



HAL
open science

Évaluation de l'effet d'une thérapie indirecte de groupe de parents d'enfants de moins de 5 ans présentant des difficultés de langage oral

Alexia Rotrou

► **To cite this version:**

Alexia Rotrou. Évaluation de l'effet d'une thérapie indirecte de groupe de parents d'enfants de moins de 5 ans présentant des difficultés de langage oral. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04149476

HAL Id: dumas-04149476

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04149476>

Submitted on 3 Jul 2023

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.



Normandie Université

MÉMOIRE

Pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie

Préparé au sein du Département d'Orthophonie,

UFR Santé, Université de Rouen Normandie

Évaluation de l'effet d'une thérapie indirecte de groupe de parents
d'enfants de moins de 5 ans présentant des difficultés de langage oral

Présenté et soutenu par

Alexia ROTROU

Mémoire professionnel

Mémoire soutenu publiquement le 23 juin 2023

devant le jury composé de

Barbara KONTO	Orthophoniste	Codirectrice de mémoire
Virginie PERRIER-SAIGRE	Orthophoniste	Codirectrice de mémoire
Marie DAUSSAT-GUÉNARD	Orthophoniste	Présidente du jury
Séverine ROBERT	Orthophoniste	Membre du jury
Virginie DUMONT-TABARY	Médecin généraliste	Membre du jury

Mémoire dirigé par Madame Barbara KONTO et Madame Virginie PERRIER-SAIGRE



« Le plus beau cadeau que peut faire un parent à son enfant, c'est de l'aider à apprendre à communiquer et à créer des liens avec le monde qui l'entoure »

Ayala Hanen Manolson (1985)

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à adresser mes plus sincères remerciements à mes codirectrices de mémoire, Mesdames Virginie PERRIER-SAIGRE et Barbara KONTO pour leurs encouragements et leurs conseils tout au long de ces deux années à la fois pour ce mémoire mais également dans la construction de mes compétences professionnelles. Votre encadrement, vos conseils avisés et votre bienveillance ont été essentiels pour m'aider à mener à bien ce projet.

Je remercie également Mesdames Marie DAUSSAT et Séverine ROBERT, orthophonistes et enseignantes au sein du CFUO de Rouen, de m'avoir fait l'honneur d'être membres de mon jury. Merci pour toutes les connaissances que vous m'avez transmises au cours de ces cinq années.

Je souhaiterais également remercier Madame DUMONT-TABARY, médecin généraliste à Louviers, pour votre participation et pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Je tiens à remercier également Madame Maëva MILLOT, psychologue à Louviers, pour son implication dans ce projet. Ton sens de l'observation et nos échanges m'ont permis de mieux comprendre certaines situations.

Je souhaiterais remercier l'Agglomération Seine-Eure et la Coordination Santé Seine-Eure pour le financement d'une partie de ce projet.

J'adresse également des remerciements à toutes les familles et enfants qui ont participé à ce projet. Merci à eux pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

Je tiens à remercier également l'ensemble des orthophonistes m'ayant accueillie en stage. Tout particulièrement, je tiens à remercier Madame Coralie HEUZÉ et Madame Marie-Christel HELLOIN dont la confiance en mon travail m'a permis de m'épanouir au cours de cette dernière année à leur côté. Merci également pour les enseignements que vous avez dispensés. Grâce à vous, j'ai pu développer mes compétences dans le domaine du handicap et de la cognition mathématique.

Aussi, je souhaiterais adresser mes remerciements au département d'orthophonie de Rouen et à son directeur pédagogique, Monsieur Frédéric PASQUET, pour la qualité des enseignements dont j'ai bénéficié au cours de ces cinq années d'études.

Merci à ma « famille ortho ». Particulièrement, merci à Anna et Cécile d'avoir embelli ces études par leur amitié.

Merci à mes collègues de promotion avec qui j'ai passé cinq années bien remplies. Merci à Maëva, Solène, Léna et Livia d'avoir été présentes à mes côtés. Votre soutien est inestimable et je vous souhaite tout le bonheur du monde dans cette nouvelle aventure qui nous attend aux quatre coins de la France. J'ai déjà hâte de venir vous rendre visite.

Merci à mes parents et à mon grand-frère de m'avoir soutenue malgré les embûches. Vous avez toujours été à mes côtés pour me soutenir dans les moments difficiles, me reconforter et m'encourager dans mes choix. Vos conseils et votre confiance ont été pour moi d'une aide essentielle. Merci infiniment pour votre amour, votre présence et votre soutien sans faille tout au long de ces années. Je ne serais pas la personne que je suis aujourd'hui sans vous.

Vincent, je tiens à te remercier pour ta patience et ton amour durant ces 10 dernières années. Il est temps de tourner la page des dictées à corriger, du matériel à découper, des allers-retours en voiture et du stress des révisions à supporter. De nouvelles aventures s'annoncent pour nous.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES FIGURES.....	
TABLE DES TABLEAUX	
TABLE DES ANNEXES	
INTRODUCTION.....	1
PARTIE THÉORIQUE	3
I. Le développement de la communication et du langage : un processus collaboratif.....	3
A. Les bases de l'appropriation de compétences communicationnelles et langagières	3
1. <i>Le modèle de Bloom et Lahey (1978)</i>	3
2. <i>La théorie interactionniste : Vygotski (1956) puis Bruner (1987)</i>	5
3. <i>La perspective écosystémique : modèle de Bronfenbrenner (1979)</i>	6
B. L'implication de l'environnement.....	8
1. <i>Les attitudes facilitatrices selon Roberts et Kaiser (2011)</i>	8
2. <i>Les modifications des interactions langagières selon Monfort et Juarez-Sanchez (2000)</i>	9
C. Les difficultés de langage oral avant 5 ans : variables et facteurs de risque	10
II. La prise en soin orthophonique des difficultés langagières.....	12
A. Les principes généraux de l'intervention orthophonique	12
B. Les programmes d'intervention parentaux : une intervention indirecte et triadique.....	12
C. Le programme Hanen : « Il faut être deux pour parler ».....	15
III. La mise en œuvre de moyens visant à soutenir le développement langagier	16
A. La cognition parentale et les stratégies d'étayage	17
B. Les outils : livres, jeux et comptines	18
1. <i>Les livres</i>	18
2. <i>Les jeux</i>	19
3. <i>Les comptines</i>	21
C. L'effet des « écrans » sur le développement des enfants	22
PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES	23
I. Problématique	23
II. Hypothèses	23

A.	Hypothèses principales de recherche	23
B.	Hypothèses générales et opérationnelles	24
	PARTIE MÉTHODOLOGIQUE	25
I.	Méthode	25
A.	Élaboration du projet	25
1.	<i>Contexte de l'étude</i>	25
2.	<i>Organisation temporelle</i>	25
3.	<i>Organisation spatiale</i>	25
B.	Objectifs	25
C.	Population	26
1.	<i>Méthode de sélection</i>	26
2.	<i>Critères d'inclusion</i>	27
3.	<i>Critères d'exclusion</i>	28
4.	<i>Recrutement</i>	28
5.	<i>Présentation de l'échantillon</i>	29
6.	<i>Groupe contrôle</i>	30
D.	Procédure	30
E.	Matériel	32
1.	<i>Recueil de données</i>	32
2.	<i>Outils d'évaluation</i>	32
3.	<i>Questionnaires parentaux</i>	33
a.	Questionnaire de connaissances des familles sur le développement du langage	33
b.	Questionnaire des habitudes parentales	33
c.	Questionnaire de la cognition parentale, du sentiment d'auto-efficacité et de la satisfaction des familles	34
4.	<i>Ateliers</i>	34
a.	Atelier n°1 : Le développement du langage	34
b.	Atelier n°2 : Lisons ensemble	35
c.	Atelier n°3 : Jouons ensemble	36
d.	Atelier n°4 : Chantons ensemble	37
e.	Atelier n°5 : Synthèse	37
	II. Résultats	38
A.	Observation des résultats obtenus au questionnaire « Inventaire du développement du langage » (IDE) – forme langage	38
B.	Vérification de l'hypothèse 1 : effet sur la progression linguistique des enfants	39

C.	Vérification de l'hypothèse 2 : spécificité du protocole au regard du groupe « contrôle ».....	41
D.	Vérification de l'hypothèse 3 : effet sur les connaissances des parents en termes de développement du langage et comportements à privilégier pour accompagner son enfant dans ses apprentissages	43
E.	Vérification de l'hypothèse 4 : effet sur la cognition parentale des familles ayant participé au protocole	44
F.	Vérification de l'hypothèse 5 : effet sur les habitudes parentales	46
G.	Observation de la satisfaction des familles au regard de leurs attentes.....	48
H.	Analyse des suites thérapeutiques des patients de l'échantillon.....	51
	DISCUSSION	53
	I. Validations et infirmations des hypothèses	53
A.	Progression linguistique des participants	53
B.	Connaissances des parents, « counseling » et « empowerment ».....	55
C.	Cognition parentale et sentiment d'auto-efficacité.....	56
D.	Habitudes parentales et routines enrichissantes	56
	II. Limites et forces de l'étude.....	57
A.	Limites.....	57
1.	<i>Limites liées au recrutement et à l'évaluation.....</i>	<i>57</i>
2.	<i>Limites liées au protocole et aux questionnaires.....</i>	<i>58</i>
3.	<i>Limites liées à la méthodologie.....</i>	<i>59</i>
B.	Forces	59
1.	<i>Forces liées au recrutement et à l'évaluation</i>	<i>59</i>
2.	<i>Forces liées au protocole et aux questionnaires</i>	<i>60</i>
3.	<i>Forces liées à la méthodologie.....</i>	<i>60</i>
	III. Perspectives de recherche envisagées	61
	CONCLUSION GÉNÉRALE	63
	BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES.....	64
	ANNEXES.....	72

TABLE DES FIGURES

Figure 1. Représentation du modèle de Bloom et Lahey (1978).....	3
Figure 2. Représentation revisitée du modèle de Bronfenbrenner (1979).....	7
Figure 3. Modèle bioécologique de Bronfenbrenner et lecture partagée (Grolig et al., 2020).....	19
Figure 4. Représentation des thèmes des cinq ateliers composant le protocole	30
Figure 5. Résumé de l'organisation des ateliers entre février 2022 et février 2023	31
Figure 6. Répartition des résultats obtenus au questionnaire IDE – Forme langage en fonction des différents seuils	39
Figure 7. Courbe de normalité présentant certaines notes standardisées repères avec les centiles et notes Z correspondantes (Pasquet et al., 2014).....	40
Figure 8. Répartition des résultats obtenus pour les items traitant la cognition parentale.....	44
Figure 9. Répartition des résultats obtenus pour les items traitant le sentiment d'auto-efficacité	45
Figure 10. Répartition des résultats obtenus pour le questionnaire des habitudes parentales	47
Figure 11. Répartition de la satisfaction des parents en fonction des différents ateliers	48
Figure 12. Répartition de la satisfaction des parents en fonction des différentes modalités du protocole	49

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1. Différentes stratégies enseignées dans le cadre du modèle interactif d'intervention langagière (Girolametto, 2000).....	16
Tableau 2. Caractéristiques des raisons d'exclusion au protocole « Bien parler pour se construire »	28
Tableau 3. Caractéristiques générales de la population de l'échantillon.....	29
Tableau 7. Résultats obtenus au questionnaire IDE – Forme langage	38
Tableau 8. Progression linguistique générale des patients entre le bilan initial pré-protocole (B1) et le bilan post-protocole (B2)	40
Tableau 4. Progression linguistique générale des patients du groupe contrôle entre T1 et T2 (phase d'attente de participation au protocole « Bien parler pour se construire »)	42
Tableau 5. Progression linguistique générale des patients du groupe contrôle entre T2 et T3 (phase de participation au protocole « Bien parler pour se construire »)	42
Tableau 6. Comparaison des différences de moyenne pour le groupe contrôle	43
Tableau 9. Progression des connaissances générales des parents entre le premier atelier (A1) et le dernier atelier (A5).....	43
Tableau 10. Niveau de cognition parentale à l'issue du protocole	44
Tableau 11. Évolution des habitudes parentales à l'issue du protocole	46
Tableau 12. Pourcentage de satisfaction des parents par rapport aux différents ateliers du protocole « Bien parler pour se construire »	48
Tableau 13. Pourcentage de satisfaction des parents par rapport aux modalités du protocole « Bien parler pour se construire ».....	49

Tableau 14. Pourcentage de satisfaction des parents par rapport aux contenus du protocole « Bien parler pour se construire »	50
Tableau 15. Pourcentage de satisfaction des parents par rapport aux activités du protocole « Bien parler pour se construire ».....	50
Tableau 16. Pourcentage de satisfaction globale des parents par rapport au protocole « Bien parler pour se construire ».....	51
Tableau 17. Suites thérapeutiques des patients de l'échantillon	51
Tableau 18. Progression linguistique générale de certains patients entre le bilan initial pré-protocole (B1) et le bilan post-protocole (B2)	54

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1. Affiche de présentation du projet installée dans les salles d'attente des professionnels de santé de l'Eure mise en page par Samuel Bruder, créateur d'Artiskit.....	72
Annexe 2. Extrait de l'article rédigé sur le site internet de la Coordination Seine-Eure	73
Annexe 3. Support d'explication du protocole pour les professionnels de santé du département de l'Eure	74
Annexe 4. Dossier à remplir par les familles pour faire une demande de participation au protocole « Bien parler pour se construire »	75
Annexe 5. Consentement éclairé signé par le responsable légal avant la participation à l'étude.....	78
Annexe 6. Questionnaire anamnestique utilisé lors de la première rencontre avec les familles	79
Annexe 7. Questionnaire de connaissances générales sur le développement du langage d'un enfant	81
Annexe 8. Questionnaire des habitudes parentales dans des activités de la vie quotidienne	82
Annexe 9. Questionnaire évaluant la cognition parentale, le sentiment d'auto-efficacité et la satisfaction des parents.....	83
Annexe 10. Extraits du support de présentation de l'atelier n° 1	85
Annexe 11. Fiche récapitulative de l'atelier n°1	86
Annexe 12. Extraits du support de présentation de l'atelier n°2	87
Annexe 13. Fiche récapitulative de l'atelier n°2	88
Annexe 14. Extraits du support de présentation de l'atelier n°3	89
Annexe 15. Fiche récapitulative de l'atelier n°3	90
Annexe 16. Extraits du support de présentation de l'atelier n°4	92
Annexe 17. Fiche récapitulative de l'atelier n°4	93

INTRODUCTION

Les orthophonistes sont confrontés à de fortes demandes. L'accès aux soins est devenu difficile voire impossible dans un délai raisonnable. Chaque mois, de nombreux patients, toutes pathologies et tous âges confondus, contactent des orthophonistes qui n'ont pas de solution de prise en soin rapide. Les patients sont alors mis sur liste d'attente et doivent rappeler régulièrement. Ces demandes concernent notamment les enfants de moins de 5 ans. Or, Kuhl (2010) souligne que le développement du langage chez les enfants est un processus dépendant de la plasticité cérébrale et influencé par les expositions linguistiques et sociales proposées dès le plus jeune âge. L'acquisition du langage requiert une interaction humaine et ne s'inscrit pas dans un processus passif.

De plus, nous savons que des difficultés de langage peuvent être lourdes de conséquences d'où la nécessité d'une identification et d'une prise en soin précoces. Des études longitudinales ont montré que 20% à 50% des enfants présentant des difficultés langagières durant la petite enfance continuent à les présenter lorsqu'ils atteignent l'âge scolaire (Tomblin et al., 1997 ; Law et al., 2012). En effet, ces difficultés linguistiques persistantes peuvent engendrer des troubles des apprentissages en littérature et numération ainsi que des difficultés comportementales et attentionnelles (Matte-Landry et al., 2020).

Afin d'éviter l'attente d'un premier rendez-vous, des prises en soins indirectes de groupes de parents et d'enfants pourraient être mises en place. Certaines études ont prouvé l'efficacité des programmes d'interventions en direction des familles (Girolametto, 2000). Cette thérapie est dite indirecte et centrée sur l'environnement du jeune enfant et elle s'inscrit dans un Programme d'Intervention en Orthophonie (PRIO). La mise en place de ce type de programme s'inspire des méthodes canadiennes mais reste encore occasionnelle en France. C'est dans ce contexte que les orthophonistes de la Communauté d'Agglomération Seine-Eure ont souhaité développer un projet pilote pouvant être repris par d'autres orthophonistes et permettant d'apporter un soutien aux familles en attente d'un premier rendez-vous en orthophonie. En effet, les thérapies indirectes de groupe pourraient permettre de stimuler positivement le développement du langage en attente d'une prise en soin individuelle, attente pouvant s'étendre de 1 à 3 ans selon les secteurs géographiques.

De plus, ces thérapies pourraient soulager l'inquiétude parentale. Par ailleurs, grâce à l'accompagnement parental, l'orthophoniste peut également diffuser à la fratrie et s'inscrire dans une démarche systémique.

L'objectif de ce mémoire est donc de constituer un travail préparatoire nécessaire à la mise en place d'un programme d'intervention indirecte sous la forme de groupes de parents et d'enfants et d'évaluer ses effets et son intérêt pour les jeunes enfants présentant des difficultés langagières. Il s'agit de proposer à la famille une modification des capacités de soutien des apprentissages et permettre une meilleure généralisation des compétences langagières. L'étude de Goldberg (2010) ajoute même que « l'intervention menée par le parent est une alternative efficace à l'intervention menée par le clinicien, avec des effets au moins équivalents, voire légèrement supérieurs sur le développement du langage de l'enfant ».

PARTIE THÉORIQUE

Cette partie théorique se découpera en deux grandes parties dans lesquelles nous présenterons le développement du langage du jeune enfant en abordant l'implication de l'environnement au travers des différents courants théoriques, nous décrirons les modalités de prise en soin possibles en orthophonie en s'intéressant notamment aux programmes d'intervention parentaux et enfin nous aborderons les différents moyens visant à soutenir le développement langagier.

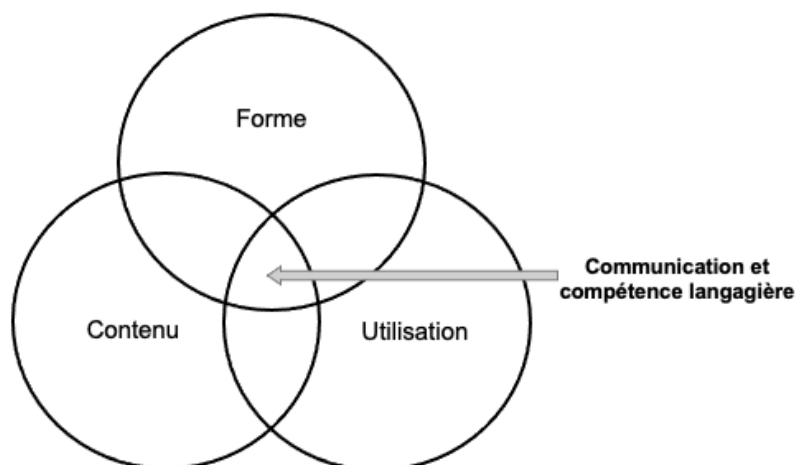
I. Le développement de la communication et du langage : un processus collaboratif

A. Les bases de l'appropriation de compétences communicationnelles et langagières

1. Le modèle de Bloom et Lahey (1978)

Bloom et Lahey (1978) théorisent un modèle psycholinguistique tridimensionnel du langage et décrivent les trois pôles constituant la compétence langagière : la forme, le contenu et l'utilisation du langage. Selon cette théorie, le jeune enfant doit avoir la capacité de maîtriser ces trois dimensions pour être compétent dans l'utilisation du langage.

Figure 1. Représentation du modèle de Bloom et Lahey (1978)



- La forme (« *comment dire ?* ») : il s’agit de la dimension linguistique comportant les compétences verbales et non verbales nécessaires à l’échange.
- Le contenu (« *quoi dire ?* ») : il s’agit de la dimension sémantique permettant au langage de décrire le monde environnant et d’exprimer ses idées, ses sentiments, ses besoins et ses désirs.
- L’utilisation (« *pourquoi dire ?* ») : il s’agit de la dimension pragmatique nécessaire pour communiquer en vue d’un objectif. Cette composante permet de s’adapter à son interlocuteur et/ou au contexte de l’échange.

Le développement de ces trois pôles n’est pas intriqué mais nécessite que l’enfant dispose d’une maturation cognitive congruente, d’expériences diverses et de liens positifs avec son environnement social. La compétence langagière se développe à l’intersection de ces trois pôles et son déploiement se poursuivra tout au long de la vie de l’enfant.

Selon Leclerc (2005) et Lina-Granade et Chapuis (2020), certains comportements, présentant des similarités avec la communication verbale, influencent le développement langagier tels que :

- les précurseurs formels (correspondant à la forme du langage) : sourires, regards, vocalisations, imitations motrice et verbale, gestes conventionnels (ex : au revoir, bravo), gestes déictiques (ex : pointage), productions vocales (ex : babillage redupliqué et diversifié) ...etc.
- les précurseurs sémantiques (correspondant au contenu du langage) : permanence de l’objet, manipulation des objets ...etc.
- les précurseurs pragmatiques (correspondant à l’utilisation du langage) : contact visuel, attention conjointe, tour de rôle, régulation ...

Par ailleurs, De Diego-Balaguer et al. (2016) précisent que les capacités attentionnelles jouent un rôle important dans le développement langagier des enfants. En effet, les enfants ayant de bonnes capacités attentionnelles ont tendance à mieux comprendre le langage, à être plus aptes à s’exprimer verbalement, à avoir un vocabulaire plus riche et à être plus à l’aise dans les interactions sociales. En d’autres termes, le système attentionnel intervient dans le traitement des stimuli entrants et peut ainsi avoir un impact sur les apprentissages.

Cette observation suggère que le développement du système attentionnel peut façonner la façon dont le langage est traité et comment il se développe en fonction des ressources attentionnelles disponibles.

Enfin, Leclerc (2005) et Lina-Granade et Chapuis (2020) montrent l'importance des comportements non-verbaux dans le développement langagier des jeunes enfants. Dans une approche de prévention, un des rôles de l'orthophoniste est de « rendre les proches de l'enfant conscients du développement normal des précurseurs à la communication qu'ils soient pragmatiques, sémantiques ou formels » (Leclerc, 2005). Ces précurseurs communicationnels sont associés à des résultats positifs à long terme (Carter et al., 2011) et les compétences langagières à l'entrée en école maternelle sont parmi les meilleurs prédicteurs de la réussite scolaire ultérieure des enfants (Leech et al., 2018). Par exemple, il a été avancé par Bruner et Tomasello que la capacité à partager l'attention avec les autres (attention conjointe) apparaissant vers 10 mois est une étape importante pour le développement langagier (Cates et al., 2012).

2. La théorie interactionniste : Vygotski (1956) puis Bruner (1987)

Selon Bruner (1987), « l'enfant n'apprend pas à parler, mais il apprend les usages de la langue dans le monde social ». Ainsi, les compétences communicationnelles et langagières des jeunes enfants se développent par le biais des interactions sociales. En effet, de nombreuses recherches démontrent des associations positives entre l'apport linguistique des parents et le développement langagier des jeunes enfants (Leech et al., 2018). Les parents sont donc au cœur de ce développement et la quantité de paroles adressées aux jeunes enfants par les personnes qui s'en occupent est associée à de meilleurs résultats langagiers futurs (O'Toole et al., 2021).

Par ailleurs, Carter et al. (2011) soulignent que l'engagement des parents durant les routines quotidiennes permet d'avoir des occasions d'apprentissage pour l'enfant et facilite la généralisation des compétences dans d'autres contextes. Selon Coquet (2017), une routine est une « situation ritualisée avec alternance et complémentarité des rôles adultes/enfant, comportant un ensemble de gestes et d'énoncés produits toujours aux mêmes moments de la journée et/ou toujours dans le même contexte ». En effet, les jeunes enfants acquièrent des compétences communicationnelles (ex : pointer du doigt) et langagières (ex : dire des mots) grâce aux échanges répétés qu'ils ont avec les personnes qui s'occupent d'eux (Roberts et al., 2019).

Ainsi, les comportements parentaux lors des interactions avec l'enfant apparaissent comme un facteur déterminant pour le développement langagier précoce (Stiévenart et Martinez-Perez, 2021).

Le développement du langage se fait donc par imprégnation de ce qu'ils entendent au cours des échanges avec leur entourage, c'est pourquoi il existe de nombreuses variations d'un enfant à l'autre sous l'effet de différentes composantes : constitutionnelle, auditive et relationnelle (Lina-Granade et Chapuis, 2020).

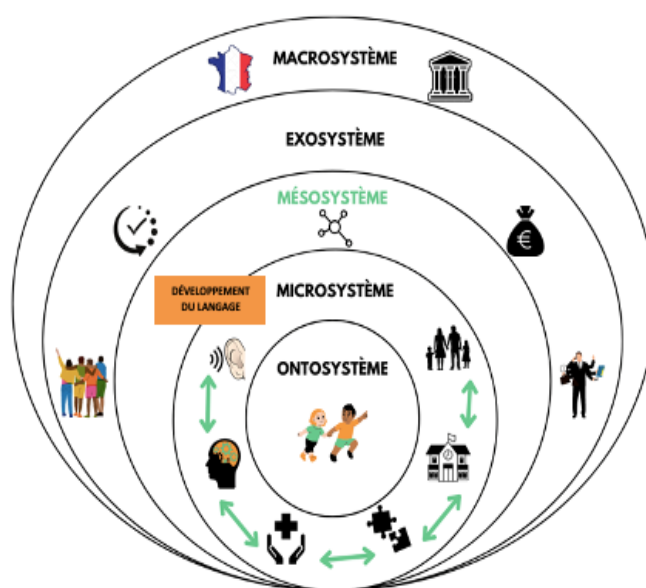
De plus, de nombreux travaux indiquent que certains comportements parentaux durant les échanges avec l'enfant contribuent au développement précoce du langage (Stiévenart et Martinez-Perez, 2021). En effet, les comportements parentaux peuvent avoir des associations positives et/ou négatives avec les compétences linguistiques. Parmi les cognitions parentales, on retrouve notamment l'auto-efficacité parentale qui correspond aux croyances que les parents ont de leur capacité à être parent d'un enfant et la réactivité parentale qui correspond aux réponses données par les parents (Mouton et al., 2018).

Parallèlement, la présence de difficultés langagières et/ou comportementales peut ralentir la mise en place de comportements parentaux positifs et les parents peuvent diminuer leur réactivité aux initiatives de leur enfant et utiliser moins de stratégies visant à déployer le langage (Maillart et al., 2011). Ainsi, le développement des compétences communicationnelles et langagières et les premiers apprentissages sont en lien avec la qualité du langage adressé à l'enfant au cours des premières années de sa vie (Brassart, 2015).

3. La perspective écosystémique : modèle de Bronfenbrenner (1979)

La relation entre l'enfant et l'environnement est au cœur du modèle de Bronfenbrenner (1978). Ce modèle décrit les différents contextes influençant le développement de l'enfant dont le développement langagier. En effet, comme nous l'avons expliqué précédemment, le développement langagier n'est pas uniquement dépendant des caractéristiques personnelles de l'enfant mais également de différents facteurs environnementaux. Des relations réciproques et continues ont lieu entre chacun des systèmes présents dans ce modèle représenté ci-dessous (Coquet, 2017).

Figure 2. Représentation revisitée du modèle de Bronfenbrenner (1979)



L'ontosystème correspond à « l'ensemble des caractéristiques, états, compétences, habiletés, vulnérabilités et déficits innés ou acquis de l'enfant ». En effet, ce système contient des facteurs intrinsèques à l'enfant : facteurs biologiques (ex : genre, état de santé pré/péri/postnatal, hérédité...) et des facteurs personnels (ex : développement sensori-moteur, développement cognitif, développement du jeu symbolique, comportement, aptitudes sociales...).

Le(s) micro(s)ystème(s) correspond(ant) à « l'ensemble des différents systèmes et personnes assidûment fréquentés par l'enfant ». Ce système contient des facteurs relatifs à l'entourage (ex : rang dans la fratrie, antécédents de troubles langagiers, santé physique et mentale des parents, niveau de scolarité des parents, d'auto-efficacité des parents, disponibilité parentale, qualité et quantité de stimulations...).

Le mésosystème correspond à « l'ensemble des interrelations entre les microsystèmes ». Ce système prend en compte les facteurs inhérents au système de garde et au système scolaire notamment.

L'exosystème correspond à « l'ensemble des environnements et conditions de vie avec lesquels l'enfant n'a pas d'interactions directes, mais dont les caractéristiques peuvent néanmoins l'affecter ». Il s'agit principalement des facteurs socio-économiques (ex : statut socio-économique de la famille, conditions de travail des parents, entourage social).

Le macrosystème correspond à « l'ensemble des croyances, valeurs, idéologies partagées par les membres d'une communauté. » Ce système se rapporte donc aux politiques culturelles et sociales (Coquet, 2017).

Perichon et Gonnot (2021) soulignent que « le partenariat parental vise à rétablir l'équilibre écosystémique du patient, en favorisant son adaptation sociale et scolaire, son bien-être et sa qualité de vie. » L'orthophoniste se doit donc de prendre en compte ces différentes dimensions pour comprendre le développement de son patient dans toute sa complexité et privilégier une intervention systémique et non symptomatique (Fresnay, 2020).

B. L'implication de l'environnement

1. Les attitudes facilitatrices selon Roberts et Kaiser (2011)

Dans leur méta-analyse, Roberts et Kaiser (2011) décrivent quatre aspects de l'interaction parent-enfant étant associés au développement du langage de l'enfant : la fréquence et la quantité des interactions, la réactivité à la communication de l'enfant, la qualité de l'input langagier et l'utilisation de stratégies d'étayage.

- La fréquence et la quantité des interactions : Le développement du langage, dès le plus jeune âge est associé à la fréquence et la quantité d'échanges entre les parents et l'enfant. Ainsi, Tomasello et Todd (1983) ont montré qu'un enfant tout-venant ayant un parent peu engagé dans des échanges attentionnels et linguistiques, sera plus susceptible, entre 12 et 18 mois, de rencontrer des difficultés langagières. Par ailleurs, Hammer et al. (2001) ont remarqué que les parents d'enfants ayant un langage normal s'engageaient dans plus d'activités langagières que les parents d'enfants rencontrant des difficultés langagières.
- La réactivité : Il s'agit des réponses verbales et non-verbales fournies par le parent à son enfant lors des interactions. Girolametto et al. (1999) ont démontré une relation significative entre la réactivité du parent (exemples : imitation, expansion de la communication de l'enfant) et le développement du langage de l'enfant (exemples : nombre de mots ou de mots combinatoires, première utilisation du langage pour parler du passé). Pareillement, Tamis-LeMonda et al. (2001) ont mis en évidence une corrélation entre la réactivité du parent aux vocalisations de l'enfant à l'âge de 13 mois et le développement expressif langagier (exemples : apparition des 50 premiers mots, des premières phrases, de l'utilisation du langage pour parler du passé...).
- La qualité de l'input langagier : De nombreuses études se sont intéressées à comparer la quantité d'expositions langagières durant les interactions parent-enfant avec le développement lexical. Par exemple, Hart et Risley (1995) ont mis en évidence une

association positive entre la quantité de paroles produites par les parents et la taille du lexique des enfants au sein de familles issues de différents milieux socio-économiques. Des auteurs démontrent que le contenu et la qualité des inputs langagiers ont une incidence sur le développement lexical des jeunes enfants. En effet, la diversité des mots utilisés par les parents est liée à la taille du lexique expressif des enfants (Hoff et Naigles, 2002).

- L'utilisation de stratégies d'étayage : Les parents, en utilisant diverses stratégies de soutien (détaillées dans le chapitre III), aident au développement langagier de leur enfant. En effet, Smith et al. (2000) ont rapporté que 18% des interactions parent-enfant contiennent des stratégies d'étayage et que la fréquence d'utilisation de ces stratégies par les parents prédit le niveau langagier des enfants âgés de 3 ans.

Ainsi, la fréquence et la cohérence de ces caractéristiques dans les interactions parent-enfant entraînent des différences interindividuelles à la fois entre les enfants tout-venant et les enfants présentant des difficultés de langage. En effet, Vigil et al. (2005) concluent dans leur étude que les parents d'enfants sans difficulté utilisent plus d'expansions (ajout de mots ou de phrases pour enrichir le langage) que les parents d'enfants présentant des difficultés langagières.

2. Les modifications des interactions langagières selon Monfort et Juarez-Sanchez (2000)

De plus, Monfort et Juarez-Sanchez (2000) décrivent les différentes stratégies utilisées par les parents. Ces stratégies sont instinctives et dépendantes de plusieurs facteurs dont le degré d'implication de l'enfant dans les échanges et le degré d'instruction des familles. Or, la présence de difficultés langagières peut modifier les interactions familiales et entraîner une influence négative sur le développement langagier. Nous pouvons alors observer différentes perturbations au sein des dyades parent-enfant :

- La réduction quantitative : le nombre d'interactions verbales est réduit en raison de difficultés inhérentes à l'enfant (exemples : manque d'initiatives, difficultés d'imitation) et/ou au parent (exemples : évitement, incompréhension).
- La modification et l'appauvrissement des réponses émotionnelles : les enfants présentant des productions partielles voire erronées manquent de manifestations positives et gratifiantes du parent.

- Le manque de contingence des réponses : Moseley (1990) observe que la présence de difficultés chez l'enfant entraîne des difficultés pour les parents à maintenir une réelle conversation.
- Le dirigisme : les parents d'enfants présentant des difficultés langagières produisent davantage de phrases impératives que les parents d'enfants au développement typique.
- La réduction fonctionnelle : les réponses parentales sont appauvries et manquent de diversité. Elles contiennent des questions fermées et peu de paroles positives.
- L'ajustement inadéquat : les réponses parentales sont trop complexes pour que l'enfant accède au sens et/ou la communication non-verbale du parent (exemples : gestes, mimiques...) est négative.

C. Les difficultés de langage oral avant 5 ans : variables et facteurs de risque

Certains enfants peuvent éprouver des difficultés à développer leur langage pour différentes raisons notamment génétiques, neurologiques et/ou environnementales (Roberts et al., 2019). Étant donné les conséquences importantes, en termes de socialisation et d'apprentissages, des difficultés langagières, il est important que les professionnels de santé identifient précocement les décalages dans le développement langagier (Lina-Granade et Chapuis, 2020).

Il est important de distinguer si les difficultés langagières sont dues à une affection primaire, c'est-à-dire non attribuable à une autre cause identifiable ou à une affection secondaire résultant d'une autre cause (ex : retard cognitif, perte auditive et trouble du spectre autistique) (Roberts et al., 2019). La vitesse d'acquisition des différentes composantes langagières varie d'un enfant à un autre, en raison de la multiplicité des facteurs qui interviennent. On distingue des facteurs intrinsèques et extrinsèques (Lina-Granade et Chapuis, 2020).

Les facteurs intrinsèques concernent les facteurs liés à l'enfant, on trouve notamment :

- Les troubles cognitifs ou neurologiques (ex : trouble du spectre de l'autisme, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité) : l'attention, la mémoire auditivo-verbale et la mémoire de travail jouent un rôle primordial dans la construction du langage.
- Les troubles auditifs pouvant affecter le développement du langage : les habiletés auditives à 6 et 12 mois permettent de prédire la taille du lexique et la complexité syntaxique à 23 mois.
- Le genre : les troubles développementaux du langage sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles.

Des facteurs extrinsèques, liés à l'environnement de l'enfant, peuvent également être observés dont :

- L'exposition restreinte à la langue parlée à la maison : la quantité de mots entendus par un enfant de 2 ans et la qualité de l'input est déterminante pour le développement langagier. De plus, la quantité d'engagement des enfants de 3 ans dans les interactions joue également un rôle dans leur compétence langagière.
- Le rang dans la fratrie : les enfants uniques, les aînés et les enfants issus de fratrie de deux ont de meilleures compétences langagières que les derniers enfants d'une fratrie de 3 enfants et plus.

En revanche, le bilinguisme n'est pas un facteur de risque de difficultés langagières. En effet, les enfants qui font l'acquisition d'une deuxième langue avant l'âge de 3 ans ont généralement un lexique plus réduit que les enfants monolingues dans chacune des langues qu'ils parlent mais en combinant le lexique des deux langues, ils ont un lexique total plus important que les monolingues. Des recherches ont montré que le bilinguisme pouvait même avoir des avantages sur le développement des compétences cognitives et langagières (Byers-Heinlein et Lew-Williams, 2013).

L'identification des symptômes et l'intervention précoce ont des effets positifs sur le développement de l'enfant. Les symptômes de l'enfant deviennent généralement évidents au cours des deux premières années de sa vie (Burrell et Borrego, 2012). Plus la prise en soin est fournie tôt, plus les enfants sont susceptibles de développer des compétences de communication et de langage efficaces et d'obtenir de bons résultats d'apprentissage (Guralnick, 2011).

Les recherches scientifiques démontrent l'importance pour un enfant d'acquérir des compétences sociales et communicatives précocement car ces aptitudes sont de bons prédicteurs pour un développement optimal (Burrell et Borrego, 2012).

II. La prise en soin orthophonique des difficultés langagières

A. Les principes généraux de l'intervention orthophonique

Dunst et al. (2007) décrit trois principes nécessaires pour l'intervention précoce :

- Les expériences quotidiennes proposées aux enfants en difficulté doivent respecter les initiatives de l'enfant, son niveau de développement et ses apprentissages afin de renforcer et généraliser ses compétences.
- Au travers de l'intervention, les parents doivent prendre conscience de leur influence sur le développement langagier de leur enfant.
- L'intervention orthophonique doit consolider la confiance des parents dans leur rôle et soutenir leurs compétences à proposer des activités variées.

Il existe deux types d'interventions : l'intervention directe ciblant le patient en individuel ou en groupe et l'intervention indirecte ciblant l'entourage familial (Coquet, 2017). La thérapie directe, individuelle et délivrée par une orthophoniste, est considérée comme le traitement standard et efficace des difficultés langagières. La thérapie indirecte, quant à elle, parfois appelée « parent interventions », « parent training models », « home-based therapy », consiste à former les parents sur la manière dont ils peuvent soutenir le développement langagier de leur enfant. On observe une diversité dans la terminologie et également dans la description de ce qui constitue une intervention indirecte (Tosh, 2017).

B. Les programmes d'intervention parentaux : une intervention indirecte et triadique

Roberts et al. (2019) souligne que la formation des parents à la mise en œuvre de stratégies visant à soutenir le développement du langage chez l'enfant est indispensable pour favoriser les résultats à long terme car on compte jusqu'à 2 enfants sur 5 âgés de moins de 5 ans rencontrant des difficultés d'acquisition du langage.

De plus, des recherches suggèrent que les parents peuvent être aussi efficaces dans la mise en œuvre de l'intervention que les cliniciens (Law et al., 2012).

Les parents jouent un rôle clé en tant qu'acteurs dans l'intervention de l'enfant. En effet, ils ont une place privilégiée du fait des contacts beaucoup plus fréquents et prolongés avec leur enfant par rapport au clinicien (Burrell et Borrego, 2012). Ils peuvent donc intervenir fréquemment au cours de la journée et également dans des contextes où l'enfant est souvent très motivé à la communication. Ces conditions particulièrement propices aux apprentissages ne peuvent pas être aisément reproduites en milieu clinique (Girolametto, 2000). C'est pourquoi les programmes d'intervention parentaux doivent être envisagés plus couramment. Gibbard et al. (2004) appuient que les interventions langagières mises en œuvre par les parents sont basées sur le fait de fournir une entrée fréquente et cohérente à l'enfant présentant des difficultés de langage.

On différencie trois types de programmes d'intervention associant les parents :

- family centered program : l'intervention se base sur les échanges familiaux, les parents participent à l'intervention en jouant différents rôles,
- family focused program : l'intervention est dirigée par l'orthophoniste mais appliquée par la famille,
- family allied program : l'intervention est appliquée par l'orthophoniste mais le parent collabore et poursuit les exercices pratiques à domicile (Coquet, 2017).

Dans la littérature, on retrouve fréquemment le terme « Parent Child Interaction Therapy (PCIT) » pour parler des interventions mises en œuvre par le parent. Ces interventions sont proposées lorsque les jeunes enfants rencontrent des difficultés à développer le langage et la communication ou présentent des conditions biomédicales telles que le trouble du développement intellectuel, le trouble du spectre de l'autisme, la surdité, la lésion cérébrale acquise, le syndrome de Landau-Kleffner ou la paralysie cérébrale (O'Toole et al., 2021). L'objectif de ces programmes est d'intégrer les parents afin de modifier leur style de communication au quotidien dans le but d'améliorer le langage et la communication de leur enfant (Klatte et al., 2019). Ces stratégies sont considérées comme écologiques car elles interviennent lors d'interactions sociales quotidiennes.

Comme le PCIT demande que les parents jouent le rôle du clinicien, leur implication est augmentée par rapport à d'autres interventions. De plus, on observe une augmentation de la confiance des parents et une relation plus forte avec leur enfant après avoir participé à un PCIT (O'Toole et al., 2021).

Par ailleurs, Roberts et Kaiser (2011) parlent d'« interventions triadiques » car elles impliquent l'engagement du clinicien, du parent et de l'enfant. Ainsi, l'expérience du clinicien, l'élaboration de l'intervention, la mise en œuvre des stratégies par les parents et les compétences expressives de l'enfant peuvent influencer la réussite de l'intervention.

L'orthophoniste a donc pour rôle d'aider les parents à observer les interactions avec leur enfant, ajuster les attentes et les comportements de communication et favoriser des attitudes positives au regard de :

- la position : être face à face avec l'enfant et à sa hauteur
- l'écoute : partir des intérêts de l'enfant et instaurer le tour de rôle
- l'adaptation : accentuer les mots-cibles, adapter son langage, donner du sens, attendre
- l'enrichissement : imiter, reformuler, compléter et questionner (Coquet, 2013).

Roberts et al. (2014) décrivent 4 étapes recommandées pour la construction des interventions indirectes avec les parents :

- enseigner (expliquer l'objectif aux parents),
- modéliser (modéliser la stratégie avec l'enfant),
- coacher (donner au partenaire l'occasion de pratiquer la stratégie),
- revoir (fournir un feedback constructif).

Plusieurs revues systématiques et méta-analyses d'interventions orthophoniques auprès d'enfants d'âge préscolaire (Roberts et Kaiser 2011, DeVeney et al. 2017, Tosh et al. 2017) suggèrent que les programmes d'intervention parentaux peuvent permettre une amélioration de la parole et du langage des enfants présentant des difficultés d'expression (Ebbels et al., 2019). Cependant, DeVeney et al. (2017) expliquent que l'implication des parents se révèle plus performante que l'intervention clinique, surtout si l'orthophoniste a formé le parent pendant une période minimale de trois mois, en incluant des éléments tels que des ateliers structurés, des démonstrations de stratégies, des jeux, du coaching et de la rétroaction.

Les interventions indirectes décrites dans la littérature varient considérablement en fonction de :

- la fréquence des ateliers/des sessions
- la durée d'application du programme d'intervention : durant entre 10 et 52 semaines.
- le temps de formation : allant de 4 à 36 heures de formation
- la taille et la composition des groupes de parents
- la nature du trouble du langage présenté par l'enfant (Roberts & Kaiser, 2011 ; Coquet, 2017).

C. Le programme Hanen : « Il faut être deux pour parler »

Le programme Hanen est un modèle d'entraînement centré sur la famille dans lequel « les parents sont impliqués dans l'intervention de leur enfant de manière à renforcer leur capacité à aider leur enfant. » (Pepper et al., 2006). Ce programme est proposé à de jeunes enfants présentant des difficultés langagières (Girolametto, 2006). Il cherche à augmenter la fréquence d'activités conjointes au cours desquelles des épisodes d'interaction verbale ont lieu et à réduire les interventions parentales à caractère directif. Après un premier contact avec l'enfant et ses parents, le programme est composé de 8 sessions de groupe de 6 à 8 familles d'une durée de 2 heures et demie et également de 3 sessions d'enregistrement vidéo d'interactions parents-enfants (Coquet, 2013). Les prises en soins de groupe peuvent fournir un soutien émotionnel aux parents car ils peuvent partager leurs expériences (O'Toole et al., 2021).

Le programme Hanen est composé de trois groupes de techniques thérapeutiques : les techniques centrées sur l'enfant, les techniques visant à promouvoir les interactions et les techniques de « modelage » du langage. Au cours de ce programme, les parents apprennent à investir ces techniques dans les actes de la vie quotidienne. Les différentes stratégies enseignées dans le cadre du modèle interactif d'intervention sur le langage sont représentées dans le tableau ci-dessous (Girolametto, 2000).

Tableau 1. Différentes stratégies enseignées dans le cadre du modèle interactif d'intervention langagière (Girolametto, 2000)

Techniques centrées sur l'enfant	Techniques visant à promouvoir les interactions	Techniques de « modeling » du langage
<ul style="list-style-type: none"> ○ Se placer face à l'enfant ○ Se mettre au même niveau que l'enfant ○ Suivre les initiatives de l'enfant ○ Observer l'enfant et attendre qu'il initie la communication 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Participer au jeu de l'enfant ○ Faire à tour de rôle ○ Encourager l'enfant à poursuivre ces alternances sur un jeu donné ○ Anticiper et attendre que l'enfant parle ou agisse à son tour 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Imiter ○ Interpréter les vocalisations de l'enfant comme ayant un sens ○ Dénommer les objets sur lesquels l'enfant focalise son attention. ○ Élargir les productions verbales de l'enfant ○ Faire des commentaires sur les activités de l'enfant ou ses points d'attention

Plusieurs études longitudinales ont été réalisées pour évaluer l'effet du programme Hanen. Girolametto et al. (1996) ont montré des progrès significatifs dans le développement de la communication et du langage. En effet, ils ont notamment observé une amélioration du répertoire phonétique des enfants. De plus, les enfants avaient progressé dans leur niveau de jeu symbolique. Ainsi, les chercheurs confirment l'intérêt de cette intervention indirecte auprès d'enfants avec des difficultés langagières. Ce traitement peut avoir des effets sur l'évolution du langage, du jeu et des compétences phonologiques (Girolametto, 1999).

III. La mise en œuvre de moyens visant à soutenir le développement langagier

Selon Vygostsky (1986), les interactions langagières sont bénéfiques si elles se situent dans la zone proximale de développement. Il s'agit de la distance entre le niveau de maîtrise langagier actuel de l'enfant et le niveau potentiel d'acquisition.

A. La cognition parentale et les stratégies d'étayage

L'accompagnement parental s'appuie sur le concept d'empowerment qui est « un processus par lequel les individus acquièrent la maîtrise et le contrôle de leur vie et une meilleure compréhension de leur environnement » (Zimmerman et al., 1995). Ce concept inclut le sentiment de compétence parentale ou d'auto-efficacité et repose sur la participation active des parents à la prise de décisions et sur la reconnaissance, par les professionnels, des compétences parentales favorisant l'instauration d'un changement (Coquet, 2017).

La cognition parentale désigne les processus cognitifs et émotionnels impliqués dans les interactions des parents avec leurs enfants. On retrouve les perceptions, les croyances, les attentes, les émotions et les jugements des parents concernant leur enfant et leur sentiment d'auto-efficacité. Étant donné qu'elle peut affecter le comportement et le développement socio-émotionnel, cognitif et langagier des enfants, la cognition parentale est considérée comme un facteur important dans leur développement de l'enfant. Parmi la cognition parentale, l'auto-efficacité parentale est primordiale. Elle représente le sentiment du parent à influencer le développement de son enfant (Stiévenart et Martinez-Perez, 2021).

L'étayage correspond au(x) moyen(s) utilisé(s) par l'adulte ou un pair pour permettre à l'enfant de résoudre seul un problème qu'il ne savait pas résoudre en prenant en compte sa zone proximale de développement (Coquet, 2017). Bruner (1987) décrit six fonctions de l'étayage :

- L'enrôlement : il s'agit d'éveiller l'intérêt et l'adhésion de l'enfant pour faire en sorte qu'il soit intéressé par l'activité en question
- La réduction des degrés de liberté : ce sont les procédures par lesquelles le tuteur simplifie la tâche pour la rendre plus accessible
- Le maintien de l'orientation : il s'agit de maintenir l'intérêt, la motivation, l'attention de l'enfant de manière qu'il chemine vers l'objectif
- La signalisation des caractéristiques déterminantes : le tuteur indique les caractéristiques pertinentes de la tâche pour aider à son exécution
- Le contrôle de la frustration : il s'agit de faire en sorte que l'exécution de la tâche ne soit pas éprouvante pour l'enfant en adoptant une attitude bienveillante
- La démonstration de modèles : l'adulte présente le modèle pour permettre à l'enfant d'imiter et d'aboutir sa réalisation.

B. Les outils : livres, jeux et comptines

Les recherches indiquent que les enfants issus de milieux divers arrivent à l'école avec des compétences linguistiques et de littératie différentes, prédictives de la réussite scolaire ultérieure. Selon la théorie de Bruner (1987), l'enfant développe son langage à travers des expériences sociales avec son entourage et à partir de routines et de rituels. C'est pourquoi des initiatives conçues pour favoriser les compétences linguistiques des enfants avant l'école existent. Plusieurs outils à inclure au sein des routines et des rituels peuvent être porteurs pour soutenir le développement langagier.

1. Les livres

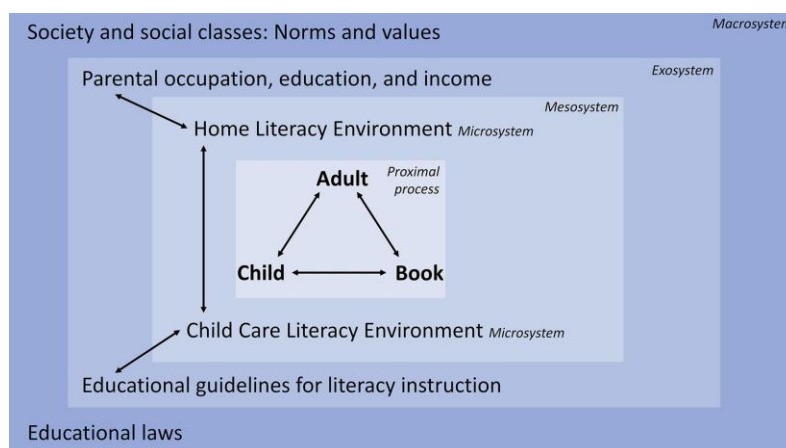
La lecture partagée de livres est un excellent moyen pour stimuler les compétences linguistiques et de littératie émergente des enfants d'âge préscolaire (Timperley et al., 2022 ; Massaro, 2017). En effet, des expositions répétées aux livres lors d'interactions avec les parents permettent de renforcer les compétences pré-langagières et langagières des enfants. La lecture partagée interactive parent-enfant est bénéfique pour le langage et les capacités de littératie émergentes (O'Fallon et al., 2022). Des interventions visant la mise en place de lecture partagée parent-enfant améliorent et accélèrent le développement du langage chez l'enfant. L'âge de l'enfant et le niveau d'éducation de l'adulte ne sont pas liés aux résultats de l'enfant (Dowdall et al., 2020). Au niveau du développement lexical, les livres contiennent parfois des mots que les enfants ne rencontreraient pas dans la vie quotidienne, ce qui leur permet de développer leur stock lexical. (Grolig, 2020)

Riordan et al. (2021) ajoutent que la qualité de la lecture partagée d'un livre influence le développement du langage oral et les compétences précoces en matière de littératie. En effet, le partage par l'adulte d'informations extratextuelles/décontextualisées (ex : définitions, liens avec la vie de l'enfant, prédictions et inférences...) favorise le développement expressif et réceptif de l'enfant. En écoutant des phrases et des histoires, les enfants apprennent à comprendre certains concepts abstraits et les relations de cause à effet. D'autre part, les histoires racontées dans les livres « jeunesse » ont régulièrement une structure narrative pouvant aider les enfants à développer leur mémoire.

Par ailleurs, les livres peuvent également aider les enfants dans la compréhension des émotions. En écoutant des histoires sur des personnages rencontrant des difficultés, les enfants peuvent apprendre à développer leur empathie et leur compréhension sociale nécessaire à la communication (Mendelsohn et al., 2019).

Grolig et al., (2020) décrivent le modèle bioécologique de Bronfenbrenner au regard de la lecture partagée pouvant influencer ce modèle. En effet, les liens parents/enfant peuvent être renforcés, la communication entre les différents environnements de l'enfant peut être facilitée et les différentes cultures peuvent valoriser la lecture au sein des pratiques parentales. La lecture partagée peut ainsi contribuer au développement global de l'enfant en favorisant ses compétences communicationnelles, langagières et affectives.

Figure 3. Modèle bioécologique de Bronfenbrenner et lecture partagée (Grolig et al., 2020)



2. Les jeux

Divers outils peuvent être porteurs pour soutenir le développement langagier. Selon Bruner (1987), le jeu familiarise l'enfant au langage. De la même façon, Marinopoulous (2009) décrit également le rôle primordial du jeu dans le développement de l'enfant et introduit le concept de « ludomètre ». Le jeu, selon elle, correspondrait au thermomètre de l'état émotionnel de l'enfant.

Deniz et al. (2022) précisent également que jouer permet le développement cognitif, la communication sociale, le langage, les émotions et le physique. Il ajoute notamment que le jeu symbolique soutient le développement de la créativité et de la théorie de l'esprit. Pour finir, les

compétences de communication sociale des enfants sont également développées à travers les jeux tels que l'attention conjointe et le tour de rôle. En ce qui concerne les compétences linguistiques, les auteurs constatent que le jeu améliore les compétences linguistiques expressives et réceptives, le nombre total de mots produits par les enfants, la longueur moyenne des énoncés ainsi que la complexité et la diversité linguistique chez les enfants à risque d'âge préscolaire.

De plus, le jeu est bénéfique dans la diminution des problèmes de comportement des enfants et dans le développement émotionnel. C'est pourquoi le jeu est fréquemment utilisé comme outil thérapeutique. Il existe différents types de jeux (Pepper et al., 2006) :

- Le jeu fonctionnel qui implique l'exploration des objets par des actions telles que les frapper ensemble, les secouer, les tirer...etc. Cette catégorie de jeu comprend également les jeux physiques (exemples : le lancer, le saut et la course)
- Le jeu constructif qui consiste à construire en suivant un plan mental (exemple : utiliser des cubes pour construire une tour)
- Le jeu de faire semblant où l'enfant imite des activités familières qu'ils ont l'habitude de voir dans leur quotidien (ex : nettoyer ou parler au téléphone)
- Le jeu de société qui permet notamment à l'enfant d'apprendre à vivre en groupe, à écouter les autres, à respecter des règles, à attendre leur tour et à gérer leurs émotions en cas de frustration.

D'autre part, Coquet (2017) ajoute les quatre valeurs représentées par les jeux et dont il faut avoir conscience pour comprendre l'importance de jouer avec son enfant :

- Une valeur fonctionnelle : l'enfant doit s'adapter aux différentes caractéristiques du jeu
- Une valeur expérimentale : l'enfant peut réaliser différentes expériences et développer des compétences variées
- Une valeur de structuration : le jeu permet à l'enfant de grandir et développer sa personnalité
- Une valeur de relation : de multiples échanges peuvent avoir lieu au cours du jeu avec les adultes et/ou les enfants.

3. *Les comptines*

Bryant et al. (1989) soulignent que l'utilisation des comptines avec les jeunes enfants aide à entendre, à identifier, à manipuler et à expérimenter les sons du langage. Par ailleurs, « l'exposition fréquente aux stimuli rythmés et leur reproduction réitérée doit nécessairement affiner la motricité, la coordination des mouvements moteurs de l'articulation » (Gauthier et Lejeune, 2008). Harper (2011) ajoute que l'alliance entre plusieurs modalités (sonore, visuelle et kinesthésique), présentes dans le contexte des comptines, améliore ainsi les compétences phonologiques.

D'autre part, il existe une forte relation entre l'exposition précoce aux comptines et les capacités ultérieures en littératie (lecture et écriture). Ainsi, en écoutant et en récitant des comptines, les jeunes enfants peuvent également développer des compétences en matière d'alphabétisation (Bryant et al., 1989).

Goëtz-Georges (2009) propose un classement des comptines en fonction des objectifs visés pour le développement des compétences langagières :

- Les comptines phonémiques permettant un travail d'écoute des différents sons
- Les comptines phonologiques proposant de jouer avec les sons et les rimes
- Les comptines phonétiques exposant le jeune enfant à un entraînement articulo-moteur
- Les comptines syntaxiques favorisant l'expression orale et la construction des phrases.

Coquet (2013) décrit les différentes caractéristiques propres aux comptines et influençant les compétences de communication verbale et non-verbale :

- Le caractère répétitif : la mise en place d'un rituel permet de rassurer l'enfant et de travailler la mémoire auditive-verbale
- La présence d'onomatopées : la conscience phonologique se développe implicitement lorsque certaines comptines proposent de remplacer des syllabes par des onomatopées
- Les jeux de mots et/ou de sons : grâce à ce côté ludique, l'enfant peut participer à la comptine et réaliser des praxies bucco-faciales
- Les mimes et les gestes associés à la parole : la mise en place d'une multimodalité favorise le développement des compétences langagières
- L'énumération : l'enfant pourra développer son lexique en fonction du thème de la comptine.

C. L'effet des « écrans » sur le développement des enfants

Les écrans font partie intégrante de notre environnement. Télévision, tablettes, ordinateurs, smartphones et autres écrans sont utilisés par de jeunes enfants de plus en plus précocement. Actuellement, il existe de nombreux ouvrages alertant ou rassurant les parents, les professionnels de la santé et de l'éducation sur l'effet des écrans sur le développement des enfants (Gentaz et Lejeune, 2022). En France et aux États-Unis, 68% des enfants de 2 ans regardent la télévision quotidiennement pendant 2 heures par jour en moyenne (Berthomier et Octobre, 2019 ; Duch et al., 2013). La catégorie socio-professionnelle des parents, la taille de la fratrie et l'âge des parents influencent la fréquence de l'audience télévisée des enfants de 2 ans (Berthomier et Octobre, 2019).

En 2019, l'Académie de Médecine a rendu public un avis expliquant que les écrans, quelles que soient leurs formes, ne devraient pas être mis à disposition des enfants de moins de 3 ans. Une utilisation guidée par un adulte est possible mais avec parcimonie. « La participation parentale à l'interactivité est absolument indispensable » (Adès et al., 2019). En effet, les écrans sont moins efficaces que les interactions en face-à-face pour développer les compétences langagières, cognitives et socio-émotionnelles (Strouse et Samson, 2021). À partir de 3 ans, l'avis de l'Académie de Médecine conseille d'établir une durée limitée d'écrans et de favoriser les écrans partagés et guidés aux écrans solitaires. (Adès et al., 2019).

Madigan et al. (2020) ont réalisé une méta-analyse qui expliquent qu'une grande quantité d'utilisation de l'écran est associée à de plus faibles compétences linguistiques tandis qu'une utilisation de l'écran de meilleure qualité en co-visionnage et en sélectionnant des programmes adaptés était associée à de meilleures compétences linguistiques, d'autant plus si l'enfant avait un âge avancé. Par ailleurs, les apprentissages sur vidéo sont moins avantageux que les apprentissages en face-à-face de la même information. Cette différence est appelée « video deficit » (Anderson & Pempek, 2005).

D'autre part, une utilisation excessive des écrans par les jeunes enfants peut entraîner des déficits langagiers mais également des difficultés dans l'acquisition et la maîtrise des compétences communicatives. En effet, les écrans ont un impact négatif sur les échanges sociaux verbaux et non verbaux, qui sont pourtant fondamentaux pour favoriser un développement optimal (Madigan et al., 2019). D'autres auteurs ajoutent également des difficultés d'attention et de concentration, des perturbations du sommeil et des altérations de l'intelligence émotionnelle et sociale (Przybylski, 2019 ; Small et al., 2020).

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

I. Problématique

La pratique orthophonique doit se concentrer sur la prise en soin précoce des enfants, même en l'absence de diagnostic permettant d'expliquer les difficultés rencontrées. Selon Brazelton (2010), la prévention précoce et les relations parent-enfant positives peuvent aider à augmenter les probabilités d'une trajectoire de développement optimale chez l'enfant. Ainsi, les parents et plus largement les familles sont de plus en plus impliqués dans la prise en soin de l'enfant.

Face à d'importantes demandes de prise en soin dans les cabinets d'orthophonie, des thérapies indirectes de groupe peuvent être une solution adaptée. Ces programmes mis en place lors de la petite enfance ont des effets positifs à long terme sur les résultats scolaires, la santé et l'emploi.

Ainsi, notre projet vise à évaluer dans quelle mesure une thérapie indirecte de groupe de parents d'enfants de moins de 5 ans présentant des difficultés de langage oral a un effet sur la progression linguistique des patients et sur les comportements parentaux. Des études ont montré que les interventions mises en œuvre par les parents entraînaient des améliorations dans les compétences de l'enfant (DeVeney et Hagaman, 2016).

II. Hypothèses

A. Hypothèses principales de recherche

Dans la littérature, les effets de la thérapie de groupe et de la thérapie indirecte individuelle ont été prouvées. L'idée novatrice de ce mémoire était d'évaluer l'effet du cumul des deux en mettant en place une thérapie indirecte de groupe.

L'hypothèse générale de l'étude était de montrer que la thérapie indirecte de groupe de parents d'enfants de moins de 5 ans présentant des difficultés de langage oral permettrait d'améliorer le langage de leur enfant grâce à des interventions dirigées par des spécialistes mais appliquées par le(s) parent(s). En effet, au regard de l'importance de la prise en soin orthophonique précoce, l'intervention menée par le parent serait une alternative efficace avec des effets bénéfiques sur le développement du langage de l'enfant.

Cette thérapie indirecte de groupe de parents d'enfants de moins de 5 ans présentant des difficultés de langage oral aurait un effet positif sur les compétences langagières de l'enfant, sur les compétences parentales et sur les interactions adulte/enfant.

B. Hypothèses générales et opérationnelles

Hypothèse générale n°1 : Le protocole aura un effet sur la progression linguistique des enfants.

- Hypothèse opérationnelle n°1 : Les patients obtiendront des notes standards supérieures à la batterie CLÉA entre le bilan initial (B1) et le bilan final (B2) dans les différentes composantes (lexique, morphosyntaxe, phonologie) et dans les deux modalités (compréhension et production).

Hypothèse générale n°2 : La spécificité du protocole sera prouvée grâce aux résultats obtenus par les patients du groupe contrôle.

- Hypothèse opérationnelle n°3 : Les patients du groupe contrôle obtiendront des notes standards supérieures à la batterie CLÉA en comparant la première période de 6 mois sans thérapie et la seconde période de 6 mois avec thérapie indirecte de groupe.

Hypothèse générale n°3 : Les parents ayant participé au protocole « Bien parler pour se construire » amélioreront leurs connaissances sur le développement du langage.

- Hypothèse opérationnelle n°3 : Les parents obtiendront des notes supérieures aux questionnaires de connaissances sur le développement langagier entre le bilan initial (B1) et le bilan final (B2).

Hypothèse générale n°4 : La cognition parentale des parents ayant participé au protocole « Bien parler pour se construire » sera améliorée.

- Hypothèse opérationnelle n°4 : Les parents seront performants pour connaître le fonctionnement langagier de leur enfant et auront un meilleur sentiment d'auto-efficacité.

Hypothèse générale n°5 : Les parents changeront leurs habitudes parentales en intervenant sur la qualité et la quantité d'activités partagées avec leur enfant.

- Hypothèse opérationnelle n°5 : Les habitudes parentales parent/enfant évolueront vers des activités favorisant le développement langagier des enfants telles que la lecture partagée, les comptines et les jeux.

PARTIE MÉTHODOLOGIQUE

I. Méthode

A. Élaboration du projet

1. Contexte de l'étude

Face à des demandes trop nombreuses de prises en soins orthophoniques et l'impossibilité de répondre de façon précoce et dans un délai raisonnable, nous avons souhaité proposer une thérapie novatrice réduisant au maximum le temps d'intervention des orthophonistes.

2. Organisation temporelle

La conception de notre projet a débuté en juin 2021. L'administration des premiers bilans orthophoniques a eu lieu en février 2022. Cette première étude expérimentale s'est clôturée en février 2023.

3. Organisation spatiale

Toutes les rencontres avec les professionnels de santé et les parents ont eu lieu à la Maison médicale Simone Veil de Louviers. Les ateliers se déroulaient soit le vendredi après-midi, soit le samedi matin. Chacune des sessions était collective et durait entre 1h00 et 1h30 en fonction de la thématique de l'atelier.

B. Objectifs

L'objectif principal du protocole « Bien parler pour se construire » était d'accompagner précocement les parents d'enfants avec peu ou pas de langage et de leur transmettre des moyens visant à soutenir le développement langagier de leur enfant en attendant une prise en soin orthophonique individuelle. En effet, il s'agissait de tenter de minimiser les risques liés à l'attente d'une prise en charge individuelle, à savoir l'augmentation de l'écart avec les pairs et les répercussions à long terme sur les apprentissages scolaires. L'approche écologique et

interactionniste ainsi que la formation des parents étaient deux concepts centraux du protocole proposé, inspiré du programme Hanen et adapté à une pratique orthophonique libérale.

L'objectif secondaire de cette étude était donc d'évaluer l'effet sur le langage oral de cette thérapie indirecte de groupe de parents d'enfants de moins de 5 ans présentant des difficultés de langage oral. Il s'agissait d'observer la progression linguistique des enfants, l'évolution des connaissances des parents, le changement de la cognition parentale et du sentiment d'auto-efficacité des parents ainsi que les modifications des habitudes familiales.

C. Population

1. Méthode de sélection

Des supports expliquant le projet ont été affichés dans diverses salles d'attente de l'agglomération (*Annexe 1*) et un article a également été rédigé sur le site internet de la Coordination Seine-Eure (COSSE) disponible sur : <http://www.la-cosse.org/espace-professionnels/bien-parler-pour-se-construire-89> afin d'expliquer le projet et de mettre à disposition le dossier à compléter (*Annexe 2*). Des supports à destination des professionnels de santé ont également été diffusés pour leur permettre d'orienter certaines familles (*Annexe 3*).

Les familles étaient inscrites sur la liste d'attente des orthophonistes et/ou ont été orientées par un professionnel de santé. Elles devaient remplir un dossier complet (*Annexe 4*) comportant :

- des éléments anamnestiques à compléter
- l'intégralité du questionnaire parental « Inventaire du Développement de l'Enfant » dans sa version « langage » qui est une adaptation française traduite par Duyme, Capron et Zorman (2010) du Child Development Inventory (Ireton, 1992) permettant d'obtenir un premier profil du langage expressif et réceptif de l'enfant avant l'administration d'un bilan standardisé
- une partie du questionnaire parental « Inventaire du Développement de l'Enfant » dans sa version « forme complète » en sélectionnant des questions sur la sociabilisation, la motricité et l'autonomie.

Les dossiers, une fois remplis et réceptionnés à la Maison de santé Simone Veil, étaient consultés et analysés par les orthophonistes et l'étudiante en orthophonie. Deux cas étaient possibles :

- refus : mise en attente sur liste d'attente pour prise en soin orthophonique en individuel ou réorientation vers des professionnels ou structures de soin adaptées
- acceptation : prise d'un rendez-vous pour administration d'un bilan orthophonique

La population choisie concerne des enfants âgés de 2 ans 6 mois à 4 ans 6 mois dont les critères d'inclusion et d'exclusion sont définis ci-dessous.

2. Critères d'inclusion

- Parents et enfants âgés de 2 ans 6 mois à 4 ans 6 mois au moment du bilan initial
- Famille résidant sur le territoire de la CASE (Agglomération Seine-Eure)
- Famille mono ou biparentale avec fratrie simple ou multiple
- Au moins un parent francophone
- Présence de nombreux facteurs de risque (Bishop et al ., 2017) tels que : absence de juxtaposition de mots à 2 ans, difficultés de compréhension, antécédents familiaux de trouble du langage oral ou écrit, faible niveau de scolarité de la mère, prématurité (<37SA), dernier d'une fratrie, garçon
- Absence de conditions biomédicales connues (Bishop et al ., 2017) telles que : trouble du développement intellectuel, trouble du spectre de l'autisme, surdité, maladie génétique (ex : trisomie 21), lésion cérébrale acquise, syndrome de Landau-Kleffner, conditions dégénératives, paralysie cérébrale
- Dysfonctionnement du langage oral caractérisé par :
 - Au moins un des scores inférieur ou égal au centile 10 lors du bilan dans au moins un des domaines suivants : lexique, morphosyntaxe, phonologie et/ou
 - Hétérogénéité de 50 centiles de dissociation entre deux performances dans la composante lexicale et/ou morphosyntaxique et/ou phonologique.
- Présence de pré-requis à la communication tels que pointage et attention conjointe
- Consentement éclairé signé par le responsable légal avant la participation à l'étude (*Annexe 5*)

3. Critères d'exclusion

- Bilan et/ou suivi orthophonique antérieur
- Enfant arrivé en France depuis moins de 6 mois
- Enfant dont les 2 parents ne parlent pas français
- Enfant en famille d'accueil
- Conditions biomédicales connues (Bishop et al ., 2017) : trouble du développement intellectuel, trouble du spectre de l'autisme, surdité, maladie génétique (ex : trisomie 21), lésion cérébrale acquise, syndrome de Landau-Kleffner, conditions dégénératives, paralysie cérébrale
- Gestes de communication insuffisants et/ou perturbés tels que pointage et attention conjointe.

4. Recrutement

Nous avons reçu en bilan initial 32 familles respectant les critères d'inclusion et d'exclusion à la lecture du dossier initial (*Annexe 4*). Sur les 32 enfants, nous avons exclu 12 enfants dont les raisons sont détaillées dans le tableau ci-dessus.

Tableau 2. Caractéristiques des raisons d'exclusion au protocole « Bien parler pour se construire »

<i>Code</i>	<i>Patients exclus</i>
E1	Absence de pré-requis à la communication / suspicion TSA → orientation
E2	Absence de pré-requis à la communication / suspicion TSA → orientation
E3	Âge limite + opération ORL prévue dans 1 mois → bilan de contrôle à prévoir si besoin
E4	Pas de dysfonctionnement langagier
E5	Pas de dysfonctionnement langagier
E6	Pas de dysfonctionnement langagier
E7	Bégaiement → prise en soin individuelle immédiate
E8	Pas de trouble du langage mais difficultés attentionnelles → orientation vers neuropsychologue
E9	Bégaiement → prise en soin individuelle immédiate
E10	Pas de dysfonctionnement langagier
E11	Pas de dysfonctionnement langagier
E12	Admission dans le groupe contrôle mais arrêt de la famille juste avant le premier atelier BPC

5. Présentation de l'échantillon

Au total, 20 familles ont participé à cette étude et ont été réparties en 5 groupes. Parmi les 5 groupes, 2 groupes ont commencé le protocole à la suite du bilan initial (de mars 2022 à septembre 2022), 1 groupe a commencé le protocole 1 mois après le bilan initial (d'avril 2022 à octobre 2022) et 2 groupes, appartenant au groupe contrôle, ont commencé le protocole 6 mois plus tard (de septembre 2022 à janvier 2023).

Tableau 3. Caractéristiques générales de la population de l'échantillon

	Population totale	Population par groupe				
		Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5
Nombre de participants	20	4	4	4	4	4
Sexe						
Nombre de filles (%)	3 (15%)	0	1	1	0	1
Nombre de garçons (%)	17 (85%)	4	3	3	4	3
Âge moyen atelier n°1 (min-max)	3,46 (2,60-4,41)	3,75	3,40	3,73	3,31	3,09
Nbr de familles bilingues	3 (15%)	2	1	0	0	0
Nbr moyen de frère(s)/sœur(s) (min-max)	1,60 (0-5)	2,00	1,5	1,25	2,00	1,25
Niveau d'études de la mère (%)						
Sans diplôme	5 (25%)	2 (50%)	2 (50%)	1 (25%)	0	0
Bac/CAP/BEP	8 (40%)	2 (50%)	1 (25%)	2 (50%)	3 (75%)	0
Bac +2/Bac +3	4 (20%)	0	0	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)
Bac +4 et plus	3 (15%)	0	1 (25%)	0	0	2 (50%)
Niveau d'études du père (%)						
Sans diplôme	0 (0%)	0	0	0	0	0
Bac/CAP/BEP	12 (60%)	3 (75%)	3 (75%)	3 (75%)	3 (75%)	0
Bac +2/Bac +3	5 (25%)	1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)
Bac +4 et plus	3 (15%)	0	0	0	0	3 (75%)

Notes.

Nbr = nombre

L'adhésion des participants a été optimale : aucun atelier n'a été manqué par des dyades parent-enfant mais des rappels de rendez-vous ont systématiquement été envoyés à l'approche des ateliers et des bilans.

6. Groupe contrôle

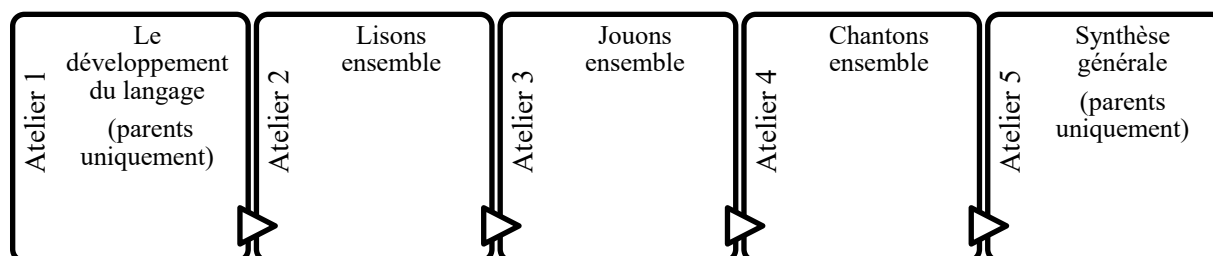
Afin d'obtenir des données de référence, nous avons souhaité recruter un groupe contrôle qui a bénéficié de la thérapie indirecte de groupe en décalé, soit six mois plus tard. Initialement le groupe devait être composé de 8 familles, soit 2 groupes de 4 enfants. Le bilan pré-protocole CLÉA n'a pas pu être administré à 2 enfants en raison de l'absence de langage. De plus, une famille a abandonné le protocole au cours de la phase de suivi du groupe contrôle car elle considérait que leur enfant ne présentait plus de difficultés langagières nécessitant une prise en soin orthophonique.

Le groupe contrôle était donc finalement composé de 5 enfants respectant également les critères d'inclusion et d'exclusion. L'objectif de ce groupe était de comparer la progression des enfants par rapport à eux-mêmes en comparant la première période de 6 mois sans thérapie et la seconde période de 6 mois avec thérapie indirecte de groupe. L'hypothèse étant que les enfants du groupe contrôle devraient progresser de manière plus significative après la thérapie, permettant ainsi de valider l'effet spécifique de la thérapie.

D. Procédure

Il faut savoir qu'aux États-Unis, 91% des troubles du langage oral sont traités par des groupes thérapeutiques. Dans une méta-analyse des interventions pour les enfants avec troubles de la parole et trouble du langage, Law, Garret et Nye (2003) n'ont signalé aucune différence significative entre la prestation de traitement de groupe et individuelle (Fresnay, 2020). C'est pourquoi nous avons fait le choix de proposer une thérapie indirecte de groupe. Le protocole « Bien parler pour se construire » est composé de 5 ateliers.

Figure 4. Représentation des thèmes des cinq ateliers composant le protocole



Les ateliers ont été animés par deux professionnels (orthophoniste / psychologue) et une étudiante en orthophonie.

Chaque groupe compte quatre familles. Les ateliers durent une heure et chaque atelier a été espacé d'un mois, hormis entre l'atelier 4 et l'atelier 5. En effet, nous avons espacé de 2 mois ces ateliers pour plusieurs raisons :

- laisser un temps minimum aux parents d'appliquer tous les conseils donnés lors des ateliers,
- permettre aux enfants de ressentir les premiers effets de la thérapie indirecte de groupe,
- proposer le bilan post-protocole à plus de 6 mois après le bilan pré-protocole.

Figure 5. Résumé de l'organisation des ateliers entre février 2022 et février 2023

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5
Février 2022	Bilan orthophonique pré-protocole (CLÉA)			Bilan orthophonique contrôle (CLÉA)	
Mars 2022	Atelier n°1	Atelier n°1			
Avril 2022	Atelier n°2	Atelier n°2	Atelier n°1		
Mai 2022	Atelier n°3	Atelier n°3	Atelier n°2		
Juin 2022	Atelier n°4	Atelier n°4	Atelier n°3		
Juillet 2022			Atelier n°4		
Août 2022				Bilan orthophonique pré-protocole (CLÉA)	
Septembre 2022	Atelier n°5	Atelier n°5		Atelier n°1	Atelier n°1
Octobre 2022	Bilan orthophonique post-protocole (CLÉA)		Atelier n°5	Atelier n°2	Atelier n°2
Novembre 2022			Bilan orthophonique post-protocole (CLÉA)	Atelier n°3	Atelier n°3
Décembre 2022				Atelier n°4	Atelier n°4
Janvier 2023					
Février 2023				Atelier n°5	Atelier n°5
				Bilan orthophonique post-protocole (CLÉA)	

Les enfants devaient être présents à tous les ateliers exceptés lors du premier et du dernier atelier. Étant donné que la nomenclature générale des actes professionnels des orthophonistes (NGAP) empêche la réalisation d'actes orthophoniques sans la présence du patient, le premier atelier et le dernier atelier ont été cofinancés par l'Agglomération Seine-Eure et la Coordination Santé Seine-Eure.

E. Matériel

1. Recueil de données

Dans cette étude, différents outils ont été utilisés pour le recueil de données et l'évaluation des compétences langagières de l'enfant. L'inclusion des patients dans l'étude nécessite le remplissage d'un dossier par le parent et l'administration d'un bilan orthophonique à l'enfant.

2. Outils d'évaluation

Comme vu précédemment, le dossier initial (*Annexe 4*) comporte le questionnaire « Inventaire du Développement de l'Enfant » qui est une adaptation française traduite par Duyme, Capron et Zorman (2010) du Child Development Inventory (Ireton, 1992) permettant d'obtenir un premier profil du langage expressif et réceptif de l'enfant avant l'administration du bilan standardisé. La proposition de ce questionnaire reconnaît et valide le savoir parental et permet d'instaurer un cadre de soin dynamique en inscrivant les parents comme acteurs de la prise en soin orthophonique dès le début du protocole. Ce questionnaire nous a permis de pouvoir exclure d'emblée certains dossiers et/ou de réorienter vers d'autres professionnels si besoin. Néanmoins, il s'agit d'un outil d'évaluation destiné à permettre l'identification de problèmes de développement chez les jeunes enfants. Il ne fournit pas de diagnostic mais offre plutôt des indications qui peuvent être utilisées par des professionnels qualifiés pour établir un diagnostic plus approfondi et mettre en place des interventions appropriées. De plus, ce questionnaire est subjectif car il est rempli par les parents. À titre d'exemple, l'une des familles avec un diplôme bac +5 avait obtenu un score à très haut risque au questionnaire alors que leur enfant ne présentait aucun retard de langage lors du bilan orthophonique réalisé par la suite.

Afin de questionner les familles concernant le développement de l'enfant, nous avons également établi un questionnaire anamnestique précis utilisé par l'orthophoniste lors du bilan initial (*Annexe 6*).

La batterie informatisée CLÉA, Communiquer, Lire et écrire, pour Apprendre de Pasquet, Parbeau-Guéno et Bourg parue en 2014 a été utilisée. La base 1, à destination des enfants de 2 ans 6 mois à 4 ans 11 mois, a été administrée aux patients (Pasquet et al., 2014). Cet outil d'évaluation a été utilisé pour identifier les domaines langagiers dans lesquels l'enfant rencontre des difficultés et poser un diagnostic orthophonique précis. CLÉA permet d'obtenir

des scores dans différentes composantes (lexique, morphosyntaxe, phonologie et ressources) et dans différentes modalités (compréhension, production, jugement).

Sur les 20 patients inclus dans le protocole, l'administration de la batterie informatisée CLéA lors du bilan initial a été possible pour 18 enfants. Les deux enfants, pour qui la passation n'a pas été réalisable en raison de l'absence de compétences communicationnelles et langagières, ont été évalués en situation de jeux à l'aide d'une grille d'observation.

3. *Questionnaires parentaux*

a. *Questionnaire de connaissances des familles sur le développement du langage*

Le questionnaire de connaissances des familles sur le développement du langage (*Annexe 7*) a été créé à partir des échanges avec les professionnels participant au projet, des données résumées au sein de la partie théorique ainsi que des informations transmises aux parents lors des ateliers. L'objectif de ce questionnaire était d'évaluer l'évolution des connaissances des parents sur le développement du langage et les comportements à privilégier pour accompagner son enfant dans ses apprentissages. Le questionnaire de connaissances était anonyme et a été rempli lors du premier atelier et du dernier atelier. Il comprend à la fois des réponses ouvertes et fermées. La note finale est une note sur 30.

b. *Questionnaire des habitudes parentales*

Le questionnaire des habitudes parentales (*Annexe 8*) a été créé à partir des échanges avec les professionnels participant au projet, des données résumées au sein de la partie théorique ainsi que des informations transmises aux parents lors des ateliers. Il a pour objectif d'établir un lien entre la participation à une thérapie indirecte de groupe et l'augmentation des habitudes parentales dans des activités visant à promouvoir le langage et les apprentissages. Il cible à la fois des temps d'activités entre l'enfant et son parent mais également en incluant l'enfant seul et/ou avec sa fratrie. Ce questionnaire doit être complété en termes de durée d'activités et de fréquence d'activités.

c. Questionnaire de la cognition parentale, du sentiment d'auto-efficacité et de la satisfaction des familles

Le questionnaire de la cognition parentale et du sentiment d'auto-efficacité (*Annexe 9*) a été créé par Camille Cornilleau dans son mémoire évaluant le retentissement de la présence parentale sur les progrès de l'enfant en langage oral et sur la cognition parentale. Il se concentre sur deux aspects de la cognition parentale qui sont fréquemment abordés dans la littérature : les connaissances des parents en matière de développement du langage en général et spécifique à leur enfant ainsi que le sentiment d'auto-efficacité parentale (Cornilleau, 2022).

Le modèle de l'échelle de Likert a été utilisé pour construire ce questionnaire. Ainsi, chaque item est construit sous forme d'affirmations avec réponses au choix sur une échelle de 1 à 5 permettant de nuancer le degré d'accord (5 : Tout à fait d'accord, 4 : D'accord, 3 : Ni en désaccord ni d'accord, 2 : Pas d'accord, 1 : Pas du tout d'accord).

4. Ateliers

Le protocole « Bien parler pour se construire » est composé de 5 ateliers que nous allons détailler ci-dessous.

a. Atelier n°1 : Le développement du langage

Tout d'abord, nous avons fait une présentation croisée de tous les parents et des professionnels présents dans le but de favoriser un climat de confiance et une dynamique de groupe. Cette idée nous a été proposée par nos collègues psychologues qui ont co-animé les groupes. Lors de ce premier atelier, les parents ont dû remplir un questionnaire de connaissances générales sur le développement du langage d'un enfant (*Annexe 7*) et un questionnaire d'habitudes parentales permettant d'évaluer leurs habitudes (*Annexe 8*). Puis, nous avons diffusé un extrait du film « Les clés du langage » (Thomine, 2003) dont le but était de présenter la dynamique d'évolution des compétences communicationnelles et langagières de la naissance à 4 ans. Après la diffusion de la vidéo, nous avons présenté un diaporama (*Annexe 10*) comportant des repères développementaux ainsi que les compétences nécessaires à la communication. Nous leur avons également fourni une fiche récapitulative (*Annexe 11*) des éléments importants présentés lors de cet atelier afin qu'ils puissent suivre attentivement sans avoir à prendre en note de nombreuses informations. Par la suite, nous avons exposé la stratégie OAER (Observer, Attendre, Écouter, Reformuler), inspirée du programme Hanen (Pepper,

2006) et accompagnée d'exemples pour que les parents puissent investir cette stratégie dans leur quotidien. Nous leur avons également exposé des suggestions pour aider leur enfant à formuler des demandes, à faire des commentaires et à poser des questions. De plus, nous leur avons fourni également la règle des 4 "R" (Réduire, Ralentir, Renforcer et Reformuler) inspiré du programme Hanen en présentant à nouveau des exemples au quotidien. Par ailleurs, nous avons détaillé avec eux les différentes questions possibles : questions à double choix, questions fermées et questions ouvertes et nous avons détaillé celles qui doivent être privilégiées en fonction de leur enfant.

Au cours de l'atelier, les parents pouvaient poser leur(s) question(s) et exposer les éventuelles difficultés rencontrées avec leur enfant et les professionnels pouvaient utiliser ces temps d'échange pour individualiser les conseils. À la fin de l'atelier, les parents avaient comme objectif d'utiliser la stratégie « OAER » et la règle des 4 « R » au quotidien. Les informations importantes étant recensées au sein de la fiche récapitulative n°1 (*Annexe 11*) fournie au début de l'atelier n°1.

b. Atelier n°2 : Lisons ensemble

À partir de l'atelier n°2, les enfants étaient présents. Ce deuxième atelier portait sur les livres. Nous avons commencé par nous réunir pour lire et partager un moment de lecture animé par l'orthophoniste. Ce temps avait pour but d'accueillir les enfants et de modéliser une lecture semi-participative pour les parents. Le livre sélectionné était « Où est Spot mon petit chien ? » écrit par Eric Hill. Ensuite nous avons laissé les enfants choisir différents livres et nous avons invité les parents à écouter la présentation orale exposant les bienfaits de la lecture et les conseils de lecture (*Annexe 12*). Les enfants restaient dans la même pièce avec l'un des deux professionnels présents (la psychologue ou l'orthophoniste) pendant que le second animait la présentation pour les parents (l'orthophoniste ou l'étudiante en orthophonie). Ce temps permettait à la psychologue une première observation des enfants. Lors de la présentation orale, nous avons discuté avec les parents du choix des supports tout en expliquant comment utiliser les stratégies précédentes (stratégie OAER et stratégie des 4 « R ») lors des moments de lecture partagée. Nous avons également fourni aux parents des informations sur l'importance des pauses sans écran, sur les possibilités de prêts de livres à la médiathèque et également sur l'existence d'un site internet créé par une orthophoniste, Julie Marcotte, recensant de nombreux livres jeunesse en fonction des besoins (ex : « Je cherche un livre pour ...prononcer des sons fricatifs) disponible sur <https://leberlingot.com>).

Nous nous sommes ensuite regroupés pour mettre en pratique les différentes informations transmises dans la présentation orale. Les deux professionnels animant l'atelier ont observé, prodigué des conseils et remodelisé si besoin de façon individuelle. L'objectif fixé en fin d'atelier avec les parents était de lire un livre par jour minimum. Si c'était déjà dans leurs habitudes quotidiennes, les parents devaient augmenter la quantité de lecture. Il a bien été précisé qu'un même livre pouvait être lu de multiples fois. Chaque enfant est reparti avec un magazine au choix et chaque parent avec une fiche récapitulative des contenus importants de l'atelier n°2 (*Annexe 13*).

c. Atelier n°3 : Jouons ensemble

Ce troisième atelier portait sur les jeux. Nous avons commencé par nous réunir pour jouer à un jeu coopératif. Nous avons sélectionné le jeu coopératif « Le jeu du loup » des éditions Nathan car il permet aux enfants d'appréhender des règles simples et du lexique de base (vêtements, animaux, fruits, légumes). Ensuite, nous avons invité les parents à se regrouper pour écouter la présentation orale (*Annexe 14*) exposant différents types de jeux existants :

- Les jeux fonctionnels : pâte à modeler, instruments de musique, cuisine ...etc
- Les jeux constructifs
- Les jeux de faire-semblant : marchand(e), docteur(e), caissier(ière) ...etc
- Les jeux de société : memory, loto...etc

Nous avons également fourni aux parents des informations sur les stades de développement du jeu des enfants ainsi que sur les différentes possibilités de jouer avec son enfant. Ensuite, nous avons détaillé les moyens à mettre en œuvre pour mettre en place les stratégies « OAER » et la règle des « 4 R » lors d'activités de jeux partagés. Par ailleurs, nous avons discuté ensemble de la question « Faut-il laisser son enfant gagner ? » qui pouvait questionner de nombreux parents. Par la suite, les parents et les enfants ont pu partager un temps de jeu après la présentation orale. Il y avait à leur disposition des jeux constructifs, des jeux de faire-semblant et des jeux de société. Les professionnels présents (orthophoniste et psychologue) ont pu les observer, remodeler si besoin et individualiser les conseils.

Chaque enfant est reparti avec un jeu de société au choix parmi un loto ou un memory. Chaque parent a quitté l'atelier avec une fiche récapitulative des contenus importants de l'atelier n°3 ainsi que les horaires et les tarifs de la ludothèque présente dans l'agglomération (*Annexe 15*). Une liste de jeux a également été fournie dans la fiche récapitulative de l'atelier. L'objectif fixé avec les parents était d'introduire trois moments de partage (jeux / activités) par semaine

avec son enfant tout en continuant à appliquer les stratégies OEAR et les 4R au quotidien et en poursuivant la nouvelle habitude prise de lecture quotidienne comme demandé à l'atelier précédent.

d. Atelier n°4 : Chantons ensemble

Ce quatrième atelier portait sur les comptines. Nous avons commencé par nous réunir pour chanter afin de modéliser plusieurs notions qui seront ensuite présentées sur le diaporama : le ralentissement du débit, les temps de pause, les gestes, les accessoires pour rendre plus vivants. Par exemple, pour la chanson « Promenons-nous dans les bois », nous avons utilisé les accessoires du jeu de société « Le Jeu du Loup, éditions Nathan » déjà présenté à la séance précédente. À la fin de chaque couplet, nous avons marqué une pause pour inviter chaque enfant individuellement à habiller le loup du présentoir avec un accessoire. L'ensemble du groupe applaudissait la participation individuelle, ce qui a motivé tous les enfants y compris les plus timides ou les plus opposants à participer un minimum à ce temps collectif. Ensuite, nous avons invité les parents à se lever pour écouter la présentation orale (*Annexe 16*) exposant les bienfaits de la musique pour l'enfant, les différentes approches utilisées par la musique et les multiples façons de chanter. Nous avons également évoqué les liens existants entre le langage et la musique. Pendant le temps de présentation, les enfants pouvaient, au choix, lire, jouer ou chanter avec le second professionnel présent. Chaque enfant est reparti avec un livret contenant plusieurs comptines et chaque parent a quitté l'atelier avec une fiche récapitulative des contenus importants de l'atelier n°4 (*Annexe 17*). L'objectif fixé avec les parents était de chanter au moins une comptine par jour tout en poursuivant les objectifs précédents : lire quotidiennement et partager un jeu 3 fois par semaine avec leur enfant.

e. Atelier n°5 : Synthèse

Lors de ce dernier atelier sans les enfants, les parents devaient remplir différents questionnaires :

- Le questionnaire de connaissances (déjà rempli lors de l'atelier 1) pour évaluer les connaissances apprises à la fin de ce protocole (*Annexe 7*),
- Le questionnaire d'habitudes parentales (*Annexe 8*) pour observer un éventuel changement de la fréquence et de la qualité du temps partagé avec leur enfant au regard de différentes

activités : lecture partagée, récitation de comptines, mise en place de jeux. Nous avons également étudié la fréquence d'écrans avant et après le protocole,

- Le questionnaire de cognition parentale, du sentiment d'auto-efficacité et de satisfaction (*Annexe 9*).

Il y a également eu un temps de retour à l'oral avec des échanges questions/réponses entre les parents et les professionnels (orthophoniste et psychologue). À la suite de ce dernier atelier, un bilan post-protocole a été planifié avec les familles afin qu'il soit administré à chaque enfant ayant participé au protocole.

II. Résultats

Nous avons reçu en bilan initial 32 familles qui semblaient respecter les critères d'inclusion et d'exclusion à la lecture du dossier initial (*Annexe 4*). Sur les 32 enfants, nous avons exclus 12 enfants dont les raisons ont été détaillées précédemment.

A. Observation des résultats obtenus au questionnaire « Inventaire du développement du langage » (IDE) – forme langage

Comme vu précédemment, le dossier initial (*Annexe 4*) comporte le questionnaire « Inventaire du Développement de l'Enfant » qui est une adaptation française traduite par Duyme, Capron et Zorman (2010) du Child Development Inventory (Ireton, 1992) permettant d'obtenir un premier profil du langage expressif et réceptif de l'enfant avant l'administration du bilan standardisé. Une fois les questionnaires d'inventaire du développement de l'enfant (IDE) « Forme langage » remplis et réceptionnés à Maison de santé Simone Veil, les données étaient cotées et analysées afin d'obtenir un score dans différents domaines de développement langagier : langage expressif (LEX) et compréhension du langage (LCO).

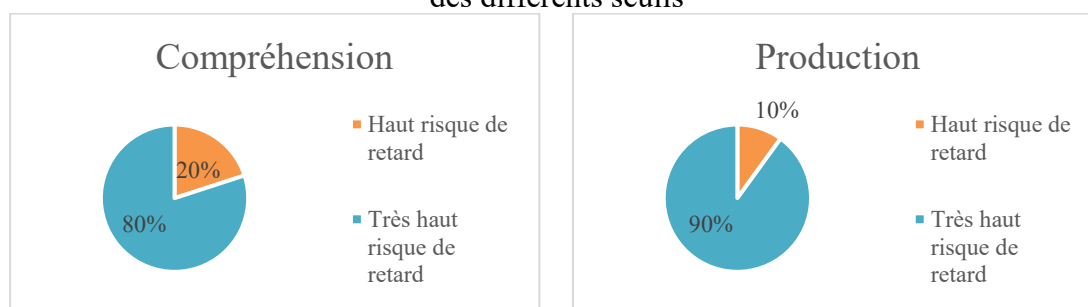
Tableau 4. Résultats obtenus au questionnaire IDE – Forme langage

Inventaire du développement de l'enfant (IDE) - Forme langage		
Variable	Moyenne [min-max]	Écart-type
Lexique expressif (LEX)	15.95 [2-37]	9.74
Compréhension du langage (LCO)	20.10 [5-33]	8.25

La moyenne d'âge des enfants lors du remplissage du questionnaire IDE à destination des parents était de 39 mois. Pour la variable lexicale expressif (LEX), la moyenne était de 15.95 points, bien en-dessous de la moyenne attendue des enfants de 39 mois, égale à 42 points. Pour la variable compréhension du langage (LCO), la moyenne était de 20.10 points, en-dessous de la moyenne attendue des enfants de 39 mois, égale à 42 points également.

L'écart-type permet d'observer la dispersion des données par rapport à la moyenne. Les écarts-types sont situés entre 8 et 10, on observe que les données sont dispersées de la moyenne et que les scores sont hétérogènes.

Figure 6. Répartition des résultats obtenus au questionnaire IDE – Forme langage en fonction des différents seuils



La position des notes obtenues permettait de comparer les scores en fonction des différents seuils proposés : « Haut risque de retard (15^{ème} centile) » et « Très haut risque de retard (5^{ème} centile) ». 80% des enfants participant à cette étude obtenaient des résultats correspondant à un très haut risque de retard pour le score de compréhension du langage et 90% des enfants participant à cette étude obtenaient des résultats correspondant à un très haut risque de retard pour le score de lexicale expressif.

B. Vérification de l'hypothèse 1 : effet sur la progression linguistique des enfants

Les performances de la population ont été analysées au regard des notes standardisées dans différentes composantes (lexique, morphosyntaxe, phonologie, ressources sémantico-pragmatiques) et différentes modalités (compréhension et production) de la batterie d'évaluation CLÉA. Une note standardisée autour de 100 indique que la performance de l'enfant se situe dans la moyenne des performances d'enfants de même âge. Si un enfant obtient une note en-dessous de 75, cela signifie que sa performance se trouve parmi les 5 % les plus faibles. Si la note est en-dessous de 70, alors cela ne concerne que les 2 % des performances les plus faibles (Pasquet et al., 2014).

Figure 7. Courbe de normalité présentant certaines notes standardisées repères avec les centiles et notes Z correspondantes (Pasquet et al., 2014)

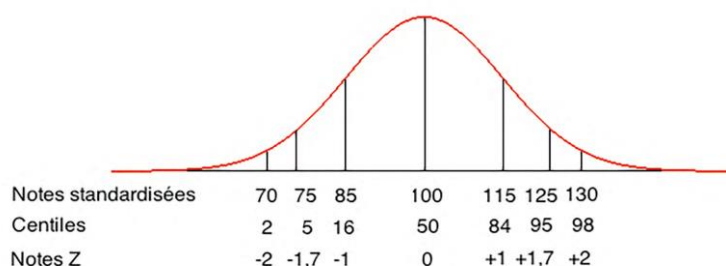


Tableau 5. Progression linguistique générale des patients entre le bilan initial pré-protocole (B1) et le bilan post-protocole (B2)

Variable	Pré-protocole (B1) (n=18)		Post-protocole (B2) (n=18)		P valeur	B2-B1	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		Différence moyenne	IC à 95%
NS_Lexique	75.67	16.07	84.61	18.55	0.0395 *	+ 8.94	[-17.4052 ; -0.4837]
NS_Morphosyntaxe	85.67	9.60	90.94	14.22	0.1737 NS	+ 5.27	[-13.1199 ; 2.5643]
NS_Phonologie	81.50	8.82	82.00	10.45	0.8434 NS	+ 0.50	[-5.758 ; 4.7580]
NS_Ressources	101.89	14.58	107.17	15.91	0.3054 NS	+ 5.28	[-15.8155 ; 5.2600]
NS_Compréhension	88.63	12.98	92.94	16.72	0.1801 NS	+ 4.31	[-13.2432 ; 2.6876]
NS_Production	75.00	9.26	81.39	12.32	0.0058 **	+ 6.39	[-10.6638 ; -2.114]
Total	84.73	17.23	89.84	16.85	0.0020 **	+ 5.12	[-8.7201 ; -2.0026]

Notes.

B1 : bilan initial ; B2 : bilan final

IC à 95% : intervalles de confiance à 95% déterminées à l'aide d'une distribution t de Student

P valeurs obtenues à partir d'un test t de Student apparié

NS : différence non significative ; * : différence significative $p < 0.05$; ** : différence significative $p < 0.01$; *** : différence significative $p < 0.001$

Concernant les composantes langagières, les patients ont progressé en moyenne de 8.94 points en lexique (différence IC95% [-17.4052 ; -0.4837] ; p valeur : 0.0395*), de 5.27 points en morphosyntaxe (différence IC95% [-13.1199 ; 2.5643] ; p valeur : 0.1737 NS), de 0.50 en phonologie (différence IC95% [-5.758 ; 4.758] ; p valeur : 0.8434 NS) et de 5.28 points en ressources (différence IC95% [-15.8155 ; 4.7580] ; p valeur : 0.2741 NS) (Tableau 8).

Au total, les patients ont progressé en moyenne de 5.12 points (différence IC95% [-8.7201 ; -2.0026] ; p valeur : 0.0020 **) (Tableau 8).

On observe une augmentation des écarts-types pour toutes les épreuves, soit une augmentation de la dispersion des données autour de la moyenne : en lexique (ET à B1 = 16.07 ; ET à B2 = 18.55), en morphosyntaxe (ET à B1 = 9.60 ; ET à B2 = 14.22), en phonologie (ET à B1 = 8.82 ; ET à B2 = 10.45) et en ressources (ET à B1 = 14.58 ; ET à B2 = 15.91).

Pour le score total, on observe également une augmentation de l'écart-type (ET à B1 = 15.80 ; ET à B2 = 17.73), soit une augmentation de la dispersion des performances des patients.

Concernant les modalités, les patients ont progressé en moyenne de 4.31 points en compréhension (différence IC95% [-13.2432 ; 2.6876] ; p valeur : 0.1801 NS) et de 6.39 points en production (différence IC95% [[-10.6638 ; -2.114] ; p valeur : 0.0058 **).

Un test t de Student pour données appariées a été réalisé afin de déterminer le niveau de significativité de la progression. On observe des différences significatives pour la composante « lexique » et pour la modalité « production » signifiant que les patients ont donc progressé de façon significative dans la composante « lexique » et la modalité « production » à l'issue du protocole « Bien parler pour se construire » (*Tableau 8*). Pour les autres composantes (morphosyntaxe, phonologie et ressources), on observe une tendance à l'amélioration mais avec un p valeur non significatif pouvant être expliqué par la petite taille de l'échantillon (n=18) entraînant une variabilité élevée dans les données rendant difficile la détection de différences significatives.

C. Vérification de l'hypothèse 2 : spécificité du protocole au regard du groupe « contrôle »

Afin d'obtenir des données de référence, nous avons souhaité recruter un groupe contrôle qui a bénéficié de la thérapie indirecte de groupe en décalé, soit six mois plus tard. Ce groupe contrôle n'a pas été apparié avec notre groupe test au niveau de l'âge et de la catégorie socio-professionnelle. En effet, ce groupe contrôle avait un âge moyen inférieur au groupe test lors du recrutement. La moyenne d'âge du groupe contrôle au moment du premier bilan était de 2.97 ans contre 3.54 ans pour la moyenne d'âge du groupe test au moment du premier bilan. Pour des raisons éthiques, nous avons pris cette décision de faire patienter les enfants les plus jeunes et d'inclure immédiatement dans le protocole ceux qui étaient plus âgés et pour qui une intervention orthophonique devenait des plus urgentes.

Tableau 6. Progression linguistique générale des patients du groupe contrôle entre T1 et T2 (phase d'attente de participation au protocole « Bien parler pour se construire »)

Variable	Bilan groupe contrôle T1 (n=5)		Bilan groupe contrôle T2 (n=5)		Différence moyenne T1/T2
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
NS_Lexique	76.60	8.35	81.00	11.38	+ 4.40
NS_Morphosyntaxe	85.20	13.81	88.60	16.18	+ 3.40
NS_Phonologie	77.40	4.93	77.40	7.09	+ 0.00
NS_Ressources	85.00	8.37	88.80	11.10	+ 3.80
NS_Compréhension	95.80	18.49	94.60	15.99	- 1.20
NS_Production	68.60	4.83	69.40	14.19	+ 0.80
Total	81.43	13.22	83.30	14.60	+ 1.38

Concernant les composantes langagières, les patients, lors de la phase d'attente, ont progressé en moyenne de 4.40 points en lexique, de 3.40 points en morphosyntaxe, de 0 points en phonologie et de 3.80 points en ressources. Dans les modalités (compréhension et production), on observe une diminution de 1.20 points en compréhension et une augmentation de 0.80 point en production à la batterie CLÉA.

Au total, les patients appartenant au groupe contrôle ont progressé en moyenne de 1.38 points durant la phase d'attente de participation au protocole « Bien parler pour se construire » (Tableau 4).

Tableau 7. Progression linguistique générale des patients du groupe contrôle entre T2 et T3 (phase de participation au protocole « Bien parler pour se construire »)

Variable	Bilan groupe contrôle T2 (n=5)		Bilan groupe contrôle T3 (n=5)		Différence moyenne T2/T3
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
NS_Lexique	81.00	11.38	85.60	19.58	+ 4,60
NS_Morphosyntaxe	88.60	16.18	92.40	12.22	+ 3.80
NS_Phonologie	77.40	7.09	78.80	9.01	+ 1.40
NS_Ressources	88.80	11.10	102.00	20.77	+ 13.20
NS_Compréhension	94.60	15.99	85.00	8.86	- 9.60
NS_Production	69.40	14.19	73.60	8.79	+ 4.20
Total	83.30	14.60	85.63	15.87	+ 2.33

Concernant les composantes langagières, les patients, lors de la phase de participation au protocole, ont progressé en moyenne de 4.60 points en lexique, de 3.80 points en morphosyntaxe, de 1.40 en phonologie et de 13.20 points en ressources. Dans les modalités, on observe une diminution de 9.60 points en compréhension et une augmentation de 4.20 points en production à la batterie CLÉA.

Au total, les patients appartenant au groupe contrôle ont progressé en moyenne de 2.33 points durant la phase de participation au protocole « Bien parler pour se construire » (Tableau 5).

Tableau 8. Comparaison des différences de moyenne pour le groupe contrôle

Variable	Sans protocole (n=5)	Avec protocole (n=5)	Bénéfice du protocole
	Différence moyenne T1/T2	Différence moyenne T2/T3	
NS_Lexique	+ 4.40	+ 4.60	+ 0.20
NS_Morphosyntaxe	+ 3.40	+ 3.80	+ 0.20
NS_Phonologie	+ 0.00	+ 1.40	+ 1.40
NS_Ressources	+ 3.80	+ 13.20	+ 9.40
NS_Compréhension	- 1.20	- 9.60	- 8.40
NS_Production	+ 0.80	+ 4.20	+ 3.40
Total	+ 1.38	+ 2.33	+ 0.95

Ainsi, au regard des évolutions du groupe « contrôle » sans et avec participation au protocole « Bien parler pour se construire », nous observons des améliorations de 0.20 points en lexique et morphosyntaxe, de 1.40 points en phonologie, de 9.40 points en ressources. Pour les modalités, on note une diminution de 8.40 points en compréhension et une augmentation de 3.40 points en production (Tableau 6).

D. Vérification de l'hypothèse 3 : effet sur les connaissances des parents en termes de développement du langage et les comportements à privilégier pour accompagner son enfant

Tableau 9. Progression des connaissances générales des parents entre le premier atelier (A1) et le dernier atelier (A5)

Variable	Pré-protocole (n = 20)		Post-protocole (n = 20)		Différence des moyennes
	Moyenne [min-max]	Écart-type	Moyenne [min-max]	Écart-type	
Connaissances des parents	15.45 [9-26]	4,33	18.30 [10,5-29]	4,53	2,85

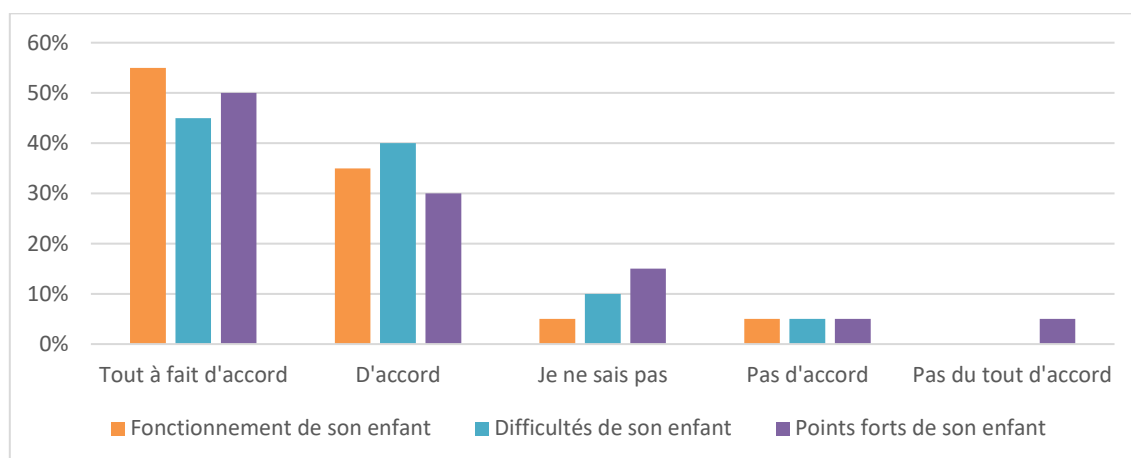
Pour le questionnaire de connaissances à destination des parents comportant des questions sur le développement du langage et les comportements à privilégier pour accompagner son enfant dans ses apprentissages, on observe une augmentation de 2.85 points en post-protocole.

E. Vérification de l'hypothèse 4 : effet sur la cognition parentale des familles ayant participé au protocole

Tableau 10. Niveau de cognition parentale à l'issue du protocole

(n = 20)	Tout à fait d'accord	D'accord	Je ne sais pas	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Q1 : Je connais mieux le fonctionnement du développement du langage.	11 (55%)	7 (35%)	1 (5%)	1 (5%)	0 (0%)
Q2 : Je connais mieux les difficultés de mon enfant.	9 (45%)	8 (40%)	2 (10%)	1 (5%)	0 (0%)
Q3 : Je connais mieux les points forts de mon enfant.	10 (50%)	6 (30%)	3 (15%)	1 (5%)	0 (0%)
Q4 : J'ai le sentiment d'être capable de mieux interpréter les besoins de mon enfant.	6 (30%)	13 (65%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)
Q5 : J'ai le sentiment d'être capable de mieux répondre aux besoins de mon enfant.	9 (45%)	6 (30%)	4 (20%)	1 (5%)	0 (0%)
Q6 : J'ai le sentiment d'être capable d'aider plus efficacement mon enfant à développer son langage.	9 (45%)	8 (40%)	2 (10%)	1 (5%)	0 (0%)
Q7 : J'ai le sentiment d'être capable de mieux adapter mon langage quand je m'adresse à mon enfant.	11 (55%)	6 (30%)	2 (10%)	1 (5%)	0 (0%)
Total "Cognition parentale" (Q1, Q2, Q3)	50%	35%	10%	5%	0%
Total "Sentiment d'auto-efficacité" (Q4, Q5, Q6, Q7)	43,75%	41,25%	10%	3,75%	1,25%

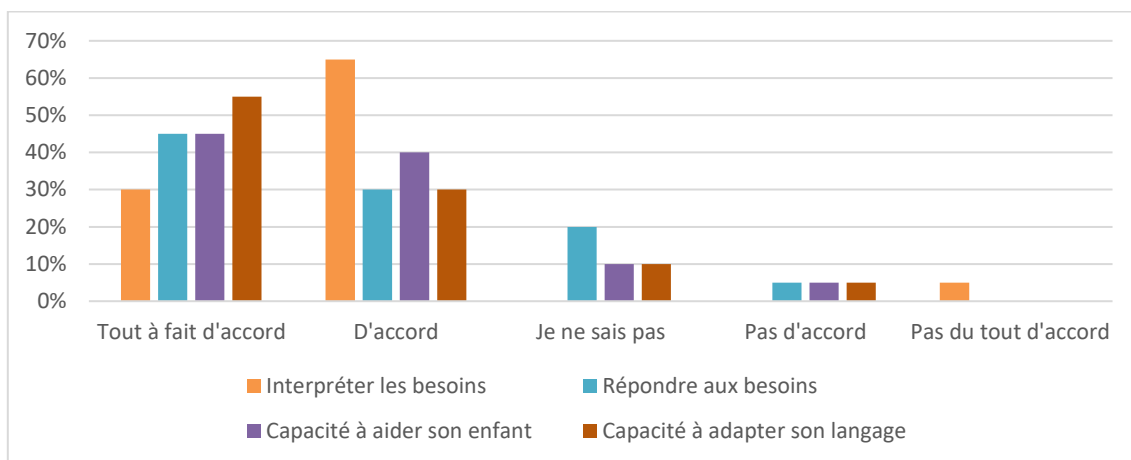
Figure 8. Répartition des résultats obtenus pour les items traitant la cognition parentale



En ce qui concerne les questions portant sur les connaissances, la plupart des parents estiment qu'ils ont une meilleure compréhension du développement du langage (question n°1). Plus précisément, 11 participants (55%) sont entièrement d'accord avec cette affirmation, 7 participants (35%) sont d'accord et seulement 1 participant (5%) n'est pas d'accord. Un participant (5%) a exprimé un avis neutre sur cette question.

De même, la majorité des participants pensent également mieux connaître les difficultés et les points forts de son enfant (questions n°2 et n°3) : 9 participants, soit 45% (question n°2) et 10 participants soit 50% (question n°3) sont tout à fait d'accord avec ces affirmations, 8 participants, soit 40% (question n°2) et 6 participants soit 30% (question n°3) sont d'accord. En revanche, un participant (5%) n'est pas d'accord avec la question n°2 et un autre participant (5%) n'est pas d'accord avec la question n°3. En ce qui concerne les avis neutres, 2 parents (10%) ont exprimé un avis neutre pour la question n°2 et 3 parents (15%) pour la question n°3.

Figure 9. Répartition des résultats obtenus pour les items traitant le sentiment d'auto-efficacité



Concernant les questions relatives au sentiment d'auto-efficacité, la majorité des parents estiment être capables de mieux interpréter les besoins de leur enfant (question n°4) : 6 des participants (30%) se disent tout à fait d'accord avec cette affirmation et 13 participants (65%) se disent d'accord tandis qu'un seul participant (5%) n'est pas d'accord avec cette affirmation. Aucun parent ne présente d'avis neutre pour cette question.

La majorité des participants ont le sentiment d'être capables de mieux répondre aux besoins de leur enfant (question n°5) : 9 des participants (45%) sont tout à fait d'accord avec cette affirmation et 6 participants (30%) se disent d'accord tandis qu'un seul participant (5%) n'est pas d'accord avec cette affirmation. 4 participants (20%) présentent un avis neutre pour cette question.

Concernant la question n°6 portant sur la capacité à aider plus efficacement son enfant dans le développement de son langage, 9 des participants (45%) sont tout à fait d'accord avec cette affirmation et 8 participants (40%) se disent d'accord tandis qu'un seul participant (5%) n'est pas d'accord avec cette affirmation. 2 participants (10%) présentent un avis neutre pour cette question.

Enfin, pour la question n°5 concernant la capacité à mieux adapter son langage lorsque l'on s'adresse à son enfant : 11 des participants (55%) se disent tout à fait d'accord avec cette affirmation et 6 participants (30%) se disent d'accord tandis qu'un seul participant (5%) n'est pas d'accord avec cette affirmation. 2 parents (10%) présentent d'avis neutre pour cette question.

En somme, à l'issue du protocole, la majorité des parents ont amélioré leur niveau de cognition parentale et ont acquis un sentiment d'auto-efficacité plus élevé, ce qui les rend plus confiants dans leur capacité à accompagner leur enfant dans son développement.

F. Vérification de l'hypothèse 5 : effet sur les habitudes parentales

Tableau 11. Évolution des habitudes parentales à l'issue du protocole

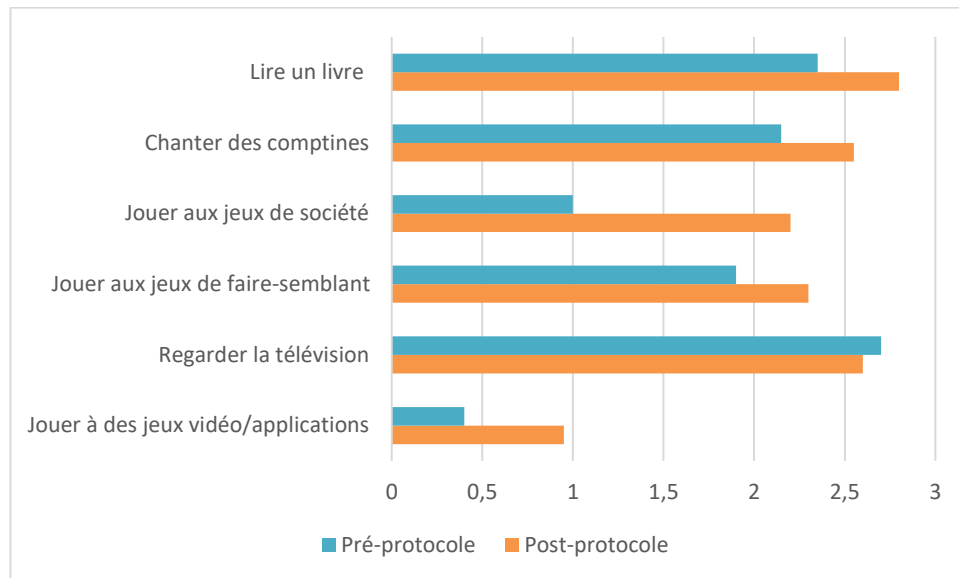
Variable	Pré-protocole (n=20)		Post-protocole (n=20)		Différence des moyennes	Taux d'évolution
	Moyenne	Écart- type	Moyenne	Écart- type		
Lire un livre	2.35	0.81	2.80	0.41	0.45	+ 19.2 %
Chanter des comptines	2.15	1.14	2.55	0.76	1.20	+ 18.6 %
Jouer aux jeux de société	1.00	1.03	2.20	0.62	1.20	+ 120 %
Jouer aux jeux de faire- semblant	1.90	1.29	2.30	0.92	0.40	+ 21 %
Regarder la télévision	2.70	0.57	2.60	0.82	0.10	- 4 %
Jouer à des jeux vidéo/applications	0.40	0.82	0.95	1.28	-0,55	+ 138 %

Pour le questionnaire des habitudes parentales à destination des parents comportant des questions les activités réalisées avec son enfant, on observe :

- une augmentation de 0.45 points en post-protocole de la fréquence des activités de lecture partagée soit une évolution moyenne de 19.2%.
- une augmentation de 1.20 points en post-protocole de la fréquence des activités de comptines soit une évolution moyenne de 18.6%.
- une augmentation de 1.20 points également en post-protocole de la fréquence des activités de jeux de société soit une évolution moyenne de 120%.
- une augmentation de 0.40 points en post-protocole de la fréquence des activités de jeux de faire-semblant soit une évolution moyenne de 21%.
- une diminution de 0.10 points en post-protocole de la fréquence de temps consacré à la télévision soit une diminution moyenne de 4%.

- une augmentation de 0.55 points en post-protocole de la fréquence de temps consacré aux jeux-vidéos et aux applications soit une augmentation de 138% (Tableau 11).

Figure 10. Répartition des résultats obtenus pour le questionnaire des habitudes parentales



Au total, les parents ont augmenté les activités visant à soutenir le développement du langage décrites dans les différents ateliers (livres, comptines, jeux). Ils ont également diminué le temps consacré à la télévision (Figure 10). En revanche, le temps consacré aux jeux vidéo et applications a considérablement augmenté. On peut s’interroger sur ce résultat étonnant :

- Est-ce que les parents ont sous-estimé la durée consacrée par leur enfant aux jeux vidéo et aux applications lors du questionnaire pré-protocole ? La mise en place du protocole aurait donc permis aux parents de prendre conscience de ce temps et d’être plus vigilant, ce qui a rendu leur estimation post-protocole plus précise et objective.
- Est-ce une augmentation réelle du temps consacré aux jeux vidéo et applications en lien avec l’augmentation de l’âge de l’enfant ? La moyenne d’âge au début du protocole était de 3.36 ans lors du bilan pré-protocole et de 3.96 ans lors du bilan post-protocole.
- Est-ce une augmentation du temps consacré à des applications ayant une visée pédagogique qui n’ont pourtant pas été présentées lors des ateliers ?

G. Observation de la satisfaction des familles au regard de leurs attentes

Tableau 12. Pourcentage de satisfaction des parents par rapport aux différents ateliers du protocole « Bien parler pour se construire »

	Tout à fait d'accord	D'accord	Je ne sais pas	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
L'atelier n°1 (le développement du langage) a répondu à vos attentes.	7 (35%)	12 (60%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)
L'atelier n°2 (les livres) a répondu à vos attentes.	10 (50%)	6 (30%)	3 (15%)	1 (5%)	0 (0%)
L'atelier n°3 (les jeux) a répondu à vos attentes.	11 (55%)	6 (30%)	2 (10%)	1 (5%)	0 (0%)
L'atelier n°4 (les comptines) a répondu à vos attentes.	8 (40%)	7 (35%)	4 (20%)	1 (5%)	0 (0%)

Concernant la satisfaction des parents en fonction des différents ateliers, on observe une satisfaction globale (regroupant les réponses « Tout à fait d'accord » et D'accord » de 95% pour l'atelier n°1 sur le développement du langage, de 80% pour l'atelier n°2 sur les livres, de 85% pour l'atelier n°3 sur les jeux et enfin de 75% pour l'atelier n°4 sur les comptines.

Figure 11. Répartition de la satisfaction des parents en fonction des différents ateliers

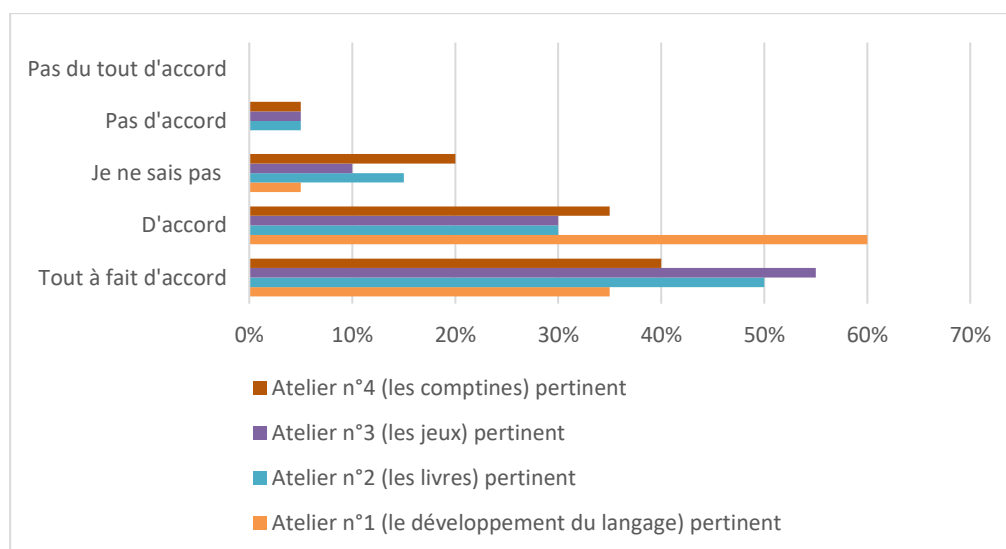


Tableau 13. Pourcentage de satisfaction des parents par rapport aux modalités du protocole « Bien parler pour se construire »

	Tout à fait d'accord	D'accord	Je ne sais pas	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
La durée du programme (6 mois) était suffisante.	3 (15%)	12 (60%)	2 (10%)	3 (15%)	0 (0%)
Le nombre d'ateliers (5 ateliers) était suffisant.	3 (15%)	7 (35%)	3 (15%)	7 (35%)	0 (0%)
Le temps entre les ateliers (1 à 2 mois) était adapté.	5 (25%)	8 (40%)	0 (0%)	7 (35%)	0 (0%)
J'ai trouvé l'ambiance du groupe chaleureuse.	13 (65%)	6 (30%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)
Je me suis senti(e) à l'aise en situation de groupe.	14 (70%)	5 (25%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)
Les échanges avec les autres parents m'ont été bénéfiques.	8 (40%)	9 (45%)	2 (10%)	1 (5%)	0 (0%)

Concernant la satisfaction des parents sur les modalités du protocole « Bien parler pour se construire », on observe que la durée du programme était suffisante pour 75% et insuffisante pour 15% des participants. 10% ont présenté un avis neutre.

Concernant la satisfaction des parents sur le nombre d'ateliers, 50% des participants ont trouvé que le nombre était suffisant, 15% ont eu un avis neutre et 35% ont trouvé le nombre d'ateliers insuffisant.

Pour le temps entre les ateliers, 65% des participants ont trouvé qu'il était adapté et 35% ont trouvé qu'il était inadapté et aurait préféré des séances plus rapprochées.

L'ambiance du groupe a été chaleureuse pour 95% des participants et 95% des participants se sont sentis à l'aise en situation de groupe.

Concernant les échanges avec les autres parents, 85% des participants pensent qu'ils ont été bénéfiques.

Figure 12. Répartition de la satisfaction des parents en fonction des différentes modalités

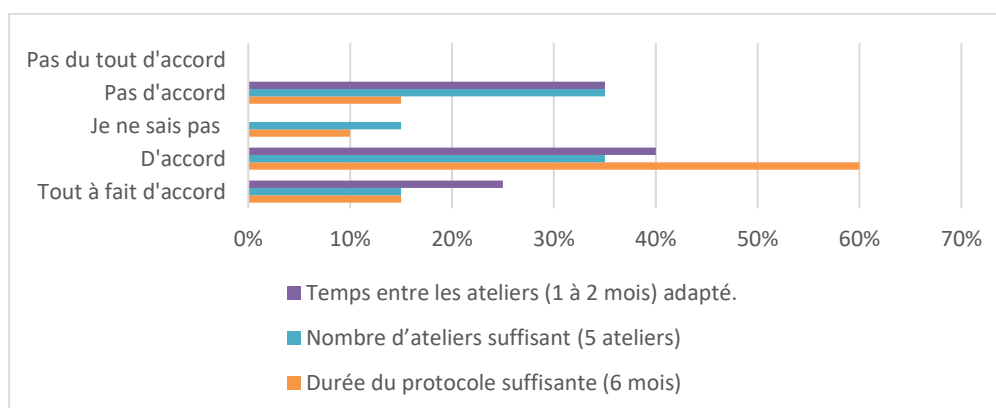


Tableau 14. Pourcentage de satisfaction des parents par rapport aux contenus du protocole
« Bien parler pour se construire »

	Tout à fait d'accord	D'accord	Je ne sais pas	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Les présentations orales vous ont été utiles.	11 (55%)	8 (40%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)
Les propositions et exemples donnés vous ont aidés à les mettre en place à la maison.	12 (60%)	8 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Les fiches récapitulatives vous ont paru claires.	16 (80%)	4 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Les fiches récapitulatives vont ont été utiles à la maison entre les ateliers.	15 (75%)	3 (15%)	1 (5%)	1 (5%)	0 (0%)

Notes.

Concernant les présentations orales, 95% des participants les ont trouvées utiles et 100% des participants ont apprécié les propositions et exemples donnés lors de la présentation.

Les fiches récapitulatives fournies au cours de l'atelier ont été claires pour 100% des participants et 90% des participants les ont utilisées à la maison entre les ateliers.

Tableau 15. Pourcentage de satisfaction des parents par rapport aux activités du protocole « Bien parler pour se construire »

	Tout à fait d'accord	D'accord	Je ne sais pas	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
J'ai trouvé appréciable d'avoir des activités concrètes à mettre en place à la maison.	13 (65%)	7 (35%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
J'ai trouvé appréciable de les mettre en place.	13 (65%)	5 (25%)	1 (5%)	1 (5%)	0 (0%)
J'ai mis en place les activités demandées selon les consignes.	6 (30%)	10 (50%)	1 (5%)	3 (15%)	0 (0%)
J'ai trouvé facilement du temps pour mettre en place les activités.	6 (30%)	11 (55%)	0 (0%)	3 (15%)	0 (0%)
J'ai trouvé que mon enfant a aimé partager ses activités avec moi ou mon conjoint.	13 (65%)	6 (30%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)
J'aurais aimé avoir d'autres propositions d'activités à faire à la maison.	3 (15%)	9 (45%)	4 (20%)	4 (20%)	0 (0%)

Enfin pour les activités, 100% des parents ont trouvé appréciable d'avoir des missions à mettre en place à la maison. 90% d'entre eux ont apprécié de les mettre en place. 80% des participants ont mis en place les activités demandées selon les consignes fournies. On observe que 85% des parents ont trouvé facilement du temps pour mettre en place ces activités contre 15% des parents qui ont éprouvé des difficultés à trouver du temps pour les mettre en place. 95% des parents ont trouvé que leur enfant avait aimé partager ses activités. D'ailleurs, 60% des participants auraient aimé avoir d'autres propositions d'activités à faire à la maison.

Tableau 16. Pourcentage de satisfaction globale des parents par rapport au protocole « Bien parler pour se construire »

	Tout à fait d'accord	D'accord	Je ne sais pas	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
J'ai eu suffisamment de temps pour échanger avec les professionnels de santé.	7 (35%)	10 (50%)	2 (10%)	1 (5%)	0 (0%)
Si c'était à refaire, participeriez-vous à ce protocole de groupe ?	14 (70%)	4 (20%)	1 (5%)	1 (5%)	0 (0%)

Concernant les échanges avec les professionnels de santé, 85% des participants ont eu suffisamment de temps pour échanger avec eux.

Si on leur donnait la possibilité de le refaire, 90% des participants seraient disposés à participer à nouveau à ce protocole de groupe, ce qui suggère une expérience globalement très satisfaisante pour la grande majorité des participants.

H. Analyse des suites thérapeutiques des patients de l'échantillon

Tableau 17. Suites thérapeutiques des patients de l'échantillon

Code	Suites thérapeutiques
BPC1	Suivi en individuel, diagnostic TSA posé post-protocole
BPC2	Suivi en individuel, diagnostic TSA posé post-protocole
BPC3	Suivi en individuel
BPC4	Suivi en individuel
BPC5	Pas de nécessité de poursuivre par un suivi individuel
BPC6	Suivi en individuel
BPC7	Pas de nécessité de poursuivre par un suivi individuel
BPC8	Suivi en individuel, orientation vers neuropédiatre
BPC9	Pas de nécessité de poursuivre par un suivi individuel
BPC10	Suivi en individuel
BPC11	Suivi en individuel
BPC12	Suivi en individuel
BPC13	Suivi en individuel
BPC14	Pas de nécessité de poursuivre par un suivi individuel
BPC15	Suivi en individuel
BPC16	Suivi en individuel
BPC17	Pas de nécessité de poursuivre par un suivi individuel
BPC18	Suivi en individuel
BPC19	Suivi en individuel, orientation vers neuropédiatre
BPC20	Suivi en individuel

Sur 20 patients, 5 patients (soit 25% de l'échantillon) n'ont pas eu besoin de poursuivre la thérapie indirecte de groupe par une prise en soin individuelle. Parmi les 15 autres patients, 2 enfants ont eu un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme posé dans les mois qui ont suivi la fin du protocole et 2 autres enfants ont été orientés vers une neuropédiatre pour des examens complémentaires. L'ensemble des 15 patients bénéficie d'une prise en soin orthophonique en individuel. Les difficultés persistantes en post-protocole concernent principalement la composante « phonologie ».

DISCUSSION

I. Validations et infirmations des hypothèses

L'hypothèse générale de l'étude était de prouver l'efficacité d'une thérapie indirecte de groupe de parents d'enfants de moins de 5 ans présentant des difficultés de langage oral. En effet, des études comme celle de Girolametto (2004) ou de Goldberg (2010) ont cherché à mesurer l'efficacité de ce type de programmes mais ils s'avèrent que de nombreuses études ne précisent pas les modalités d'entraînement des parents et les procédures parentales entraînées. C'est pourquoi nous avons souhaité construire un protocole s'inspirant de différents programmes et pouvant être appliqué à des groupes parents/enfants.

Aussi, nous souhaitions mettre en évidence une progression linguistique des enfants en incluant un groupe contrôle pour qui la thérapie a été différée dans le temps afin de tenter de mettre en évidence la spécificité de la thérapie indirecte de groupe proposée. Il était attendu que le groupe contrôle progresse plus après la période ayant suivi le protocole, ce qui finalement ne semble pas avoir pu être démontré. Cependant, la taille de l'échantillon était très restreinte, de nouvelles études sembleraient nécessaires.

De plus, nous avons comme objectif d'avoir un effet sur les connaissances des parents en termes de développement du langage et de comportements à privilégier pour accompagner son enfant dans ses apprentissages. Par ailleurs, il nous paraissait important d'analyser la progression de la cognition parentale et des habitudes familiales.

A. Progression linguistique des participants

Premièrement, l'hypothèse n°1 selon laquelle le protocole aura un effet sur la progression linguistique est validée pour la composante « lexique » et la modalité « production » de la batterie CLÉA où les résultats sont significatifs. Les résultats concordent avec les résultats présentés dans la méta-analyse de Heidlage et al. (2020) qui indiquent qu'en moyenne, les interventions linguistiques mises en œuvre par les parents ont des effets positifs et significatifs sur « le vocabulaire expressif » des enfants. Néanmoins, les effets des interventions mises en œuvre par les parents peuvent varier en fonction des modalités de l'intervention.

Pour les autres composantes langagières (morphosyntaxe et phonologie), on observe une tendance à l'amélioration mais sans significativité. Toutefois, la présence de différences non significatives ne prouve pas l'inefficacité du protocole mais la présence d'un échantillon certainement trop petit et/ou avec des performances hétérogènes pour analyser finement la progression. En observant les notes standards individuellement, j'observe que 10 patients sur 18 (soit 56% de l'échantillon) ont augmenté leur score en morphosyntaxe et que 7 patients ont augmenté (soit 39% de l'échantillon) leur score en phonologie entre le bilan pré-protocole et le bilan post-protocole. Parmi ces enfants, aucun ne font partie de ceux présentant ou en cours de recherche d'une condition biomédicale telle qu'un trouble du spectre de l'autisme ou qu'une maladie génétique. Une nouvelle observation de la progression linguistique générale des patients a été réalisée en excluant les scores de ces 4 enfants.

Tableau 18. Progression linguistique générale de certains patients entre le bilan initial pré-protocole (B1) et le bilan post-protocole (B2)

Variable	Pré-protocole (B1) (n=14)		Post-protocole (B2) (n=14)		P valeur	B2-B1	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		Différence moyenne	IC à 95%
NS_Lexique	77.79	17.66	88.64	18.55	0.0455 *	+ 10.86	[-21.4646 ; -0.2497]
NS_Morphosyntaxe	85.57	9.34	91.29	15.86	0.2419 NS	+ 5.71	[-15.7824 ; 4.3538]
NS_Phonologie	81.64	8.63	83.21	10.86	0.6237 NS	+ 1.57	[-8.3265 ; 5.1837]
NS_Ressources	103.57	13.00	104.29	16.41	0.8873 NS	+ 0.71	[-11.393 ; 9.9644]
NS_Compréhension	87.50	13.37	95.14	18.22	0.0974 NS	+ 7.64	[-16.8854 ; 1.5997]
NS_Production	76.79	8.95	83.43	13.25	0.0111 *	+ 6.64	[-11.498 ; -1.7877]
Total	85.48	14.91	91.00	16.98	0.0015 **	+ 5.52	[-8.8789 ; -2.1687]

Notes.

B1 : bilan initial ; B2 : bilan final

IC à 95% : intervalles de confiance à 95% déterminées à l'aide d'une distribution t de Student

P valeurs obtenues à partir d'un test t de Student apparié

NS : différence non significative ; * : différence significative $p < 0.05$; ** : différence significative $p < 0.01$; *** : différence significative $p < 0.001$

Cette nouvelle analyse statistique permet d'observer une amélioration plus importante dans toutes les composantes sauf dans la composante « ressources » où le score était meilleur en prenant l'échantillon intégral (Tableau 8).

Pour le score dans la modalité « compréhension », la différence des moyennes entre le bilan pré-protocole et le bilan post-protocole était de +4,31 en prenant l'échantillon intégral (n=18) contre +7.64 en prenant l'échantillon réduit (n=14).

Par ailleurs, on peut également se demander si l'écart d'environ 6 à 7 mois entre le bilan initial pré-protocole et le bilan post-protocole est suffisant pour permettre une amélioration significative du langage. Dans l'étude de Girolametto et al. (1996), les enfants avaient réalisé des gains de développement lexical et morphosyntaxique comparativement à un groupe témoin entre un intervalle de 4 mois entre le pré-test et le post-test.

L'hypothèse n°2, selon laquelle la spécificité du protocole est prouvée grâce aux résultats obtenus par les patients du groupe contrôle, est validée pour certaines composantes et modalités. En effet, pour le groupe contrôle, on observe une amélioration marquée dans la modalité « production » lors de la participation au protocole mais la présence d'une diminution des compétences dans la modalité « compréhension » (*Tableau 8*). Comme l'expliquent Roberts et Kaiser (2011) et Coquet (2017), ils sembleraient que « l'intervention du parent ait un effet plus important sur le niveau de langage expressif alors que l'intervention du spécialiste en ait un plus important sur le niveau de compréhension ». Ainsi, dans nos ateliers il serait nécessaire d'insister, notamment lors de l'atelier « Lisons ensemble », sur l'importance de l'entraînement de la compréhension. Il ne faut donc pas seulement proposer à son enfant des tâches de dénomination, mais aussi de proposer des tâches de désignation et encourager les parents à poser des questions simples au cours de la lecture.

B. Connaissances des parents, « counseling » et « empowerment »

L'hypothèse n°3 selon laquelle les parents ayant participé au protocole amélioreront leurs connaissances sur le développement du langage est validée au regard d'une analyse descriptive des moyennes (*Tableau 9*). Aucun test statistique n'a pu être réalisé en raison de l'anonymat des questionnaires et donc aucune significativité n'a été mise en évidence. Selon Kapengut et Noble (2020), les parents ayant une meilleure compréhension du développement langagier de leur enfant ont tendance à être plus attentifs et à répondre de manière plus efficace aux besoins langagiers de leur enfant. Le partenariat parental mis en place lors de cette thérapie indirecte de groupe visait à encourager la participation et l'engagement du patient dans les activités quotidiennes, notamment en utilisant la notion de counseling pour aider le parent à comprendre et résoudre les difficultés auxquelles il est confronté. Cette approche avait également pour objectif de permettre l'automatisation des compétences parentales (« parent empowerment ») et de favoriser la généralisation des entraînements proposés dans différents contextes.

C. Cognition parentale et sentiment d'auto-efficacité

L'hypothèse n°4 selon laquelle les parents ayant participé au protocole amélioreront leur niveau de cognition parentale en termes de connaissances concernant le développement du langage en général et spécifique à leur enfant ainsi que leur sentiment d'auto-efficacité est validée au regard d'une analyse descriptive des moyennes (*Tableau 10*). En effet, la plupart des parents semblent disposer d'un niveau de cognition parentale plus élevé, que ce soit en termes de connaissances ou de sentiment d'auto-efficacité. Chaney (2013) explique qu'en améliorant les interactions parents-enfants, les perceptions des parents concernant les difficultés de leur enfant et leur niveau de stress changent. Selon Noyan Erbaş et al. (2021), les approches centrées sur les parents ont la capacité de diminuer le niveau de stress, d'anxiété et de dépression des parents tout en renforçant leur confiance en eux et leur compétence parentale. Cette amélioration de leur bien-être peut avoir des effets positifs sur la relation parent-enfant ainsi que sur la dynamique familiale.

D. Habitudes parentales et routines enrichissantes

L'hypothèse n°5 selon laquelle les parents ayant participé au protocole changeront leurs habitudes parentales en augmentant la fréquence d'activités bénéfiques pour le développement du langage avec leur enfant est validée pour les trois activités clés de ce protocole : la fréquence de lecture partagée avec son enfant, la fréquence de temps de comptines et la fréquence d'activités de jeux de société/jeux de faire-semblant. L'intervention mise en œuvre par les parents est donc un moyen d'accroître la généralisation des résultats sur le long terme au sein des interactions communicatives naturelles (Chaney, 2013). Ainsi, Heidlage et al., (2020) expliquent que l'amélioration des stratégies parentales visant à soutenir le développement du langage dans des routines et des activités naturelles peut accélérer l'apprentissage des enfants dans des contextes où l'apprentissage se produit et lorsque l'enfant est motivé pour s'engager avec le parent.

D'autre part, des recherches dans le domaine du développement du langage chez les enfants d'âge préscolaire ont montré que l'augmentation des interactions réciproques, telles que la lecture et le jeu, est associée à une amélioration du développement du langage des enfants. Plus précisément, il a été démontré que les parents qui fournissent un apport linguistique plus riche pendant les routines ont des enfants ayant des compétences linguistiques plus avancées (Cates et al., 2012).

Concernant le temps d'écran, les données récoltées manquaient en précision. Il aurait été utile d'avoir une durée quantitative de temps d'écrans par semaine en précisant le type d'écrans (télévision, jeux-vidéos, applications sur tablettes) utilisés.

II. Limites et forces de l'étude

A. Limites

Les paragraphes suivants mettront en lumière les limites identifiées pour cette étude préliminaire, qui sont essentielles à prendre en compte pour une bonne compréhension des résultats obtenus au cours de cette expérimentation.

1. Limites liées au recrutement et à l'évaluation

Des difficultés ont été rencontrées dans la détection des troubles du langage isolés au sein de notre échantillon d'enfants âgés de 2 ans 6 mois à 4 ans 6 mois. En effet, sur les 20 enfants de notre échantillon, 2 d'entre eux sont porteurs d'un trouble du spectre de l'autisme et 2 autres ont été orientés vers un(e) neuropédiatre pour des investigations supplémentaires. Ainsi, les troubles du langage présents chez certains enfants ont été confondus avec d'autres problèmes de développement tels que le trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

Concernant le recrutement, nous pouvons dire que la faiblesse majeure de l'étude est la taille de l'échantillon (n=20), entraînant un manque de puissance statistique. Les raisons de l'effectif réduit s'expliquent par :

- la recherche d'un échantillon respectant les critères d'inclusion et d'exclusion sans troubles du comportement pouvant entraver le bon déroulement de la thérapie indirecte de groupe,
- la nécessité de disposer de professionnels disponibles souhaitant animer des thérapies indirectes de groupe parents/enfants,
- la nécessité de réduire le nombre de participants à 4 enfants par groupe afin de respecter la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP),
- les capacités d'accueil limitées de la salle de réunion de la Maison médicale de Louviers.

Comme nous l'avons vu précédemment, les bilans langagiers avec la batterie informatisée CLÉA n'ont pas pu être réalisés pour 2 patients non-verbaux d'où la présence d'un effectif égal à 18 lors de l'analyse de la progression linguistique. Néanmoins, le bilan pré-protocole n'a pas pu être réalisé pour ces deux enfants mais un bilan post-protocole a été réalisé. Statistiquement nous ne pouvons pas analyser leur progression mais d'un point de vue qualitatif nous pouvons dire qu'il y a une progression entre les deux temps d'évaluation au vu de la possibilité de réaliser une évaluation du langage en post-protocole.

De plus, l'analyse des résultats peut avoir été biaisée non seulement par le développement spontané de l'enfant, mais également par l'influence significative des différents environnements dans lesquels l'enfant évolue tels que l'école et la famille. La motivation de l'enfant est également un facteur important à prendre en compte. C'est pourquoi nous souhaitons un groupe contrôle pour permettre de montrer la spécificité de la thérapie indirecte de groupe proposée. Toutefois, le groupe contrôle comportait un effectif très réduit avec certains enfants présentant des troubles associés, diagnostiqués après leur participation au protocole.

2. Limites liées au protocole et aux questionnaires

En respectant le principe de fréquence et de cohérence, il aurait été bénéfique d'avoir plusieurs séances par mois afin d'optimiser les résultats. En effet, le programme Hanen, par exemple, est composé de 8 sessions de groupe de 6 à 8 familles d'une durée de 2 heures et demie et également de 3 sessions d'enregistrement vidéo d'interactions parents-enfants (Coquet, 2013). Toutefois, étant donné que ce protocole de groupe était proposé en libéral et face à une forte demande en orthophonie, il était difficile d'organiser davantage de séances par mois.

L'un des objectifs secondaires de ce protocole était de répondre à un manque de temps des professionnels submergés par les demandes en proposant de former les parents dans le cadre d'une thérapie indirecte de groupe. Ainsi, il serait bénéfique d'ajouter une séquence filmée parent-enfant en pré et post-protocole afin de mesurer qualitativement et quantitativement les changements de comportement des parents. Cet enregistrement vidéo permettrait d'observer l'utilisation des différentes stratégies présentées lors des ateliers (ex : la stratégie OAER). Le protocole, tel qu'il a été conçu initialement, ne permet pas de répondre à cette question d'où l'intérêt de séquences « vidéo » avant et après.

Il n'existe pas de questionnaires validés et standardisés pour évaluer les connaissances parentales, les habitudes parentales et la cognition parentale.

Les questionnaires de connaissances parentales et d'habitudes parentales constituent un premier essai. Cependant, d'après moi, il s'avère qu'ils comportent un nombre d'items trop important. Par conséquent, il serait judicieux de simplifier certaines questions pour que tous les parents puissent les comprendre et y répondre précisément.

3. *Limites liées à la méthodologie*

Nous avons utilisé principalement des analyses descriptives nous permettant d'explorer et de visualiser les données. À partir de ces analyses, nous pouvons tirer des conclusions préliminaires sur la tendance des données exploitées. Néanmoins, des analyses statistiques plus précises avec un échantillon plus important auraient permis une évaluation précise de l'effet d'une thérapie indirecte de groupe de parents d'enfants de moins de 5 ans présentant un trouble développemental du langage.

B. Forces

Les paragraphes suivants mettront en avant les nombreux points forts de notre étude.

1. *Forces liées au recrutement et à l'évaluation*

Nous avons ciblé et recruté un échantillon de population spécifique, dans le but d'obtenir des groupes les plus homogènes possible. Pour ce faire, nous avons limité la tranche d'âge à 24 mois (de 2 ans 6 mois à 4 ans 6 mois), défini des critères précis pour analyser les dysfonctionnements langagiers et mis en place un grand nombre de critères d'exclusion et d'inclusion, afin de contrôler un maximum de variables.

Les points forts de cette étude reposent également sur l'outil d'évaluation utilisé. En effet, la batterie informatisée CLÉA est une batterie étalonnée et standardisée offrant des mesures fiables dans différentes composantes langagières.

De plus, il convient également de souligner que toutes les évaluations ont été réalisées par un seul examinateur, à savoir moi-même. Par conséquent, il n'y a aucun biais de passation lié à des différences potentielles entre les examinateurs.

2. Forces liées au protocole et aux questionnaires

Le protocole « Bien parler pour se construire » est une thérapie indirecte de groupe et présente plusieurs avantages :

- Elle offre un environnement où les parents partagent les mêmes problématiques avec leur enfant et peuvent interagir entre eux.
- Les parents peuvent se sentir encouragés et motivés par les autres membres du groupe. La dynamique de groupe peut aider les parents à se sentir soutenus et à appliquer les conseils transmis pour atteindre les objectifs fixés.
- Elle est plus économique en termes de temps et de coût. Les orthophonistes peuvent voir plusieurs patients en même temps, ce qui réduit le temps de traitement individuel nécessaire. De plus, les coûts de la thérapie sont réduits pour le système de santé car les frais de groupe sont moins élevés que ceux des séances individuelles.

Concernant les questionnaires, il n'existe pas de questionnaires validés et standardisés pour évaluer les connaissances parentales, les habitudes parentales et la cognition parentale.

Les questionnaires de connaissances parentales et d'habitudes parentales ont été créés à la suite de plusieurs réunions de synthèse regroupant des orthophonistes et psychologues. Ce sont des premières tentatives qui pourraient servir de point de départ pour de futures études sur ce sujet.

Le questionnaire de la cognition parentale et du sentiment d'auto-efficacité (*Annexe 16*) a été créé par Camille Cornilleau dans son mémoire évaluant le retentissement de la présence parentale sur les progrès de l'enfant en langage oral et sur la cognition parentale. Il s'appuie également sur des données probantes issues de l'article de Stiévenart et Perez (2021).

3. Forces liées à la méthodologie

Le protocole « Bien parler pour se construire » repose sur une approche interactionniste qui prend en compte l'écosystème, telle que décrite par Bronfenbrenner en 1996. L'objectif est de placer l'enfant et son environnement au centre de l'intervention afin de rétablir l'harmonie écosystémique, comme l'explique Perichon en 2021.

De plus, le protocole « Bien parler pour se construire » a été prévu pour qu'il soit mené pendant une période maximale de six mois. Cette durée a été déterminée en tenant compte de la constatation faite par Caouette en 1995 selon laquelle les parents peuvent commencer à se

désinvestir et à perdre leur motivation au-delà de cette période. Également, du fait des contraintes temporelles imposées par le mémoire, il n'était pas possible de proposer le bilan post-protocole plus tard sous peine de ne pas finir le mémoire dans les temps. Cependant, cela aurait été peut-être intéressant d'attendre 8 ou 10 mois plutôt que seulement 6 mois.

III. Perspectives de recherche envisagées

De nombreuses pistes de recherche peuvent être évoquées à l'issue de ce mémoire.

En effet, il pourrait être intéressant de réaliser cette étude sur un échantillon de patients plus important afin de disposer de résultats plus représentatifs. Nous pourrions également confronter les résultats des enfants en comparant une thérapie indirecte de groupe à une thérapie indirecte individuelle ou à une thérapie directe individuelle sur un temps de prise en soin identique.

Pour l'évaluation, il aurait été pertinent de compléter le bilan par un enregistrement vidéo des interactions parent-enfant autour d'une séquence de jeu à réaliser lors du bilan pré-protocole et lors du bilan post-protocole. À l'aide d'une grille d'observation, nous aurions pu analyser avec précision l'évolution des interactions parent-enfant lors d'une tâche de jeu.

D'autre part, il serait intéressant d'analyser les progrès en termes de compétences linguistiques pour l'enfant et de compétences parentales pour les parents 6 mois à 1 an plus tard afin d'observer les effets de la thérapie indirecte de groupe parents/enfants sur le long terme.

Pour les ateliers, la conception d'un nouveau film de prévention, semblable au film « Les clés du langage » mais modernisé et exempt de tout stéréotype de genre serait très utile. Ce film pourrait être transmis aux familles en attente d'un bilan orthophonique afin de leur fournir des premières stratégies pour aider leur enfant à développer ses compétences linguistiques. Un film intitulé « *En attendant le bilan* » réalisé en 2016 par Elsa Job-Pigéard et Carole Vanhoutte, orthophonistes et fondatrices de l'association « Joue pense parle » existe déjà mais il ne semble pas accessible en ligne.

Concernant le déroulement du protocole, les enfants devaient être présents à tous les ateliers hormis lors du premier et du dernier atelier. Or, la nomenclature générale des actes professionnels des orthophonistes (NGAP) empêche la réalisation d'actes orthophoniques sans la présence du patient, le premier atelier et le dernier atelier ont donc été cofinancés par l'Agglomération Seine-Eure et la Coordination Santé Seine-Eure. Actuellement, le protocole « Bien parler pour se construire » n'est donc pas reproductible dans les pratiques

orthophoniques mais suscite la réflexion quant à l'inscription d'un nouvel acte dans la NGAP permettant l'accueil des parents et/ou des aidants sans la présence du patient. En effet, lors de l'atelier n°1, les parents ont témoigné d'un grand intérêt et d'une écoute active et les orthophonistes ont pu transmettre des conseils appropriés à l'entourage proche du patient (Article 14 - Bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013). En inscrivant un nouvel acte dans la NGAP des orthophonistes pour les séances d'orthophonie avec les parents/aidants sans la présence du patient, cela permettrait d'encourager cette pratique et de mieux reconnaître l'importance de l'implication des parents/aidants dans la prise en soin du patient. Ce nouvel acte apparaît essentiel tant pour la prise en soin orthophonique des enfants que pour celle des adultes.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'intérêt de mettre en place une thérapie indirecte de groupe de parents d'enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du langage. Les résultats obtenus dans cette étude expérimentale suggèrent que la thérapie indirecte de groupe est bénéfique et permet une amélioration significative des compétences expressives des enfants.

Cette étude souligne également l'importance de l'accompagnement parental : les parents ont un rôle clé à jouer dans le développement langagier de leur enfant. En effet, les orthophonistes peuvent envisager de proposer des thérapies indirectes de groupe pour les parents afin de leur fournir les compétences et les outils nécessaires pour aider leurs enfants à améliorer leurs compétences communicationnelles et langagières.

En travaillant avec les parents, les orthophonistes peuvent aider les familles à comprendre les besoins de leur enfant, à renforcer leur relation avec eux et à fournir un environnement favorable pour soutenir leur développement linguistique. En participant au protocole « Bien parler pour se construire », les parents ont renforcé les compétences linguistiques de leur enfant à la maison en utilisant les moyens présentés visant à soutenir le développement langagier.

Les thérapies indirectes de groupe sont des interventions pertinentes à inclure dans les pratiques cliniques orthophoniques. Ces premiers résultats sont prometteurs et encouragent la mise en place de telles interventions. Toutefois, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer son efficacité à plus long terme et sur un échantillon plus important.

Dans les années à venir, cette étude pourrait donner naissance à d'autres mémoires d'orthophonie, visant à poursuivre le projet sur une cohorte plus importante.

Enfin, ce mémoire soulève également la possibilité de créer un nouvel acte médical orthophonique (AMO), intégré à la NGAP, qui permettrait aux parents ou aux aidants d'un patient de consulter l'orthophoniste sans la présence obligatoire du patient. Actuellement, les orthophonistes ne sont pas autorisés à être rémunérés pour des consultations avec les parents et/ou les aidants sans la présence du patient.

BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES

- Adès, J., Agid, Y., Bach, J.-F., Barthélémy, C., Bégué, P., Berthoz, A., Dubertret, L., Falissard, B., Le Moal, M., Léna, P., & Tisseron, S. (2019). L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans : Appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203(6), 381-393. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2019.06.004>
- Anderson, D. R., & Pempek, T. A. (2005). Television and Very Young Children. *American Behavioral Scientist*, 48(5), 505-522. <https://doi.org/10.1177/0002764204271506>
- Berthomier, N., & Octobre, S. (2019). Enfant et écrans de 0 à 2 ans à travers le suivi de cohorte Elfe. *Culture études*, 1(1), 1-32. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cule.191.0001>
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & and the CATALISE-2 consortium. (2017). Phase 2 of CATALISE : A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068-1080. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>
- Bloom, L., & Lahey, M. (1978). Language development and language disorders. <https://doi.org/10.7916/D8QZ2GQ5>
- Brassart, E. (2015). La guidance parentale logopédique : Un outil pour améliorer la communication et le comportement d'enfants d'âge préscolaire. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1229.5440>
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development : Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>
- Bruner, J. S. (1974). From communication to language : A psychological perspective. *Cognition*, 3(3), 255-287. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(74\)90012-2](https://doi.org/10.1016/0010-0277(74)90012-2)
- Bruner, J. S., Watson, R., Piveteau, J., & Chambert, J. (1987). Comment les enfants apprennent à parler. Retz.
- Bryant, P. E., Bradley, L., Maclean, M., & Crossland, J. (1989). Nursery rhymes, phonological skills and reading. *Journal of Child Language*, 16(2), 407-428. <https://doi.org/10.1017/S0305000900010485>
- Burrell, T. L., & Borrego, Joaquin. (2012). Parents' Involvement in ASD Treatment : What Is Their Role? *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(3), 423-432. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.04.003>

- Byers-Heinlein, K., & Lew-Williams, C. (2013). Bilingualism in the Early Years : What the Science Says. *LEARNing Landscapes*, 7(1), 95-112. <https://doi.org/10.36510/learnland.v7i1.632>
- Caouette, M.-P. (1995). *Perception des parents relativement aux activités réalisées à domicile à la demande de l'orthophoniste*. Université de Montréal.
- Carter, A. S., Messinger, D. S., Stone, W. L., Celimli, S., Nahmias, A. S., & Yoder, P. (2011). A randomized controlled trial of Hanen's 'More Than Words' in toddlers with early autism symptoms : Hanen's 'More Than Words' RCT. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(7), 741-752. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02395.x>
- Cates, C. B., Dreyer, B. P., Berkule, S. B., White, L. J., Arevalo, J. A., & Mendelsohn, A. L. (2012). Infant Communication and Subsequent Language Development in Children from Low Income Families : The Role of Early Cognitive Stimulation. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, 33(7), 577-585. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318264c10f>
- Chaney, J. (2013). Efficacy et feasibility of parent-Implemented Intervention. https://opensiuc.lib.siu.edu/gp_rp/414/
- Coquet, F. (2017). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent : Les parents au cœur de l'intervention orthophonique* (OrthoÉdition).
- Coquet, F., & Ferrand, P. (2013). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent : Matériels, méthodes et techniques de rééducation* (OrthoÉdition).
- De Diego-Balaguer, R., Martinez-Alvarez, A., & Pons, F. (2016). Temporal Attention as a Scaffold for Language Development. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00044>
- Deniz, E., Francis, G., Torgerson, C., & Toseeb, U. (2022). Parent-mediated play-based interventions to improve social communication and language skills of preschool autistic children: A systematic review and meta-analysis protocol. *PLOS ONE*, 17(8), e0270153. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270153>
- DeVeney, S. L., & Hagaman, J. L. (2016). Comparison of Parent-Implemented and Clinician-Directed Intervention for Toddlers Identified as Late Talkers—A literature review. *10*(6), 1-9.
- DeVeney, S. L., Hagaman, J. L., & Bjornsen, A. L. (2017). Parent-Implemented Versus Clinician-Directed Interventions for Late-Talking Toddlers : A Systematic Review of the Literature. *Communication Disorders Quarterly*, 39(1), 293-302. <https://doi.org/10.1177/1525740117705116>

- Dowdall, N., Melendez-Torres, G. J., Murray, L., Gardner, F., Hartford, L., & Cooper, P. J. (2020). Shared Picture Book Reading Interventions for Child Language Development : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Child Development, 91*(2). <https://doi.org/10.1111/cdev.13225>
- Duch, H., Fisher, E. M., Ensari, I., & Harrington, A. (2013). Screen time use in children under 3 years old : A systematic review of correlates. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 10*(1), 102. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-102>
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 13*(4), 370-378. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20176>
- Duyme, M., Capron, C., & Zorman, M. (2010). L'Inventaire du Développement de l'Enfant (IDE) : Manuel d'utilisation. *Devenir, 22*(1), 27. <https://doi.org/10.3917/dev.101.0027>
- Ebbels, S. H., McCartney, E., Slonims, V., Dockrell, J. E., & Norbury, C. F. (2019). Evidence-based pathways to intervention for children with language disorders. *International Journal of Language & Communication Disorders, 54*(1), 3-19. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12387>
- Fresnay, A. (2020). Formation ChronOrtho 3—L'accompagnement parental.
- Gauthier, J.-M., & Lejeune, C. (2008). Les comptines et leur utilité dans le développement de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 56*(7), 413-421. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.04.009>
- Gentaz, É., & Lejeune, F. (2022). Avant-propos—Effet des écrans sur le développement des enfants. *ANAE - Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant, 178*, 307-308.
- Gibbard, D., Coglan, L., & MacDonald, J. (2004). Cost-effectiveness analysis of current practice and parent intervention for children under 3 years presenting with expressive language delay. *International Journal of Language & Communication Disorders, 39*(2), 229-244. <https://doi.org/10.1080/13682820310001618839>
- Girolametto, L. (2000). Parent Involvement in Early Language Intervention : Effectiveness of the Hanen Parent Program. *Rééducation orthophonique, 38*(203), 31-62.
- Girolametto, L., Pearce, P. S., & Weitzman, E. (1996). Interactive Focused Stimulation for Toddlers With Expressive Vocabulary Delays. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 39*(6), 1274-1283. <https://doi.org/10.1044/jshr.3906.1274>
- Girolametto, L., Weitzman, E., Wiigs, M., & Pearce, P. S. (1999). The Relationship Between Maternal Language Measures and Language Development in Toddlers With Expressive

- Vocabulary Delays. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(4), 364-374. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0804.364>
- Goëtz-Georges, M. (2009). Apprendre à parler avec des comptines. Retz. <https://doi.org/10.14375/NP.9782725625744>
- Goldberg, R. (2010). Is parent based intervention equally as effective for improving language outcomes as clinic based therapy for preschool children with language impairment ?
- Grolig, L. (2020). Shared Storybook Reading and Oral Language Development : A Bioecological Perspective. *Frontiers in Psychology*, 11, 1818. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01818>
- Guralnick, M. J. (2011). Why Early Intervention Works : A Systems Perspective. *Infants & Young Children*, 24(1), 6-28. <https://doi.org/10.1097/IYC.0b013e3182002cfe>
- Hammer, C. S., Tomblin, J. B., Zhang, X., & Weiss, A. L. (2001). Relationship between parenting behaviours and specific language impairment in children. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(2), 185-205. <https://doi.org/10.1080/13682820010019919>
- Harper, L. J. (2011). Nursery Rhyme Knowledge and Phonological Awareness in Preschool Children.
- Hart, B., & Risley, T. R. (1995). Meaningful differences in the everyday experience of young American children. P.H. Brookes.
- Heidlage, J. K., Cunningham, J. E., Kaiser, A. P., Trivette, C. M., Barton, E. E., Frey, J. R., & 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>
- Hoff, E., & Naigles, L. (2002). How Children Use Input to Acquire a Lexicon. *Child Development*, 73(2), 418-433. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00415>
- Ireton, H. (1992). *Child Development Inventory*. <https://doi.org/10.1037/t05317-000>
- Job-Pigeard, E., & Vanhoutte, C. (2016). *En attendant le bilan*.
- Kapengut, D., & Noble, K. (2020). Parental Language and Learning Directed to the Young Child. *Future of Children*, 30(2), 71-92.
- Klatte, I. S., Harding, S., & Roulstone, S. (2019). Speech and language therapists' views on parents' engagement in Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54(4), 553-564. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12459>

- Kuhl, P. K. (2010). Brain Mechanisms in Early Language Acquisition. *Neuron*, 67(5), 713-727. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.08.038>
- Law, J., Garrett, Z., & Nye, C. (2003). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004110>
- Law, J., Zeng, B., Lindsay, G., & Beecham, J. (2012). Cost-effectiveness of interventions for children with speech, language and communication needs (SLCN): A review using the Drummond and Jefferson (1996) 'Referee's Checklist': Cost-effectiveness studies of services for SLCN. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00084.x>
- Leclerc, M.-C. (2005). Les précurseurs pragmatiques de la communication chez les bébés. 221, 157-170.
- Leech, K., Wei, R., Harring, J. R., & Rowe, M. L. (2018). A brief parent-focused intervention to improve preschoolers' conversational skills and school readiness. *Developmental Psychology*, 54, 15-28. <https://doi.org/10.1037/dev0000411>
- Lina-Granade, G., & Chapuis, S. (2020). Développement du langage oral chez l'enfant.
- Madigan, S., Browne, D., Racine, N., Mori, C., & Tough, S. (2019). Association Between Screen Time and Children's Performance on a Developmental Screening Test. *JAMA Pediatrics*, 173(3), 244. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.5056>
- Madigan, S., McArthur, B. A., Anhorn, C., Eirich, R., & Christakis, D. A. (2020). Associations Between Screen Use and Child Language Skills: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 174(7), 665. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0327>
- Maillart, C., Leroy, S., Quintin, E., Ranc, L., Derouaux, F., D'Harcour, E., Al Mounajjed, M., Caet, S., Leroy-Collombel, M., & Morgenstern, A. (2011). Des interactions enrichies qui soutiennent le développement du langage : Effets à court et moyen terme (6 mois) d'une guidance parentale logopédique. *ANAE - Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 112-113.
- Marinopoulos, S. (2009). Dites-moi à quoi il joue, je vous dirai comment il va.
- Massaro, D. W. (2017). Reading Aloud to Children: Benefits and Implications for Acquiring Literacy Before Schooling Begins. *The American Journal of Psychology*, 130(1), 63-72. <https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.130.1.0063>
- Matte-Landry, A., Boivin, M., Tanguay-Garneau, L., Mimeau, C., Brendgen, M., Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Dionne, G. (2020). Children With Persistent Versus Transient Early Language Delay: Language, Academic, and Psychosocial Outcomes in Elementary School.

Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 63(11), 3760-3774.
https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00230

Mendelsohn, A. L., Cates, C. B., Weisleder, A., Berkule Johnson, S., Seery, A. M., Canfield, C. F., Huberman, H. S., & Dreyer, B. P. (2018). Reading Aloud, Play, and Social-Emotional Development. *Pediatrics*, 141(5), e20173393. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3393>

Monfort, M., & Juárez Sánchez, A. (2000). L'intervention centrée sur l'interaction familiale dans les cas de troubles graves du développement du langage. *Rééducation orthophonique*, 203.

Moseley, M. J. (1990). Mother-child interaction with preschool language-delayed children : Structuring conversations. *Journal of Communication Disorders*, 23(3), 187-203. [https://doi.org/10.1016/0021-9924\(90\)90022-Q](https://doi.org/10.1016/0021-9924(90)90022-Q)

Mouton, B., Loop, L., Stiévenart, M., & Roskam, I. (2018). Confident Parents for Easier Children : A Parental Self-Efficacy Program to Improve Young Children's Behavior. *Education Sciences*, 8(3), 134. <https://doi.org/10.3390/educsci8030134>

Noyan Erbaş, A., Özcebe, E., & Cak Esen, T. (2021). Investigation of the effect of Hanen's « More Than Words » on parental self-efficacy, emotional states, perceived social support, and on communication skills of children with ASD. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 46(1), 17-27. <https://doi.org/10.1080/14015439.2020.1717601>

O'Fallon, M. K., Alper, R. M., Beiting, M., & Luo, R. (2022). Assessing Shared Reading in Families at Risk : Does Quantity Predict Quality? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 31(5), 2108-2122. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-22-00013

O'Toole, C., Lyons, R., & Houghton, C. (2021). A Qualitative Evidence Synthesis of Parental Experiences and Perceptions of Parent-Child Interaction Therapy for Preschool Children With Communication Difficulties. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 64(8), 3159-3185. https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-20-00732

Pasquet, F., Parbeau-Guéno, A., & Bourg, É. (2014). Principes fondamentaux de CléA. Manuel CléA : communiquer lire écrire pour apprendre. ECPA Pearson.

Pepper, J., Weitzman, E., & Manolson, H. A. (2006). Parler, un jeu à deux : Un guide pratique pour les parents d'enfants présentant des retards dans l'acquisition du langage. Hanen Centre.

Perichon, J., & Gonnot, S. (2021). Le partenariat parental en orthophonie : Proposition d'une nouvelle classification terminologique. *L'orthophoniste*, 406, 17-23.

Przybylski, A. K. (2019). Digital Screen Time and Pediatric Sleep : Evidence from a Preregistered Cohort Study. *The Journal of Pediatrics*, 205, 218-223.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.054>

- Riordan, J., Reese, E., Das, S., Carroll, J., & Schaughency, E. (2022). Tender Shoots : A Randomized Controlled Trial of Two Shared-reading Approaches for Enhancing Parent-child Interactions and Children's Oral Language and Literacy Skills. *Scientific Studies of Reading*, 26(3), 183-203. <https://doi.org/10.1080/10888438.2021.1926464>
- Roberts, M. Y., Curtis, P. R., Sone, B. J., & Hampton, L. H. (2019). Association of Parent Training With Child Language Development : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 173(7), 671. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.1197>
- Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2011). The Effectiveness of Parent-Implemented Language Interventions : A Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 180-199. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2011/10-0055\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011/10-0055))
- Small, G. W., Lee, J., Kaufman, A., Jalil, J., Siddarth, P., Gaddipati, H., Moody, T. D., & Bookheimer, S. Y. (2020). Brain health consequences of digital technology use. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(2), 179-187. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.2/gsmall>
- Smith, K. E., Landry, S. H., & Swank, P. R. (2000). Does the Content of Mothers' Verbal Stimulation Explain Differences in Children's Development of Verbal and Nonverbal Cognitive Skills? *Journal of School Psychology*, 38(1), 27-49. [https://doi.org/10.1016/S0022-4405\(99\)00035-7](https://doi.org/10.1016/S0022-4405(99)00035-7)
- Stiévenart, M., & Martinez Perez, T. (2021). How can parental self-efficacy support children's early language development? Review of preliminary research and future perspectives. *European Journal of Developmental Psychology*, 18(2), 199-213. <https://doi.org/10.1080/17405629.2020.1776102>
- Strouse, G. A., & Samson, J. E. (2021). Learning From Video : A Meta-Analysis of the Video Deficit in Children Ages 0 to 6 Years. *Child Development*, 92(1). <https://doi.org/10.1111/cdev.13429>
- Tamis-LeMonda, C. S., Bornstein, M. H., & 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>
- Thomine, P (2003). Les Clés du Langage [DVD].
- Timperley, S., Schaughency, E., Riordan, J., Carroll, J., Das, S., & Reese, E. (2022). Tender Shoots : Effects of a Preschool Shared Book Reading Preventive Intervention on Parent-Child Reading and Parents' Involvement in the First Year of School. *School Mental Health*, 14(2), 238-253. <https://doi.org/10.1007/s12310-022-09505-6>
- Tomasello, M., & Todd, J. (1983). Joint attention and lexical acquisition style. *First Language*, 4(12), 197-211. <https://doi.org/10.1177/014272378300401202>

- Tomasello, N. M., Manning, A. R., & Dulmus, C. N. (2010). Family-Centered Early Intervention for Infants and Toddlers With Disabilities. *Journal of Family Social Work, 13*(2), 163-172. <https://doi.org/10.1080/10522150903503010>
- Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E., & O'Brien, M. (1997). Prevalence of Specific Language Impairment in Kindergarten Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 40*(6), 1245-1260. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4006.1245>
- Tosh, R., Arnott, W., & Scarinci, N. (2017). Parent-implemented home therapy programmes for speech and language : A systematic review: Home programmes for speech and language: a review. *International Journal of Language & Communication Disorders, 52*(3), 253-269. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12280>
- Vigil, D. C., Hodges, J., & Klee, T. (2005). Quantity and quality of parental language input to late-talking toddlers during play. *Child Language Teaching and Therapy, 21*(2), 107-122. <https://doi.org/10.1191/0265659005ct284oa>
- Vygotsky, L. S., & Kozulin, A. (1986). *Thought and language* (Translation newly rev. and edited). MIT Press.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment : Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology, 23*(5), 581-599. <https://doi.org/10.1007/BF02506983>

ANNEXES

Annexe 1. Affiche de présentation du projet installée dans les salles d'attente des professionnels de santé de l'Eure mise en page par Samuel Bruder, créateur d'Artiskit

Bien parler pour se construire

Vous pensez que votre enfant présente des difficultés de langage?

Parlez-en à votre professionnel de santé!

Illustration d'une famille diverse (mère, père, trois enfants) et de deux professionnels de santé (un médecin et une infirmière) discutant à un bureau. Un QR code est visible à droite.

seine-eure
agglo

Coordination Santé
Seine - Eure

14 Rue du Pas des Heures 27100 Val-de-Reuil
02 . 32 . 59 . 11 . 92

Illustration : Samuel Bruder Artiskit

Annexe 2. Extrait de l'article rédigé sur le site internet de la Coordination Seine-Eure



La COSSE
c'est quoi ?

\$
Espace
professionnels

%
Espace
Particuliers

&
Espace
Partenaires

□
Annuaire
la COSSE

(
L'actu de
l'association

! » Espace professionnels » Bien parler pour se construire

» Nous contacter

Accès extranet

Professionnels Veuillez utiliser le formulaire ci-dessous pour accéder à votre espace Extranet

Identifiant

OK

Les actions et projets

Bien parler pour se construire

Éducation Thérapeutique du Patient Diabétique

Éducation thérapeutique en chimiothérapie orale

Un protocole pour les enfants qui sont ou pourront être en surpoids

La lombalgie chronique

Tontine

Les plaies et la cicatrisation

La prise en charge de la personne âgée

Le bilan du kinésithérapeute

Les troubles du langage

La parentalité

La dépression, ça se soigne !

Sport sur ordonnance

Animation locale de l'offre de soins primaire et démographie des professionnels de santé

Coordination Clinique de Proximité

Le Secrétariat Mutualisé

Un partenariat COSSE/Centre BECQUEREL sur le cancer

Les médicaments génériques

Vous suspectez un trouble du langage chez un de vos patients ?

Face aux délais trop importants pour un bilan initial orthophonique (1 à 2 ans) ayant des conséquences graves sur le développement d'enfants souffrant d'un trouble du langage oral, la COSSE met en oeuvre un projet

Il s'agit d'une thérapie indirecte de groupe parents-enfants animée par une orthophoniste et une psychologue.

Pourquoi

- Pour éviter la surpathologie (trouble des apprentissages à l'école suite à un retard de parole ou de langage qui n'a pas été traité à temps).
- Pour évaluer l'efficacité de cette expérience pilote visant à donner des outils de remédiation aux parents dont les enfants souffrent d'un retard de parole ou de langage oral

Critères d'inclusion

- Enfants âgés de 2,6 à 3,6 ans présentant un retard de parole et/ou de langage isolé.
- Famille résidant sur le territoire de la CASE.
- Adhésion des parents.
- Engagement à se libérer 1 fois par mois pendant 5 mois avec son enfant.
- L'enfant présente un ou plusieurs symptômes parmi :
 - Vocabulaire réceptif et expressif pauvre.
 - Difficultés à comprendre des phrases complexes.
 - Production de phrases pas ou peu élaborées.
 - Difficilement intelligible par l'entourage proche et/ou des personnes peu habituées à l'enfant.

Critères d'exclusion

- Trouble du spectre autistique
- Infirmité motrice cérébrale
- Syndrome génétique
- Retard global du développement

Déroulement

- 5 ateliers de thérapie parents-enfants animés par une orthophoniste et une psychologue. Fiche action [ici](#)
- Ces ateliers porteront sur :
 - Les notions clés du développement du langage oral
 - Des démonstrations et des mises en situation
 - Un programme de rééducation à suivre à la maison
 - Des fiches pratiques et théoriques
 - Le matériel nécessaire sera fourni en grande partie

Procédure d'inscription

Si vous suspectez un trouble du langage

- Vous pouvez donner un [questionnaire](#) à remplir par les parents et à renvoyer : Maison de Santé Simone Veil « Bien parler pour se construire »
4 rue du Commandant l'Herminier
27400 Louviers
- Suite à la réponse des orthophonistes.
- Deux cas possibles
 1. Refus : explication et réorientation vers les professionnels ou structures de soin adaptées
 2. Acceptation : Prise de RDV pour participer au protocole.
- Puis le professionnel prescripteur est informé de l'intégration ou non de l'enfant dans le protocole.

Le projet est co-financé par l'Agglo Seine-Eure.



Coordination santé Seine-Eure
Hôtel d'entreprise des 4 soleils
Bureau 21, 14 rue du pas des heures
27100 Val de Reuil

Missions
Nous contacter
Actualités

Glossaire
Newsletter
Mentions légales

Accès Extranet

Identifiant

OK

Annexe 3. Support d'explication du protocole pour les professionnels de santé du département de l'Eure

Procédure d'inscription	Professionnels et instances impliqués	Bien parler pour se construire
<p>1) Vous suspectez un trouble du langage</p> <p>2) Vous pouvez donner un questionnaire à remplir par les parents et à renvoyer :</p> <p>« Bien parler pour se construire » Maison de Santé Simone Veil 4 rue du Commandant l'Herminier 27400 Louviers</p> <p>3) Attente d'une réponse des orthophonistes.</p> <p>Deux cas possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Refus : explication et réorientation vers les professionnels ou structures de soin adaptées o Acceptation : Prise de RDV pour participer au protocole. Prévoir une ordonnance. <p>4) Information du professionnel prescripteur concernant l'intégration ou non de l'enfant dans le protocole.</p>	<p>Virginie PERRIER-SAIGRE, orthophoniste Barbara KONTO, orthophoniste Fanny DENIS, psychologue Maëva MILLOT, psychologue Virginie DUMONT-TABARY, médecin généraliste Christine CHARPENTIER, sage-femme Olivier LAQUEVRE, coordinateur COSSE Alexia ROTROU, étudiante en orthophonie</p> <p><i>Projet soutenu et financé par :</i></p> 	<p>Plaquette à destination des professionnels de santé</p> 

Description	Pour qui ?	Comment ?
<p>Face aux délais trop importants pour un bilan initial orthophonique (1 à 2 ans) ayant des conséquences graves sur le développement d'enfants souffrant d'un trouble du langage oral, mise en œuvre d'un projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Thérapie indirecte de groupe parents-enfants animée par une orthophoniste et une psychologue. <p>Pourquoi ?</p> <ul style="list-style-type: none"> o Pour éviter la surpathologie (trouble des apprentissages à l'école suite à un retard de parole ou de langage qui n'a pas été traité à temps). o Expérience pilote dont l'efficacité sera évaluée et visant à donner des outils de remédiation aux parents dont les enfants souffrent d'un retard de parole ou de langage oral 	<p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Enfants âgés de 2 ans 6 mois à 4 ans présentant un retard de parole et/ou de langage isolé. o Famille résidant sur le territoire de la CASE. o Adhésion des parents. Engagement à se libérer 1 fois par mois pendant 5 mois avec son enfant. o Présentant un ou plusieurs symptômes parmi : <ul style="list-style-type: none"> o Vocabulaire réceptif et expressif pauvre. o Difficultés à comprendre des phrases complexes. o Production de phrases pas ou peu élaborées. o Difficilement intelligible par l'entourage proche et/ou des personnes peu habituées à l'enfant. <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Trouble du spectre autistique o Infirmitté motrice cérébrale o Syndrome génétique o Retard global du développement 	<ul style="list-style-type: none"> o 5 ateliers de thérapie parents-enfants animés par une orthophoniste et une psychologue. o Ces ateliers porteront sur : <ul style="list-style-type: none"> o Les notions clés du développement du langage oral o Des démonstrations et des mises en situation o Un programme de rééducation à suivre à la maison o Des fiches pratiques et théoriques <p>Le matériel nécessaire sera fourni en grande partie.</p>

Annexe 4. Dossier à remplir par les familles pour faire une demande de participation au protocole « Bien parler pour se construire »

« BIEN PARLER POUR SE CONSTRUIRE »

DOSSIER PARENT



QUESTIONNAIRE D'ANAMNÈSE À DESTINATION DES PARENTS

Date :

ENFANT

Nom et Prénom de votre enfant : Date de naissance :

Lieu de naissance : Nationalité :

Langue(s) parlée(s) à la maison : Si plus d'une langue parlée, indiquer la langue majoritaire :

Classe : TPS PS MS GS Autre : Lieu(x) d'accueil : Crèche Nourrice Autre :

Âge de la marche : Terme de Naissance :

Âge d'apparition des premiers mots : Hospitalisation : oui non Si oui, durée : motif :

Troubles du langage dans la famille : oui non

Si oui, personne(s) concernée(s) : Audition : testée non testée Si oui, année :

Vue : testée non testée Si oui, année :

RESPONSABLES LÉGAUX

PARENT 1

Nom :
Prénom :
Âge :
Situation familiale :

PARENT 2

Nom :
Prénom :
Âge :
Profession :
Téléphone :

AUTORISATION

J'autorise que mes données personnelles soient utilisées anonymement dans le cadre d'un travail de recherche

OUI NON

SIGNATURES DES RESPONSABLES LÉGAUX

DATE :

FRATRIE

Prénom des frères et sœurs	Date de naissance	Classe

Merci de déposer ce questionnaire sous 15 jours avec une ordonnance de votre médecin traitant à la Maison Médicale Simone Veil 4 rue du Commandant l'Herminier 27400 LOUVIERS

IDE FORME LANGAGE - QUESTIONNAIRE PARENTAL

Instructions	PARTIE AP	OUI NON
<p>Vous devez lire attentivement chacune des descriptions et cocher la réponse "OUI" ou "NON".</p> <p>➤ Vous cochez "OUI" :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si la description traduit le comportement actuel de votre enfant, - si ce comportement traduit ce que votre enfant faisait lorsqu'il était plus jeune, comme babiller, A au moins 10 mots de vocabulaire. <p>➤ Vous cochez "non" :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si la description ne traduit pas le comportement de votre enfant, - si ce comportement traduit ce que votre enfant commence juste à faire, ou s'il arrive à le faire seulement quelquefois <p>Cet inventaire concerne les enfants de 15 mois à 6 ans et demi : il est donc normal, pour les enfants jeunes, de ne pas répondre OUI à toutes les descriptions.</p> <p>En remplissant le questionnaire, vous pouvez rencontrer des difficultés de lecture ou de compréhension. Dans ce cas, n'hésitez pas à demander plus d'informations à la personne qui vous a donné ce questionnaire.</p>	<p style="text-align: center;">OUI NON</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>LEX</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> « Babille » : fait des suites de sons comme s'il faisait des phrases ou, le faisait lorsqu'il était plus jeune.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Montre les objets.</p> <p>LCO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Répond à son nom : se retourne et regarde.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Imité certains des sons que vous faites. ou, le faisait étant plus jeune.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Généralement, vient quand on l'appelle.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fait un geste de la main pour dire au revoir.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comprend « Non, Non » et arrête son activité, au moins, un petit moment.</p> <p style="text-align: center;">OUI NON</p> <p>LEX</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vous appelle : « maman » ou « papa » ou vous donne un nom similaire.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Emploie au minimum 2 mots en plus des mots « maman » ou « papa ».</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A au moins 10 mots de vocabulaire. Utilise au moins 5 noms d'objets familiers.</p>	<p>LEX</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lorsqu'il parle d'objets lui appartenant, emploie les mots : « mon », « ma », « lemien » ou « la mienne ».</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pour en demander plus, s'exprime avec des mots et dit « plus », « un autre » ou « encore ».</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Demande à boire ou à manger en utilisant des mots ou des sons.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Utilise 2 ou 3 mots ou plus dans ses phrases.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dans les livres d'images, nomme quelques objets familiers.</p> <p>LCO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quand on le lui demande, montre au moins 3 parties du corps humain comme les yeux, le nez, la bouche, les mains ou les pieds.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comprend ce que « enlever » et « mettre » signifient.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Répond de manière appropriée « oui » ou « non » à des questions simples.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Suit 2 parties d'une instruction comme, par exemple : « Va dans ta chambre et apporte-moi ... ».</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Suit des ordres simples.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comprend les mots « ouvre » et « ferme », ou « referme », et indique les directions en utilisant ces mots.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Généralement, vous tend un jouet quand vous le lui demandez.</p>
	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1</div>	

RAPPEL :

- vous cochez **NON** si ce comportement traduit ce que votre enfant **commence juste à faire, ou s'il le fait seulement quelquefois.**
- vous cochez **NON** si la phrase ne décrit pas le comportement de votre enfant,
- vous cochez **OUI** si l'énoncé décrit le comportement actuel de votre enfant,
- vous cochez **OUI** si ce comportement décrit ce que faisait votre enfant quand il était plus jeune.

OUI NON

LEX

- Indique l'action en cours lorsqu'il regarde les images d'un livre, par exemple, déclare « le minou est en train de manger ».
- Emploie la négation dans des phrases.
- Formule des phrases composées d'au moins 4 mots.
- Utilise au moins un des mots suivants : « moi », « je », « il », « elle », « tu » ou « ça ».
- A un vocabulaire d'au moins 20 mots.
- Sait parler à voix basse.
- Utilise : « s'il te plaît » et « merci » de façon appropriée.
- Nomme, quand on le lui demande, au moins 5 parties du corps humain comme les yeux, le nez, la bouche, les mains ou les pieds.

LCO

- Comprend le sens de « vers le haut », « en haut » et « vers le bas », « en bas ».
- Emploie les mots « grand » et « petit ».
- Donne au moins son prénom quand on lui demande : « Quel est ton nom? ».
- Comprend la signification d'au moins 3 mots de position tels que : « dans », « sur », « sous », « à côté » ...

OUI NON

- Dit quand quelque chose est lourd.
- Répond aux questions telles que : « Que dit un minou ?, ... un toutou ?, ... un canard ? ».
- Exprime par des mots ce qu'il aime et ce qu'il n'aime pas.

PARTIE C

OUI NON

LEX

- Utilise le mot « tu » dans des phrases.
- Décrit des objets de façon précise, en détail, par exemple, dit : « la poupée a des cheveux, une robe... », « le toutou a une queue », etc
- Utilise les expressions « j' sais pas », « j' peux pas » ou « j' veux pas ».
- Emploie « un » et « une », « de » et « d' » et « de » et « la », dans ses phrases. Dit, par exemple, « Tiens...un chien ! » ou « Regarde le minou ».
- Emploie correctement les mots « moi », « mon » et « je ».
- Chante des chansons simples.
- Pose des questions commençant par « Que », « Quoi », « Quel » ou bien « Où ».
- Donne des raisons en utilisant le mot « parce que ».
- Parle clairement. La plupart du temps, son langage est compréhensible.
- Pose des questions commençant par : « pourquoi? », « quand ? » ou « comment ? ».
- Dans des conversations de tous les jours, utilise 50 mots ou plus.

OUI NON

- Pose des questions simples et grammaticalement correctes.
- Parle en mettant les mots dans le bon ordre.

LCO

- Parle de lui et des autres enfants en utilisant « garçon » ou « fille » de façon appropriée.
- Répond aux questions comme : « Que fais-tu avec un biscuit ? un chapeau ? un verre ? ».
- Répond aux questions du type : « Que fais-tu quand tu as soif ? .. quand tu as faim ? .. quand tu es fatigué ? ».
- Emploie de façon appropriée les mots « vite » et « lent » (ou « doucement »).
- Comprend ce que les mots « plein » et « vide » signifient, et les emploie de façon appropriée.
- Dit si un bruit est fort ou faible.
- Dit son nom et son prénom quand on le lui demande.
- Utilise les mots « gentil » ou « méchant » pour se décrire ou décrire les autres enfants.
- Comprend la signification d'au moins 6 mots de position tels que : « dans », « sur », « sous », « à côté », « en haut », « en bas », « dessus », « dessous »
- Parle de ce qu'il ressent : s'il est heureux, triste, méchant, en colère.
- Identifie correctement au moins une couleur, en la nommant.
- Décrit des objets en utilisant des mots descriptifs comme « petit », « rouge », « bon », « rigolo » ...

Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions et tournez la page SVP. Merci.

- RAPPEL :**
- vous cochez **NON** si ce comportement traduit ce que votre enfant **commence juste à faire**, ou s'il le fait **seulement quelquefois**.
 - vous cochez **NON** si la phrase **ne décrit pas** le comportement de votre enfant.
 - vous cochez **OUI** si l'énoncé décrit le comportement **actuel** de votre enfant.
 - vous cochez **OUI** si ce comportement décrit ce que **faisait** votre enfant quand il était plus jeune.

PARTIE D

- LEX**
- Formule des phrases composées d'au moins 6 mots pour exprimer toute sa pensée.
 - Nomme des formes simples comme le rond, le carré, le triangle ou l'étoile.
 - Formule des phrases au pluriel en mettant le pluriel aux articles (les, des,...).
 - Récite des comptines telles que « 1, 2, 3, nous irons au bois... ».
 - Assemble 2 phrases par des mots de liaison comme « et », « ou », « mais ».
 - A beaucoup de vocabulaire (il vous est impossible de compter le nombre exact de mots).
 - Dit – prononce – correctement la plupart des mots qu'il utilise.
- LCO**
- Répond aux questions « pourquoi » en donnant de bonnes explications. Par exemple, « pourquoi portons-nous des manteaux ? ».
 - Quand on lui demande « qu'est-ce que c'est qu'un... ? », décrit l'objet ou dit ce que l'on fait avec. Par exemple, à la question « qu'est-ce qu'une banane ? », il répond « c'est un fruit » ou bien « c'est un fruit » ou bien « c'est jaune » ou « ça se mange ».
 - Identifie précisément au moins 4 couleurs en les nommant correctement

- OUI NON**
- Dit son âge sans se tromper quand on lui demande « Quel âge as-tu ? ».
 - Comprend et utilise correctement les mots « facile » et « difficile » (ou « dur »).
 - Participe aux conversations. Il peut tour à tour parler et écouter les autres.

PARTIE E

- LEX**
- Répète des histoires courtes comme le Petit Chaperon Rouge : donne les événements dans le bon ordre et la fin de l'histoire.
 - Emploie correctement le passé, par exemple, dit: « Je faisais... » ou « nous voulions... ».
 - Formule des phrases structurées comme : « Si je fais ... alors je peux... » ou « Quand je ..., alors... ».
 - Utilise correctement les pluriels irréguliers, par exemple, il dit « des chevaux » et non « des chevals » ou « des animaux » et non « des animals ».
 - Parle de ce qui pourrait arriver, par exemple, dit: « Il va se faire mal s'il ne fait pas plus attention ».
 - Exprime assez facilement ses idées dans des phrases complètes, grammaticalement justes et en prononçant bien la plupart des mots.
 - Utilise des phrases longues, complexes de 10 mots ou plus.
 - Raconte en détail ce qui s'est passé, par exemple, formule des phrases structurées comme « Nous allions à..., et nous..., alors nous ... ».
 - Utilise des pronoms pluriels tels que : « nous », « vous », « ils », « leurs » ou « eux ».
 - Demande la signification des mots.

OUI NON

- LCO**
- Dit les jours de la semaine dans le bon ordre.
 - Utilise correctement les mots : « aujourd'hui », « hier » et « demain ». Distingue sa main droite de la gauche.
 - Connaît la signification des mots « pareil » et « différent », dit en quoi 2 choses sont identiques ou différentes.
 - Répond aux questions comme : « Que fais-tu avec tes yeux ? ... tes oreilles ? ... ».
 - Répond aux questions de type : « Si.... alors...? » comme « Si tu te blesses, alors que fais-tu ? ».
 - Lorsqu'on lui demande « qu'est-ce que ... ? », il répond par le nom de la catégorie à laquelle appartient l'objet. Par exemple, à la question « qu'est-ce qu'un cheval ? », il répond « c'est un animal », à « qu'est-ce qu'une orange? », il répond « c'est un fruit ».
 - Utilise les superlatifs, dit par exemple : « le plus fort, le meilleur le plus grand... ».
 - Dit en quoi sont faits certains objets comme son manteau ou une table, par exemple.
 - Dit le nom de la ville dans laquelle il vit.
 - Répond aux questions telles que « A quoi sert un four ? ... un livre ? ».
 - Exécute dans le bon ordre une série de 3 ordres simples tels que « D'abord, fais cela, puis ... puis ... ».
 - Comprend et utilise correctement les mots « avant » et « après ».
 - Parle du futur et de ce qui pourrait arriver dans l'avenir

3

IDE COMPLÉMENTAIRE - QUESTIONNAIRE PARENTAL

PARTIE A

- Témoinne de la sympathie envers les autres enfants, essaie de les aider et de les consoler (SO)
- Dit parfois « non », quand il n'est pas d'accord. (SO)
- Est attentif à ce qui se passe autour de lui, écoute les autres. (SO)
- Marche sans se faire aider. (MG)
- Lance un ballon tout en restant debout, sans tomber. (MG)
- Court. (MG)
- Tourne les pages des livres d'enfants, une par une. (MF)

PARTIE B

- Aide un peu aux tâches ménagères (SO)
- Demande de l'aide au cours d'une tâche (SO)
- Monte et descend les escaliers seul, sans soutien, en alternant les pieds
- Construit une tour de six cubes. (MF)
- Construit une tour de huit cubes. (MF)

PARTIE C

- S'habille et se déshabille sans aide. (AU)
- Saute d'une marche sans soutien. (MG)
- Dessine des « choses » que l'on reconnaît. (MF)
- Trace ou copie un cercle fermé. (MF)

PARTIE Q

Cochez la bonne réponse

Avez-vous des inquiétudes sur la façon dont votre enfant ? :

- | | OUI | NON | UN PEU |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Parle ou émet des sons ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Comprend ce que vous lui dites ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Utilise ses mains et ses doigts pour faire des choses ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Utilise ses bras et ses jambes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Se comporte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Agit avec les autres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Apprend par lui-même à faire des choses ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de déposer ce questionnaire sous 15 jours avec une ordonnance de votre médecin traitant à :

**Maison Médicale Simone Veil
4 rue du Commandant l'Herminier
27400 LOUVIERS**

4

Annexe 5. Consentement éclairé signé par le responsable légal avant la participation à l'étude

Notice d'information et d'autorisation à destination des parents « Bien parler pour se construire »

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mes études d'orthophonie, je réalise un mémoire sur l'efficacité d'une thérapie indirecte de groupe parents/enfants de 2 ans 6 mois à 4 ans 6 mois en attente d'un bilan orthophonique et présentant des difficultés de langage. Ce mémoire vise à comparer les performances des enfants avant et après la prise en soin orthophonique de groupe.

Je vous propose de participer de façon tout à fait volontaire à l'étude suivante. La décision est totalement vôtre. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer. Votre participation nécessite la signature d'un document exprimant votre consentement.

Avant d'accepter de participer à cette étude, je vous invite à prendre le temps qu'il vous faudra pour lire et comprendre toutes les informations présentées et réfléchir à votre participation. Je vous invite également à prendre connaissance de ce que cela implique en termes d'organisation, afin que vous puissiez prendre une décision informée. Pour toutes questions, vous pouvez me contacter à l'adresse électronique suivante : [XXX](#)

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que les données recueillies sont confidentielles et semi anonymisées. De plus, cette étude ne présente aucun risque sérieux prévisible pour les personnes qui s'y prêteront.

Cordialement,

Alexia ROTROU sous la direction de Virginie PERRIER-SAIGRE et Barbara KONTO, orthophonistes.

Description du déroulement de l'étude :

- **Participants** : 20 familles (1 ou 2 parent(s) + 1 enfant) seront réparties aléatoirement en 5 groupes. Chaque groupe sera composé de 4 familles et encadré par une orthophoniste et une psychologue et/ou une étudiante en orthophonie.
- **Durée** : L'étude se déroulera sur 6 mois au total. Elle débutera par la réalisation d'un bilan orthophonique courant février/mars. Les ateliers auront lieu à la Maison de Santé Simone Veil à Louviers :
 - Atelier n°1 : XXX de XX h à XX h
 - Atelier n°2 : XXX de XX h à XX h
 - Atelier n°3 : XXX de XX h à XX h
 - Atelier n°4 : XXX de XX h à XX h
 - Atelier n°5 : XXX de XX h à XX hUn bilan sera réalisé à la fin du protocole et un questionnaire à remplir sera remis aux parents.
- **Données collectées** : L'étudiante devra parfois enregistrer (audio uniquement) votre enfant lors de certaines tâches d'évaluation. Les enregistrements de votre enfant seront ensuite effacés dès que l'étude sera terminée.

Description des attendus pour le parent et son enfant :

Si vous acceptez de participer à la réalisation de cette recherche, vous devez savoir que votre investissement, votre assiduité, votre motivation et ceux de votre enfant tout au long de la période de l'étude est une source de réussite pour la finalisation de celle-ci. Votre rôle sera d'être présent lors de chaque atelier. De courtes activités à réaliser à la maison vous seront proposées par les professionnels avec les explications nécessaires. Lors de chaque séance, les professionnels vous demanderont si vous avez eu le temps ou non de réaliser les activités proposées.

De plus, un questionnaire à remplir sur vos ressentis vous sera remis à l'issue de l'expérimentation.

Formulaire de consentement

- Je déclare avoir été informé de la nature de l'étude, son but, sa durée et ce que l'on attend de moi et de mon enfant.
- J'ai pris connaissance du document d'information et eu l'occasion de poser mes questions.
- J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude.
- J'ai compris que des données me concernant et concernant mon enfant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et la confidentialité de ces données est garantie.

Je soussigné(e), Madame/Monsieur, consent à participer à cette étude et autorise Alexia ROTROU à utiliser les données recueillies pour la rédaction d'un mémoire dans le cadre de ses études en orthophonie.

Date : / /

Signature :

Annexe 6. Questionnaire anamnestique utilisé lors de la première rencontre avec les familles

Anamnèse - Bien parler pour se construire

Données administratives

Nom/Prénom : _____
Date de naissance : _____ Âge : _____
Adresse : _____
Téléphone portable : _____
Adresse mail : _____
Nom de l'établissement scolaire : _____ Enseignant/Professeur : _____
Médecin prescripteur : _____

Motif de la consultation

Qui est à l'initiative du rendez-vous de bilan ? :

- Parents
- Médecin
- Enseignant

À quel moment vous/les enseignants/le médecin se sont-ils inquiétés ? _____

Quel a été le parcours de soins avant la consultation (PMI, pédiatre, SPIJ etc.) : _____

Antécédents médicaux

Grossesse : normale / pathologique / alitée / autre : _____

Accouchement : _____

Naissance à terme : q oui / q non Prématurité : oui/non (nombre de semaines d'aménorrhée : _____)

Poids de naissance : _____ Taille de naissance : _____

Hospitalisations ? _____

Ablations des végétations : oui / non

Ablation des amygdales : oui / non

Maladies, allergies ou autres affections médicales : _____

Infections ORL (otites, rhinopharyngites, bronchites...etc) : _____

Autres infections médicales dans la famille : _____

Bilans complémentaires

Acuité visuelle : oui / non (date _____)

Acuité auditive : oui / non (date _____)

Autres bilans complémentaires : _____

Développement psychomoteur

Posture assise : (date/âge) _____

Marche à 4 pattes : (date/âge) _____

Marche : (date/âge) _____

Propreté de jour : (date/âge) _____ de nuit : (date/âge) _____

Latéralité : _____

Développement langagier

Communication préverbale et langage non-verbal (regards, sourires, mimiques, imitation...) :

Productions vocales des 1ers mois (cris, vocalisations, babil) :

Babillage (bababa, expressivité, intonation) :

Début du langage/premiers mots (papa, maman...) :

Articulation/parole (mots déformés, sons difficiles à produire...) :

Premières phrases (assemblage de 2 mots) :

Difficultés à signaler :

Tétine / doudou : _____

Langue maternelle : _____

Langues parlées à la maison : _____

Autres langues apprises par l'enfant : _____

Environnement

Profession/activité des parents : Père : _____ Mère : _____

Fratrie : _____

Habitudes quotidiennes : _____

Loisirs/activités extra-scolaires : _____

Difficultés psycho-affectives (tics,angoisses...) : _____

Événements (traumatismes, déménagements, décès, séparations) : _____

Alimentation : _____

Sommeil : _____

Scolarité

Adaptations scolaires / aides spécifiques : _____

Redoublements éventuels : _____

Difficultés particulières : _____

Comportement à l'école : _____

Comportement/autonomie à la maison : _____

Parcours de soins

Suivis actuels ou antérieurs :

Orthophonie : oui / non (année/classe) : _____

Psychomotricité : oui / non (année/classe) : _____

Psychologie : oui / non (année/classe) : _____

Orthoptie : oui / non (année/classe) : _____

Annexe 7. Questionnaire de connaissances générales sur le développement du langage d'un enfant

Connaissances générales sur le développement du langage d'un enfant « Bien parler pour se construire »

Ce questionnaire est anonyme. Ce même questionnaire vous sera fourni à la fin du protocole afin de nous permettre d'évaluer l'efficacité de notre intervention. Attention, il est recto-verso, pensez à retourner la feuille.

Vers quel âge un enfant babille (« bababa ») ? _____

Vers quel âge un enfant fait ses premiers sourires ? _____

Vers quel âge un enfant dit ses premiers mots ? _____

Vers quel âge un enfant dit ses premières phrases ? _____

Vers quel âge peut-on commencer à lire des livres à son enfant ? _____

Il faut demander à un enfant de répéter des mots pour l'entraîner à mieux les dire : oui – non – je ne sais pas

Les enfants apprennent du vocabulaire en regardant la télévision : oui – non – je ne sais pas

Il est important de bien parler pour apprendre à lire : oui – non – je ne sais pas

Les enfants développent leurs habiletés mathématiques en faisant la cuisine : oui – non – je ne sais pas

Il faut regarder son enfant quand on lui parle : oui – non – je ne sais pas

L'enfant doit me regarder quand il me parle : oui – non – je ne sais pas

Il est important de parler lentement à un enfant : oui – non – je ne sais pas

Il faut parler à son enfant exactement comme à un adulte : oui – non – je ne sais pas

Il faut dire à son enfant quand il prononce mal un mot : oui – non – je ne sais pas

C'est utile de répéter plusieurs fois une même activité : oui – non – je ne sais pas

Il faut parler des objets et des animaux en utilisant leur bruits (ex : « la vroum -vroum » « le miaou ») : oui – non – j'insp

Lors de la lecture d'un livre, il est indispensable de lire le texte du livre : oui – non – je ne sais pas

Plus l'enfant a de vocabulaire, mieux il réussira à l'école : oui – non – je ne sais pas

D'après les psychologues, on observe depuis quelques années une forte augmentation des troubles de l'attention et de la concentration. À votre avis, pourquoi ? _____

Entourez les activités ayant un intérêt important pour le développement du langage :

- Lire une histoire
- Regarder un film
- Jouer au football
- Se rendre au supermarché
- Jouer aux petits chevaux
- Chanter des comptines
- Jouer aux jeux vidéos
- Jouer aux jeux de société (memory/loto...)

Quelles sont les recommandations de temps passé sur un écran par jour (smartphone/télé/tablette tout temps confondu) ?

- Avant 3 ans : _____
- Entre 3 et 6 ans : _____
- Entre 6 et 10 ans : _____
- Entre 10 et 15 ans : _____

Citez des mots clés qui sont importants dans le développement du langage selon vous :

Merci pour votre participation !

Annexe 8. Questionnaire des habitudes parentales dans des activités de la vie quotidienne

Questionnaire des habitudes parentales « Bien parler pour se construire »

Avec votre enfant (vous ou le second parent) ?	Durée par semaine	Fréquence							
		Plusieurs fois par jour	1 fois par jour	4 à 6 fois par semaine	2 à 3 fois par semaine	1 fois par semaine	2 à 3 fois par mois	1 fois par mois	Jamais
vous lisez un livre									
vous chantez des comptines									
vous jouez au loto/mémoire/jeu de l'oie...									
vous jouez à faire semblant (docteur, marchande, bébé, super héros, etc.)									
vous cuisinez (pâtisserie, repas...)									
vous interagissez pendant les courses au supermarché									
vous allez au parc/faîtes du vélo/jouer au ballon...									
vous racontez des histoires									
vous faites de jeux de construction									
vous regardez la télévision									
vous jouez à des jeux vidéo/à des applications sur téléphone ou tablette									
vous dessinez ou faites du coloriage									
vous faites des ateliers créatifs									
vous jouez avec des figurines (playmobil, poupées, dinosaure, voitures...)									
vous jouez à cache-cache/chat perché									

Tournez la page svp



Votre enfant seul ou avec sa fratrie ?	Durée par semaine	Fréquence							
		Plusieurs fois par jour	1 fois par jour	4 à 6 fois par semaine	2 à 3 fois par semaine	1 fois par semaine	2 à 3 fois par mois	1 fois par mois	Jamais
regarde un livre									
chante des comptines									
joue à faire semblant (docteur, marchande, bébé, super héros, etc.)									
fait des jeux de construction									
regarde des dessins animés à la télévision sur le téléphone / sur la tablette									
s'ennuie/vous sollicite sans cesse/ ne sait pas s'occuper tout seul									
dessine/colorie									
joue à cache-cache/chat perché									
joue avec des figurines (Playmobil, poupée, dinosaure, voitures...)									
invente des histoires									
joue à la pâte à modeler									

Annexe 9. Questionnaire évaluant la cognition parentale, le sentiment d'auto-efficacité et la satisfaction des parents

Questionnaire de fin d'expérimentation à destination des parents « Bien parler pour se construire »

Nom de l'enfant :

Nom :

Prénom de l'enfant :

Prénom :

Ce questionnaire vise à recueillir votre ressenti à la suite de l'expérimentation proposée. Il a pour objectif de recueillir des informations sur vos connaissances sur le développement du langage général et spécifique à votre enfant ainsi que votre sentiment d'efficacité face aux besoins de votre enfant.

- Aucune réponse spécifique n'est attendue, il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
- Pour chaque affirmation, indiquez votre degré d'accord en cochant la case correspondante.
- Merci de donner votre réponse pour chaque affirmation et de ne pas en laisser sans réponse.

Questions générales sur le langage de votre enfant

	Tout à fait d'accord	D'accord	Je ne sais pas	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Question 1 : Je connais mieux le fonctionnement du développement du langage.					
Question 2 : Je connais mieux les difficultés de mon enfant.					
Question 3 : Je connais mieux les points forts de mon enfant.					
Question 4 : J'ai le sentiment d'être capable de mieux interpréter les besoins de mon enfant.					
Question 5 : J'ai le sentiment d'être capable de mieux répondre aux besoins de mon enfant.					
Question 6 : J'ai le sentiment d'être capable d'aider plus efficacement mon enfant à développer son langage.					
Question 7 : J'ai le sentiment d'être capable de mieux adapter mon langage quand je m'adresse à mon enfant.					

Cornilleau (2022)

[Tournez la page SVP →](#)

Questions sur les ateliers

	Tout à fait d'accord	D'accord	Je ne sais pas	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Question 8 : L'atelier n°1 (le développement du langage) a répondu à vos attentes.					
Question 9 : L'atelier n°2 (les livres) a répondu à vos attentes.					
Question 10 : L'atelier n°3 (les jeux) a répondu à vos attentes.					
Question 11 : L'atelier n°4 (les comptines) a répondu à vos attentes.					
	Tout à fait d'accord	D'accord	Je ne sais pas	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Question 12 : La durée du programme (6 mois) était suffisante.					
Question 13 : Le nombre d'ateliers (5 ateliers) était suffisant.					
Question 14 : Le temps entre les ateliers (1 à 2 mois) était adapté.					
Question 15 : J'ai trouvé l'ambiance du groupe chaleureuse.					
Question 16 : Je me suis senti(e) à l'aise en situation de groupe.					
Question 17 : Les échanges avec les autres parents m'ont été bénéfiques.					
Question 18 : Les présentations orales vous ont été utiles.					
Question 19 : Les propositions et exemples donnés vous ont aidés à les mettre en place à la maison.					
Question 20 : Les fiches récapitulatives vous ont paru claires.					
Question 21 : Les fiches récapitulatives vous ont été utiles à la maison entre les ateliers.					

[Tournez la page SVP →](#)

Questions sur les activités à faire à la maison

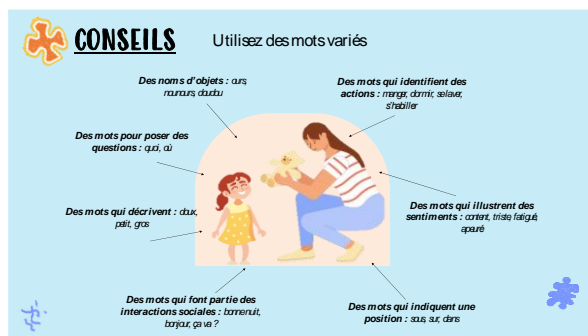
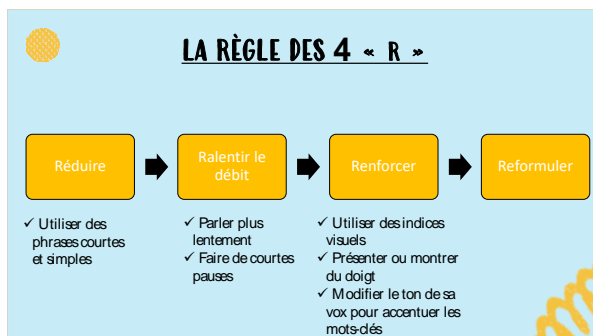
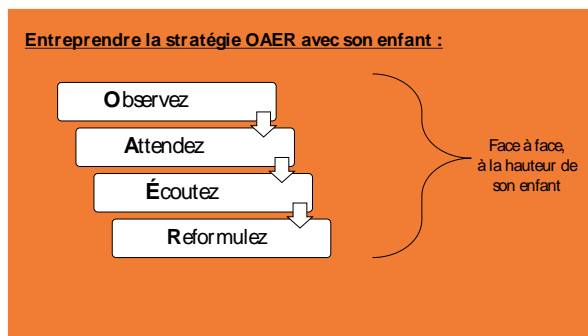
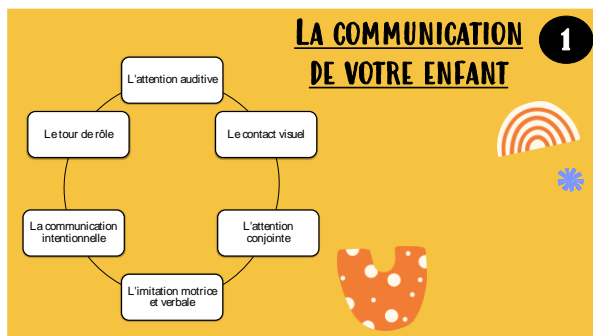
	Tout à fait d'accord	D'accord	Je ne sais pas	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Question 22 : J'ai trouvé appréciable d'avoir des activités concrètes à mettre en place à la maison.					
Question 23 : J'ai trouvé appréciable de les mettre en place.					
Question 24 : J'ai mis en place les activités demandées selon les consignes.					
Question 25 : J'ai trouvé facilement du temps pour mettre en place les activités.					
Question 26 : J'ai trouvé que mon enfant a aimé partager ses activités avec moi ou mon conjoint.					
Question 27 : J'aurais aimé avoir d'autres propositions d'activités à faire à la maison.					

Conclusion

	Tout à fait d'accord	D'accord	Je ne sais pas	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Question 28 : J'ai eu suffisamment de temps pour échanger avec les professionnels de santé.					
Question 29 : Si c'était à refaire, participeriez-vous à ce protocole de groupe ?					
Question 30 : Avez-vous des choses à ajouter ?					

Merci pour votre participation !


Annexe 10. Extraits du support de présentation de l'atelier n° 1




Annexe 11. Fiche récapitulative de l'atelier n°1

Les points clés


Mettez-vous toujours à la hauteur de votre enfant




Descrivez ce que vous faites et ce que votre enfant fait




Attendez que votre enfant demande



Offrez des choix à votre enfant



Reformulez ce que dit votre enfant de la bonne façon



Quelques repères développementaux

Les 3 premiers mois :

- Vocalisations (« aaaa »)
- Regards
- Sourires-réponses

De 3 à 6 mois :

- Babillage (« bababa »)
- Rires

Entre 7 et 10 mois :

- Variation des syllabes produites

Vers 12 mois :

- Production des premiers mots
- Compréhension de plus en plus de mots (environ 30 mots)

Entre 16 et 19 mois :

- Production de 7 à 20 mots environ
- Associations de deux mots (« maman partie »)

Vers 2 ans :


- Production de 50 mots environ
- Production de phrases de 2 à 3 mots

Vers 3 ans :


- Production de 400 à 900 mots
- Utilisation du « je »

Bien parler pour se construire

Syntaxe – Atelier n°1



Vous suspectez des difficultés langage chez votre enfant ?



La stratégie OAER

Observer

Attendre

Écouter

Reformuler

Être face à face, à la hauteur de votre enfant

Les 4 R

Réduire

Utiliser des phrases simples et courtes

Ralentir le débit

Parler plus lentement et faire de courtes pauses


Renforcer

Pointer du doigt et accentuer les mots-clés

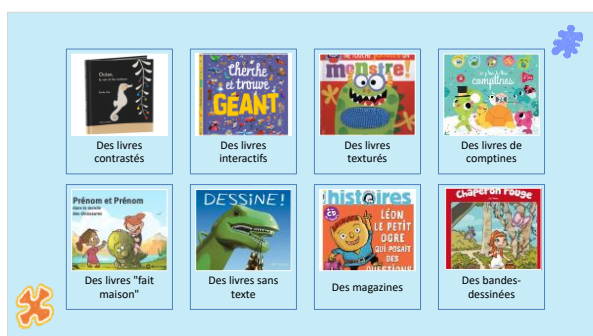
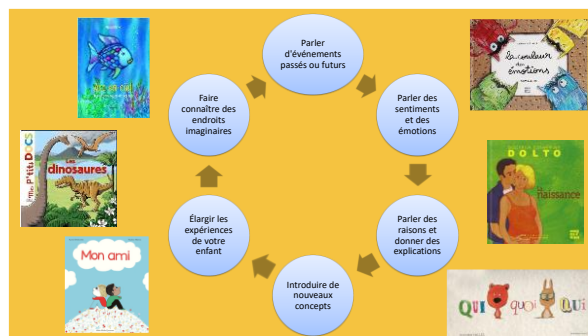
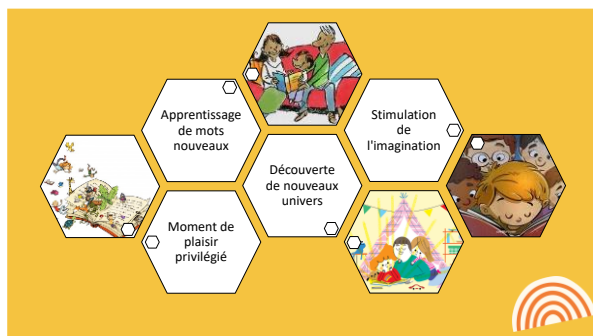
Reformuler

Vos notes

Pour plus d'informations sur le développement de votre enfant :



Annexe 12. Extraits du support de présentation de l'atelier n°2



Quelques idées :

- Raconter l'histoire en bougeant, en mimant, en utilisant une voix différente pour chaque personnage, en ajoutant des effets sonores et en suscitant l'intérêt de votre enfant
- Invitez les enfants à deviner ou inventer la suite de l'histoire avant de tourner la page
- Encouragez votre enfant à trouver le sens de nouveaux mots en utilisant le contexte
- Lire le titre du livre, montrer la couverture à votre enfant et inviter le à prédire le sujet
- Prendre le temps de répondre à ses questions
- Poser quelques questions mais seulement si vous êtes certain que votre enfant soit capable de vous répondre (ex : en hochant la tête ou en montrant du doigt).
- Poser les premières bases de la lecture et de l'écrit
 - o Montrez du doigt les mots du livre lorsque vous les lisez
 - o Montrez à votre enfant les mots intéressants dans l'environnement (ex : le panneau Louviers c'est la ville où nous habitons).
 - o Montrez à votre enfant comment les mots écrits « parlent » chez vous (ex : laissez-le vous voir dresser la liste des courses, demandez-lui ce qu'il veut écrire sur la carte d'anniversaire...)
 - o Initier les enfants au sens de la lecture et de l'écriture

→ Limiter les temps sur les écrans afin de vous reconnecter à votre enfant dans le plaisir de lire, de jouer et de chanter.

Quelques idées de contenus adaptés :

Informations pratiques

- Site internet « Le Berlingot » : répertoire de livres jeunesse (ex : je cherche un livre pour construire des phrases négatives)

Annexe 13. Fiche récapitulative de l'atelier n°2

Quelques idées lors de la lecture

Lire le titre du livre, montrer la couverture à votre enfant et inviter le à prédire le sujet

Raconter l'histoire en bougeant, en mimant, en utilisant une voix différente pour chaque personnage, en ajoutant des effets sonores et en suscitant l'intérêt de votre enfant.

Inviter votre enfant à deviner ou inventer la suite de l'histoire avant de tourner la page



Prendre le temps de répondre à ses questions

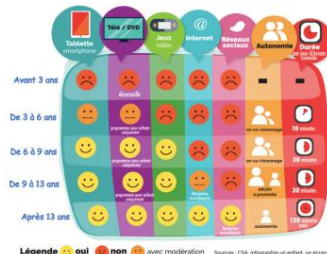
Encourager votre enfant à trouver le sens de nouveaux mots en utilisant le contexte



Poser quelques questions mais seulement si vous êtes certain que votre enfant soit capable de vous répondre (ex : en hochant la tête ou en montrant du doigt).

Poser les premières bases de la lecture et de l'écrit en montrant du doigt les mots du livre lorsque vous les lisez et en initiant votre enfant au sens de la lecture et de l'écriture

Les pauses sans écran



Trouver une régulation face aux écrans :

Le développement du langage se fait grâce aux échanges avec d'autres personnes, aux livres, aux jeux et à la découverte de divers objets.



Quelques idées de contenus adaptés pour enfants :

- o La fête des mts
- o Petit Ours Brun
- o T'choupi
- o Simon

Bien parler pour se construire

Syntaxe – Atelier n°2

Lisons ensemble !



Objectif :

1 livre par jour



La stratégie OAER durant la lecture

Observer

Attendre

Écouter

Reformuler



Lorsque vous pensez qu'il est prêt :

- Laissez-le choisir un livre,
- Le tenir et tourner les pages par lui-même.

Après avoir lu une page et lui avoir montré les images :

- Donnez à votre enfant le temps de regarder la page
- Attendez de voir ce qu'il dit ou ce qu'il fait.

Il n'y a pas qu'une seule façon de lire un livre !

La lecture d'un livre

Réduire

Employez un vocabulaire connu et des phrases plus courtes si besoin pour aider votre enfant à comprendre et à apprendre.

Ralentir le débit

Racontez l'histoire plus lentement afin que votre enfant puisse comprendre les mots plus facilement et qu'il ait le temps de prendre son tour.

Renforcer

Ajoutez des effets sonores (ex : les bruits d'animaux), créez des voix différentes pour chacun des personnages et utilisez des expressions faciales.

Reformuler

Montrez du doigt les images lorsque vous en parlez et en reformulant les mots si besoin. Utilisez des jouets ou d'autres objets pour rendre les histoires vivantes.

Recommencez 😊

Donner la possibilité à votre enfant après plusieurs lectures de parler de ce que vous êtes en train de lire

« Idées cadeaux »

Un abonnement mensuel



Une fabrique à histoires



Informations pratiques

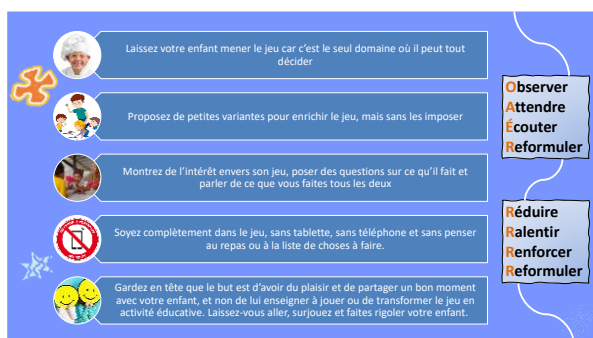
Site internet
« Le Berlingot » :
répertoire de livres
« jeunesse »



Médiathèque de Louviers
(jusqu'à 6 livres pour 3 semaines)

Lundi	13h – 18h
Mardi	13h – 18h
Mercredi	10h – 18h
Jeu	Fermeture
Vendredi	13h – 18h
Samedi	10h – 18h

Annexe 14. Extraits du support de présentation de l'atelier n°3



Annexe 15. Fiche récapitulative de l'atelier n°3

Quelques conseils

Laissez votre enfant mener le jeu, car c'est le seul domaine où il peut tout décider (contrairement à l'alimentation, à l'habillement, au coucher...).



Proposez de petites variantes pour enrichir le jeu, mais sans les imposer. C'est votre enfant qui décide s'il les accepte ou non.

Soyez complètement dans le jeu, sans tablette, sans téléphone et sans penser au repas ou à la liste de choses à faire.



Montrez de l'intérêt envers son jeu, imitez ce qu'il fait, posez des questions sur ce qu'il fait et parlez de ce que vous faites tous les deux.

Gardez en tête que le but est d'avoir du plaisir et de partager un bon moment avec votre enfant, et non de lui enseigner à jouer ou de transformer le jeu en activité éducative.

Laissez-vous aller, surjouez et faites rigoler votre enfant.



Gagner ou perdre ?

- ❑ Si vous laissez toujours votre enfant gagner, vous lui donnez l'illusion qu'il est le plus fort : il sera alors beaucoup plus déstabilisé s'il perd en jouant avec quelqu'un d'autre.
- ❑ S'il ne gagne jamais, il perdra son intérêt pour le jeu.



Une victoire de temps à autre peut le motiver pour continuer à jouer et l'aider à développer ses habiletés. L'idéal est donc de miser sur l'alternance.

Informations pratiques

Maison du Jeu de Louviers :

- Mardi et jeudi de 16h30 à 18h
- Mercredi et samedi de 14h à 18h
- Jeudi « petite enfance » de 9h à 11h30

Pendant les vacances scolaires :

- Du mardi au samedi de 14h à 18h
- Jeudi « petite enfance » 9h à 11h30

Ludothèque de Val de Reuil :

- Mardi et jeudi de 16h30 à 18h30
- Mercredi et samedi de 14h à 18h30

Pendant les vacances scolaires :

- Du mardi au samedi de 14h à 18h30

Bien parler pour se construire

Syntaxe – Atelier n°3

Jouons ensemble !



Objectif : 3 jeux par semaine



Les bénéfices des jeux



Apprend à interagir



Découvre du nouveau vocabulaire



S'expose à des phrases répétitives



Développe des savoirs mathématiques



Développe ses aptitudes à résoudre des problèmes



Fait des découvertes intéressantes



Développe sa créativité et son imagination



Apprend de nouveaux concepts



Entraîne son attention et sa concentration



Apprend à respecter des règles et le tour de rôle

Le stade de développement du jeu de mon enfant

À côté de chaque énoncé de la liste suivante, inscrivez la lettre T (toujours), S (souvent), R (rarement) ou J (Jamais). Lorsque vous avez terminé, cherchez les activités où vous avez inscrit T ou S : il s'agit d'activités que vous pouvez effectuer dès maintenant avec votre enfant et, en conséquence, ce sont les activités que vous pouvez utiliser pour établir des objectifs de communication.

Jeu fonctionnel

- Mon enfant secoue les objets et les frappe ensemble.
- Mon enfant explore les objets en les regardant, en les serrant entre ses mains, en les tournant, etc.
- Mon enfant met des objets dans un contenant (ex : boîte, panier) et les sort.
- Mon enfant joue avec des jouets qui ont un lien de cause à effet (ex : des jouets qui réagissent lorsqu'on leur fait quelque chose).
- Mon enfant joue à des jeux dans lesquels il faut prendre son tour (ex : lancer une balle avec moi)
- Mon enfant joue avec les jouets et les objets de la façon prévue (ex : pousser une voiture sur le sol).
- Mon enfant court, grimpe et saute.

Jeu constructif

- Mon enfant empile des cubes l'un sur l'autre.
- Mon enfant assemble des casse-tête.
- Mon enfant joue avec de l'argile ou de la pâte à modeler, qu'il utilise pour créer des objets précis.
- Mon enfant assemble des objets pour construire des choses (ex : des Lego, des Kapla).
- Mon enfant réalise des créations au moyen de ciseaux, de colle et de matériaux tels que le tissu, le carton, le papier de bricolage ou les pâtes non cuites.

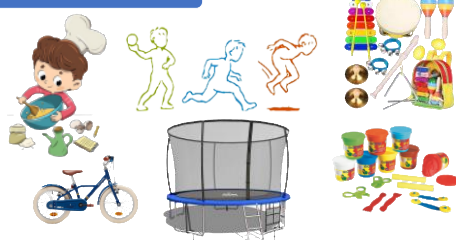
Jeu de faire semblant

- Mon enfant fait semblant de jouer avec des objets jouets qui ressemblent aux vrais objets (ex : faire semblant de boire dans une tasse).
- Mon enfant fait une seule action pour faire semblant à la fois, et cette action s'adresse à une autre personne ou à un jouet. (ex : faire semblant de faire manger une carotte à son nounours).
- Mon enfant fait une même action pour faire semblant avec plusieurs personnes ou jouets. (ex : faire semblant de faire boire sa poupée) puis il fait de même avec moi et avec son nounours.
- Mon enfant fait semblant de faire des activités qu'il me voit faire dans ou hors de la maison (ex : aspirer, cuisiner, tondre la pelouse).
- Mon enfant enchaîne deux actions différentes pour faire semblant axées sur lui-même. (ex : faire semblant de verser de l'eau dans une tasse puis faire semblant de boire).
- Mon enfant enchaîne plusieurs actions pour faire semblant qui sont axées sur d'autres personnes ou sur des jouets. (ex : faire semblant de nourrir son nounours, lui faire un bisou puis le mettre au lit).
- Mon enfant utilise un jouet ou un objet pour faire semblant qu'il s'agit de quelque chose de complètement différent. (ex : un balai tient lieu de cheval, ou une grosse boîte en carton tient lieu d'une voiture).
- Mon enfant fait semblant sans recourir à des objets. (ex : faire semblant de manger de la glace alors qu'il n'a rien dans les mains).

Stades de développement du jeu issu de « Pepper, J., Weitzman, E., Manolson, H. A., et Hanen Centre. (2006). *Parler, un jeu à deux: un guide pratique pour les parents d'enfants présentant des retards dans l'acquisition du langage.* Hanen Centre. »

Quelques idées de jeux :

Les jeux fonctionnels



Les jeux constructifs



Les jeux de faire semblant



Les premiers jeux de société



Les jeux de société pour les plus de 4 ans



Vos notes

Protocole « Bien parler pour se construire »

Annexe 16. Extraits du support de présentation de l'atelier n°4



Développement du langage

Traitement de la syntaxe

Fonctions cognitives : écoute, attention, organisation de la pensée

Créativité / imagination

Apaisement, calme et distraction

Stimulation de différentes zones cérébrales



Les comptines

Les livres musicaux

Les chansons populaires

Les comptines à gestes

Quand ?

Au moment du coucher

Au clair de la lune

Dans le jardin

L'Araignée Gipsy

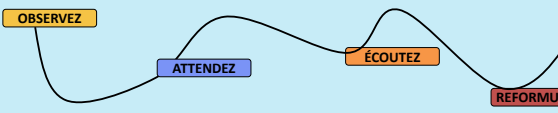
Il pleut, il mouille, c'est la fête à la grenouille

Pour les jours de pluie

Il n'existe aucune règle qui établit comment chanter ou que chanter. Vous pouvez par exemple chanter des chansons que l'on peut associer aux expériences quotidiennes de votre enfant ©

Quelques conseils pour aider votre enfant à prendre des tours de parole :

- Mettez le plus souvent face à face avec votre enfant lors des chansons.
- Suivez l'exemple de votre enfant.
- Employez la **stratégie OAER (Observez – Attendez – Écoutez – Reformulez)** afin d'observer ses réactions lorsque vous faites de la musique avec lui.



- Réagissez immédiatement à ses messages en imitant ses actions, ses expressions faciales, ses sons et ses mots.
- Soyez à l'écoute de son humeur.
 - S'il ne se sent pas bien, choisissez une chanson apaisante.
 - S'il bouillonne d'énergie, chantez une chanson qui contient beaucoup de mouvements et de sons drôles.
- Interprétez ses messages, y compris lorsqu'il vous demande de chanter la chanson à nouveau ou de chanter une autre chanson.
- Commettez délibérément des erreurs et attendez que votre enfant vous corrige



Ne pas oublier d'utiliser la stratégie des 4R :

- **Réduire le nombre de mots** : privilégiez les chansons courtes et contenant des mots familiers (modifiez les mots difficiles si besoin).
- **Ralentir le débit** : chantez lentement pour aider votre enfant à comprendre et lui donner également le temps dont il a besoin pour prendre son tour.
- **Renforcer les mots-clés** : chantez les mots « clés » un peu plus lentement ou un peu plus fort ou arrêtez avant un mot important.
- **Reformuler** : utilisez des indices visuels (gestes, marionnettes, jouets, images...).

Remarque : Une fois que vous mettez des indices visuels en place, vous pouvez laisser votre enfant choisir une chanson en lui montrant deux images/deux objets.

Annexe 17. Fiche récapitulative de l'atelier n°4

Les bienfaits de la musique

Rendre amusant le développement du langage



Enrichir le vocabulaire

S'exercer à produire des sons, à dire des mots et à former des phrases



Prendre conscience que les mots sont formés de syllabes et de sons ce qui l'aidera plus tard lorsqu'il apprendra à lire et à écrire

Entraîner les capacités d'écoute, de mémoire, d'attention et d'organisation de la pensée de votre enfant.



Développer la créativité et l'imagination.

Stimuler différentes zones du cerveau ce qui favorise plusieurs apprentissages.



Apaiser, distraire et changer l'humeur de votre enfant.



Quelques titres de comptines

Les chansons et les comptines sont une excellente façon d'ajouter du langage.

- o Dans la chanson « Tête, épaules, genoux, ortels » : il apprend le nom des parties de son corps.
- o Dans la chanson « La ferme de Mathurin » : il apprend le nom des animaux ainsi que les sons qu'ils émettent.
- o Dans les chansons « Saute, saute, saute, petite grenouille » « Les petits poissons » : il apprend des verbes d'action « nager, sauter... »
- o Dans la chanson « L'araignée Gipsy » : il apprend des mots d'emplacement « sur »

Cf. le livret de comptines

La fatigue auditive

→ Ne laissez pas l'éceinte ou la télévision allumée en continu et arrêtez la musique dès que votre enfant n'y porte plus attention. Des moments de calme lui permettront d'apprécier les sons environnants et même le silence.



Bien parler pour se construire

Synthèse – Atelier n°4

Chantons ensemble !



Objectif :
1 comptine par jour



La stratégie OAER et les comptines

Employez la stratégie OAER afin d'observer les réactions de votre enfant lorsque vous faites de la musique avec lui.

Observer

Attendre

Écouter

Reformuler

Évolution de la capacité de votre enfant de prendre son tour lors d'activités musicales :

- 1) Il vous regarde attentivement et il bouge son corps pour vous montrer qu'il aime la chanson.
- 2) Il commence à reconnaître les chansons et les comptines. Lorsque vous commencez à chanter une chanson, il peut sourire et bouger son corps ou au contraire s'immobiliser et vous regarder.
- 3) Il apprend à prendre son tour en effectuant une ou deux actions qui accompagnent la chanson ou en émettant quelques sons.
- 4) Il participe encore plus à l'activité en prenant son tour dans la chanson.
- 5) Il initie une interaction en demandant une chanson ou une comptine particulière au moyen d'un mot, d'une action, d'un son ou d'un signe.

Adapter les comptines

Réduire

Les chansons les plus courtes, contenant des mots familiers, sont les meilleures. Si une chanson contient un mot difficile, modifiez-la.

Ralentir le débit

Votre enfant aura davantage de facilité à apprendre une chanson si vous la chantez lentement. Un rythme plus lent donne également à votre enfant le temps dont il a besoin pour prendre son tour.

Renforcer

Aidez votre enfant à apprendre les mots importants dans les chansons et les comptines en les faisant ressortir. Chantez les mots un peu plus lentement ou un peu plus fort.

Reformuler

Les actions qui accompagnent les chansons et les comptines constituent des indices visuels naturels qui aident votre enfant à comprendre le sens et à initier des interactions.

Recommencez 😊

Donner la possibilité à votre enfant après plusieurs écoutes de chanter avec vous !

Quelques idées lors du chant

→ Mettez-vous le plus souvent face à face avec votre enfant lors des chansons.

→ Suivez l'exemple de votre enfant.

→ Réagissez immédiatement à ses messages en imitant ses actions, ses expressions faciales, ses sons et ses mots.

- o Soyez à l'écoute de son humeur.
- o S'il ne se sent pas bien, choisissez une chanson apaisante.
- o S'il bouillonne d'énergie, chantez une chanson qui contient beaucoup de mouvements et de sons drôles.

→ Chantez des chansons qui s'intègrent à ce que votre enfant fait ou aime.

→ Interprétez ses messages, y compris lorsqu'il vous demande de chanter la chanson à nouveau ou de chanter une autre chanson.

→ Commencez délibérément des erreurs et attendez que votre enfant vous corrige





Normandie Université

Évaluation de l'effet d'une thérapie indirecte de groupe de parents d'enfants de moins de 5 ans présentant des difficultés de langage oral

Présenté et soutenu par
Alexia ROTROU

Résumé

Les orthophonistes sont confronté.e.s à de fortes demandes. L'accès aux soins est devenu difficile voire impossible dans un délai raisonnable. Chaque mois, de nombreux patients, toutes pathologies et tous âges confondus, contactent des orthophonistes qui n'ont pas de solution de prise en soin rapide. Afin d'éviter l'attente d'un premier rendez-vous, des prises en soins indirectes de groupes de parents et d'enfants pourraient être mises en place. L'objectif de ce mémoire a été de constituer un travail préparatoire nécessaire à la mise en place d'un programme d'intervention indirecte sous la forme de groupes de parents et d'enfants et d'évaluer ses effets et son intérêt pour les jeunes enfants présentant un trouble développemental du langage. Il s'agit de proposer à la famille une modification des capacités de soutien des apprentissages et une meilleure généralisation des compétences langagières. Nous avons recruté 20 parents d'enfants de 2 ans 6 mois à 4 ans 6 mois présentant des difficultés de langage oral. L'intervention indirecte de groupe se déroulait sur 5 ateliers comprenant une évaluation pré-protocole et post-protocole. Les résultats montrent une progression linguistique dans la composante lexicale et des compétences expressives améliorées à la batterie d'évaluation CLÉA. De plus, cette thérapie a permis de soulager l'inquiétude parentale et de s'inscrire dans une démarche systémique. Les thérapies indirectes de groupe sont des interventions pertinentes à inclure dans les pratiques cliniques orthophoniques. Ces premiers résultats sont prometteurs et encouragent la mise en place de telles interventions.

Mots clés : accompagnement parental, thérapie indirecte de groupe, cognition parentale, orthophonie, langage oral

Evaluation of the effect of an indirect group therapy for parents of children under 5 years of age with oral language difficulties

Summary

Speech-language pathologists are facing high demands. Access to care has become difficult or nearly impossible within a reasonable time frame. Every month, many patients, of all ages and pathologies, contact speech-language pathologists who cannot provide a solution for rapid care. In order to avoid waiting for a first appointment, indirect care for groups of parents and children could be implemented. The objective of this dissertation was to prepare the groundwork for the implementation of an indirect intervention program in the form of parent and child groups and to evaluate its effects and its interest for young children with language difficulties. The aim is to propose to the family a modification of the learning support capacities and a better generalization of language skills. We recruited 20 parents of children from 2 years 6 months to 4 years 6 months with oral language impairment. The indirect group intervention took place over 5 workshops including a pre-protocol and post-protocol evaluation. The results show a linguistic progression in the lexical component and improved expressive skills on the CLÉA assessment battery. In addition, this therapy helped to alleviate parental anxiety and was part of a systemic approach. Indirect group therapy is a relevant intervention to include in speech-language pathology clinical practice. These initial results are promising and encourage the implementation of such interventions.

Key words: parenting, indirect group therapy, parental cognition, speech therapy, oral language

Mémoire dirigé par Madame Barbara KONTO et Madame Virginie PERRIER-SAIGRE