :



GRACH :
Le Groupe de Recherche pour l'Autonomie et la Communication des personnes Handicapées (GRACH) a créé dans les années 1970-1980 un code de pictogrammes à destination des enfants et des adolescents atteints de paralysie cérébrale. Les pictogrammes du GRACH sont facilement reproductibles et sont plus figuratifs que les symboles du Bliss, permettant une adaptation plus rapide de cet outil (Cataix-Negre et Zucman, 2012). Ces dessins schématiques sont regroupés par catégories grammaticales et par champs sémantiques. Ces codes constituent ainsi une liste fermée de 158 substantifs, 117 verbes et 70 adjectifs et pronoms.
Cependant, comme pour le Bliss, le pictogramme est une représentation abstraite et l'enfant doit en extraire le concept. Le niveau de représentation de l'enfant doit donc être suffisant pour accéder à ce type d'outil.

Exemples de pictogrammes du GRACH : « Le chat attrape la souris. »



2. Utilisation des pictogrammes :

Les pictogrammes peuvent être employés avec différents supports :

Le cahier de vie :
Il s'agit d'un cahier rassemblant des photographies, des pictogrammes, de l'écrit ou encore des dessins et objets relatifs à l'enfant. Ce cahier, élaboré conjointement par l'enfant, ses parents et l'équipe pluridisciplinaire, évoque tout ce qui concerne sa vie. Ainsi, on peut transcrire ses activités, les évènements qu'il vit (vacances, fêtes, sorties), ses émotions, les membres de sa famille, etc. Une phrase est écrite sous chaque illustration en utilisant le pronom personnel « je » (Cataix-Nègre, 2013).
Le cahier de vie facilite l'assimilation des évènements vécus et permet à l'enfant de se positionner dans le temps. Ce support visuel, d'abord utilisé sur le canal réceptif, présente pour l'enfant une opportunité de s'exprimer et de parler de lui avec des partenaires variés. En effet, « c'est un prétexte à la communication sur un sujet que l'enfant connaît bien puisque c'est le sien ! » (Toffin et Alis-Salamanca, 2014).

Le classeur de communication :
Ce classeur contient des images, pictogrammes ou photographies répartis dans différentes catégories et adaptés à l'enfant. L'enfant non verbal l'utilise afin de formuler des demandes concernant des besoins élémentaires ou des besoins fonctionnels. Ce classeur est employé avec différents intervenants, un apprentissage concernant sa manipulation est donc requis. L'objectif est de rendre ce classeur utile à l'enfant afin qu'il puisse l'utiliser dans sa vie quotidienne. Selon l'évolution de l'enfant, le classeur de communication pourra être enrichi en augmentant le nombre d'images et/ou en proposant divers degrés d'abstraction (Cataix-Negre, 2011).

La méthode PODD (Pragmatic Organisation Dynamic Display) :
Créée par Gayle Porter, orthophoniste australienne, cette méthode repose sur des classeurs de communication avec une organisation spécifique du vocabulaire sous forme de pictogrammes. Il s'agit de « tableaux dynamiques à organisation pragmatique » : les pictogrammes sont agencés dans des tableaux dont l'organisation est propre au système PODD. Un vocabulaire prévisible est présent dans chaque catégorie et les phrases sont produites en pointant les pictogrammes tout en tournant les pages du classeur. Grâce à l'utilisation de liens prédictifs, ce système fournit une stratégie permettant de se repérer plus efficacement dans le classeur. Il favorise ainsi un accès plus rapide au vocabulaire, notamment à l'aide de couleurs, de numéros de page et de symboles indiquant à quelle page se rendre. Ce classeur ne s'emploie pas uniquement pour effectuer des demandes, l'enfant peut également l'utiliser afin d'exprimer ses émotions, son approbation, son refus, ses difficultés, pour décrire, questionner, etc. (Porter et Cafiero, 2009).

Les pictogrammes dans les Tableaux de Langage Assisté (TLA) :
Un Tableau de Langage Assisté est une grille de communication thématique, spécifique à une activité. Cette grille, tenant sur une page, est constituée de pictogrammes dont le nombre peut varier selon l'activité choisie et les capacités de l'enfant. Le TLA peut être utilisé en réception afin de favoriser la compréhension de l'activité en cours, mais il peut également représenter un moyen d'expression pour l'enfant qui a sous les yeux le vocabulaire relatif à cette activité. L'utilisation d'un TLA offre conjointement l'accès à un vocabulaire de base et à un vocabulaire plus spécifique en rapport avec l'activité-cible. Il offre ainsi la possibilité d'engager divers actes communicationnels (commentaires, demandes, choix…) (Mirenda, 2003).

3. Choisir un outil de CAA adapté à l'enfant :

L'objectif des CAA est de soutenir l'enfant au maximum pour qu'il puisse devenir un locuteur indépendant. La correspondance entre l'enfant et l'outil de CAA est donc cruciale. « Actuellement, il existe de nombreux types de systèmes de CAA disponibles, et il peut être difficile d'identifier le système le plus approprié pour l'enfant pour aujourd'hui qui sera toujours pertinent demain » (Murray et Goldbart, 2009). Il est donc important de connaître la gamme d'appareils et d'outils, leurs systèmes d'accès et les types de logiciels linguistiques disponibles afin d'identifier les compétences requises par l'utilisateur. « Ce processus dépend fortement du travail multidisciplinaire » (Murray et Goldbart, 2009).

D'après Murray et Goldbart (2009), les questionnements clés sont les suivants :

- Identifier les besoins de communication de l'enfant dans ses contextes de participation (école, maison, centre, scouts, etc.) et les structures linguistiques dont il a besoin.
- Identifier les obstacles aux opportunités de communication, généralement des problèmes de pratique, d'attitude, de connaissances et de compétences.
- Planifier et mettre en œuvre des interventions pour soutenir le changement (par exemple : atelier pour accroître les connaissances et les compétences, adaptations environnementales, etc.).
- Évaluer l'efficacité de l'intervention (par exemple l'enfant utilisant le système de CAA participe-t-il plus efficacement dans toutes ses communautés ou seulement dans certaines ?)

Identifier les compétences de l'utilisateur :

- Les compétences de perception visuelle et de balayage visuel ont un impact sur les décisions concernant la taille, la couleur et la position des symboles.
- Le contrôle de la posture et la dextérité manuelle informent sur les options de placement des outils (par exemple directement devant l'enfant ou d'un côté de l'enfant) et sur la possibilité d'un accès direct ou indirect au système.
- Attention et mémoire : l'enfant peut-il s'occuper de son partenaire parlant et construire simultanément sa propre communication ? Peut-il se rappeler comment séquencer les symboles pour produire un mot ou une phrase ?
- Compréhension du langage et développement symbolique : quel est le niveau de compréhension de l'enfant par rapport à son âge de développement ? A-t-il besoin d'un soutien à la compréhension ? Peut-il attribuer un sens aux représentations symboliques abstraites du langage ?
- L'appétence à la communication : l'enfant est-il motivé pour communiquer ? Pour tout enfant habitué à ne pas être compris par son entourage, il y a un risque qu'il devienne passif dans les échanges de communication.
- Disposition des parents à un moyen de communication atypique : la majorité des enfants qui utilisent la CAA le feront à long terme, cela demande aux parents de faire face à la perte de la parole naturelle comme principal moyen de communication de leur enfant et d'accepter les alternatives. Il s'agit d'un processus sensible qui nécessite du temps et du soutien (Murray et Goldbart, 2009).

Selon Murray et Goldbart (2009), voici quelques stratégies pour soutenir la communication assistée :

- demander la confirmation de l'enfant par le code OUI/NON permet à l'orthophoniste de vérifier la bonne compréhension de ses productions verbales et tentatives de communication
- donner à l'enfant le temps de réfléchir et de trouver la réponse aux questions qui lui sont posées
- poser des questions ouvertes et attendre la réponse
- ne pas deviner la réponse : par exemple, dans le cadre des outils « high-tech », ne pas regarder par-dessus l'épaule de l'enfant lorsqu'il crée sa réponse, ne pas la lire pour terminer son énoncé en avance. Cela pourrait évoquer de l'impatience de la part du thérapeute et empêcher l'enfant de communiquer.

F. S'inspirer de la prise en soin orthophonique du jeune enfant autiste :

1. Présentation du modèle ESDM :

L'absence ou le retard de développement des compétences non verbales chez le jeune enfant autiste, comme utiliser le contact visuel et les signaux gestuels dans les interactions sociales ou y répondre, peuvent entraîner un retard ou une absence de développement de la communication (Cuny et Giulani, 2014).

Le modèle ESDM (Early Start Denver Model), créé par Sally Rogers et Géraldine Dawson, s'adresse à des enfants porteurs de troubles du spectre autistique, de façon précoce (de 12 à 48 mois) à raison de vingt heures par semaine. L'ESDM s'appuie sur les approches de l'ABA (Applied Behavior Analysis) et du PRT (Pivotal Response Treatment). Le principal objectif de l'ESDM est de conduire l'enfant autiste dans l'espace social et de transformer l'interaction sociale et les apprentissages en renforçateurs. Le cadre d'interactions est ludique et demande la participation de professionnels formés et des parents à domicile.
Ce type d'intervention montre aujourd'hui une réelle efficacité sur les axes de communication et de socialisation et s'appuie sur les techniques d'intervention précoce reconnues par la Haute Autorité de Santé en 2012 comme étant les plus efficaces chez les enfants porteurs de TSA (Cuny et Giulani, 2014).
La place de la rééducation orthophonique au sein du modèle ESDM peut donner aux orthophonistes de nombreuses pistes pour la prise en soin de tous les enfants présentant peu ou pas de langage.

2. Objectifs de la rééducation orthophonique au sein du modèle ESDM :

D'après Cuny et Giulani (2014), l'intervention passe tout d'abord par un accompagnement parental. On privilégie d'une part la transmission de connaissances concernant la pathologie de l'enfant, et d'autre part la sensibilisation des parents aux techniques comportementales (notamment le renforcement positif) et idéalement, leur appropriation. Ensuite, il convient de mettre en place un programme de stimulation à domicile. La prise en soin à domicile commence par une période de « pairing ». Enfin, on travaille la généralisation de nouvelles compétences grâce à l'intervention de plusieurs professionnels mais aussi en variant les situations et les contextes dans lesquels on attend cette compétence.

Engager l'enfant dans la communication :
La rééducation orthophonique vise l'amélioration des compétences de communication sociale et l'utilisation de ces compétences à la place d'un comportement non approprié, voire de troubles du comportement.

En premier lieu, la phase de « pairing » est fondamentale pour approcher les intérêts de l'enfant, favoriser chez lui l'émergence de compétences communicationnelles et obtenir sa coopération. C'est avant tout un moment de plaisir mais il est essentiel car la qualité du « pairing » détermine en grande partie celle du travail que l'orthophoniste pourra effectuer avec l'enfant (Cuny et Giulani, 2014). Il faut lier une relation de confiance avec l'enfant, créer une alliance thérapeutique où le thérapeute devient intéressant aux yeux de l'enfant et se change en renforçateur. Ainsi, un des premiers objectifs du « pairing » est que l'enfant s'approche très fréquemment de l'adulte (Cuny et Giulani, 2014). Cette première période permet également d'observer l'enfant dans son milieu familial et d'apprécier ses compétences et ses déficits, notamment dans la communication.

Assez rapidement, l'orthophoniste intègre de petites exigences pour que l'enfant le perçoive comme un intermédiaire entre lui et un objet attrayant. Par exemple, si l'enfant adore mettre des objets dans un contenant, l'orthophoniste peut ajouter un couvercle percé et donner les objets un par un à l'enfant qui les mettra alors dans le contenant (Cuny et Giulani, 2014).

Ensuite, il convient d'obtenir de l'enfant un contact visuel avant de lui tendre chaque objet. Ce type de technique est aisé à transmettre aux parents. L'évaluation des renforçateurs est donc une étape majeure. Il faut choisir les objets les plus attractifs pour l'enfant, mais aussi faire la différence entre ceux qui permettent de partager une activité avec l'enfant et ainsi développer des apprentissages, et ceux qui sont sources d'auto-stimulations sensorielles. Ces derniers ne sont pas privilégiés pendant la période de « pairing » mais seront très utiles pour aborder des apprentissages coûteux pour l'enfant (Cuny et Giulani, 2014).

Développer la syntaxe et les autres fonctions du langage :
Lorsque la fonction de demande est acquise, de nombreuses autres fonctions du langage sont à travailler, à savoir : dénommer, décrire des images ou des actions (phrase de type sujet-verbe ou sujet-verbe-complément) sans puis avec un jugement, répondre à des questions (personnelles ou à partir d'un support), poser des questions, raconter, etc. L'apprentissage de la majorité de ces fonctions du langage nécessite alors l'essor de la syntaxe (Cuny et Giulani, 2014).

Pour aider l'enfant à développer sa syntaxe, les supports visuels sont d'une très grande utilité. La méthode PECS permet de travailler les phrases simples sujet-verbe-complément (« je veux … » en phase 4), les commentaires (« j'entends… », « je vois… » en phase 5) et l'ajout de qualificatifs (phase « attributs »). Toutefois, les modèles syntaxiques que propose cette méthode restent assez restreints. D'autres banques de pictogrammes, plus développées et plus abstraites (comme celle du Makaton), permettent de symboliser tous les éléments de la phrase et de complexifier les structures au fil de la progression de l'enfant (Cuny et Giulani, 2014). En effet, le Makaton représente tous les éléments grammaticaux comme les déterminants, les pronoms, etc.

Développer la communication réceptive :
Selon Cuny et Giulani (2014), la communication non-verbale est un prérequis à la rééducation de la communication verbale réceptive. Avec des tout-petits, il s'agira par exemple de développer la signification du pointage, la compréhension des mimiques émotionnelles et la réaction à l'appel du prénom.
La rééducation de la communication verbale réceptive peut se diviser en trois domaines par ordre de complexité croissant : la compréhension d'ordres simples, la compréhension lexicale et la compréhension syntaxique (Cuny et Giulani, 2014).

Tout d'abord, la compréhension d'ordres simples s'appuie sur les techniques de l'ABA. Cette méthode d'apprentissage consiste à répéter une même consigne, à utiliser une guidance physique progressivement estompée et des renforçateurs (Cuny et Giulani, 2014). Il faut généraliser les compétences acquises en séance avec le soutien des parents : il s'agit de faire varier les personnes, les contextes et les lieux pour donner la même consigne à l'enfant.
De plus, les consignes qui ont d'abord été enseignées en dehors d'un contexte prégnant doivent rapidement être situées en contexte. Pour s'assurer que l'enfant ait compris la consigne et ne s'aide pas d'indices autres que le message verbal, il faut initialement situer la consigne en dehors d'un contexte trop évident et limiter les aides à une guidance physique. Les aides visuelles ne seront données qu'en seconde intention si on constate de grosses difficultés en compréhension verbale (Cuny et Giulani, 2014).

Ensuite, le travail de compréhension lexicale est très structuré et exige une bonne coopération de l'enfant. Il suppose que l'enfant comprenne au moins une des trois consignes suivantes et qu'il puisse réaliser les gestes de communication associés : « donne… », « montre… » et « où est… ? ». Ces consignes doivent donc être travaillées au préalable, isolément de la compréhension lexicale (un seul objet et guidance physique). Le nombre de mots introduits simultanément est très limité au départ (trois) et l'expansion ne doit pas se faire avant que la généralisation de la compétence acquise ait été contrôlée : varier les personnes, les lieux et les représentations de l'objet (Cuny et Giulani, 2014). Le vocabulaire usuel sera travaillé en priorité. Si l'orthophoniste constate une difficulté particulière pour acquérir un lexique passif, le vocabulaire des

renforçateurs pourra être abordé en premier. Dès lors que l'enfant commence à acquérir un certain nombre de mots, il faut veiller à diversifier les champs lexicaux : vocabulaire de la maison, des animaux, de l'école, etc. Enfin, il faudra introduire des adjectifs (couleur, taille, forme, etc.) et des verbes d'action (Cuny et Giulani, 2014).

La compréhension syntaxique est abordée dès que l'enfant possède un nombre suffisant de mots dans son lexique passif (noms et verbes), afin de pouvoir varier les énoncés. La compréhension syntaxique est travaillée en parallèle de l'expression syntaxique, avec les mêmes outils (Cuny et Giulani, 2014). L'utilisation de supports visuels (pictogrammes) est souvent utile pour faciliter la création d'images mentales des messages verbaux. Comme dans une rééducation « classique » des troubles du langage, l'évolution va dans le sens d'une complexification et d'un allongement de la phrase (sujet-verbe, puis sujet-verbe-complément, etc.). Deux tâches principales sont à travailler : l'enfant doit tout d'abord manipuler des objets en réponse à une consigne complexe (par exemple : « fais courir le cheval ») ; il doit ensuite désigner une image parmi d'autres (par exemple : « montre-moi : le cheval court », « le cheval mange », « le cochon court », etc.) (Cuny et Giulani, 2014). Il faut varier le matériel utilisé : objets du quotidien ou jouets, images séparées ou livre, photos ou dessins, car ici encore, le travail de généralisation est essentiel.

« Se saisir des opportunités pouvant favoriser l'émergence du langage verbal » :
D'après Lheureux-Davidse (2006), le confort du cadre thérapeutique permet parfois à l'enfant une régression vers des acquisitions plus précoces. Cela peut se traduire par une perte provisoire des acquis et par un « comportement de bébé » (l'enfant peut crier, hurler, son langage verbal perd les articles ou mots de liaison, etc.). Cette régression du langage est alors l'occasion d'élaborer des expériences précoces qui n'avaient pas encore pu l'être. Ce processus, lorsqu'il est possible, favorise une reprise du développement et parfois l'émergence du langage verbal.

G. Approche de groupe :

Une approche de groupe peut être proposée aux enfants présentant peu ou pas de langage oral. Le langage se produisant principalement à travers l'interaction avec un interlocuteur, proposer à l'enfant la possibilité de s'exprimer dans des contextes d'interaction significatifs peut représenter une forme de travail favorable à l'émergence du langage. En effet, les groupes génèrent différents types d'échanges : informations, expériences, demandes… Cette approche offre la possibilité d'observer les manifestations du langage de l'enfant avec différents partenaires de communication au sein de situations pouvant être rencontrées dans son quotidien (Zerbeto et Batista, 2016). En proposant différentes activités d'échanges, de découverte ou de création, l'orthophoniste aura alors un rôle de médiateur et d'interlocuteur au sein de ce groupe (De Becker, 2012).

Zerbeto et Batista (2016) ont organisé des sessions de groupe auprès d'enfants afin d'évaluer leur langage. Au cours de ses sessions, ils ont pu observer plusieurs effets bénéfiques sur les productions langagières des participants, permettant de porter un intérêt tout particulier à ce type d'approche dans la prise en soin de l'enfant présentant peu ou pas de langage oral. D'abord, les séances en groupe sont propices à la création de liens entre les enfants. Dans ce contexte, certains peuvent se sentir plus à l'aise qu'en séance individuelle et être plus appétents à la communication. L'interaction et la coopération entre les participants se dessinent au fur et à mesure des séances, permettant ainsi le développement de leurs habiletés sociales et de leur capacité à être attentifs aux autres. Certains enfants peuvent alors suivre les exemples des autres participants lors de l'utilisation d'objets ou de la production de mots et de phrases.
Les séances en groupe peuvent également générer des conflits entre les enfants, situations se révélant être des moments favorables à la production du langage oral. En effet, les différends représentent pour les enfants des opportunités d'exprimer leurs intentions (par exemple obtenir un objet utilisé par un autre enfant) et de dialoguer entre eux et avec l'adulte (Zerbeto et Batista, 2016).

Ces observations ont également été faites par Soubeyrand et al. (2007). Pendant 3 mois, ils ont expérimenté des séances de groupe auprès d'enfants à risque autistique et ont décrit l'évolution de deux enfants présentant très peu de langage oral à 3 ans : Aminata et Christophe. Au cours des séances, le langage de Aminata émerge petit à petit, elle l'utilise alors pour produire des demandes, verbaliser son désaccord et manifester ses émotions. Le vocabulaire et les structures syntaxiques se développent en parallèle, témoignant du dynamisme de l'élaboration du lexique. Elle commence à utiliser le pronom personnel « je » et ses productions sont de plus en plus complexes. Christophe, quant à lui, produit de nouveaux mots de façon appropriée et effectue de plus en plus de demandes. Il prononce cependant des énoncés « plaqués », sans réelle intention d'interagir avec l'autre et utilise peu de pronoms personnels.
Les séances de groupes ont également permis d'aborder les habiletés pragmatiques. Aminata est de plus en plus dans l'échange avec l'adulte (sourire, regard, pointage) et respecte quelques règles conversationnelles. Elle essaie d'entrer en contact avec Christophe, parfois de façon inadéquate en imposant son échange. Christophe semble peu disposé à interagir avec elle, il reste en retrait et ses réponses à la sollicitation verbale sont souvent différées. Il interagit avec l'autre principalement afin de manifester une demande d'aide (par exemple quand il veut un jouet qu'il ne peut pas attraper) (Soubeyrand et al., 2007).
À la suite de ces séances, les deux enfants ont progressé chacun à leur façon, soulignant ainsi l'intérêt non négligeable des petits groupes. Ce type d'approche génère différents enjeux tout en permettant d'être dans « une certaine spontanéité langagière et dans un contexte de communication plus naturel » (Soubeyrand et al., 2007). Le vécu personnel face au monde et le rapport à l'autre confèrent à l'enfant une façon personnelle d'aborder le langage. Chaque enfant a donc son propre développement et son propre rythme d'évolution. Une même prise en soin amène des évolutions différentes en fonction des enfants.
L'importance de l'imitation, de la répétition ou encore des jeux d'alternance dans le développement de la relation et du langage est mise en avant par de nombreux auteurs. Ainsi, « il faut passer par un préconcept lié à un objet puis rapprocher plusieurs objets afin d'amener l'enfant à un concept qui les relie tous entre eux » (Soubeyrand et al., 2007). Ce travail nécessite donc du temps et passe par des moments de stagnation, voire de régression mais aussi d'évolution. Les angoisses de l'enfant et son appréhension de l'autre doivent être prises en compte. Créer un cadre bien défini lors des séances permettra d'assurer une prévisibilité rassurant l'enfant. Quand une certaine assurance sera établie, il sera alors possible d'introduire de petites variations au sein de ce cadre afin de faire émerger la représentation (Soubeyrand et al., 2007).

Les séances de groupe offrent donc la possibilité d'interagir avec divers interlocuteurs et dans différentes situations de jeu. Le langage produit par les enfants possède des finalités et des fonctions différentes : demande, ordre, dénomination, interaction sociale, indications concernant l'emplacement d'objets, etc. Au cours des séances, Zerbeto et Batista (2016) ont observé « une complexité accrue des fonctions langagières utilisées par les enfants ». En effet, lors des premières séances le langage était essentiellement utilisé pour demander des objets, alors qu'il était utilisé à des fins différentes lors des dernières séances, notamment pour entrer en interaction avec les autres participants. Cette évolution peut être en partie attribuable à l'établissement de liens entre les enfants. Néanmoins, cette familiarisation entre participants peut prendre du temps, démontrant ainsi l'aspect longitudinal des séances de groupe (Zerbeto et Batista, 2016).

Rappelons que la prise en soin individuelle est tout aussi importante et ne doit pas être délaissée. L'association de séances individuelles et de séances en groupe semble être une perspective intéressante afin de constater des progrès significatifs.

H. Formations continues :

1. Méthode PREL :

D'après L. Morel, les enfants en grande difficulté de langage jouent la plupart du temps sous forme d'actions simples avec effet immédiat. Les objets ne peuvent donc pas être assimilés sous plusieurs actions ou plusieurs fonctions. Elle formule l'hypothèse que ces enfants n'ont pas construit les invariants fondamentaux (propriétés des objets, des actions et des relations entre les objets) et que cette non-construction est une cause majeure de leur retard de développement langagier (Morel, 2007).

L'approche protologique de la méthode PREL s'appuie sur la curiosité cognitive de l'enfant. L'orthophoniste doit mettre sa reconnaissance des expérimentés à disposition de l'enfant et les lui objectiver en proposant des signifiants (Rousseau et al., 2004). Pour ce faire, il s'agit de repérer les préoccupations cognitives de l'enfant en s'appuyant sur ses conduites exploratoires ludiques mais aussi sur ses productions langagières.

Cette approche orthophonique développée par L. Morel s'appuie sur les ancrages théoriques de la psychologie constructiviste.

Les conduites exploratoires ludiques :
L'orthophoniste doit traduire les conduites spontanées de l'enfant sous l'angle du fonctionnement sensori-moteur. Pour cela, il faut les examiner en ces termes :

- actions simples, actions réitérées
- juxtaposition d'actions
- différenciations d'actions selon les objets
- différenciations d'objets en fonction d'anticipation de résultats
- itérations de mêmes actions avec ou sans recherche d'un effet, expérimentations d'actions sur plusieurs objets
- coordinations d'actions différenciées
- inventions de relations entre objets, utilisation d'actions intermédiaires ou d'objets en outil
- explorations de relations endroit/envers avec faire/défaire et avec alternance de fonction actif/passif de certains objets
- organisations d'actions sur des objets produisant des mises en relation simultanées ou successives
- imitation différée de séquences de vie quotidienne par exemple
- jeu de faire semblant (Morel, 2005).

Les conduites langagières :
Les énoncés produits par l'enfant permettent de comprendre comment il désigne sa propre relation à la situation (Morel, 2005). L'orthophoniste s'interroge donc sur la fonction des productions pré-langagières ou langagières, en repérant les moments de leur énonciation : devant l'objet, pendant l'action, juste avant/après, avec regard vers l'adulte, en appel, en répétition de l'adulte, etc.

On note également comment l'enfant marque une décentration ou explique un changement objectif, comment il indique les comparaisons qu'il fait entre deux moments ou deux objets, etc. Ces énoncés simples, mis en relation avec le moment où ils sont produits, renseignent sur la manière dont l'enfant « raconte ce qu'il comprend du monde ». Leur analyse est fondamentale (Morel, 2007).
Ainsi, interroger les conduites prélogiques et pré-langagières de l'enfant permet de savoir comment il comprend le monde, où il en est de son activité de signification/de son raisonnement et comment il s'empare du langage pour le manifester (Morel, 2005).

Après avoir apprécié les préoccupations cognitives des enfants, l'orthophoniste va élaborer des situations de travail ajustées à celles-ci afin d'accompagner l'enfant dans sa construction d'expérimentés et de signifiants et dans sa capacité à penser.

Mise en place du cadre de la rééducation :
Cette démarche de rééducation consiste à tisser du sens en prêtant une conduite du répertoire de l'adulte en écho à une conduite de l'enfant, révélant sa préoccupation cognitive (Morel, 2005). L'orthophoniste doit aménager des situations qui invitent l'enfant à agir puis cherche à comprendre le rapport que l'enfant entretient à l'objet, son besoin et sa capacité à le signifier (Morel, 2007).

Lorsque l'orthophoniste reconnaît et met en jeu ce qui est essentiel pour l'enfant, l'espace d'attention partagée devient un espace d'activité partagée et un espace à penser. L'adulte apporte alors des amorces ou des variations que l'enfant peut accrocher à son connu. Il s'agit de fournir des propositions avec un intérêt cognitif pour l'enfant et à partir desquelles il pourra élaborer du différent, expérimenter sa capacité à créer des liens de causalité et s'inscrire dans une temporalité (Morel, 2005).

C'est également un espace à signifier car l'adulte met en sens les productions de l'enfant, met en mots ses expériences et les aspects du réel auxquels l'enfant porte intérêt. C'est donc un espace où le langage devient « véhicule » de représentations partageables (Morel, 2007).

Ainsi, L. Morel assure qu'une approche centrée sur la mise en place des invariants fondamentaux favorise l'émergence du langage dans cette dimension d'objectivation des expérimentés et de systématisation de relations entre les phénomènes. Considérer les enfants comme de véritables chercheurs de sens, c'est laisser place et temps à ce travail de recherche par lequel ils élaborent leur propre compréhension du monde et leur espace à penser. C'est ainsi leur permettre de développer leur curiosité et leur besoin de signifier. L'enfant est d'abord créateur de quelque chose à signifier avant de pouvoir entrer dans des modalités de symbolisation proposées par l'environnement.

2. Méthode PROMPT :

PROMPT (restructuration des cibles phonétiques musculaires orales) est une méthode de rééducation des troubles de la production de la parole. Elle consiste à apporter des signaux sensoriels aux parties du visage impliquées dans l'articulation (langue, lèvres et joues) afin d'aider le patient à sentir le placement correct de ses organes phonateurs pour chaque son et chaque mot (Yu et al., 2014).
Selon Rogers et al. (2006), la philosophie PROMPT considère le toucher comme une modalité sensorielle majeure pouvant être employée pour :

- développer, rééquilibrer ou rétablir le contrôle moteur de la parole
- constituer un appui permettant l'intégration des autres modalités sensorielles (vision, audition) dans l'émergence du langage expressif
- améliorer l'interaction socio-émotionnelle et la relation de confiance entre le thérapeute et le patient

Cette approche vise à fournir des entrées sensorielles multiples. Le thérapeute utilise à la fois la modélisation vocale et la manipulation manuelle de la mâchoire et des lèvres de l'enfant afin de guider les mouvements de la sphère oro-faciale pendant que l'enfant vocalise.
Ainsi, d'après Yu et al. (2014), cette thérapie se concentre sur l'enseignement de transitions de mouvements précises grâce à l'utilisation d'indices spatio-temporels tactiles sur le visage de l'enfant. Ces indices sont progressivement retirés à mesure que l'enfant apprend à réorganiser les modèles de mouvements appris en mouvements devenant automatiques.

Les signaux physiques sont peu à peu remplacés par des signaux visuels, l'enfant réagit alors à un mouvement de la main et non plus à un toucher.

Lors de la première phase, les voyelles ouvertes produites naturellement par l'enfant sont transformées en une syllabe (consonne - voyelle). Par exemple, si l'enfant manifeste l'envie de jouer avec une balle, l'orthophoniste lui dit « La balle, tu veux la balle » tout en manipulant les lèvres de l'enfant de façon à produire la syllabe /ba/. L'énoncé de l'enfant est alors appuyé par des signaux auditifs et tactiles. Le thérapeute lui donne alors la balle et le laisse jouer. Lors de la deuxième phase, les syllabes deviennent des mots et des phrases simples. Puis, dans la troisième phase, les indices sont atténués et la parole et le langage évoluent vers une complexité progressive (Rogers et al., 2006).

Cette méthode repose sur les principes de la plasticité cérébrale et de l'intégration sensorielle : c'est en ressentant le positionnement correct de la bouche pour chaque son que la mémoire sensori-motrice de la sphère oro-faciale se construit.

De nombreuses études, mettant en correspondance l'entrée d'informations cutanées au niveau de la sphère oro-faciale et l'apprentissage moteur de la parole, relèvent que les messages somatosensoriels délivrés à la peau du visage ou même la manipulation de la mâchoire facilitent l'apprentissage des séquences motrices de la parole. Ito et al. (2009) ont conclu dans leur étude que le système somatosensoriel est impliqué dans le traitement perceptif des sons de la parole au niveau neuronal. Ces études démontrent donc que les signaux tactiles PROMPT réalisés sur le visage de l'enfant peuvent faciliter l'acquisition de l'apprentissage moteur de la production de la parole. Ces indices tactiles aident alors l'enfant à relier l'entrée tactile-kinesthésique avec le résultat auditif au cours d'activités vocales significatives (Herreras Mercado et al., 2019).

D'autres études ont également démontré l'efficacité de cette méthode :

- Chumpelik et Sherman (1980) ont décrit les progrès d'un enfant autiste et déficient cognitif âgé de 8 ans qui ne parlait pas. Grâce à cette approche, il a acquis 30 mots fonctionnels dans son vocabulaire sur une durée de 4 mois (Rogers et al., 2006).
- Square, Goshulak, Hayden et Bose (2000) ont testé cette approche auprès de six enfants âgés de 4 à 6 ans. Ils présentaient un discours inintelligible et avaient fait peu de progrès avec une rééducation classique. Après avoir effectué des séances de groupe de 90 minutes deux fois par semaine pendant 15 semaines, l'évaluation a révélé une amélioration de la perception de la parole, même sur des mots non entraînés, ainsi qu'une amélioration du comportement général, des interactions sociales et des habiletés linguistiques (Rogers et al., 2006).

Les méthodes de rééducation classiques impliquent essentiellement les systèmes visuel et auditif. En complément de ces deux piliers, la méthode PROMPT insère le canal sensoriel par le toucher. Aussi, il est essentiel de veiller à ce que cette approche se fasse dans le respect de l'intégrité corporelle de l'enfant. Instaurer une relation de confiance avec lui et avancer à son rythme afin de lui laisser le temps d'intégrer chaque mouvement évitera ainsi à cette méthode de paraître trop intrusive (Herreras Mercado et al., 2019).

Au-delà d'une simple pratique tactile, PROMPT s'inscrit dans une approche plus générale cherchant à ce que les sons et mots prononcés soient porteurs de sens pour l'enfant. Le thérapeute va donc l'aider à prononcer des sons ou des mots à partir d'une activité ludique qui lui plaît et qui provoque chez lui l'envie de s'exprimer spontanément. Ainsi, selon Rogers et al. (2006), PROMPT utilise un cadre de communication basé sur des routines d'activités conjointes. La répétition de ces modèles de mouvements articulatoires pendant diverses activités va permettre à l'enfant de pratiquer à plusieurs reprises et d'enrichir progressivement les aspects moteurs, langagiers et cognitifs.

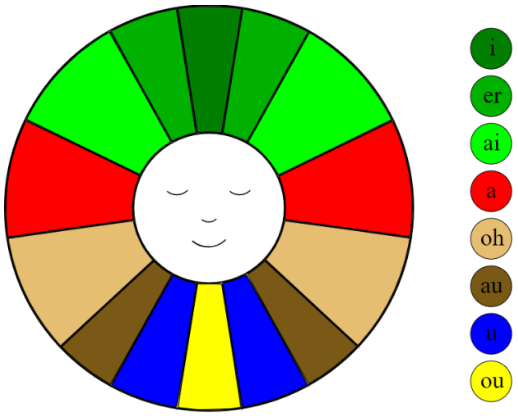
Cette méthode, essentiellement destinée aux enfants ayant des troubles de production de la parole, peut également s'adresser à des enfants sans langage. Ainsi, on peut utiliser PROMPT avec des enfants non-verbaux tels que les enfants atteints d'autisme. Cette approche représente alors une porte d'entrée vers l'acquisition du langage (Rogers et al., 2006).

Une formation est nécessaire afin de pratiquer la méthode PROMPT.

3. Dynamique Naturelle de la Parole :

Fondée par M. Dunoyer de Segonzac, la Dynamique Naturelle de la Parole (DNP) est une approche visant à développer le langage et la communication en s'appuyant sur la perception sensorielle. Partant du principe que la parole est ancrée dans le corps, cette approche a pour but de ressentir au niveau corporel les mouvements naturels de la parole afin de mieux s'en imprégner. Plusieurs canaux sensoriels sont alors sollicités : visuel, auditif, tactile et kinesthésique (Coquet et Ferrand, 2013). La DNP puise ses fondements dans la méthode verbo-tonale, l'anthropologie du geste de M. Jousse et dans la méthode d'art de G. Martenot. Cette approche propose un travail sur les voyelles, les consonnes, les syllabes, les phrases et le rythme (Campocasso et Quilan, 2020).

Les voyelles :
Chaque voyelle orale est associée à une couleur, on obtient alors huit teintes allant du vert foncé (pour le [i]) au jaune (pour le [u]) représentées de manière symétrique sous la forme du « soleil des voyelles » (Dunoyer de Segonzac, 2009 ; Fumex et Ferté, 2011). Tout en vocalisant la voyelle, le thérapeute réalise le tracé du soleil sur le dos de l'enfant, il s'agit de l'imprégnation passive (Ferté, 2007). Puis, ce soleil sera réalisé par l'enfant grâce à une mise en action du corps entier lors de l'imprégnation active (Coquet et Ferrand, 2013).



Les consonnes :
Les caractéristiques phonétiques propres à chaque consonne sont retranscrites sous forme de mouvements, d'abord réalisés sur le dos, le bras ou les mains de l'enfant. Ces massages ont un rôle important car ils favorisent l'imprégnation passive (Dunoyer de Segonzac, 2009). Pour l'imprégnation active, les consonnes sont émises au sein d'une syllabe. Les micro-mouvements articulatoires caractérisant chaque consonne sont transposés en macro-mouvements nécessitant la participation du corps entier. L'enfant réalise alors ces mouvements dans l'espace tout en vocalisant la syllabe correspondante (Campocasso et Quilan, 2020 ; Ferté, 2007).

Les syllabes :
La syllabe simple est représentée par le mouvement correspondant à la consonne, simultanément associé à la couleur de la voyelle. Trois possibilités s'offrent à nous : une chorégraphie phonétique, une trace

articulatoire ou un massage bilatéral. Lors de la chorégraphie phonétique, un macro-mouvement correspondant à la consonne de la syllabe est réalisé, tout en tenant dans les mains un objet de la couleur de la voyelle (Coquet et Ferrand, 2013). La trace articulatoire consiste à réaliser sur une feuille le mouvement associé à la consonne avec les deux mains recouvertes de peinture (de la couleur de la voyelle correspondante) (Ferté, 2007 ; Fumex et Ferté, 2011). Lors du massage bilatéral, l'enfant trace le mouvement de la consonne sur des ballons ou coussins de la couleur de la voyelle. A chaque mouvement réalisé, le patient énonce la syllabe (Campocasso et Quilan, 2020).

Les mots et les phrases :
Les mots porteurs de sens (mémogrammes) correspondent à des tâches de peintures réalisées du bout des doigts, syllabe par syllabe. Pour les autres mots (mimogrammes), un symbole est représenté dans un rond noir pour chaque syllabe (Dunoyer de Segonzac, 2009).

Le rythme :
Le rythme confère un sens à la parole et au langage, il joue donc un rôle majeur dans le développement langagier (Dunoyer de Segonzac, 2009). Tous les paramètres du rythme sont abordés : intensité, hauteur, durée, timbre. Une phase de relaxation est d'abord proposée, suivie d'un temps d'écoute passive d'un rythme frappé, chanté ou joué avec des instruments. Puis, le thérapeute effectue un massage rythmique sur le dos, le bras ou la main de l'enfant tout en vocalisant ce rythme. Ensuite, le rythme peut être symbolisé par des jetons ou par la marche tout en ponctuant la parole (Coquet et Ferrand, 2013 ; Dunoyer de Segonzac, 2009).

Prenant appui sur les capacités innées de l'enfant, la DNP présente une parole enrichie tout en travaillant sur les différentes composantes linguistiques : phonologie, lexique, morphosyntaxe. En percevant les mouvements de la parole, l'enfant sera en mesure de mieux les produire et les mémoriser, favorisant ainsi l'émergence du langage. Cette approche recherche avant tout à se pratiquer dans le plaisir afin de faire naître chez l'enfant une appétence à communiquer, aucun résultat précis n'est attendu de sa part (Campocasso et Quilan, 2020 ; Coquet et Ferrand, 2013).
D'abord développée à l'intention des enfants sourds, la DNP est aujourd'hui utilisée plus largement auprès d'enfants présentant des troubles du langage et de la communication (autisme, trisomie, trouble développemental du langage…). Une formation est requise avant de pratiquer cette approche (Coquet et Ferrand, 2013 ; Dunoyer de Segonzac, 2009).

4. Autres formations continues :

Formations Dialogoris :
L'équipe Dialogoris, fondée par Paulette Antheunis, Françoise Ercolani-Bertrand et Stéphanie Roy, propose des formations destinées aux orthophonistes mais également aux professionnels de santé et de la petite enfance.
Les formations s'adressant aux orthophonistes abordent différents points tels que le bilan orthophonique précoce, l'observation des interactions parents-enfant, le dialogue parents-orthophoniste ou encore l'élaboration d'un projet thérapeutique incluant l'accompagnement parental.
Ces formations ont un aspect pratique, elles s'appuient sur des analyses de films, des jeux de rôle et des études de cas (Antheunis et al., 2007).

Formation d'Elisa Levavasseur :
Elisa Levavasseur propose le protocole « Oral Ortho Petits » pour la prise en soin orthophonique d'un enfant de moins de 3 ans sans langage.

Il convient dans un premier temps d'identifier la (les) contrainte(s) qui freinent l'entrée de cet enfant dans le langage. Les difficultés sont-elles dues à l'aspect moteur du langage, l'aspect auditif, visuel, attentionnel ou environnemental ?
Une fois la ou les contraintes repérée(s), on précisera alors la rééducation orthophonique.

L'aspect praxique peut être consolidé par les massages de Senez, des approches sensorielles tactiles de la face via des massages, des approches sensorielles vibratoires de la face et de la bouche, la cryothérapie, mais aussi des objets ou aliments qui se mâchent ou se sucent (chewy-tubes, carambars, sucettes, bonbons Kréma, etc.), et enfin les grimaces cohérentes (mimer une praxie en s'appuyant sur le sens qu'elle a).

L'aspect auditif va être contourné par le renforcement des entrées visuelles et corporelles : toucher l'enfant au rythme des mots grâce à des appuis sur les épaules ou les bras, le faire sauter sur les genoux, faire de grands mouvements qui rythment les mots, proposer les gestes de Borel-Maisonny, proposer des signes et des gestes pour coder des mots et expressions, placer l'enfant face à notre bouche lorsqu'on parle et le solliciter de manière intensive pour qu'il la regarde au moment opportun.

L'aspect visuel demande l'intervention d'un spécialiste qui donne des indications sur les besoins de l'enfant. De manière générale, il faut faire attention à l'installation, les contrastes, l'éclairage et la taille des images éventuellement proposées. Il est préférable de favoriser les entrées tactiles et la manipulation de jouets plutôt que les livres d'images.

L'aspect attentionnel : il faut penser à l'installation de l'enfant pendant le jeu pour éviter les déplacements inappropriés dans le bureau pendant la séance. Une installation sur une chaise à la taille de l'enfant avec les pieds reposant à terre ou sur une tablette peut réduire l'agitation motrice.

L'aspect environnemental nécessite un accompagnement parental implicite (être présent pendant les séances d'orthophonie sans y participer directement) ou explicite. On peut proposer des activités hebdomadaires à reprendre à la maison en offrant une grille d'observation à pointer jour après jour (cela donne l'occasion de poursuivre et d'adapter l'accompagnement lors du rendez-vous suivant). Enfin, on peut identifier un tiers en tant que relais de la prise en soin (nourrice, grand-parent, etc.) quand les parents ne sont pas en mesure d'offrir un partenariat suffisant.

En parallèle du travail sur les contraintes de l'enfant identifiées lors du bilan, Elisa Levavasseur programme des jeux afin de proposer du vocabulaire (principalement des noms et verbes au départ) et faire en sorte que celui-ci soit redondant dans le discours adressé à l'enfant tout en restant cohérent avec le jeu effectué. Les dimensions plaisir et émotions doivent toujours être respectées. Pour permettre à l'enfant d'intégrer ce vocabulaire, elle utilise des entrées multimodales.
L'adulte commence à jouer, raconte, bruite, mime, signe, grimace, etc. avec la complicité de l'enfant, mais sans lui annoncer d'attente. L'adulte joue avec l'enfant à manipuler les jouets, mais c'est lui qui raconte (en utilisant des mots, phrases courtes, une redondance du discours). Au fil des séances, les jeux proposés diffèrent, tout en reprenant au besoin certains des jouets. Entre chaque séance, Elisa Levavasseur propose la photo des jouets utilisés en séance et offre aux parents une fiche explicative du jeu ainsi qu'une fiche d'observation pour les encourager à observer les comportements de leur enfant (guidance implicite).

Tous les enfants qui ont de bons prérequis et très peu de productions verbales bénéficient du même support de rééducation et se voient proposer une rééducation plus ciblée en fonction de leurs contraintes propres. Seules les praxies bucco-linguo-faciales sont au besoin travaillées plus spécifiquement. Les autres aspects sont travaillés pendant les jeux prévus par le protocole.

Formations de Laurence Kunz :
Laurence Kunz est une orthophoniste spécialisée dans la prise en soin des très jeunes enfants sans langage et de leur entourage. Selon cette dernière, les troubles sévères du langage demandent un dispositif de soin élargi, à savoir une action ciblée auprès de l'enfant mais aussi des actions conjuguées auprès des parents et des éducateurs proches de l'enfant, et ce quel que soit l'âge de l'enfant.
Cette représentation de l'intervention orthophonique se retrouve dans ses propositions de formations continues qui intègrent les paradigmes de la psychologie cognitive et de la psycholinguistique tout en proposant une intervention visant la fonctionnalité du langage en interaction.
Laurence Kunz est également l'auteure de « Les troubles spécifiques du langage oral : pathologie ou variation » – Edition De Boeck.

Formation de Isabelle Bobillier-Chaumont :
Isabelle Bobillier-Chaumont, orthophoniste, a développé une approche abordant la prise en soin des troubles d'acquisition du langage oral et du langage écrit selon plusieurs champs théoriques, notamment linguistiques. Ses travaux proposent ainsi une modélisation grammaticale de l'énoncé, de la proposition et du discours, selon l'angle de la linguistique fonctionnelle typologique.
Sa formation développe la linguistique et la psycholinguistique développementale mais aussi de nombreuses réflexions autour des neurosciences, des troubles développementaux du langage oral et écrit, du handicap mental, de la polysensorialité et du rythme, des stratégies de communication alternative/augmentative, de l'éducation précoce et de l'accompagnement parental.

Formations SACCADES :
Le Centre d'expertise en autisme, SACCADE, offre plusieurs formations destinées à la personne autiste, aux parents et aux professionnels dans le but de mieux comprendre ce qu'est l'autisme, outiller les participants et orienter leurs interventions.
Ce modèle cognitivo-développemental utilise un code écrit appelé Langage SACCADE Conceptuel (LSC). Il permet aux personnes autistes d'avoir accès à l'information, à la communication et à la perception des émotions. Le LSC se définit comme un système commun, une compréhension commune de signes partagés par l'autiste et son interlocuteur. L'apprentissage et l'enseignement de ce langage nécessitent des formations spécifiques.

IV. Méthodologie du questionnaire

A. Objectifs du questionnaire :

Nous avons élaboré un questionnaire afin de dresser un état des lieux des méthodes et outils actuellement utilisés par les orthophonistes lors de la prise en soin d'un enfant avec peu ou pas de langage. Outre la visée statistique de ce questionnaire, il est avant tout un moyen pour nous de savoir quelles méthodes de rééducation sont largement répandues dans ce type de prise en soin, et a contrario, lesquelles le sont moins. Ces données nous ont orientées lors de la conception de notre livret d'information afin de faire paraître les informations dont les orthophonistes souhaitent disposer.

B. Elaboration du questionnaire :

Nous avons fait le choix d'un questionnaire auto-administré et numérique afin de faciliter son accessibilité et de nous adresser à une large population d'orthophonistes. L'enquête par questionnaire présente la possibilité d'obtenir un nombre important de réponses en un temps relativement restreint, elle permet également d'éviter les biais engendrés par la présence d'un enquêteur.
Notre questionnaire a été réalisé grâce à l'outil « Google Forms » qui héberge des questionnaires en ligne.

Le questionnaire se compose de 11 questions : 3 questions fermées à choix multiple et 8 questions ouvertes nécessitant une réponse rédigée. Les questions fermées permettent l'obtention de réponses standardisées et donc une analyse plus aisée des résultats. Néanmoins, ce type de questions limite les informations recueillies en générant des réponses réductrices, empêchant la description qualitative de la pratique. Nous avons donc choisi d'utiliser principalement des questions ouvertes car certains items nécessitent des explications plus approfondies.

Les deux premières questions sont destinées à définir le profil des orthophonistes : année d'obtention du diplôme et lieu du centre de formation.
La troisième question est une question fermée à réponse binaire oui/non : « Avez-vous déjà pris en soin un enfant présentant peu ou pas de langage ? ». Nous avons tronqué notre questionnaire à partir de cette question afin que les orthophonistes ayant répondu « non » soient directement dirigés à l'avant-dernière question : « Comment vous sentez-vous face à ce type de prise en soin (enfant avec peu/pas de langage) ? ».
A la question 4, nous interrogeons alors les orthophonistes ayant déjà pris en soin un enfant présentant peu ou pas de langage (réponse « oui » à la question 3) à l'aide d'une question ouverte portant sur les domaines évalués ainsi que sur les outils utilisés.
Nous questionnons ensuite les orthophonistes sur les hypothèses diagnostiques : question fermée à choix multiple parmi différentes pathologies. Le choix des pathologies figurant dans le questionnaire a été fait en fonction des données trouvées dans la littérature, de même, l'ordre de présentation de ces pathologies dépend de leur fréquence d'apparition (de la plus fréquente à la moins fréquente). Pour cette question, nous avons également laissé la possibilité pour le répondant d'écrire à côté de la case « Autre » une hypothèse diagnostique ne figurant pas parmi les propositions.
La question qui suit est une question ouverte sur les potentiels facteurs de risque observés.
Les deux questions suivantes (questions 7 et 8) sont ouvertes et portent sur la prise en soin proposée. Nous nous intéressons aux méthodes utilisées par les orthophonistes puis nous leur demandons leur(s) priorité(s) dans ce type de prise en soin tout en précisant leur pratique.
A l'aide d'une autre question ouverte, nous demandons aux orthophonistes de nous décrire un cas qui leur a posé question. Les répondants peuvent alors décrire les difficultés rencontrées et la façon dont ils les ont surmontées.

Nous avons ensuite voulu recueillir le ressenti des orthophonistes face à ce type de prise en soin grâce à une question à réponse unique sur une échelle graduée allant de « Démuni(e) » à « Armé(e) ». Nous avons choisi une échelle avec un nombre pair de graduations afin d'éviter la présence d'une réponse centrale, difficile à analyser lors du dépouillement des résultats.
La question qui suit appelle une réponse ouverte afin de justifier le choix précédent.
Enfin, nous avons mis un encart texte à la fin du questionnaire pour toute remarque de la part des répondants.

Toutes les questions sont obligatoires exceptée celle portant sur les facteurs de risque. Nous avons choisi de laisser cette question facultative car lors d'un bilan, des facteurs de risque ne sont pas systématiquement observés.

Lors de l'élaboration du questionnaire, nous avions d'abord opté pour plus de questions fermées, notamment pour la question des domaines évalués dans laquelle nous avions créé 2 blocs de réponses fermées à choix multiple. Ainsi, un bloc concernait l'évaluation quantitative et comportait plusieurs propositions telles que : EVALO BB, EVALO 2-6, ELO, EXALANG, etc. et un autre bloc concernait l'évaluation qualitative : entretien avec les parents, questionnaires parentaux, observation clinique, analyse des interactions entre les parents et l'enfant, etc. La question sur les méthodes de rééducation utilisées se présentait également sous la forme d'une question à choix multiple. Cependant, cette modalité de réponse peut constituer un biais en induisant les réponses des orthophonistes, notamment par l'ordre d'apparition des propositions ou encore par leur manque d'exhaustivité.
Ces questions ont alors été transformées en questions ouvertes à rédaction libre, les orthophonistes peuvent y répondre en pensant à un cas en particulier ou parler de leur pratique en général.

Avant de diffuser le questionnaire, nous l'avons soumis à un pré-test. Nous l'avons donc transmis via les réseaux sociaux à un groupe d'orthophonistes comportant peu de membres (« Orthophonistes du 42 », 178 membres). Ce pré-test avait pour but de s'assurer de la pertinence et de la bonne compréhension des questions. Les résultats de cette première diffusion étant encourageants, nous avons pu transmettre plus largement le questionnaire.

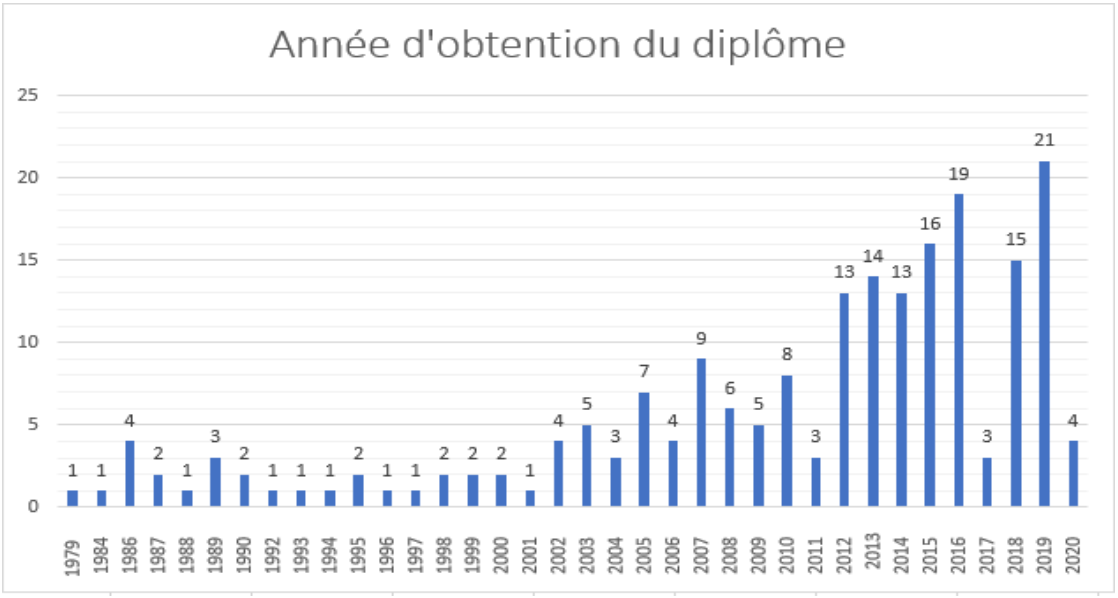
C. Mode d'administration du questionnaire :

Nous avons choisi l'utilisation du support informatique afin de diffuser notre questionnaire. Il permet en effet une transmission plus large, rapide et moins coûteuse que le support papier.
Cet outil présente également une facilité d'accès ainsi que la possibilité pour le répondant de le remplir à tout moment, sans contrainte de temps ni de lieu.
Le lien vers le questionnaire a donc été publié via un réseau social sur 6 groupes rassemblant des orthophonistes par région dans le but d'obtenir des réponses d'origines géographiques diverses afin de ne pas créer un biais au niveau des résultats. Le questionnaire a également été publié sur des groupes plus spécifiques se rapprochant de notre sujet de mémoire tels que « Orthophonie et enfant très jeune ou sans langage ».

Le questionnaire a été mis en ligne du 12 juin 2020 au 30 septembre 2020.
Nous avons obtenu 202 réponses.

D. Analyse des réponses :

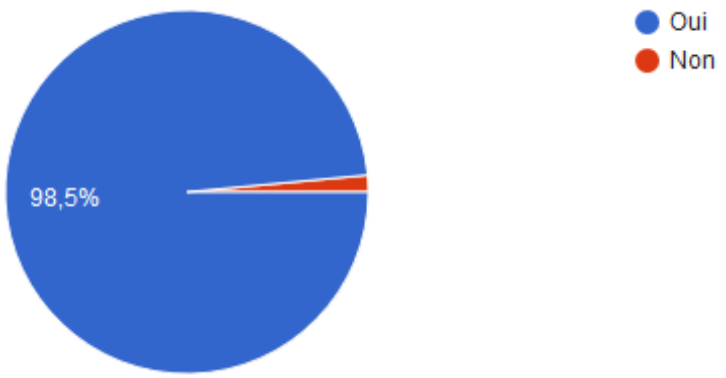
1) En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?



2) Dans quel centre de formation avez-vous été formé(e) ?



3) Avez-vous déjà pris en soin un enfant présentant peu ou pas de langage ?



4) Lors de votre bilan, quels domaines avez-vous évalués ? Avec quels outils ?

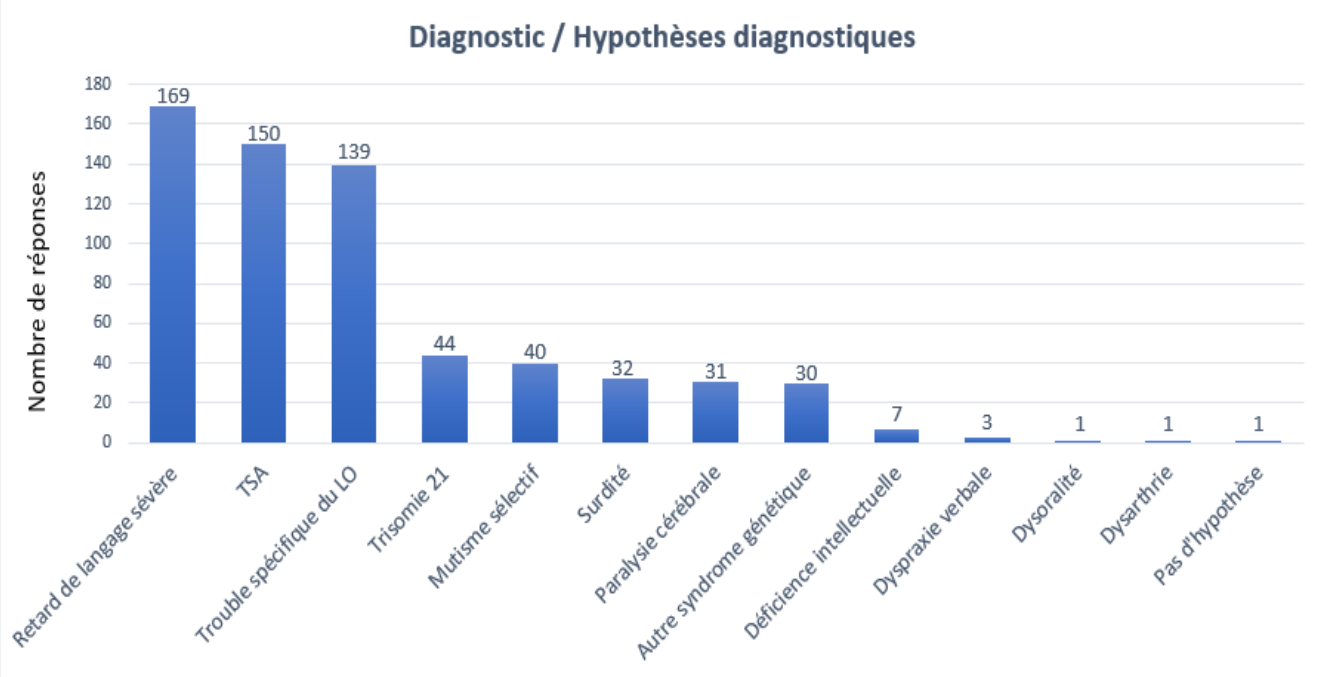
Domaines évalués	Nombre de réponses
Prérequis langagiers	129
Compréhension (verbale/non verbale)	59
Communication verbale	59
Communication non verbale	57
Jeu	42
Phonologie et articulation	38
Compétences logiques	29
Praxies bucco-faciales	24
Lexique (actif/passif)	20
Pragmatique	17
Rapport à l'autre, interactions sociales	16
Oralité	15

Domaines évalués	Nombre de réponses
Développement psychomoteur	15
Domaine perceptif	12
Syntaxe	11
Capacités attentionnelles	11
Domaine sensoriel	9
Interactions parents-enfant	6
Graphisme, dessin	6
Renforçateurs, centres d'intérêt	4
Capacités mnésiques	3
Autonomie	2
Prosodie	1
Rythme	1

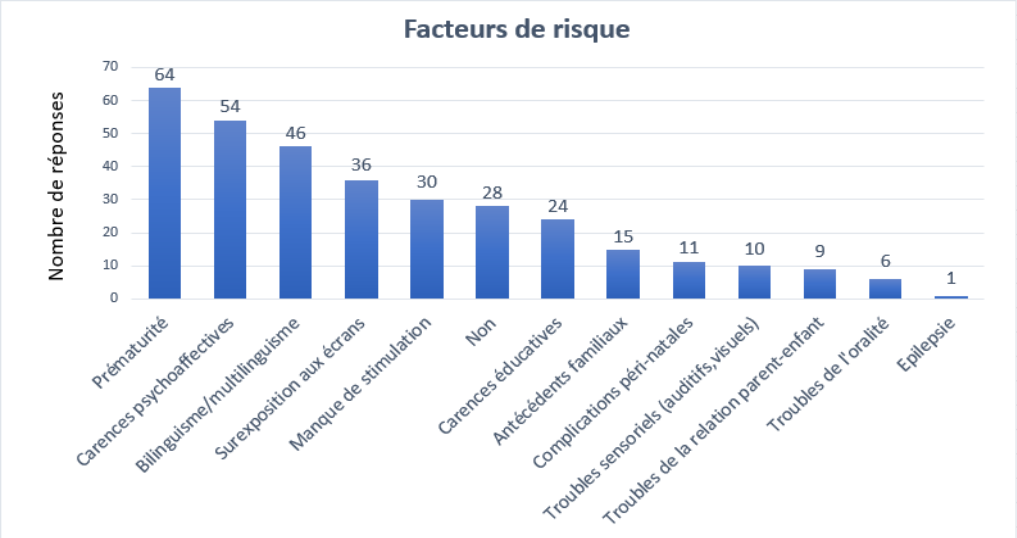
Outils utilisés	Nombre de réponses
EVALO (BB ou 2-6)	85
Observation clinique/ évaluation qualitative	75
Questionnaires parentaux	46
Grille Dialogoris	26
PREL	19
ELO	17
Jeu libre	16
VB-MAPP	14
EXALANG 3-6	14
ECSP	11
Repères développementaux	7
PEP-3	4
Grille de Wetherby et Prutting	4
SOS.com	4
Echelle du modèle de Denver	3
CLEA	3
Mallette « Test des bulles » de B. Therond	3

Outils utilisés	Nombre de réponses
Nelly-Carole	2
Reynell III	2
Mallette d'Angelman	2
N-EEL	2
CARS	2
ComVoor	2
EVIP	1
Précurseurs de la communication de Leclerc	1
Bilan de la communication de l'enfant sans langage de Krichel	1
ADOS-2	1
BILO Petits	1
Dessin du bonhomme	1
Echelle de Rossetti	1
Profil Sensoriel de Dunn	1
M-CHAT	1

5) Quelle(s) a/ont été votre/vos hypothèse(s) diagnostique(s) ? Ou quel était le diagnostic s'il était déjà posé ?



6) Avez-vous observé des facteurs de risque (prématurité, bilinguisme, carences psychoaffectives...) ?



7) Quelle prise en soin avez-vous proposée ? Avez-vous utilisé un(e) outil/méthode/technique particulier(e) ?

Outils/méthodes/techniques employés	Nombre de réponses
Moyens de CAA :	182
Makaton	57
PECS	45
Signes LSF/ Français signé	26
Baby signe	10
Classeur de communication	5
Application CAA	4
Méthode PODD	3
TLA	3
Cahier de vie	1
Non précisé	28
Accompagnement parental :	78
Méthode Hanen	5
Jeux (libres et/ou dirigés)	29
PREL	26
Travail des prérequis langagiers	25
Approches destinées aux TSA :	17
ABA	10
ESDM	4
Comportement verbal	1
Modèle SACCADE	1
Thérapie d'échange et de développement	1
Protocole Oral Ortho Petits	19

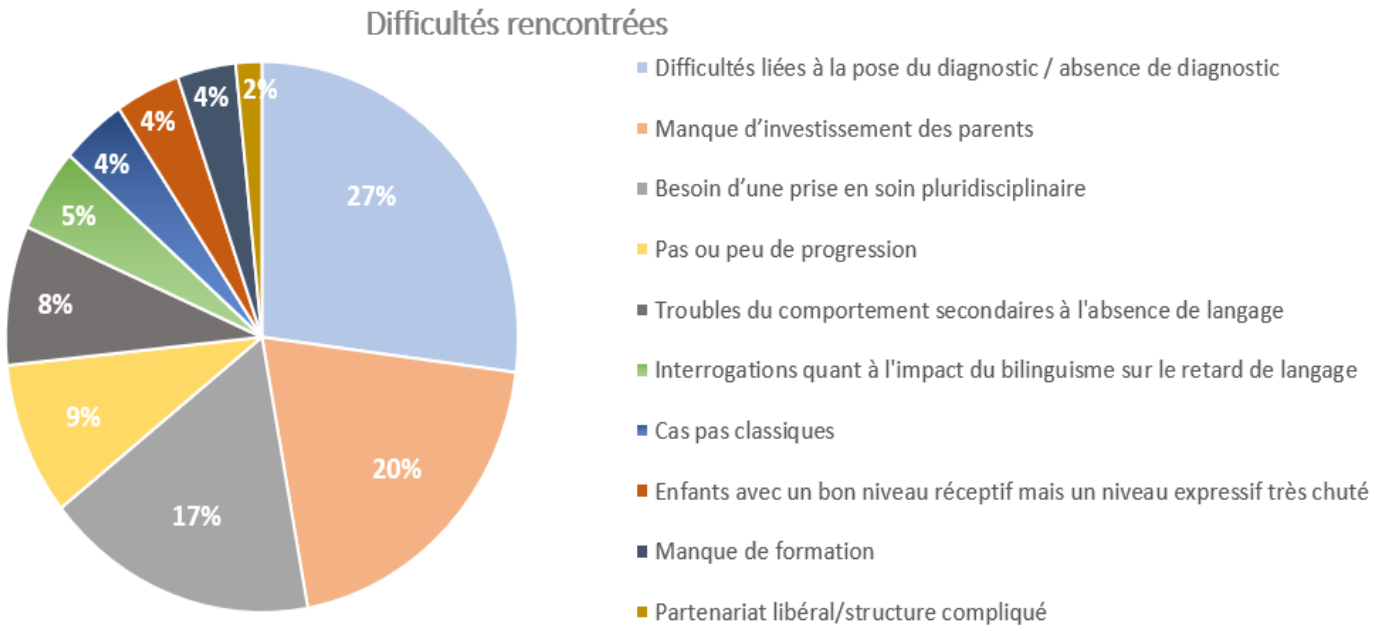
Outils/méthodes/techniques employés	Nombre de réponses
Bain de langage	18
DNP	17
Formations :	16
Formation Bobillier-Chaumont	10
Formations Dialogoris	4
Formations Laurence Kunz	1
Formation Line Charron	1
Jeux sensoriels, manipulations	15
Sans technique particulière	13
Gestes Borel-Maisonny	12
PROMPT	7
Comptines, histoires	7
Méthode verbo-tonale	5
Video modeling	5
Stimulations oro-faciales	6
Activités Montessori	3
Phonologie	3
Méthode Padovan	2
Méthode Distinctive	1
Approche de groupe	1
Approche systémique	1
Programme « Dire et Faire »	1
Médiation animale	1

8) Quelles sont pour vous les priorités dans ce type de prise en soin (jeux libres, jeux dirigés, pragmatique, phonologie, etc.) ? Pouvez-vous préciser votre pratique ?

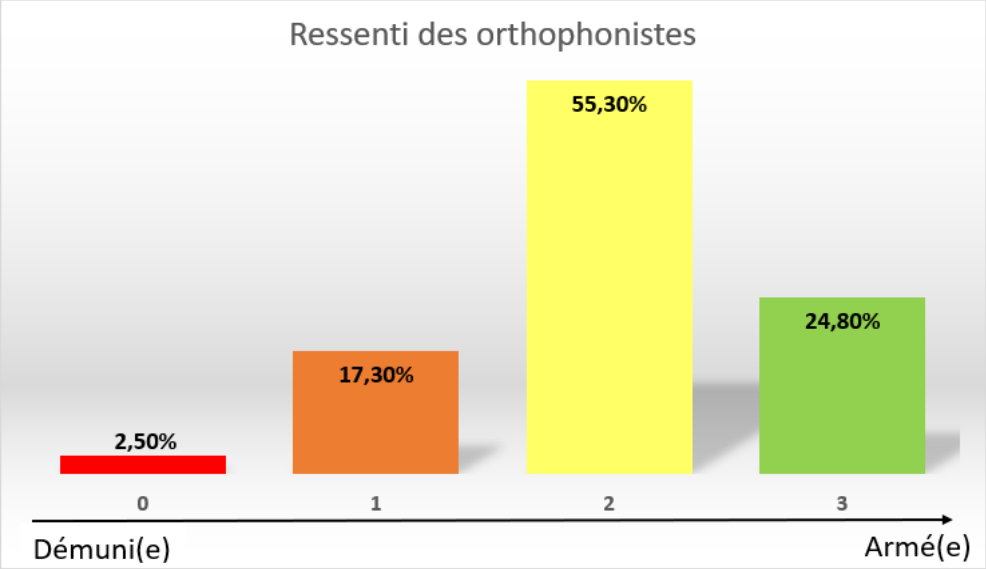
Priorités	Nombre de réponses
Jeux libres	105
Jeux dirigés	78
Utilisation d'un moyen de communication adapté (CAA)	53
Accompagnement parental	52
Prérequis langagiers	47
Communication fonctionnelle	46
Emergence du besoin, de l'appétence à communiquer	45
Bain de langage	37
Productions sonores	22
Stimulations oro-faciales	21
Pragmatique	20
Modelage	19

Priorités	Nombre de réponses
Instauration d'un pairing	13
Situations semi-dirigées	12
Manipulations	9
Lecture d'albums	8
Compréhension	5
Syntaxe	4
Chant/comptines	3
PREL	3
Mise en place d'un cadre, séances ritualisées	2
PROMPT	1
DNP	1
Approche de groupe	1

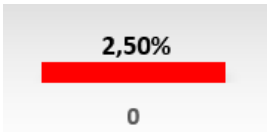
9) Parmi vos prises en soin d'enfants avec peu/pas de langage, pouvez-vous nous décrire un cas qui vous a posé question ? Difficultés rencontrées lors des hypothèses diagnostiques, au niveau des facteurs de risque, du bilan, de la prise en soin, etc. Comment avez-vous surmonté ces difficultés ?



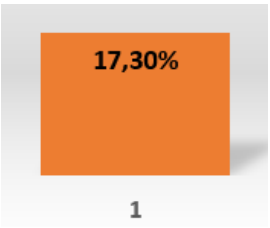
10) Comment vous sentez-vous face à ce type de prise en soin (enfant avec peu/pas de langage) ?



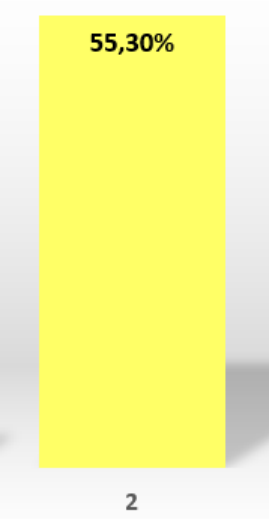
11) Justifiez votre choix précédent (besoin/assez de formation continue, besoin/assez de littérature, je ne me sens pas capable, j'adore ces prises en soin …) :



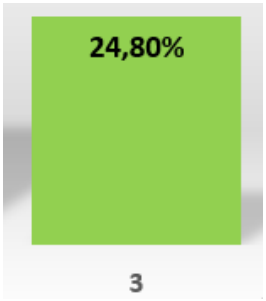
- Je manque de formation (4)
- Manque de pratique durant la formation (1)



- Je manque de formation (18)
- C'est l'investissement des parents au quotidien qui va influencer l'évolution (8)
- Besoin de lire sur le sujet (7)
- Je suis un peu perdu(e) dans ce type de situation, difficile de structurer la séance (5)
- Je manque d'outils et d'idées (3)
- Ces prises en soin m'intéressent moins que d'autres (3)
- Besoin d'être entouré(e) par une équipe pluridisciplinaire (3)



- J'adore ces prises en soin (68)
- Plutôt armé(e) grâce à mon expérience et aux formations (39)
- Besoin de formation et de littérature pour me sentir plus à l'aise (38)
- Ces prises en soin nécessitent plus d'implication, de recherche, d'énergie et d'adaptabilité que d'autres (22)
- Je me sens parfois découragé(e) face à la lenteur des progrès (10)
- Difficile d'investir les parents dans la prise en soin (8)
- Besoin d'être entouré(e) par une équipe pluridisciplinaire (7)
- Manque d'outils de bilan et de matériel de rééducation (3)



- J'adore ces prises en soin (35)
- Je me sens compétent(e) grâce à mon expérience et aux formations (26)
- Je travaille beaucoup en accompagnement parental et cet aspect me plaît (3)
- Je manque de formation en accompagnement parental (2)
- Le travail en équipe est très enrichissant (1)

E. Discussion :

La DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) dénombre un total de 25 607 orthophonistes en France au 1er janvier 2019. Nous avons obtenu 202 réponses à notre questionnaire, ce nombre représente environ 0,8 % de la population d'orthophonistes en France.
Certaines questions comptabilisent un nombre de réponses supérieur à 202 car les orthophonistes ont souvent donné plusieurs réponses au sein d'une même question.
Pour les questions ouvertes, nous avons regroupé plusieurs réponses similaires sous un même terme afin de faciliter l'analyse des résultats.

Le fait d'avoir diffusé notre questionnaire via un réseau social sur des groupes d'orthophonistes représente un biais. En effet, il ne cible que les orthophonistes présents sur ce réseau social et appartenant aux groupes en question. Cela est d'ailleurs visible à travers l'année d'obtention du diplôme des répondants : à partir de 2007 on obtient plus de réponses par année, ce qui renvoie à une population relativement jeune et donc généralement plus présente sur les réseaux sociaux.
Tous les centres de formation sont représentés, à l'exception de Rouen et Poitiers. On remarque qu'un nombre important de répondants a été formé en Belgique (36 réponses).

La grande majorité des orthophonistes ayant répondu au questionnaire a déjà pris en soin un enfant avec peu ou pas de langage oral, seuls trois orthophonistes ont répondu par la négative. Ce type de prise en soin est donc fréquemment rencontré.

A la question 4, portant sur les domaines évalués lors du bilan, la majorité des répondants évoque les prérequis langagiers (129 réponses), cela comprend notamment le pointage, le tour de rôle, l'attention conjointe, l'imitation verbale et motrice, la réponse à son prénom / à un stimulus, les demandes, le regard, la poursuite visuelle, l'intérêt pour les objets.

Concernant les outils utilisés, trois réponses se dégagent : EVALO BB ou EVALO 2-6 (85 réponses), l'observation clinique/évaluation qualitative (75 réponses) notamment à l'aide de grilles d'observation et des informations relevées lors de l'anamnèse, et les questionnaires parentaux (46 réponses) tels que l'IDE (Inventaire du Développement de l'Enfant) et l'IFDC (Inventaire Français du Développement Communicatif).

A la question 5, un retard de langage sévère (169 réponses), un trouble du spectre de l'autisme (150 réponses) et un trouble spécifique du langage oral (139 réponses) sont les trois hypothèses diagnostiques les plus fréquemment rencontrées. Lors de la conception du questionnaire, nous n'avons pas proposé la terminologie de D. Bishop dans les choix de réponse et avons privilégié les appellations du DSM 5, encore très ancrées dans la pratique orthophonique. Nous avons donc fait le choix de reprendre ces appellations dans la partie résultats afin de ne pas perdre en informativité. Cependant, nous avons utilisé la terminologie de D. Bishop dans la rédaction du mémoire.

Trente réponses évoquent d'autres syndromes génétiques, parmi elles on relève : le syndrome de Kabuki, le syndrome de Noonan, le syndrome de Cornelia de Lange, le syndrome de Wolf Hirschom, le syndrome de Landau-Kleffner, le syndrome d'Angelman, le syndrome de Kleefstra, le syndrome de Prader-Willi, le syndrome de Williams, la microdélétion 22q11 et le syndrome de Smith-Lemli-Opitz (SLO).

Les facteurs de risque les plus observés sont la prématurité (64 réponses), les carences psychoaffectives (54 réponses) et le bilinguisme ou multilinguisme (46 réponses). On remarque que ces trois réponses correspondent aux trois exemples donnés entre parenthèses dans notre question. Nous avons peut-être induit involontairement ces réponses et créé un biais. 4 orthophonistes indiquent cependant que le bilinguisme ou multilinguisme ne peut pas être considéré comme un facteur de risque, même s'il peut rendre l'évaluation difficile et entraîner une trajectoire développementale un peu différente de façon transitoire. De plus, on note que les facteurs de risque peuvent exister de manière isolée ou combinée à d'autres. 28 orthophonistes disent ne pas avoir remarqué de facteur de risque, ils ne sont donc pas observés de manière systématique.

Concernant la prise en soin, un outil se démarque à la question 7 : les moyens de communication augmentative et/ou alternative (182 réponses). L'accompagnement parental arrive en deuxième position avec 78 réponses.
La méthode Borel-Maisonny est abordée dans 12 réponses, elle consiste à faire correspondre un geste manuel à chaque phonème. Nous n'avons pas développé cette méthode dans le mémoire car elle concerne plus l'articulation que le développement langagier.
La méthode Padovan, autrement appelée Réorganisation Neuro-Fonctionnelle, a été citée deux fois. Cette méthode a pour objectif de rejouer les étapes du neurodéveloppement grâce à des séquences de mouvements corporels. Nous n'avons pas trouvé suffisamment de littérature scientifique sur cette méthode pour pouvoir la détailler dans le mémoire.
La Méthode Distinctive, citée une fois, permet de percevoir les nuances entre les sons à l'aide de repères visuels et de stimulations motrices. Nous n'avons pas non plus abordé cette méthode car elle est plus axée sur la phonologie que le langage.
L'approche systémique est également citée une fois, elle aborde la communication et les interactions entre les individus en s'intéressant à leur contexte de vie. Cette approche relève plus de la psychothérapie que de l'orthophonie, nous ne l'avons donc pas développée.
De même, la médiation animale est mentionnée une fois, nous ne l'avons pas abordée en raison du manque de littérature et de preuves scientifiques quant à son impact sur le développement langagier.

Les orthophonistes précisent que les outils et méthodes doivent être adaptés à l'enfant et ses compétences selon les observations du bilan. Il n'existe pas une méthode systématiquement applicable. La relation prime, tout comme les échanges avec la famille, véritable socle de la prise en soin. Les orthophonistes insistent également sur la précocité de la prise en soin.

Pour les orthophonistes, les priorités dans ce type de prise en soin sont les jeux libres (105 réponses) et dirigés (78 réponses) axés sur les centres d'intérêt de l'enfant. Les répondants soulignent l'idée de partir d'une activité plaisante afin de proposer du vocabulaire et des phrases courtes, tout en enrichissant au fur et à mesure les productions de l'enfant. Le jeu permet également de prendre du plaisir dans l'échange.
L'utilisation d'un moyen de communication adapté (CAA) arrive en troisième position (53 réponses) suivi de l'accompagnement parental (52 réponses).
Les orthophonistes s'accordent sur le fait que la phonologie n'est pas une priorité dans ce type de prise en soin, elle sera abordée plus tard, une fois que le lexique de l'enfant sera suffisamment développé.

Parmi les difficultés décrites par les orthophonistes à la question 9, celles liées à la pose ou à l'absence de diagnostic sont au premier plan avec 66 réponses. Les orthophonistes relatent des difficultés à obtenir des bilans complémentaires afin d'affiner le diagnostic (neuropédiatrique, psychomoteur, cognitif, etc.).

Cela est notamment visible dans le cadre des troubles du spectre autistique car les CRA (Centre de Ressources Autisme) font face à beaucoup de demandes et on observe une attente dans les poses de diagnostic.
Cependant, pour certains orthophonistes, le diagnostic est secondaire et la prise en soin se construit en fonction des difficultés et compétences de l'enfant.
42 orthophonistes évoquent la difficulté d'être le seul professionnel à suivre l'enfant alors que certains d'entre eux nécessitent une prise en soin pluridisciplinaire. De plus, le suivi en libéral n'est souvent pas suffisant pour ces enfants, cela est en partie dû à la difficulté de proposer une prise en soin intensive en libéral. Ces enfants devraient être suivis par des structures mais ils sont souvent confrontés au manque de place au sein de celles-ci.
On retrouve des interrogations quant à l'impact du bilinguisme (12 réponses) sur le retard de langage. Il est parfois difficile pour les orthophonistes de savoir si le langage émerge dans l'autre langue.
10 réponses abordent des cas peu classiques tels que les enfants avec une histoire de vie très compliquée, atteints de pathologies très lourdes ou encore des parents préoccupés par d'autres problématiques sociale ou psychiatrique et donc peu disponibles pour leur enfant.

55,30% des orthophonistes ayant répondu au questionnaire se sentent relativement armés (2 sur l'échelle graduée) pour prendre en soin un enfant sans langage. Ils nuancent cependant leur justification, notamment par le besoin de formation, le manque d'outils de bilan et de matériel de rééducation, le besoin d'être entouré(e) par une équipe pluridisciplinaire ou le fait de se sentir parfois découragé(e) face à la lenteur des progrès. On observe une hétérogénéité des justifications au sein de cette même réponse car 39 orthophonistes se sentent plutôt armé(e)s grâce à leur expérience et aux formations et 38 orthophonistes évoquent le besoin de formation et de littérature pour se sentir plus à l'aise.
De plus, on trouve souvent les mêmes justifications dans les réponses 1 et 2 sur l'échelle graduée, ces réponses sont donc très dépendantes du ressenti de chacun. Avec les mêmes difficultés, certains orthophonistes se sentent plus armés que d'autres.
Les orthophonistes ayant répondu 2 ou 3 sur l'échelle graduée apprécient ce type de prise en soin notamment pour son côté valorisant lorsque l'enfant progresse.
Quel que soit le ressenti des orthophonistes, tous continuent à se former et précisent que la formation continue est indispensable pour compléter la formation initiale et être plus précis dans les objectifs de rééducation. Le manque de littérature est fréquemment relevé (45 réponses).

28 orthophonistes nous ont écrit un commentaire dans la partie « Remarques » du questionnaire. 24 orthophonistes trouvant notre sujet intéressant nous ont demandé de leur partager notre travail une fois qu'il sera achevé. 4 orthophonistes ont noté qu'il est difficile de proposer des recommandations ou une feuille de route valable pour tous les enfants sans langage. Notre objectif était de recueillir les outils, techniques et méthodes dont les orthophonistes disposent dans ce type de prise en soin afin de les regrouper dans un même document. Nous ne proposons pas un protocole précis car nous sommes conscientes de la nécessité de s'adapter à chaque enfant et du fait que chaque orthophoniste pratique avec sa propre sensibilité, fort de ses expériences qui ont fait évoluer sa pratique.
De même, nous n'avons pas ciblé une pathologie en particulier car, comme relevé dans le questionnaire, le diagnostic est secondaire dans ce type de prise en soin. L'essentiel est de proposer une prise en soin adaptée à l'enfant, au plus proche de ses besoins.

Dans la conception de notre mémoire, nous avons tenu compte des réponses au questionnaire, notamment celles obtenues aux questions 7 et 8 axées sur la prise en soin orthophonique, puis nous les avons développées et enrichies en les combinant à nos recherches dans la littérature scientifique. Ce mémoire a pour vocation de donner des pistes rééducatives aux orthophonistes. Cependant, il n'est probablement pas exhaustif, de par l'absence d'articles scientifiques sur certains sujets et par notre connaissance imparfaite de tous les outils et méthodes existants.

V. Méthodologie du livret d'information

A. Choix du public :

Nous avons fait le choix d'intervenir auprès des orthophonistes afin de les aider à obtenir une vue d'ensemble sur les moyens à leur disposition pour prendre en soin un enfant avec peu ou pas de langage.

B. Choix de mise en page :

Le livret d'information se présente sous la forme d'un document ressource de 8 pages. Il a été réalisé avec le site internet Canva (https://www.canva.com/). Dans un souci de praticité, nous n'avons pas pu développer toutes les idées présentes dans le mémoire et avons dû faire des choix de contenu, seuls les points essentiels abordés dans le mémoire sont donc présents. En effet, ce livret se veut succinct afin de présenter les grands thèmes abordés dans ce mémoire et d'aiguiller le lecteur vers quelques pistes de rééducation. Si ce dernier souhaite approfondir les notions, il pourra se référer au mémoire qui contient les détails et les sources.
Par exemple, la deuxième page aborde les signes d'alerte mais ne reprend pas les normes concernant le développement langagier.
De même, les grands axes de l'évaluation orthophonique sont évoqués, le livret décrit donc « quoi évaluer » mais le « comment évaluer » n'a pas été approfondi.
Les formations continues présentées dans le mémoire ne sont pas reportées sur le livret car ce travail n'est pas exhaustif et nous ne voulions pas mettre en avant certaines formations au détriment des autres.
La dernière page représente une conclusion sous forme de carte mentale, pouvant être imprimée et servir d'aide-mémoire lors de la prise en soin d'un enfant avec peu ou pas de langage.

C. Moyens de diffusion :

Le livret sera diffusé au format PDF sur les groupes du réseau social où nous avons publié notre questionnaire. Il sera également accessible en annexe de notre mémoire.

Conclusion

Un jeune enfant avec peu ou pas de langage présente les signes d'alerte suivants (HAS, 2019) : à 18 mois, il ne produit pas de babillage et pas de mot signifiant ; à 24 mois, son langage est très pauvre sans association de mots et sa compréhension peut être altérée alors que la communication est bonne (gestes, regards, etc.). Entre 3 ans et 4 ans et demi, son langage est dépourvu de phrases, il est inintelligible pour les personnes non-proches et sa compréhension est altérée.
Selon la nomenclature de D. Bishop (Bishop et al., 2016) l'enfant avec peu ou pas de langage peut être porteur d'un trouble développemental du langage (TDL), d'un trouble du langage (TL) avec une condition biomédicale associée (traumatisme crânien, aphasie en lien avec l'épilepsie, déficience auditive, paralysie cérébrale, trisomie 21, déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme) ou d'un trouble des sons de la parole (TSP).

Après avoir effectué le bilan sous ses trois dimensions : évaluation indirecte, évaluation des interactions parents-enfant et évaluation directe auprès de l'enfant, plusieurs possibilités de prise en soin s'offrent aux orthophonistes.
Mettre en place une intervention orthophonique indirecte sous forme d'accompagnement parental peut s'avérer bénéfique. En effet, l'environnement dans lequel l'enfant grandit a une répercussion sur le développement de ses capacités langagières puisqu'il développe son langage en prenant pour modèle les productions de l'adulte (Law et al., 2019). Renforcer les compétences parentales en matière de communication va alors améliorer les interactions parents-enfant, et donc indirectement les compétences langagières de l'enfant.
En parallèle, une intervention orthophonique précoce auprès de l'enfant est préconisée. Selon les difficultés, la pathologie et le profil de l'enfant, cette intervention directe peut s'appuyer sur certaines méthodes telles que PREL, PROMPT ou encore la Dynamique Naturelle de la Parole. L'orthophoniste peut également introduire des outils de communication augmentative et/ou alternative et s'inspirer de la prise en soin du jeune enfant autiste. L'association de séances individuelles et de séances en groupe semble également être une perspective intéressante. En effet, les séances en groupe représentent une forme de travail favorable à l'émergence du langage car elles permettent aux enfants de s'exprimer au sein d'un contexte d'interaction significatif avec des pairs.
Le jeu, caractéristique principale des thérapies du langage selon Lainé (2009), est également important car il offre une multitude de possibilités pour que l'enfant puisse s'exprimer. Accompagner l'enfant dans le jeu permet alors de travailler le langage et la communication en partant de ce qu'il met en scène.

La prise en soin d'un enfant sans langage doit être la plus précoce possible car « la socialisation, le développement émotionnel, la vie familiale, la poursuite des apprentissages académiques dépendent de la qualité du langage oral » (Van der Horst, 2010).
Il n'existe pas de protocole précis et systématiquement applicable dans ce type de prise en soin. Il est en effet nécessaire de s'adapter à chaque enfant en prenant en compte ses besoins et compétences selon les observations faites lors du bilan. Rappelons que chaque orthophoniste pratique avec sa propre sensibilité, fort de ses expériences qui ont fait évoluer sa pratique.
Après avoir diffusé notre questionnaire, nous avons analysé les réponses obtenues et pris en compte les informations dont les orthophonistes souhaitaient disposer ainsi que leur savoir sur le sujet. Nous avons alors allié nos recherches scientifiques aux connaissances cliniques des orthophonistes afin de réaliser un livret d'information à leur destination, abordant la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage. Dans celui-ci figure les points essentiels de notre mémoire. Afin de toucher un plus grand nombre d'orthophonistes, ce livret d'information paraîtra en ligne sur les groupes où nous avons publié notre questionnaire.

Bibliographie

ANAES. (2002). L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans.

Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., et Roy, S. (2005). Dialogoris orthophoniste 0/4 ans : Bilans orthophoniques précoces et prévention pour l'enfant de 0 à 4 ans et sa famille Chapitre 5 : Quels projets thérapeutiques ?

Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., et Roy, S. (2007). L'accompagnement parental au cœur des objectifs de prévention de l'orthophoniste. Contraste, N° 26(1), 303-320.

Aubin, G., Roy, A., Guillery-Girard, B., et Mayor-Dubois, C. (2018). Neuropsychologie de l'enfant : Approches cliniques, modélisations théoriques et méthodes. De Boeck Supérieur.

Aubineau, L.-H., Vandromme, L., et Driant, B. L. (2015). L'attention conjointe, quarante ans d'évaluations et de recherches de modélisations. LAnnee psychologique, Vol. 115(1), 141-174.

Barbier, I. (2004). L'accompagnement parental à la carte. Ortho Edition.

Béliveau, M.-J., Noël, R., Smolla, N., et Martin, V. (2018). Jeunes enfants en déficit langagier : Apport des méthodes projectives à la compréhension de leur évolution comportementale. L'Évolution Psychiatrique, 83(4), 517-531. https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.06.007

Billard, C. (2002). Les troubles du langage chez l'enfant. Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 7.

Billard, C. (2007). Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification. EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 6.

Bishop. (2014, février 17). BishopBlog : Parent talk and child language. BishopBlog. http://deevybee.blogspot.com/2014/02/parent-talk-and-child-language.html

Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., et Consortium, C. (2016). CATALISE : A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children. PLOS ONE, 11(7), e0158753. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158753

Bornstein, M. H., Putnick, D. L., Bohr, Y., Abdelmaseh, M., Lee, C. Y., et Esposito, G. (2020). Maternal sensitivity and language in infancy each promotes child core language skill in preschool. Early Childhood Research Quarterly, 51, 483-489. https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2020.01.002

Buggey, T. (2012). Video modeling applications for persons with autism. Treatment of Autism Spectrum Disorders. Evidence-Based intervention strategies for communication et social interactions, 345-369.).

Campocasso et Quilan. (2020). Intérêt de la Dynamique Naturelle de la Parole dans la démutisation du patient aphasique global en phase chronique [Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie]. [Marseille] : Université de Marseille.

Cardon, T. (2013). Video modeling imitation training to support gestural imitation acquisition in young children with autism spectrum disorder. Speech, Language and Hearing, 16(4), 227-238.

Carter, A. S., Messinger, D. S., Stone, W. L., Celimli, S., Nahmias, A. S., et Yoder, P. (2011). A randomized controlled trial of Hanen's « More Than Words » in toddlers with early autism symptoms. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 52(7), 741-752. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02395.x

Cataix-Negre, E. (2011). Communiquer autrement ; accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage : Les communications alternatives (De Boeck).

Cataix-Nègre, É. (2013). Des outils au service d'une communication partagée. Vie sociale, N° 3(3), 149-162.

Cataix-Negre, E., et Zucman, E. (2012). Communiquer autrement : Accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage : les communications alternatives. Solal Editeurs.

Charlop-Christy, M. H., Le, L., et Freeman, K. A. (2000). A Comparison of Video Modeling with In Vivo Modeling for Teaching Children with Autism. 16.

Christensen, L., Hutman, T., Rozga, A., Young, G. S., Ozonoff, S., Rogers, S. J., Baker, B., et Sigman, M. (2010). Play and Developmental Outcomes in Infant Siblings of Children with Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 40(8), 946-957. https://doi.org/10.1007/s10803-010-0941-y

Coquet, F., ROUSTIT, J., et JEUNIER, B. (2007). Batterie EVALO 2-6 Evaluation du développement du langage oral et des comportements non verbaux du jeune enfant. Batterie EVALO 2-6 Evaluation du développement du langage oral et des comportements non verbaux du jeune enfant, 45(231), 203-225.

Coquet et Ferrand. (2013). Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent : Matériels, méthodes et techniques de rééducation. Isbergues : Ortho Edition.

Courtois-du-Passage, N., et Galloux, A.-S. (2004). Bilan orthophonique chez l'enfant atteint d'autisme : Aspects formels et pragmatiques du langage. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 52(7), 478-489. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.09.004

Cuny, F., Dumont, A., et Mouren, M. C. (2004). Les techniques d'aide aux jeunes enfants sans langage. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 52(7), 490-496. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.09.001

Cuny, et Giulani. (2014). La prise en charge orthophonique chez le très jeune enfant autiste. Contraste, N° 39(1), 265-288.

de Becker, E. (2012). Le mutisme sélectif chez l'enfant : Pistes de compréhension et de traitement. Psychothérapies, 32(4), 239-248. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/psys.124.0239

Dunoyer de Segonzac. (2009). Pour que vibre la dynamique naturelle de la parole (Prodyluharpe).

Duyme, M., Capron, C., et Zorman, M. (2010). L'Inventaire du Développement de l'Enfant (IDE) : Manuel d'utilisation. Devenir, Vol. 22(1), 27-50.

Ferté. (2007). Présentation de la Dynamique Naturelle de la Parole et de son application à la rééducation des difficultés de parole. Rééducation orthophonique, 229.

Fumex et Ferté. (2011). Dynamique Naturelle de la Parole (DNP) et rythme du langage. Rééducation orthophonique, 246.

Girolametto, L. (2000). Participation parentale à un programme d'intervention précoce sur le développement du langage : Efficacité du Programme Parental de Hanen. Rééducation orthophonique, 203.

Girolametto, L., Sussman, F., et Weitzman, E. (2007). Using case study methods to investigate the effects of interactive intervention for children with autism spectrum disorders. Journal of Communication Disorders, 40(6), 470-492. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2006.11.001

Girolametto, Pearce, et Weitzman. (1996). Interactive focused stimulation for toddlers with expressive vocabulary delays.

Goldstein, M. H., et Schwade, J. A. (2008). Social Feedback to Infants' Babbling Facilitates Rapid Phonological Learning. Psychological Science, 19(5), 515-523. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02117.x

Goussot, T., Auxiette, C., et Chambres, P. (2012). Réussir la prise en charge des parents d'enfants autistes pour réussir la prise en charge de leur enfant. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 170(7), 456-460. https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.11.021

Grevesse, P. (2015). Intestable ? Le bilan orthophonique du jeune enfant sans langage. 7.

HAS. (2012). Autisme et autres troubles envahissants du développement : Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent.

HAS. (2019). Signes d'alerte à l'intention du médecin de premier recours et actions à mettre en œuvre. Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 32(2), 107-111. https://doi.org/10.1016/j.jpp.2019.02.003

Heidlage, J. K., Cunningham, J. E., Kaiser, A. P., Trivette, C. M., Barton, E. E., Frey, J. R., et Roberts, M. Y. (2020). The effects of parent-implemented language interventions on child linguistic outcomes : A meta-analysis. Early Childhood Research Quarterly, 50, 6-23. https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.12.006

Herreras Mercado, R., Simpson, K., et Bellom-Rohrbacher, K. H. (2019). Effect of Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets (PROMPT) on Compensatory Articulation in Children With Cleft Palate/Lip. Global Pediatric Health, 6, 2333794X1985141. https://doi.org/10.1177/2333794X19851417

Ito, T., Tiede, M., et Ostry, D. J. (2009). Somatosensory function in speech perception. Proceedings of the National Academy of Sciences, 106(4), 1245-1248. https://doi.org/10.1073/pnas.0810063106

Junqueira, P. (2015). O PAPEL DO FONOAUDIÓLOGO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL DA CRIANÇA COM DIFICULDADE ALIMENTAR : UMA NOVA VISÃO. Revista CEFAC, 17, 1004-1011.

Kern et Gayraud. (2010). IFDC. Les Éditions la Cigale.

Lainé, A. (2009). Spécificités des thérapies précoces avec de jeunes enfants sans langage. Enfances Psy, n° 42(1), 119-129.

Law, J., Levickis, P., Rodríguez-Ortiz, I. R., Matić, A., Lyons, R., Messarra, C., Kouba Hreich, E., et Stankova, M. (2019). Working with the parents and families of children with developmental language disorders : An international perspective. Journal of Communication Disorders, 82, 105922. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.105922

Le Normand, M.-T., et Clouard, C. (2014). De nouveaux outils pour l'évaluation de la parole, du langage et de la communication chez le jeune enfant. Contraste, 39(1), 161-180. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/cont.039.0161

Ledan et Audran. (2008). L'ECHELLE DE LANGAGE DU NOURRISSON ET DU PETIT ENFANT DE ROSSETTI : Etude sur six enfants français âgés de 21 à 24 mois. CLAUDE BERNARD LYON1.

Leroy, M., et Masson, C. (2010). Les dysfonctionnements du langage chez l'enfant autiste : Une étude de cas entre un et trois ans. 20.

Lheureux-Davidse, C. (2006). Émergences du langage verbal chez des enfants autistes. Perspectives Psy, 45(3), 226-230. https://doi.org/10.1051/ppsy/2006453226

Maillart, C. (2017). Troubles phonologiques chez des enfants présentant des troubles développementaux du langage. 21.

Manikam, R., et Perman, J. A. (2000). Pediatric Feeding Disorders. Journal of Clinical Gastroenterology, 30(1), 34-46.

Martel, K., et Leroy-Collombel, M. (2010). Du gazouillis au premier mot : Rôle des compétences préverbales dans l'accès au langage. 14.

Mathiot, E., Leroy, M., Limousin, F., et Morgenstern, A. (2009). Premiers pointages chez l'enfant entendant et l'enfant sourd-signeur : Deux suivis longitudinaux entre 7 mois et 1 an 7 mois. Acquisition et interaction en langue étrangère, Aile... Lia 1, 141-168. https://doi.org/10.4000/aile.4515

McConachie, H., Randle, V., Hammal, D., et Le Couteur, A. (2005). A Controlled Trial of a Training Course for Parents of Children with Suspected Autism Spectrum Disorder. The Journal of Pediatrics, 147(3), 335-340. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2005.03.056

McCurtin, A., et Roddam, H. (2012). Evidence-based practice : SLTs under siege or opportunity for growth? The use and nature of research evidence in the profession. International Journal of Language et Communication Disorders, 47(1), 11-26. https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00074.x

Meinzen-Derr, J., Sheldon, R. M., Henry, S., Grether, S. M., Smith, L. E., Mays, L., Riddle, I., Altaye, M., et Wiley, S. (2019). Enhancing language in children who are deaf/hard-of-hearing using augmentative and alternative communication technology strategies. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 125, 23-31. https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.06.015

Mirenda, P. (2003). Toward Functional Augmentative and Alternative Communication for Students With Autism : Manual Signs, Graphic Symbols, and Voice Output Communication Aids. 15.

Monfort, M., Juárez Sánchez, A., et Monfort Juárez, I. (2005). Les troubles de la pragmatique chez l'enfant. Entha.

Moore, C., Dunham, P. J., et Dunham, P. (2014). Joint Attention : Its Origins and Role in Development. Psychology Press.

Morel, L. (2005). Favoriser le développement de conduites langagières chez les jeunes enfants déficients mentaux. Contraste, N° 22-23(1), 167-186.

Morel, L. (2007). L'activité ludique en articulation avec les activités de raisonnement. 18.

Morgan, L., Marshall, J., Harding, S., Powell, G., Wren, Y., Coad, J., et Roulstone, S. (2019). 'It depends' : Characterizing speech and language therapy for preschool children with developmental speech and language disorders. International Journal of Language et Communication Disorders, 54(6), 954-970. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12498

Murray, J., et Goldbart, J. (2009). Augmentative and alternative communication : A review of current issues. Paediatrics and Child Health, 19(10), 464-468. https://doi.org/10.1016/j.paed.2009.05.003

Nader-Grosbois, N. (2014). Développement cognitif et communicatif du jeune enfant. - Du normal au pathologique 2ème édition. (De Boeck).

Namy, L. L., et Waxman, S. R. (1998). Words and Gestures : Infants' Interpretations of Different Forms of Symbolic Reference. Child Development, 69(2), 295-308. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06189.x

Noens, I., van Berckelaer-Onnes, I., et Verpoorten, R. (2017). COMVOOR. 2.

O'Connor, S., et Pettigrew, C. M. (2008). The barriers perceived to prevent the successful implementation of evidencebased practice by speech and language therapists. 18.

Parisse, C., et Normand, M.-T. L. (2007). Une méthode pour évaluer la production du langage spontané chez l'enfant de 2 à 4 ans. 28.

Pichaud, E. (2018). L'apport du bilan ComVoor dans la définition d'aides à la compréhension au cours de prise en charge de jeunes enfants avec autisme au sein d'un hôpital de jour. 93.

Porter, G., et Cafiero, J. M. (2009). Pragmatic Organization Dynamic Display (PODD) Communication Books : A Promising Practice for Individuals With Autism Spectrum Disorders. Perspectives on Augmentative and Alternative Communication, 18(4), 121-129. https://doi.org/10.1044/aac18.4.121

Prizant, B. M., et Wetherby, A. M. (1993). Communication and language assessment for young children. Infants et Young Children, 5(4), 20-34.

Rajesh, V., et Venkatesh, L. (2019). Preliminary evaluation of a low-intensity parent training program on speech-language stimulation for children with language delay. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 122, 99-104. https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.03.034

Restall, G., et Magill-Evans, J. (1994). Play and Preschool Children With Autism. American Journal of Occupational Therapy, 48(2), 113-120. https://doi.org/10.5014/ajot.48.2.113

Rogers, S. J., et Dawson, G. (2020). L'intervention précoce en autisme : Le modèle de Denver pour jeunes enfants. Dunod.

Rogers, S. J., Hayden, D., Hepburn, S., Charlifue-Smith, R., Hall, T., et Hayes, A. (2006). Teaching Young Nonverbal Children with Autism Useful Speech : A Pilot Study of the Denver Model and PROMPT Interventions. Journal of Autism and Developmental Disorders, 36(8), 1007-1024. https://doi.org/10.1007/s10803-006-0142-x

Romski, M., Sevcik, R. A., Barton-Hulsey, A., et Whitmore, A. S. (2015). Early Intervention and AAC : What a Difference 30 Years Makes. Augmentative and Alternative Communication, 31(3), 181-202. https://doi.org/10.3109/07434618.2015.1064163

Rondal, J.-A. (1995). Le développement du langage chez l'enfant trisomique 21 : Manuel pratique d'aide et d'intervention. Editions Mardaga.

Roulstone, S., Wren, Y., Bakopoulou, I., et Lindsay, G. (2012). Title : Interventions for children with speech, language and communication needs : An. 42.

Rowe, M. L., et Goldin-Meadow, S. (2009). Early gesture selectively predicts later language learning. Developmental science, 12(1), 182-187. https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2008.00764.x

Sénéchal, C., Larivée, S., et Thermidor, G. (2013). Des parents co-thérapeutes, une solution gagnante pour le traitement des enfants autistes. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 171(9), 603-609. https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.11.013

Smith et al. (2007). Comparative Analysis of Well-Being and Coping amongMothers of Toddlers and Mothers of Adolescents with ASD.

Soares-Boucaud, I., Labruyère, N., Jery, S., et Georgieff, N. (2009). Dysphasies développementales ou troubles spécifiques du développement du langage. EMC - Psychiatrie, 6(1), 1-19. https://doi.org/10.1016/S0246-1072(09)48131-8

Sokmum et al. (2017). The Impact of Hanen More Than Words Programme on Parents of Children with ASD in Malaysia.

Soubeyrand, E., Xavier, J., et Guilé, J.-M. (2007). Quand le langage émerge... (Partie 2). Travail orthophonique auprès d'enfants à risque autistique en très petit groupe. Perspectives Psy, 46(3), 283-292. Cairn.info.

Sundberg, M. L. (2008). VB-MAPP Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program : A Language and Social Skills Assessment Program for Children with Autism Or Other Developmental Disabilities : Guide. Mark Sundberg.

Tamis-LeMonda, C. S., Bornstein, M. H., et Baumwell, L. (2001). Maternal Responsiveness and Children's Achievement of Language Milestones. Child Development, 72(3), 748-767. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00313

Ternisien, J. (2014). La prise en charge précoce en orthophonie de l'enfant atteint de trisomie 21. Contraste, 39(1), 289-305. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/cont.039.0289

Toffin, C., et Alis-Salamanca, V. (2014). Le bébé sourd, sa famille et l'orthophoniste. Contraste, N° 39(1), 239-263.

Touzin, M. (1996). Bilan orthophonique chez l'enfant de moins de 6 ans. 5.

Touzin, M. (2014). Troubles du langage oral chez l'enfant de 3 ans. Archives de Pédiatrie, 21(5), 307-308. https://doi.org/10.1016/S0929-693X(14)71581-7

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

Veneziano, E. (2010). Jeu et langage en développement : Entre fonction sémiotique et théorie de l'esprit. 15.

Venin-Consol, L., Blanchard, M., Brusset, L., et Pokimica, C. (2019). Développer et généraliser les compétences de jeu des enfants avec un TSA grâce à la modélisation vidéo Chapitre 14.

Werba. (2008). Avec le Makaton faisons signe à la personne trisomique 21. Ortho magazine, 77, 16-21.

Wills, D. D. (1979). Learning and Communicating : Deep Process. American Anthropologist, 81(4), 874-888.

Yu, V. Y., Kadis, D. S., Oh, A., Goshulak, D., Namasivayam, A., Pukonen, M., Kroll, R., De Nil, L. F., et Pang, E. W. (2014). Changes in voice onset time and motor speech skills in children following motor speech therapy : Evidence from /pa/ productions. Clinical Linguistics et Phonetics, 28(6), 396-412. https://doi.org/10.3109/02699206.2013.874040

Zerbeto, A. B., et Batista, C. G. (2016). Abordagem grupal para avaliação de alterações de linguagem em crianças pequenas. Ciência et Saúde Coletiva, 21(1), 203-212. https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.12862014

Annexe – livret d'information

LIVRET D'INFORMATION

PRISE EN SOIN ORTHOPHONIQUE DU JEUNE ENFANT AVEC PEU OU PAS DE LANGAGE

DETAILS ET SOURCES :

MEMOIRE D'ORTHOPHONIE 2021
OPHELIE CHILLET ET LUCIE MALIGE

CFUO MARSEILLE

PREREQUIS AU LANGAGE

DE BONNES CAPACITES RECEPTIVES

Dès 1 mois : l'enfant peut diriger son regard vers la provenance d'un son

Dès 4 mois : il peut réagir à l'appel de son prénom

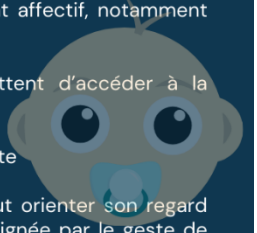
Entre 11 et 14 mois : il comprend et commence à mémoriser entre 40 et 50 mots de son quotidien

A 24 mois : il peut comprendre des phrases et ordres simples liés au contexte

LE REGARD

Rôle important dans l'attachement affectif, notamment mère-enfant

Les échanges de regard permettent d'accéder à la communication



Étape initiale de l'attention conjointe

Vers l'âge de 12 mois, l'enfant peut orienter son regard de façon à suivre la direction désignée par le geste de son interlocuteur

LE POINTAGE

Dès 9 mois, dans le but d'attirer l'attention de l'adulte

Pointage proto-déclaratif : visée sociale, demande d'interaction instaurant l'attention conjointe avec l'adulte

Pointage proto-impératif : contribue à établir un référent commun avec l'adulte, passe par une demande d'objet

S'accompagne habituellement de vocalisations et de regards envers l'adulte ou le référent, il présagerait l'apparition du langage.

LES INTERACTIONS

Preuves de l'appétence à communiquer de l'enfant : gestes, regard, mimiques, vocalisations

Pour s'approprier une langue, l'enfant doit interagir avec des interlocuteurs ayant un niveau de développement psycholinguistique supérieur au sien

Les interactions précoces, et plus particulièrement les échanges dyadiques, représentent un élément clé du développement langagier

LE TOUR DE ROLE

Vers l'âge de 3-4 mois, l'enfant maîtrise rapidement l'alternance des tours de parole en s'appuyant sur le modèle donné par l'adulte





Les signes d'alerte concernant la mise en place du langage :

A 18 mois :
- Pas de mot signifiant
- Pas de babillage

A 24 mois :
- Langage très pauvre
- Pas d'association de mots
- Compréhension altérée alors que bonne communication

De 3 ans à 4 ans ½ :
- Langage inintelligible pour les personnes non-proches
- Pas de phrase constituée (verbe, complément ou sujet-verbe)
- Compréhension altérée

EVALUATION ORTHOPHONIQUE

EVALUATION INDIRECTE

- Anamnèse
- Questionnaires et inventaires parentaux : IDE, IFDC

EVALUATION DES INTERACTIONS PARENTS-ENFANT

- Évaluer les habiletés de l'entourage à communiquer avec l'enfant
- Grille d'observation de Monfort

EVALUATION DIRECTE

- Fonctions de la communication
- Rôles de l'enfant dans la communication
- Moyens de communication utilisés
- Capacités imitationnelles de l'enfant
- Praxies bucco-faciales
- Réponse de l'enfant à un mode de communication augmentatif et/ou alternatif

Chez les enfants les moins en difficulté, évaluer les secteurs formels du langage : phonologie, vocabulaire, morphosyntaxe, aspects sémantiques et pragmatiques.

EXEMPLES D'OUTILS

- *Echelles de communication : ECSP, Grille de Wetherby et Prutting*
- *Batteries de langage normées : ELO, N-EEL, BEPL*
- *Dialogoris 0-4 ans Orthophoniste*
- *EVALO BB*
- *EVALO 2-6*
- *Exalang 3-6*
- *VB-MAPP*
- *Echelle de Rossetti*
- *Malette "Test des bulles" de B. Therond*
- *ComVoor*
- *SOS.com*

L'ENFANT AVEC PEU OU PAS DE LANGAGE

Ont un impact sur le développement du langage oral :

- un Trouble Développemental du Langage (TDL)
- un Trouble du Langage (TL) avec une condition biomédicale associée : traumatisme crânien, aphasie en lien avec l'épilepsie, déficience auditive, paralysie cérébrale, trisomie 21, déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme
- un Trouble des Sons de la Parole (TSP)
- un syndrome génétique
- autres atteintes en co-occurrence avec les troubles du langage
- les facteurs de risque environnementaux ou biologiques : antécédents familiaux, problèmes pré/périnataux, surexposition aux écrans, manque de stimulation familiale ou attitude parentale non propice, etc.



INTERVENTION ORTHOPHONIQUE PRECOCE

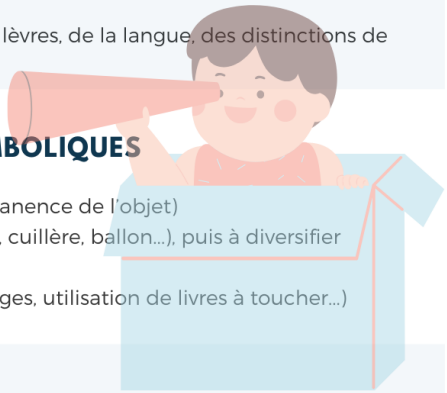
ADAPTER LE COMPORTEMENT ET LA COMMUNICATION NON VERBALE

- Attirer l'attention visuelle de l'enfant
- Organiser la situation d'échange (objets, cartes puis de mots avec sollicitation du respect du tour de rôle)
- Utiliser un système de récompense et des activités attrayantes, structurer le déroulement des activités (séquences répétitives d'une séance à l'autre)

On vise à développer les capacités attentionnelles, intentionnelles et interactives.

MOBILISER LA SPHÈRE ORO-BUCCALE

- Installation adaptée de l'enfant
- Gestes d'hygiène pour libérer la respiration et la digestion et permettre l'attention
- Gestes de stimulation à la tétée, à la déglutition et à la mastication
- Encouragement à l'imitation de mimiques et de mouvements des lèvres, de la langue, des distinctions de souffles, etc.



DEVELOPPER LES CAPACITÉS COGNITIVES ET SYMBOLIQUES

- Encourager l'enfant à l'intérêt pour les objets, leur recherche (permanence de l'objet)
- Chercher à faire reconnaître à l'enfant la fonction d'un objet (feutre, cuillère, ballon…), puis à diversifier l'utilisation des objets au sein de jeux de « faire-semblant »
- Solliciter la reconnaissance d'images (par appariements objets/images, utilisation de livres à toucher…)

TRAVAILLER LA COMPRÉHENSION VERBALE

- Encourager l'attention et les réactions aux sons musicaux, aux bruits de l'environnement, à la voix du parent.
- Proposer l'identification au sein de situations avec expérimentations sensorielles et motrices (manipulations de pâte à modeler, de peinture à doigts, comptines gestuelles), avec supports concrets (objets, jouets, miniatures, photos, signes, images ou pictogrammes).

On développe en parallèle la compréhension de l'interdiction, la reconnaissance des proches, l'identification des routines et des consignes du quotidien pour encourager les anticipations.

DÉVELOPPER L'EXPRESSION VERBALE, SUR LA BASE DE CETTE COMPRÉHENSION

- Montrer au parent comment soutenir le babil (imitation de l'enfant à faible distance, variation de la prosodie, de la hauteur de voix, introduction de changements…)
- Encourager l'enfant à imiter les productions d'onomatopées et de mots simples en situation par des propositions verbales et gestuelles (ex. « non » ou « fini » pour refuser, « donne » ou « encore » pour demander)
- Soutenir les oralisations avec des signes (méthode Makaton) ou des images, des pictogrammes
- Encourager la demande adressée à l'interlocuteur (méthode PECS), le commentaire d'une image, d'une situation de jeu, le récit d'un événement simple

ACCOMPAGNEMENT PARENTAL

L'enfant va développer son langage en prenant pour modèle les productions de l'adulte. Il est donc préconisé de commencer par renforcer les compétences parentales en matière de communication pour ainsi améliorer les interactions parents-enfant et donc indirectement, les compétences langagières de l'enfant.

1 SENSIBILITÉ PARENTALE

Caractéristique sociale de l'interaction impliquée dans le développement langagier de l'enfant. Elle se caractérise par des réponses affectives aux signaux de l'enfant et par l'expression de sentiments positifs à son égard.
Le point de départ de l'intervention orthophonique pourra alors consister à trouver un meilleur équilibre dans la relation parent-enfant afin de pallier les difficultés pouvant entraver le bon développement de l'enfant telles que la surprotection parentale, le forçage ou le rejet.

2 OBJECTIFS ET MOYENS

Objectifs :
- Encourager les interactions affectives
- Favoriser le jeu
- Améliorer la posture
- Suivre les intérêts de l'enfant
- Adapter le langage des parents
- Apporter des informations spécifiques sur le développement langagier

Moyens : l'apport d'informations, la vidéo, les groupes de parents, la fonction écho

3 PROGRAMMES D'INTERVENTION PARENTAUX

Ces programmes s'appuient sur des principes d'ajustement tels que :
- Développer les capacités d'observation des parents
- Réduire les attitudes dirigistes
- Réduire au maximum les comportements négatifs
- Apprendre à adapter sa communication et son langage
- Apprendre à favoriser les situations de communication active

Exemple : programmes de la méthode Hanen



MÉTHODES ET PISTES DE RÉÉDUCATION

METHODES

Méthode PROMPT : méthode de rééducation des troubles de la production de la parole. Elle consiste à apporter des signaux sensoriels aux parties du visage impliquées dans l'articulation (langue, lèvres et joues) pour aider le patient à sentir le placement correct de ses organes phonateurs pour chaque son et chaque mot.

Méthode PREL : il s'agit de repérer les préoccupations cognitives des enfants en s'appuyant sur leurs conduites exploratoires ludiques mais aussi sur leurs productions langagières. L'orthophoniste met sa reconnaissance des expérimentés à disposition de l'enfant et les lui objective en proposant des signifiants.

La Dynamique Naturelle de la Parole (DNP) : approche visant à développer le langage et la communication en s'appuyant sur la perception sensorielle. Plusieurs canaux sensoriels sont sollicités : visuel, auditif, tactile et kinesthésique. Cette approche propose un travail sur les voyelles, les consonnes, les syllabes, les phrases et le rythme. En percevant les mouvements de la parole, l'enfant sera en mesure de mieux les produire et les mémoriser, favorisant ainsi l'émergence du langage.

APPROCHE DE GROUPE

- offre la possibilité d'observer les manifestations du langage de l'enfant avec différents partenaires de communication
- propose différentes activités d'échanges, de découverte ou de création
- est propice à la création de liens entre les enfants : certains peuvent se sentir plus à l'aise qu'en séance individuelle et être plus appétents à la communication
- permet le développement de leurs habiletés sociales et de leur capacité à être attentifs aux autres
- l'orthophoniste aura un rôle de médiateur et d'interlocuteur au sein de ce groupe
- certains enfants peuvent suivre les exemples des autres participants lors de l'utilisation d'objets ou de la production de mots et de phrases
- les situations de conflits sont des moments favorables à la production du langage oral, à l'expression des intentions, au dialogue entre pairs ou avec l'adulte

Chaque enfant a son propre développement et son propre rythme d'évolution. Une même prise en soin amène donc des évolutions différentes en fonction des enfants.
La prise en soin individuelle est tout aussi importante et ne doit pas être délaissée.

COMMUNICATION AUGMENTATIVE ET/OU ALTERNATIVE

Les stratégies de CAA sont traditionnellement envisagées lorsque les enfants ont de graves troubles du langage expressif et sont incapables de communiquer verbalement. Elles peuvent également bénéficier aux enfants en améliorant la compétence communicative, en facilitant le développement des compétences langagières.

MAKATON :

- Programme constitué d'un lexique ouvert comportant un vocabulaire fonctionnel de base
- Enseigné à l'aide de signes et de pictogrammes sous-tendus par le langage oral
- Ce programme aide les adultes et les enfants ayant des difficultés d'apprentissage et de communication liées à un trouble du langage
- Progression structurée en 8 niveaux

Ce programme peut être envisagé soit comme manière principale ou unique de communication, soit comme un appui au développement du langage oral ou aux compétences nécessaires à l'acquisition du langage écrit.

PECS :

- Système de communication par échange d'images
- L'enfant doit venir chercher son interlocuteur pour lui remettre l'image de l'objet qu'il désire et ainsi effectuer une demande. L'adulte lui donnera alors l'objet convoité en échange de cette image.
- Apprentissage de cette méthode en 6 phases

Les outils de communication Makaton et PECS donnent aux enfants un moyen d'expression et un étayage de la compréhension. L'enfant conserve sous les yeux les images et les pictogrammes qui constituent donc un support durable auquel il peut se référer (soulage la charge mnésique).

Les études montrent que 25 à 39 % des enfants utilisant le Makaton développent une amélioration de leurs capacités d'expression orale et 66 % des utilisateurs du PECS développent un langage oral fonctionnel. Les jeunes enfants associent rapidement une verbalisation qui se perfectionne au cours du temps. Ils abandonnent les gestes, les images et les pictogrammes dès qu'ils peuvent se faire comprendre par les mots.

Pour tous les types de CAA, la réussite s'accroît avec le nombre d'intervenants autour de l'enfant. L'implication de la famille de l'enfant est indispensable pour la généralisation des acquisitions.

Il est crucial d'identifier les besoins en communication et les compétences de l'enfant afin de choisir l'outil de CAA le plus adapté.

PRISE EN SOIN ORTHOPHONIQUE DU JEUNE ENFANT AVEC PEU OU PAS DE LANGAGE

INTERVENTION PRECOCE

- Adapter le comportement et la communication non verbale
- Mobiliser la sphère oro-buccale
- Développer les capacités cognitives et symboliques
- Travailler la compréhension verbale
- Développer l'expression verbale

CAA

- Makaton
- PECS
- Français signé
- Supports : cahier de vie, classeur de communication, tableau de langage assisté



JEU



PROMPT

PREL

DNP

ACCOMPAGNEMENT PARENTAL

- Développer la sensibilité parentale
- Fixer des objectifs précis
- Employer différents moyens : livrets d'information et plaquettes, vidéo, groupe de parents, fonction écho
- Mettre en place des programmes d'intervention parentaux



APPROCHE DE GROUPE

FORMATIONS CONTINUES

Résumé

La prise en soin du jeune enfant sans langage est souvent source d'interrogations pour les orthophonistes. Il existe cependant très peu d'écrits recueillant l'ensemble des recommandations au sujet de cette prise en soin. Alors que les articles faisant office de référence décrivent essentiellement les troubles du langage chez l'enfant, les articles les plus récemment parus évoquent fréquemment l'utilisation de l'accompagnement parental mais décrivent rarement comment le réaliser. Ce mémoire a donc pour vocation de regrouper les outils et méthodes dont les orthophonistes disposent face à un jeune enfant avec peu ou pas de langage oral.
Après avoir interrogé les orthophonistes sur leur pratique et pris en compte leur savoir ainsi que les informations dont ils souhaitaient disposer, nous avons développé plusieurs pistes de prise en soin possibles. La HAS préconise une intervention orthophonique précoce auprès de l'enfant. En premier lieu, une intervention indirecte sous forme d'accompagnement parental est recommandée. Ainsi, en renforçant les compétences parentales en matière de communication, on améliore les interactions parents-enfant et donc, indirectement, les compétences langagières de l'enfant.
En parallèle, une intervention directe est préconisée en fonction des difficultés, de la pathologie et du profil de l'enfant. Cette intervention peut s'appuyer sur des méthodes telles que : PROMPT, PREL ou la Dynamique Naturelle de la Parole (DNP). Introduire des outils de communication augmentative et/ou alternative, s'inspirer de la prise en soin du jeune enfant autiste et accompagner l'enfant dans le jeu sont d'autres pistes ayant fait leurs preuves. L'association de séances individuelles et de séances de groupe s'avère également être une perspective intéressante.
Un livret d'information a été réalisé afin de permettre aux orthophonistes de conserver les notions essentielles de ce travail.

Mots-clés : orthophonie, langage oral, prise en soin, intervention précoce, trouble développemental du langage, autisme, accompagnement parental

Abstract

The care of young children without language is often a source of questions for speech therapists. However, there are very few writings collecting all the recommendations about this care. While the reference articles mainly describe speech disorders in children, the most recent articles frequently mention the use of parenting support but rarely describe how to do it. Therefore, this memoir aims to bring together the tools and methods available to speech therapists when they are dealing with a young child with little or no oral language.
After questioning speech therapists about their practice and taking their knowledge into account as well as the information they wanted to have, we developed several possible care avenues.
The Haute Autorité de Santé (National Authority for Health - or HAS) recommends early speech therapy for children. First, indirect intervention in the form of parental support is recommended. Thus, by strengthening parental communication skills, we improve parent-child interactions and, indirectly, the child's language skills. At the same time, direct intervention is recommended depending on the difficulties, pathology and profile of the child. This intervention can be based on methods such as : PROMPT, PREL or Natural Speech Dynamics (DNP). Introducing augmentative and / or alternative communication tools, drawing inspiration from the care of young children with autism and supporting the child in play are other avenues that have proven their worth. Combining individual and group sessions is also proving to be an interesting prospect.
An information booklet has been produced to enable speech therapists to retain the essential concepts of this work.

Keywords : speech therapy, oral language, care, early intervention, developmental language disorder, autism, parental support