

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE  
FACULTE DE MEDECINE

Pôle Formation

59045 LILLE CEDEX

Tél : 03 20 62 76 18

*departement-orthophonie@univ-lille.fr*



Université  
de Lille



# MEMOIRE

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophoniste  
présenté par

**Eva JUFFRAULT**

soutenu publiquement en septembre 2022

**Etat des lieux des pratiques orthophoniques pour  
la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de  
langage**

MEMOIRE dirigé par

**Sophie FRAGON**, Orthophoniste à Wingles et Enseignante au Pôle d'Orthophonie, Faculté de  
Médecine, Université de Lille, UFR3S

Lille – 2022

---

## Remerciements

Je remercie Madame Fragnon d'avoir encadré ce mémoire et de m'avoir guidée dans ce travail, pour sa disponibilité et ses suggestions avisées.

Je souhaite adresser mes remerciements à tous les orthophonistes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et ceux qui ont accepté de se rendre disponibles pour participer aux entretiens, sans qui je n'aurais pas pu réaliser ce projet.

Merci à tous les maîtres de stage rencontrés au cours de ces quatre dernières années. Merci de m'avoir partagé votre expérience et de m'avoir fait confiance.

À ma meilleure amie, Camille, pour sa bienveillance et pour avoir su trouver les mots justes pour me rassurer dans les moments plus difficiles.

A mes amies lilloises, pour tous les souvenirs que nous partageons et pour tous ceux que nous partagerons encore.

A Jérémy, pour ses éclats de rire et son soutien si précieux.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et plus particulièrement mes parents pour m'avoir accompagnée et soutenue depuis la présentation aux concours jusqu'à la rédaction de ce mémoire.

---

## **Résumé :**

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) en orthophonie a récemment évolué grâce à des mesures de valorisation en faveur de l'intervention précoce (pour les enfants de moins de trois ans) et pour la prise en soin des enfants âgés de trois à six ans, dans le cadre des troubles du langage oral et de la communication. A travers ce mémoire, nous nous intéressons à la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage. Cette étude vise à réaliser un état des lieux des pratiques orthophoniques pour cette intervention et à recueillir des éventuels besoins et attentes en matière d'outils, d'information et de formation. Pour cela, un questionnaire destiné aux orthophonistes a permis de mener ce projet. Malgré le peu de réponses obtenues, nous avons pu nous faire une première idée de ce qui est réalisé en pratique et découvrir les outils utilisés par les orthophonistes pour l'évaluation et le suivi orthophonique de ces patients, leur fréquence d'utilisation et leurs principales caractéristiques. Bien que la notion de spécificité de ces outils pour cette problématique est discutée, les orthophonistes ont reconnu l'intérêt de bénéficier de nouvelles ressources, notamment des pistes pratiques et des outils plus spécifiques. Des besoins en matière d'information et de formation ont également été recueillis. Dans une perspective d'amélioration, il serait intéressant de poursuivre l'étude avec un nombre plus important de participants et des questions plus approfondies sur tel ou tel domaine de compétences. Aussi, les orthophonistes seraient intéressés par la création de nouvelles ressources.

## **Mots-clés :**

Orthophonie - Prise en soin - Jeune enfant sans langage - Etat des lieux

## **Abstract :**

The General Nomenclature of Professional Acts (NGAP) in speech therapy has recently evolved thanks to measures favoring early intervention (for children under three years of age) and the management of children between three and six years of age, in the context of oral language and communication disorders. Through this thesis, we are interested in the care of young children with little or no language skills. The objective of this study is to carry out an inventory of speech and language therapy practices for this intervention and to collect possible needs and expectations in terms of tools, information and training. To do this, a questionnaire for speech-language pathologists (SLPs) was used to carry out this project. Despite the low number of responses, we were able to get a first idea of what is done in practice and to discover the tools used by SLPs for the assessment and follow-up of these patients, their frequency of use and their main characteristics. Although the notion of the specificity of these tools for this problem is debated, SLPs recognized the interest of benefiting from new resources, including practical leads and more specific tools. Information and training needs were also identified. In the interest of improvement, it would be interesting to continue the study with a larger number of participants and more in-depth questions on a particular area of expertise. In addition, SLPs would be interested in creating new resources.

## **Keywords :**

Speech therapy - Caring - Young child without language - State of art

---

# Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Contexte théorique, buts et hypothèses.....</b>	<b>2</b>
1.L'intervention orthophonique auprès du jeune enfant .....	2
1.1.Intervention précoce.....	2
1.2.Intervention auprès de l'enfant âgé de 3 à 6 ans.....	3
2.Le langage oral et la communication.....	3
2.1.Définition.....	3
2.2.Développement typique.....	4
2.3.Le décalage dans la mise en place du langage oral.....	6
3. La prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage .....	7
3.1. Bilan orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage.....	8
3.2. Suivi orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage .....	10
4. Buts et hypothèses.....	11
<b>Méthode.....</b>	<b>12</b>
1. Entretiens préalables.....	12
2. Questionnaire.....	13
2.1. Elaboration du questionnaire.....	13
2.2. Diffusion du questionnaire.....	14
2.3. Méthode de traitement des données.....	14
<b>Résultats.....</b>	<b>14</b>
1. Données administratives.....	15
2. Expérience et ressentis des orthophonistes .....	15
3. Bilan orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage.....	16
4. Suivi orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage.....	21
5. Formations et perspectives orthophoniques.....	25
<b>Discussion.....</b>	<b>26</b>
1. Rappels des buts et hypothèses.....	26
2. Interprétation des résultats au regard des hypothèses.....	27
2.1. Outils et notion de « spécificité » .....	27
2.2. Besoins et attentes de la part des orthophonistes .....	27
3. Intérêts et limites de l'étude.....	28
3.1. Limites de l'étude.....	28
3.2. Perspectives de l'étude.....	29
<b>Conclusion.....</b>	<b>30</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>31</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>35</b>
<b>Annexe n°1 : Trame d'entretien semi-directif.....</b>	<b>35</b>
<b>Annexe n°2 : Questionnaire à destination des orthophonistes.....</b>	<b>35</b>
<b>Annexe n°3 : Résultats issus du questionnaire.....</b>	<b>35</b>

# Introduction

Depuis le 24 août 1983, date du décret n°83-766 relatif à la liste des actes orthophoniques, les orthophonistes sont habilités à réaliser des bilans dans le cadre de leur exercice professionnel. Le décret n°2002-721 (2002) marque à son tour une nouvelle avancée pour la profession, dans la reconnaissance des compétences et des missions des orthophonistes. Le champ d'activité des orthophonistes se développe : des actions de prévention, d'évaluation et de prise en soin précoce de la communication et du langage oral sur ses deux versants s'y inscrivent désormais (Kremer & Lederlé, 2016).

Le langage oral est un domaine de prise en soin qui occupe une place importante en orthophonie. Depuis le 1er juillet 2019, de nouvelles mesures de revalorisation sont entrées en vigueur (Avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes, 2017). L'une d'entre elles concerne la prise en soin des enfants de moins de trois ans. Cette évolution tarifaire souligne l'importance de l'intervention précoce en orthophonie afin de prévenir l'apparition ultérieure de troubles du langage. La prise en soin des enfants de 3 à 6 ans a elle aussi été valorisée par une augmentation de l'Acte Médical d'Orthophonie (AMO), passant de 12,1 à 12,6 lorsque le patient est âgé de moins de 6 ans (Avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes, 2017).

Les compétences langagières se développent très tôt chez l'enfant, avant même sa naissance, in utero dans le ventre de sa mère. Si pour certains enfants l'acquisition du langage se fait sans difficulté particulière, pour d'autres, la mise en place du langage oral est plus complexe. D'après Maillart (2003), les difficultés langagières peuvent venir enrayer les capacités communicatives de l'enfant.

C'est dans la problématique du jeune enfant avec peu ou pas de langage que s'inscrit ce mémoire. Jusqu'à ce jour, le sujet de la prise en soin orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage a été peu abordé dans la littérature. La majorité des ressources bibliographiques existantes portent sur l'évaluation du jeune enfant, sur l'évaluation de l'enfant sans langage ou sur la prévention des troubles du langage oral chez l'enfant. Il semblait donc intéressant d'en savoir plus sur les pratiques orthophoniques concernant le bilan et le suivi orthophonique de ces patients. Comment ces prises en soin sont-elles abordées par les orthophonistes ? Quel regard portent les orthophonistes sur cette prise en soin ? Quels outils sont utilisés en pratique, comment et à quelle fréquence ?

Après avoir justifié l'importance d'une prise en soin précoce pour les enfants âgés de moins de trois ans et l'intérêt d'une prise en soin pour les enfants de trois à six ans, nous décrirons le développement langagier de l'enfant tout-venant et définirons la notion de « décalage » dans la mise en place du langage oral. Nous aborderons quelques principes de cette prise en soin et ferons une synthèse des différents outils pouvant être utilisés en pratique clinique. L'objectif de ce mémoire est de sonder, au moyen d'un questionnaire, les orthophonistes afin de réaliser un état des lieux des pratiques pour la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage. L'idée de cette étude est notamment de recueillir des données sur les outils utilisés en pratique. Ce mémoire vise également à mettre en exergue et recueillir des éventuels besoins et attentes en termes d'outils et de formation complémentaire pour ce type d'intervention.

# Contexte théorique, buts et hypothèses

Dans la partie théorique de ce mémoire, nous ferons tout d'abord un point sur l'intervention orthophonique auprès du jeune enfant. Nous aborderons ensuite le domaine du langage oral et de la communication et son développement typique avant d'évoquer les décalages possibles dans la mise en place du langage oral. Puis, nous ferons un point sur les différents aspects de cette prise en soin et les outils pouvant être utilisés en séance. Enfin, nous proposerons les hypothèses de notre travail.

## 1. L'intervention orthophonique auprès du jeune enfant

D'après le code de la santé publique, les missions de l'orthophoniste consistent à promouvoir la santé, prévenir, évaluer et traiter différents troubles dont les troubles de la communication et du langage dans toutes ses composantes, les troubles de la parole, de la voix, des fonctions oro-myo-faciales et de la cognition mathématique (Code de la santé publique – Article L4341-1, 2016).

### 1.1. Intervention précoce

En France, la notion d'intervention précoce est apparue dans les années 90 (Langage & pratiques, 2013). Elle fait référence au moment de l'intervention ainsi qu'au fait d'intervenir le plus tôt possible, avant l'apparition des difficultés ou des premiers symptômes (Gosselin & Leclerc, 2010).

A ce jour, l'intervention précoce auprès du tout-petit semble prendre de plus en plus de place dans le domaine de l'orthophonie et dans le champ des compétences des orthophonistes. L'entrée en vigueur de nouvelles mesures en date du 1er juillet 2019 concernant une revalorisation des actes des orthophonistes libéraux conventionnés souligne cette importance. L'article 10 de l'avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes valorise les actes prodigués aux enfants de 0 à 3 ans. Comme le souligne l'article 10 de l'avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes (2017), l'objectif est d'encourager les interventions précoces et très précoces auprès de ces enfants pour pouvoir anticiper d'éventuels « risques d'aggravation, de complication et de chronicisation » des troubles massifs des interactions et de la communication.

Cette majoration directe permet de valoriser la prise en soin des plus petits qui demande une certaine approche ainsi qu'un accompagnement parental (Cavagnac-Wurtz, Dehêtre, Rives & Siciak-Tartaruga, 2019).

Pourquoi intervenir précocement ?

Premièrement, parce qu'il existe pour chaque fonction (vision, motricité, langage...) une notion de « période sensible » qui se définit comme un moment durant lequel l'apprentissage est facilité (Rigal, 2005). Celle concernant le langage se situe entre six mois et trois ans. Durant cette période, les structures cérébrales spécialisées pour le langage se développent et sont modelées par les stimulations extérieures dont les interactions langagières entre l'enfant et son entourage. Aussi, l'intervention au cours de cette période qui vise à développer les compétences langagières de l'enfant est appelée « éducation ». En dehors de cette période, le terme « rééducation » est à privilégier, car la prise en soin pointe l'amélioration d'une fonction déficitaire (Fallet, 2009).

Un autre processus lié au développement cérébral joue également un rôle capital. Il s'agit de la plasticité cérébrale. D'après Gosselin et Leclerc (2010), ce processus remanie, réorganise le

cerveau dans son architecture et ses aspects fonctionnels et s'active d'autant plus lorsque l'enfant est très jeune. Les réorganisations et modifications cérébrales sont à mettre en lien à la fois avec la plasticité cérébrale, mais aussi avec la maturation neurologique qui est rapide à cette période.

Une intervention précoce se révèle être nécessaire et indispensable pour tout enfant présentant des difficultés dans la mise en place du langage et de la communication, et tout enfant pour lequel ces difficultés sont attendues, notamment dans le cadre de syndromes génétiques, de maladies rares, de handicap sensoriel ou chez une population à risque comme les enfants prématurés (Langage & pratiques, 2013).

## **1.2. Intervention auprès de l'enfant âgé de 3 à 6 ans**

Depuis le 1er juillet 2019, une valorisation de la prise en soin des enfants de trois ans à six ans est applicable. En effet, afin d'améliorer celle-ci, les actes de rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral ont été valorisés, à raison de + 0,5 point pour l'AMO 12,1, soit un AMO 12,6 (Article 12 de l'avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes, 2017). Les prises en soin des troubles du langage oral et de la communication concernent une part significative des actes réalisés en orthophonie. En effet, les dernières statistiques montrent que ce coefficient correspond à 32 % des actes réalisés en moyenne par les orthophonistes dans leur pratique clinique (Cavagnac-Wurtz et al., 2019).

Les objectifs de la prise en soin orthophonique chez l'enfant âgé de trois à six ans sont multiples et diffèrent selon l'âge et les potentialités de l'enfant. L'amélioration de la communication et la remédiation des différents aspects déficitaires du langage trouvent leur place dans le projet thérapeutique de l'enfant. De plus, il s'agit de favoriser la mise en place des apprentissages scolaires et notamment du langage écrit pour mieux appréhender l'entrée à l'école (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé [ANAES], 2001).

Par ailleurs, une prise en soin orthophonique est préconisée avant 4-5 ans en cas d'inintelligibilité et/ou d'agrammatisme ou de trouble de la compréhension et après l'âge de 5 ans si le bilan orthophonique met en évidence un trouble du langage oral (ANAES, 2001).

## **2. Le langage oral et la communication**

### **2.1. Définition**

Le langage oral est un des vecteurs de la communication. Il est composé de plusieurs registres : celui de la prosodie (musique de la parole), de la phonologie (organisation des phonèmes), du lexique (répertoire des mots), de la morphosyntaxe (construction des phrases), de la pragmatique (règles de communication). Il existe deux versants langagiers : le versant réceptif et le versant expressif. Pour l'acquisition du langage, un décalage temporel est observé entre la compréhension et la production langagière. En effet, le langage se développe d'abord sur le versant réceptif, vers 8-10 mois, puis sur le versant expressif, quatre ou cinq mois plus tard (Bassano, 2000). Cependant, il est important de souligner qu'il existe des variations interindividuelles, chaque enfant étant différent et évoluant à son propre rythme.

## 2.2. Développement typique

Si des facteurs physiologiques et la maturation du cerveau favorisent le développement langagier, les capacités visuelles, tactiles et auditives permettent à l'enfant d'entrer en interaction avec les personnes qui l'entourent (Morgenstern & Parisse, 2017).

Le langage commence à se développer bien avant l'apparition des premiers mots de l'enfant. En effet, dès sa naissance, le bébé communique et développe des habiletés qui permettent l'émergence du langage. Ces habiletés sont appelées « précurseurs à la communication » et sont généralement acquises dès la première année de vie de l'enfant. Ces précurseurs sont définis comme étant « toute manifestation, tout moyen choisi par le petit enfant, dans une situation d'interaction lui permettant d'actualiser intentionnellement ou non un acte de communication, ou d'agir sur son environnement » (Théron, 2010, cité par Carrasco & Matignon, 2013). Comme le montre le schéma ci-dessous (figure 1), ces précurseurs peuvent être classés en trois groupes : les précurseurs formels, les précurseurs sémantiques et les précurseurs pragmatiques (Leclerc, 2005, cité par D'Ervau & Richard, 2013).

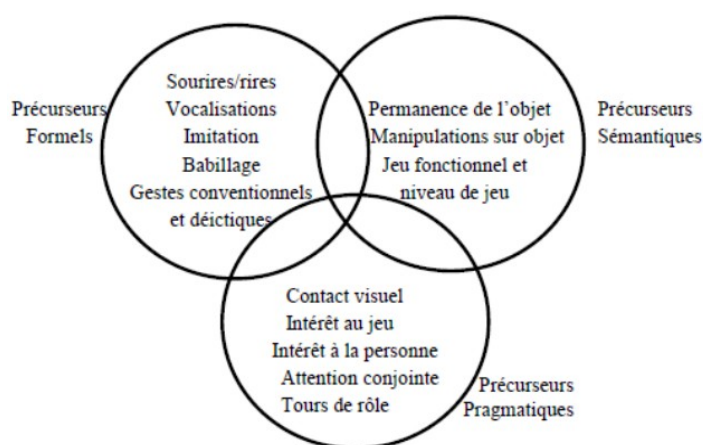


Figure 1. Les précurseurs à la communication. Source : D'Ervau & Richard, 2013.

Selon Aman et Sainte-Marie (2010, cité par Duchesne, 2021), les précurseurs les plus utilisés et apparaissant le plus tôt chez le nourrisson sont les précurseurs pragmatiques.

Les précurseurs formels au développement du langage, soit les sourires, les rires, les vocalisations, l'imitation, le babillage, les gestes conventionnels et déictiques, sont liés au développement des précurseurs pragmatiques (Coquet, 2005). En effet, comme le mentionne Coquet dans son ouvrage (2005), le jeune enfant qui apprend petit à petit les principes de la communication basée notamment sur une alternance des tours de rôles et des tours de parole, ajuste ces précurseurs pragmatiques par des gestes, des vocalisations et des babillages.

In utero vers la 35<sup>e</sup> semaine, le bébé possède déjà un système auditif fonctionnel s'apparentant à celui de l'adulte. Il sera ainsi capable de traiter les sons langagiers et sera précocement sensible à la prosodie de sa langue maternelle, et ce notamment quand elle est amplifiée par le motherese (mamanais) ». Ces traits mélodiques de la parole vont ainsi lui permettre de discriminer sa langue maternelle d'une autre (Plaza, 2014). Par ailleurs, le nouveau-né possède



également des capacités phonologiques lui permettant de discriminer les phonèmes entre eux. Les aptitudes discriminatoires du bébé sont universelles puis tendent à se spécialiser de plus en plus pendant la première année de vie. A six mois, le nouveau-né ne s'intéresse plus qu'aux sons issus du répertoire phonétique de sa langue maternelle (Plaza, 2014).

L'enfant se lance ensuite à la découverte des mots. Il apprend à repérer leurs frontières par le biais des indices prosodiques et phonémiques qu'il perçoit. Petit à petit, l'enfant est capable de comprendre des mots : une vingtaine à 18-20 mois, 500 mots à 30 mois, environ 1500 mots à 48 mois et 2000 à 5 ans (Plaza, 2014).

Lors de ses premiers mois de vie, le bébé produit ses premières vocalisations (pleurs, cris, sons végétatifs) qui sont pour la plupart instinctives et réflexes (Rondal, 2001).

Vers quatre mois, apparaissent les premiers sons vocaliques. Ses productions s'enrichissent et les prémices de la parole se mettent en place vers 6-7 mois avec l'apparition du babillage dit « canonique », du fait de la forme stable utilisée, consonne-voyelle (Morgenstern & Parisse, 2017).

L'âge d'apparition des premiers mots est variable selon les enfants. D'après Mazeau et Pouhet (2018), les premiers mots émergeraient vers 12-16 mois. L'enfant entre alors dans le langage. Un langage sous-tendu par trois systèmes que sont les sons de la parole, le lexique et la morphosyntaxe.

Durant les douze premiers mois, le stock lexical du bébé se limite à quelques mots fréquents. L'acquisition du lexique est lente entre 12 et 16 mois puis s'accélère aux alentours de 16-24 mois, selon les enfants. On assiste alors à une « explosion du vocabulaire » vers 18-20 mois. Une période durant laquelle le lexique se développe à grande vitesse et tend à se diversifier : quatre à dix nouveaux mots par jour, la production de combinaisons de mots et l'explosion du lexique en compréhension (Bassano, 2000).

En moyenne, les enfants produisent dix mots à treize mois, cinquante mots à dix-sept mois et trois cent dix mots à vingt-quatre mois. A noter que les performances sont fortement variables jusqu'à trois ans (Plaza, 2014). D'après Rondal (2001), le stock lexical actif de l'enfant est inférieur de moitié environ au stock lexical passif.

Vers dix-huit mois, l'enfant s'exprime par des « mot-phrase », le seul mot présent a valeur de phrase.

Vers 18-24 mois, l'enfant est capable d'associer deux mots pour former un seul énoncé et use de la négation en employant massivement le « non » (Mazeau & Pouhet, 2018).

A partir de trente mois, la plupart des énoncés de l'enfant sont correctement ordonnés (Plaza, 2014).

Selon Bernicot et Bert-Erboul (2009), l'acquisition de la phonologie, de la sémantique, de la morphologie et de la syntaxe est possible jusqu'à 6 ans, et ce même s'il n'y a pas eu d'apprentissage explicite au cours des interactions orales entre l'enfant et son entourage.

En conclusion, le développement du langage s'inscrit dans le développement global de l'enfant. Le développement moteur, le développement langagier et le développement cognitif sont liés entre eux. Aussi, les personnes gravitant autour de l'enfant ont un rôle capital à jouer dans le développement langagier de l'enfant, car ce dernier a besoin d'être immergé dans un bain de langage et d'interagir avec son environnement pour évoluer et développer toutes ses potentialités. Par ailleurs, il est primordial de souligner que chaque enfant grandit et évolue à son rythme.

### 2.3. Le décalage dans la mise en place du langage oral

D'après Bishop et al. (2017, cité par Maillart, 2018), un jeune enfant avec peu de langage ou sans langage est susceptible de présenter :

- un trouble développemental du langage (TDL).
- un trouble du langage associé à une condition biomédicale connue (un traumatisme crânien, une aphasie épileptique acquise, une infirmité motrice cérébrale, une déficience intellectuelle, un syndrome génétique ou un trouble du spectre de l'autisme).
- un trouble des sons de la parole.

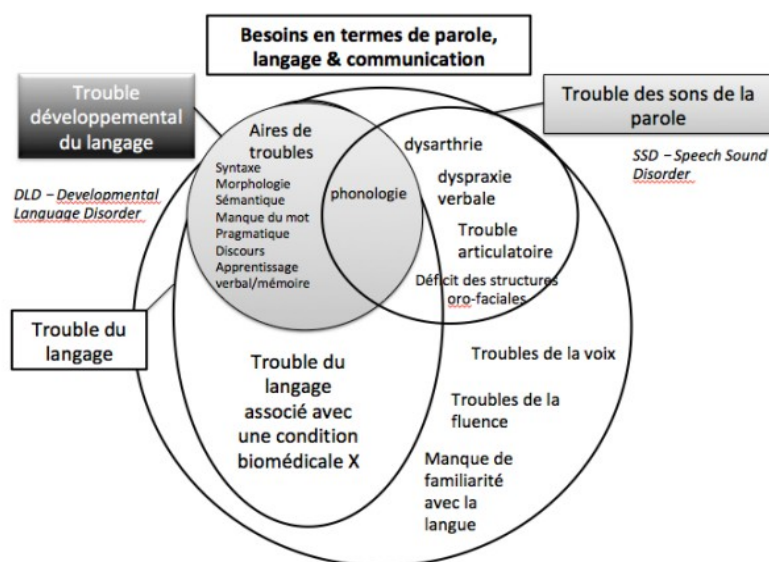


Figure 1. Diagramme illustrant les relations entre les différents termes diagnostiques. Traduit de Bishop et al., 2017 (figure 2). Source : Maillart, 2018.

De nombreuses appellations telles que « retard de langage », « dysphasie », « trouble spécifique du langage oral », « trouble primaire du langage » sont apparues au fil du temps pour désigner des jeunes enfants présentant un décalage dans la mise en place de leur langue maternelle (Breault et al., 2019). Cependant, aucune d'entre elles n'a fait l'unanimité auprès des professionnels et des chercheurs. C'est alors, en 2015, que le projet CATALISE (Criteria and Terminology Applied to Language Impairments : Synthesising the Evidence), entrepris par Bishop, voit le jour. Ce rassemblement mondial et interdisciplinaire de 57 experts a permis de trouver un consensus pour une terminologie nouvelle, appropriée et commune à tous afin de faire référence aux troubles du langage oral (Maillart, 2018).

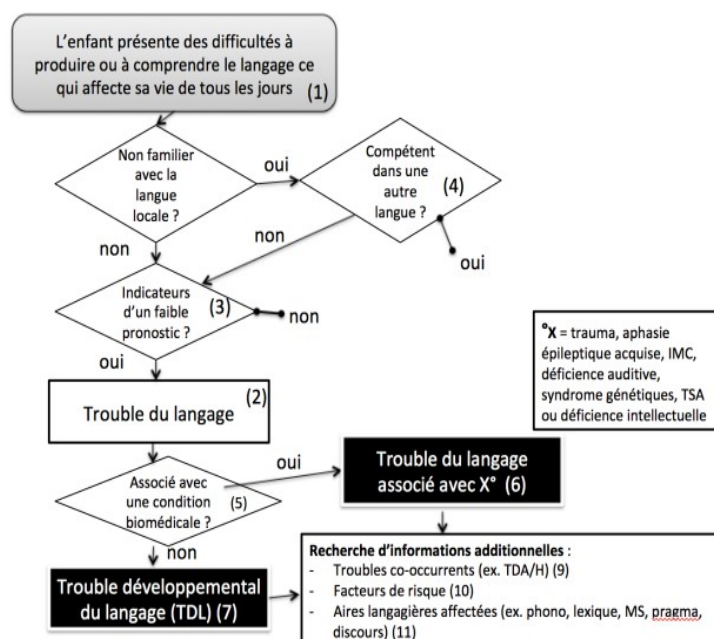


Figure 2. Schéma de diagnostic pour les troubles du langage. Les chiffres entre parenthèses font référence aux affirmations reprises en gras dans le texte. Traduit et adapté de Bishop et al., 2017 (figure 1). Source : Maillart, 2018.

Il existe également des parleurs tardifs (« late talkers » en anglais). Ces jeunes enfants (jusqu'à quatre ans) présentent un retard dans la mise en place du langage, sans cause explicative (Patrucco-Nanchen & Delage, 2020). Le signe d'appel concerne justement ce retard d'acquisition des premiers mots. A 2 ans, l'enfant possède un lexique actif inférieur à 50 mots, ne fait pas de combinaisons de mots ou obtient des scores inférieurs au 10e ou au 15e percentile à des questionnaires parentaux évaluant le stock lexical actif de l'enfant (Rescorla & Achenbach, 2002, cités par Patrucco-Nanchen & Delage, 2020). 50 à 70% des parleurs tardifs rattraperont le niveau attendu à leur âge scolaire (Dale, Price, Bishop & Plomin, 2003, cités par Patrucco-Nanchen & Delage, 2020).

Le tableau clinique d'un enfant qui a peu ou pas de langage peut donc se traduire par une fragilité ou une altération d'un ou plusieurs domaines langagiers. De ce fait, il est « plus difficile de communiquer lorsque l'on dispose d'un lexique pauvre, de connaissances morphosyntaxiques peu développées ou d'une maîtrise approximative du système phonologique » (Maillart, 2003). Quant aux précurseurs à la communication, indispensables à la mise en place du langage oral chez l'enfant, ils peuvent être partiellement présents ou être absents chez ces enfants.

### 3. La prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage

Dans cette partie, nous ferons une synthèse des outils disponibles pour l'évaluation et le suivi orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage.

### 3.1. Bilan orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage

Le bilan orthophonique du jeune enfant qui a peu ou pas de langage est réalisé sur plusieurs plans. Il débute avec un temps d'anamnèse où l'orthophoniste échange avec le(s) parents au sujet de l'enfant, de son développement, de ses acquisitions et difficultés. Une évaluation indirecte peut être proposée par l'orthophoniste en partenariat avec le(s) parent(s) ou l'éducateur de l'enfant si ce dernier évolue au sein d'une structure. Puis, après avoir évalué les interactions parents-enfant et observé la qualité du mode et des comportements de communication, l'orthophoniste peut réaliser une évaluation directe (Grevesse, 2015).

La communication et le langage oral peuvent être évalués de manière indirecte par le biais de questionnaires. Dans cette situation, la collaboration de l'enfant n'est pas obligatoire. Ces questionnaires sont destinés aux parents, à l'éducateur ou à l'enseignant de l'enfant. Concernant les questionnaires parentaux, ils ont l'avantage d'être peu onéreux, rapides à remplir par le(s) parent(s) et à interpréter par le professionnel. Les orthophonistes qui souhaitent en utiliser dans leur pratique clinique n'ont pas besoin d'être formés spécifiquement à ces outils. Ce type d'outil permet d'évaluer différentes compétences chez l'enfant dont les compétences gestuelles, lexicales ou grammaticales, au travers du regard des personnes qui gravitent autour de l'enfant et qui le connaissent le mieux (Kern & Fekete, 2015).

Il existe plusieurs questionnaires parentaux pouvant être utilisés dans le cadre du bilan orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage. En voici une synthèse (tableau 1).

Nom	Auteur(s) et date
IFDC (Inventaires Français du Développement Communicatif)	Adaptation française des MacArthur-Bates communicative development inventories par le laboratoire Dynamique du langage du CNRS et les pédiatres de l'Association française de pédiatrie ambulatoire et de la Société européenne de pédiatrie ambulatoire
DLPF (Développement du Langage de Production en Français)	D. <u>Bassano</u> , F. <u>Labrell</u> , P. Bonnet (2005)
IDE (Inventaire du Développement de l'Enfant)	M. <u>Duyme</u> , C. Capron et M. <u>Zorman</u> (2010)
Questionnaires du CPLOL	Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes et Logopèdes de l'Union Européenne (2013)
Comptes rendus parentaux de EVALO BB	F. Coquet, J. Roustit, P. Ferrand (2010)
Grilles d'observation « parents » (version « petits ») de EVALO 2-6	F. Coquet, J. Roustit, P. Ferrand (2019)

Tableau 1. Questionnaires parentaux existants pour l'évaluation du langage oral des enfants âgés de 0 à 6 ans.

Dans le cadre de l'évaluation du jeune enfant avec peu ou pas de langage, l'orthophoniste peut également utiliser des grilles et des échelles d'observation et/ou d'évaluation clinique. Il observe et évalue toutes les potentialités de l'enfant en procédant à une analyse à la fois quantitative et qualitative (Le Normand & Clouard, 2014). En voici quelques unes (tableau 2).

Nom	Auteur(s) et date
BEPL-B (Batterie d'Evaluation Psycholinguistique) « Le bain des poupées »	C. <u>Chevrie-Muller</u> , A.M. Simon, M.T. Le Normand, S. Fournier (1997)
COMVOOR	R. <u>Verpoorten</u> , I. <u>Noens</u> , I. van <u>Berckelaer-Onnes</u> (2012)
Echelle d'Evaluation de la Communication Sociale Précoce (ECSP)	M. <u>Guidetti</u> , C. <u>Tourrette</u> (2009)
Echelle de Langage du Nourrisson et du Petit Enfant de Rossetti	L. Rossetti (1990)
Questionnaire DPL3 (Dépistage et Prévention et Langage à 3 ans)	F. Coquet, B. <u>Maëtz</u> (2000)
Grilles d'analyse sur critères et/ou adossées à des âges repères de développement EVALO BB Version 2	F. Coquet, J. Roustit, P. Ferrand (2021)
Grilles d'observation EVALO 2-6	F. Coquet, J. Roustit, P. Ferrand (2009)
Grille d'observation <u>Dialogoris</u> 0/4 Orthophoniste	P. <u>Antheunis</u> , F. <u>Ercolani-Bertrand</u> , S. Roy (2006)

**Tableau 2. Grilles et échelles d'observation et/ou d'évaluation clinique pour l'évaluation du langage oral du jeune enfant.**

Enfin, l'utilisation de tests et de batteries de tests, faisant office de « bilans normés », est une dernière possibilité. Cette évaluation directe nécessite la participation active de l'enfant. Elle permet d'avoir un regard sur le développement de la communication et du langage de l'enfant en comparant ses résultats à ceux obtenus par des enfants du même âge. Ainsi, les productions spontanées et le comportement de communication de l'enfant sont analysés. Plusieurs domaines langagiers peuvent être évalués : l'articulation, la phonologie, le lexique, la grammaire et la pragmatique (Kern & Fekete, 2015). Aujourd'hui, en France, plusieurs tests et les batteries de tests sont accessibles pour les orthophonistes pour réaliser le bilan de la communication et du langage oral du jeune enfant (tableau 3).

Nom	Auteur(s) et date
BEPL-A et BEPL-B (Batterie d'Évaluation Psycholinguistique)	C. <u>Chevrie-Muller</u> , A.M. Simon, M.T. Le Normand, S. Fournier (1997)
BILO Petits (Bilan Informatisé de Langage Oral)	A. <u>Khomsj</u> , J. <u>Khomsj</u> (2009)
CLEA (Communiquer, Lire et Ecrire pour Apprendre)	F. Pasquet, A. <u>Parbeau-Gueno</u> , E. Bourg (2014)
ELO (Évaluation du Langage Oral)	A. <u>Khomsj</u> (2001)
ÉVALO BB (Évaluation du développement du Langage Oral Bébé)	F. Coquet, J. Roustit, P. Ferrand (2010)
ÉVALO BB Version 2 (Protocole d'observation / évaluation standardisé « 3ème année ou enfants avec peu ou pas de langage »)	F. Coquet, J. Roustit, P. Ferrand (2021)
ÉVALO 2-6 (Évaluation du développement du Langage Oral), version « classique » courte ou longue	F. Coquet, J. Roustit, P. Ferrand (2009)
ÉVALO 2-6 (Évaluation du développement du Langage Oral), version « Enfant avec peu ou pas de langage »	F. Coquet, J. Roustit, P. Ferrand (2009)
EXALANG 3-6	M.C. <u>Helloin</u> , M.P. Thibault (2006)

Tableau 3. Tests et batteries de tests à l'usage des orthophonistes pour l'évaluation du langage oral du jeune enfant de 0 à 6 ans.

### 3.2. Suivi orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage

Les outils pouvant être utilisés en séance varient selon le profil du jeune enfant et ses troubles associés, les domaines d'intervention et les objectifs thérapeutiques.

De nos jours, il existe différents outils à disposition des orthophonistes. En parallèle, certains orthophonistes mettent en avant leurs propres compétences dont leur créativité pour fabriquer du matériel adapté aux besoins spécifiques de leurs patients. Coquet (2013) mentionne différents types de matériels :

- Les jouets (ex. peluches, poupées, marionnettes, matériel de jeu symbolique, ...)
- Les livres et les jeux (ex. albums, jeux de cartes, de loto, logiciels de rééducation, ...)
- Le matériel à visée spécifique (ex. balles, objets demandant une action, bulles, jeux sonores, encastrement de formes finies, ...)
- Le matériel support d'un travail sur le code linguistique (ex. images, matériel de mots, de phrases, pictogrammes, ...)
- Les jeux détournés de leur usage habituel

Par ailleurs, toute situation de jeu est l'occasion de développer la communication et de mobiliser le langage dans ses différentes dimensions. A peine âgé de quelques mois, l'enfant est déjà confronté aux situations de jeu qui constituent un cadre favorable aux apprentissages. C'est

notamment en jouant que l'enfant va développer ses connaissances. Et c'est également le cas pour la personne qui interagit avec (Deregnaucourt, 2010).

Dans ce sens, la prise en soin des plus petits comme des plus grands nécessite un accompagnement parental. Selon Coquet (2013), la participation du ou des parent(s) en séance a de multiples intérêts : l'orthophoniste peut observer et analyser les interactions parents-enfant, inclure le parent dans les différentes activités proposées en séance et rétablir le parent dans « sa fonction de parent acteur de communication, de parent apprenant pour son enfant dont le savoir-faire est reconnu ». Aussi, les interventions de l'orthophoniste auprès de l'enfant sont rendues moins complexes de part la présence du parent. La question des outils peut donc tout à fait se poser dans le contexte de l'accompagnement parental puisqu'un des objectifs de l'orthophoniste est de faire du lien entre ses interventions et l'environnement dans lequel évolue l'enfant.

Par ailleurs, les orthophonistes peuvent avoir recours à une démarche Evidence-Based Practice (EBP) qui est une « pratique basée sur des preuves » (Maillart & Durieux, 2014). L'EBP est formalisée en quatre piliers correspondant à quatre sources d'informations pertinentes et complémentaires, à exploiter pour prendre la meilleure décision clinique concernant un patient : les meilleures données probantes (issues de la recherche, de la littérature et des formations), l'expertise du clinicien, les caractéristiques, valeurs, préférences du patient et le contexte organisationnel et environnemental (Howick, 2011 ; Straus et al., 2011, cités par Willems et al., s. d.).

## 4. Buts et hypothèses

L'objectif de ce mémoire est de réaliser un état des lieux des pratiques orthophoniques concernant la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage. Nous nous interrogeons sur les outils utilisés en pratique pour le bilan et le suivi orthophonique, sur leur fréquence d'utilisation par les orthophonistes et sur les caractéristiques de ces outils. Nous nous intéressons également à l'expérience et au ressenti des orthophonistes vis-à-vis de cette prise en soin et nous souhaitons mettre en exergue d'éventuels besoins et attentes. Des hypothèses seront confirmées ou infirmées grâce aux réponses obtenues à un questionnaire transmis aux orthophonistes :

Hypothèse 1 : Les outils utilisés en pratique par les orthophonistes pour la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage ne sont pas spécifiques à cette problématique.

Hypothèse 1.1 : La notion de spécificité n'est pas toujours définie et/ou utilisée lors de la création des outils (ex. les auteurs ont créé un matériel en référence à des enfants neurotypiques, et pas spécifiquement pour des enfants avec peu ou pas de langage).

Hypothèse 1.2 : Certains outils utilisés pour ces enfants sont dédiés à d'autres populations d'enfants.

Hypothèse 2 : Il y a des besoins et des attentes en matière d'outils, d'information et de formation pour ce type de prise en soin.

Hypothèse 2.1 : La quantité d'outils pour cette prise en soin orthophonique n'est pas suffisante.



Hypothèse 2.2 : Nous pouvons penser que les orthophonistes sont en demande d'information et de formation pour ce type de prise en soin. L'évolution de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) en orthophonie est marquée par des mesures de revalorisation des actes orthophoniques. Ces dernières sont en faveur d'une intervention de plus en plus précoce (auprès de l'enfant de moins de trois mois) et en lien avec la prise en soin des enfants âgés de trois à six ans. Cela laisse à penser que la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage est de plus en plus fréquente et que les besoins en matière d'outils et de formations pour ce type d'intervention sont grandissants. De ce fait, les orthophonistes seraient intéressés pour avoir à leur disposition de nouveaux outils et/ou un nouveau moyen de recherche pour trouver rapidement et efficacement des idées d'activités à mettre en place avec les outils déjà existants.

## **Méthode**

Pour réaliser cette étude sur les pratiques orthophoniques concernant la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage, nous avons décidé de mettre en œuvre deux aspects de la méthodologie de l'enquête. Ces deux aspects sont interdépendants et complémentaires. D'abord, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès d'orthophonistes, puis nous avons élaboré un questionnaire.

### **1. Entretiens préalables**

L'entretien, également appelé « interview », est une méthode de recueil d'informations sur des faits ou des représentations. Cet entretien oral, individuel ou de groupe, vise à interroger des personnes sélectionnées au préalable. Les informations recueillies font l'objet d'une analyse qui s'intéresse au degré de pertinence, de validation et de fiabilité selon les objectifs fixés pour ce travail (Ketele & Roegiers, 1996, cités par Imbert, 2010). Pour réaliser cette étude, notre choix s'est porté sur des entretiens semi-directifs. Dans ce type d'entretien, la personne interviewée est, dans un premier temps, orientée vers des sujets de discussion qui ont été réfléchis par l'interviewer. Ensuite, la parole est laissée à la personne interviewée pour que cette dernière puisse étayer ses propos et s'exprimer librement (Fenneteau, 2015, p. 10).

De ce fait, une trame d'entretien a été élaborée (annexe n°1). Cette dernière comportait différents types de questions : des questions fermées, semi-ouvertes et ouvertes. Ces entretiens semi-directifs devaient nous servir à sélectionner les questions les plus pertinentes pour les intégrer ensuite au questionnaire. L'objectif était également de recueillir un maximum de données sur le sujet. Les informations recueillies devaient nous permettre de créer les items de réponse et les sous-questions du questionnaire.

Nous avons donc contacté par téléphone trois orthophonistes, anciennes maîtres de stage et connaissances personnelles, qui ont accepté chaleureusement de partager leur expérience et de répondre à nos questions. Ces interviews se sont déroulées sur leur lieu de travail et ont duré environ une trentaine de minutes chacune. Elles ont été enregistrées à l'aide d'un smartphone sur le mode avion pour assurer la protection des données. Les données personnelles de ces orthophonistes étaient anonymisées. Nous avons au préalable contacté le Délégué à la protection des données (DPO) au sujet de la clause de confidentialité. Le consentement écrit n'étant pas obligatoire, un consentement oral a été demandé à chaque orthophoniste avant le début de l'enregistrement.



Pour une meilleure lecture des réponses, chaque interview a fait l'objet d'une retranscription tapuscrite sur l'ordinateur. En procédant ainsi, nous avons pu recouper les différents éléments de réponse issus des trois entretiens selon une même question ou un même thème.

## 2. Questionnaire

Le questionnaire est une méthode « uniquement collective » qui permet d'avoir un regard sur les pratiques des orthophonistes et la réalité clinique (Villate, 2017). Cette enquête à la fois statistique et qualitative était donc le moyen le plus pertinent pour accroître nos connaissances d'un point de vue clinique.

### 2.1. Elaboration du questionnaire

Nous avons donc réalisé un questionnaire auto-administré et numérique (annexe n°2). Le questionnaire en ligne a plusieurs avantages : il peut être soumis simultanément à un très grand échantillon de personnes, il facilite le recueil de données et permet de suivre en temps réel le nombre de réponses. Il est facile et rapide à mettre en œuvre, moins coûteux financièrement et sa fiabilité est équivalente à celle des questionnaires papier (Lallemand & Gronier, 2015, p. 104-105). Il a été conçu par l'intermédiaire de l'outil LimeSurvey, site des enquêtes de l'Université de Lille.

Le questionnaire comportait 46 questions articulées autour de 5 thèmes :

- **Données administratives** : centre de formation, année d'obtention du diplôme et mode d'exercice professionnel.
- **Expérience vis-à-vis de la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage** : fréquence d'accueil de ces patients, caractéristiques de cette prise en soin, ressenti des orthophonistes.
- **Bilan orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage** : domaines évalués, types d'outils pour l'évaluation, fréquence d'utilisation et caractéristiques de ces outils.
- **Suivi orthophonique** : domaines d'intervention, types d'outils utilisés, fréquence d'utilisation et caractéristiques de ces outils.
- **Formations et perspectives pour cette prise en soin** : formation initiale, formation continue, moyens de recherche des ressources, intérêt pour la création de nouveaux outils.

Les questions de ce questionnaire étaient majoritairement des questions semi-ouvertes se présentant sous la forme d'échelles unidirectionnelles pour lesquelles le répondant doit se positionner (« pas d'accord, peu d'accord, d'accord, vraiment d'accord » ou « jamais, occasionnellement, régulièrement, systématiquement »). Ces questions étaient présentées sous forme de tableaux. Les autres questions étaient des questions fermées (oui/non), des questions à choix uniques ou multiples ou encore des questions ouvertes. Toutes les questions étaient obligatoires, à l'exception des questions ouvertes nécessitant une précision ou une réponse « autre ».

Les sous-questions et les items de réponse figurant dans ce questionnaire sont la combinaison de données théoriques issues de la littérature et de données recueillies auprès des orthophonistes lors des entretiens semi-directifs.

Le temps de passation était estimé à environ 15 minutes.

Nous avons choisi plusieurs options dont l'affichage de la barre de progression et la possibilité d'enregistrer les réponses pour revenir au questionnaire plus tard. Le but était de favoriser l'adhésion des participants.

Avant d'être publié, le questionnaire a fait l'objet d'une analyse par le comité de protection des données garantissant l'anonymisation des participants et la confidentialité des réponses.

## **2.2. Diffusion du questionnaire**

Le lien vers le questionnaire a été publié via le réseau social Facebook, sur trois groupes d'échanges fermés, spécifiques à l'orthophonie : « Ortho-infos », « Ch'tis...Z'Orthos » et « O.R.T.H.O. ». Il a également été transmis par mail à d'anciens maîtres de stage et à plusieurs orthophonistes rencontrés au cours de ces cinq années d'études. Ces derniers ont à leur tour relayé le questionnaire autour d'eux, à leur connaissances et collègues orthophonistes. Certains étudiants en orthophonie ont également apporté leur contribution pour diffuser plus largement le questionnaire.

Ce moyen de diffusion est plus rapide et moins coûteux qu'un envoi par voie postale. De plus, nous sommes partis du principe que de nos jours une grande majorité des personnes a un accès Internet. L'accès est simple et il est possible pour le participant de remplir le questionnaire à tout moment de la journée, sans qu'il ait une contrainte temporelle. Publier le questionnaire sur ce réseau social nous a permis d'obtenir un échantillon de participants varié et représentatif de la population, notamment du point de vue géographique, car plusieurs régions de France ont ainsi pu être représentées.

Après deux semaines de diffusion, une relance a été effectuée afin de réactualiser les publications Facebook et de recueillir de nouvelles réponses.

## **2.3. Méthode de traitement des données**

Le traitement quantitatif et qualitatif des données recueillies a été réalisé à l'aide de l'outil LimeSurvey, qui a calculé les pourcentages pour chaque réponse. Le site Google Sheets a également été utilisé afin de créer des graphiques à partir des pourcentages arrondis à l'unité.

# **Résultats**

Dans cette partie, nous présenterons les résultats obtenus au questionnaire. La diffusion du questionnaire a permis de recueillir 64 participations complètes et validées et 84 participations incomplètes n'ont pas pu être prises en compte dans l'analyse.

## **1. Données administratives**

Notre échantillon de participants est constitué d'orthophonistes qui ont été diplômés entre 1981 et 2021 (cf. figure 3 – annexe n°3). Ces orthophonistes ont été répartis en trois groupes selon le nombre d'années d'études qu'ils ont effectué. Cette répartition suit l'évolution de la formation initiale au fil des années (passant de 3 à 4 ans en 1986 et à 5 ans en 2013). Au total, 5% des ces orthophonistes ont suivi des études en 3 ans, 73% en 4 ans et 22% en 5 ans.

Cet échantillon regroupe des orthophonistes diplômés de 15 centres de formation français différents. Les plus nombreux sont diplômés de l'Université de Lille (23%) et 13% orthophonistes interrogées ont fait leurs études en Belgique. La figure 4 (annexe n°3) représente la répartition des participants par centre de formation.

La majorité de ces orthophonistes exerce en libéral (tableau 4).

Mode d'exercice	% de répondants
Exclusivement libéral	78% (N=50)
Mixte	8% (N=5)
Exclusivement salarié	14% (N=9)

Tableau 4. Répartition des orthophonistes selon leur mode d'exercice.

## 2. Expérience et ressentis des orthophonistes

Sur les 64 orthophonistes ayant répondu à l'enquête, 63 accueillent ou ont déjà accueilli des jeunes enfants avec peu ou pas de langage. La personne ayant répondu par la négative évoque un manque de demandes pour cette problématique.

Nous avons interrogé ces 63 orthophonistes sur la fréquence d'accueil de ces patients. A cette question, 33% répondent « systématiquement », 57% répondent « régulièrement » et seulement 10% répondent « occasionnellement ».

Par ailleurs, nous avons voulu savoir pour quelles(s) raison(s) 6 d'entre eux accueillent « occasionnellement » ces patients (cf. tableau 5 – annexe n°3). Le manque de demandes et le manque de temps sont globalement choisis par ces orthophonistes.

En outre, nous nous sommes intéressés au regard que portent ces 63 orthophonistes sur cette prise en soin. Pour cela, nous leur avons présenté sept adjectifs qui ont été évoqués par les orthophonistes interviewées lors des entretiens semi-directifs. Pour chacun d'eux, nous leur avons demandé de donner leur avis par l'intermédiaire d'une échelle de Likert (« pas d'accord », « peu d'accord », « d'accord », « vraiment d'accord »). Au regard des résultats obtenus, nous pouvons constater que cette prise en soin est vue positivement par l'ensemble des orthophonistes. La grande majorité considère la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage comme « source de curiosité » (87%), « stimulante » (94%) et « enrichissante » (94%). Néanmoins, 96% des orthophonistes s'accordent à dire que cette prise en soin est prenante en temps et coûteuse en énergie et 83% estiment que cette intervention est « intensive » en termes de nombre de séances. Par ailleurs, les adjectifs « déstabilisante » et « peu rigoureuse/peu structurée » sont les adjectifs les moins choisis par les orthophonistes. En effet, seuls 30% répondent être déstabilisés par cette prise en soin et 22% trouvent cette intervention « peu rigoureuse/peu structurée ».

La dernière question du thème 2 du questionnaire porte sur le sentiment des orthophonistes quand ces derniers sont amenés à rencontrer et accueillir ces jeunes enfants et leur famille. 90% trouvent cette prise en soin enrichissante et ressentent l'envie d'apprendre et de développer des connaissances sur le sujet. Aussi, cette intervention suscite de l'enthousiasme (83%) et de la curiosité (86%) chez ces orthophonistes. La plupart des répondants dit ne pas éprouver d'appréhension ou de peur (83%) ni d'anxiété (83%). Quant au sentiment d'être en difficulté, les avis

divergent : en cumulant les résultats, 40% sont d'accord ou vraiment d'accord et 60% sont peu d'accord ou ne sont pas en adéquation avec cela. Bien que les orthophonistes trouvent en cette prise en soin une certaine exigence, ils ne semblent pas être pour autant en difficulté face à elle.

Ce thème était consacré à l'expérience et aux ressentis de ces orthophonistes vis-à-vis de la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage. A présent, nous allons nous intéresser au bilan orthophonique de ces enfants.

### **3. Bilan orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage**

Nous avons voulu interroger les 63 orthophonistes au sujet de la présence du ou des parent(s) lors du bilan initial (hors temps d'anamnèse). A cette question, 6% répondent « jamais », 25% répondent « occasionnellement » et 19% « régulièrement ». La plupart dit accueillir « systématiquement » le(s) parent(s) au moment de l'évaluation (49%).

Il a été demandé aux orthophonistes de citer les domaines de compétences à évaluer dans le cadre du bilan initial du jeune enfant avec peu ou pas de langage et de préciser à quelle fréquence ils évaluent chacune de ces compétences (jamais, occasionnellement, régulièrement ou systématiquement).

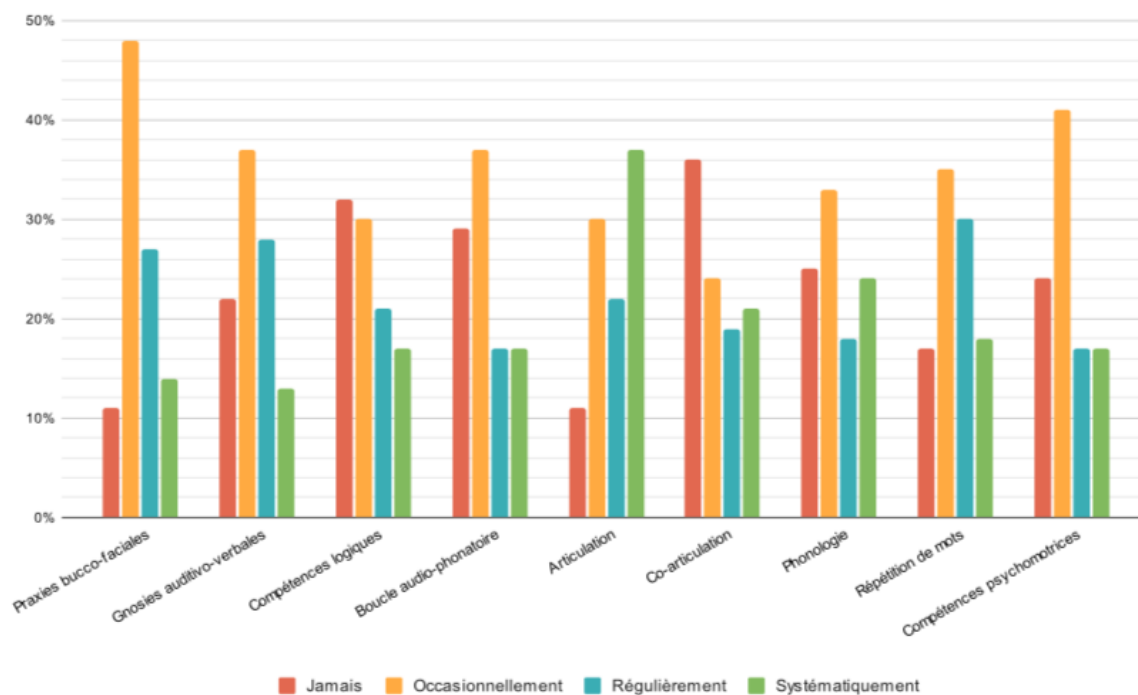
Tous les répondants disent évaluer « systématiquement » les précurseurs à la communication. Cela comprend notamment le regard, l'attention conjointe, l'interaction conjointe, le tour de rôle, l'imitation motrice et verbale, les capacités auditives. La grande majorité des orthophonistes évalue « systématiquement » la communication non-verbale (86%) et la communication langagière (79%) et s'intéresse toujours aux émissions vocaliques et aux bruits produits par l'enfant (81%). Les routines conversationnelles sont évaluées systématiquement par 40% des répondants et régulièrement par 37%. Ces deux derniers pourcentages marquent une rupture puisqu'ils sont bien inférieurs à ceux obtenus pour les focalisations précédentes.

Au niveau langagier, le stock lexical actif de l'enfant est « régulièrement » évalué par 22 orthophonistes (soit 35%) et « systématiquement » par 31 autres (soit 49%). L'évaluation du stock lexical est toujours réalisée par la majorité des orthophonistes (60%). Sur le plan morphosyntaxique, 75% des orthophonistes disent évaluer « systématiquement » la compréhension orale de phrases simples. Seuls 24% y ont recours « régulièrement ».

De plus, l'évaluation de la pragmatique trouve sa place dans ce bilan et est systématique pour 48% des participants. A l'inverse, 30% des répondants évaluent ce domaine de manière occasionnelle.

Le jeu est un autre domaine d'évaluation. Il comprend notamment l'utilisation des objets sociaux par l'enfant, le rapport que l'enfant entretient avec l'autre et la qualité de ses interactions. Il est « systématiquement » observé par la majorité de ces orthophonistes (73%).

Les données recueillies pour les autres domaines d'évaluation sont hétérogènes (figure 5).



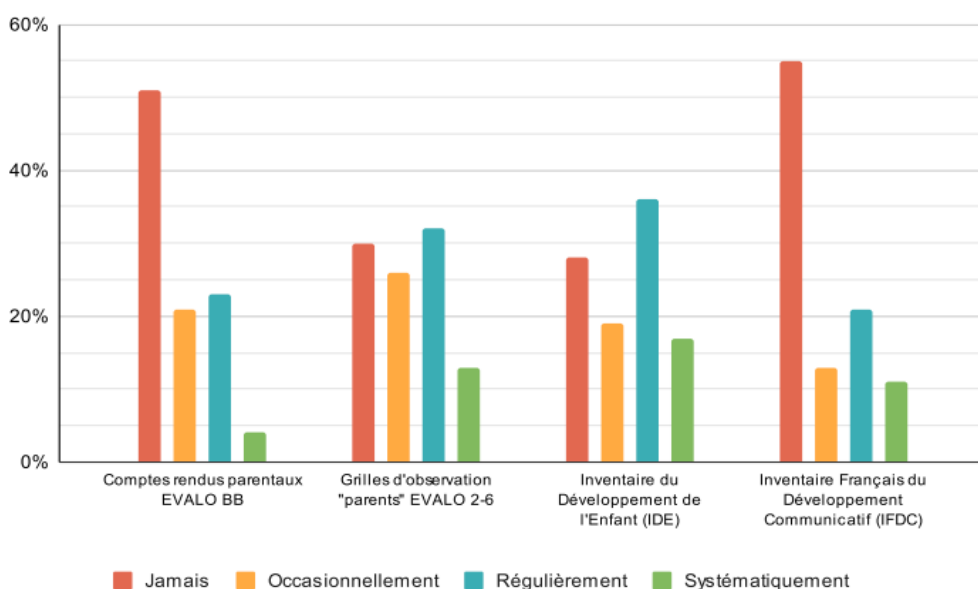
**Figure 5. Fréquence d'évaluation des domaines de compétences du jeune enfant par les orthophonistes.**

Nous avons voulu savoir si ces différents domaines sont faciles à évaluer. Les résultats obtenus sont variables et hétérogènes (cf. figure 6 et 7 - annexe n°3).

Plusieurs types d'outils sont disponibles pour l'évaluation des compétences du jeune enfant avec peu ou pas de langage. La majorité des orthophonistes utilise des questionnaires parentaux (75%), des bilans normés (76%) ainsi que des grilles et des échelles d'observation et/ou d'évaluation clinique (84%). De plus, tous les répondants réalisent une évaluation qualitative au cours de ce bilan.

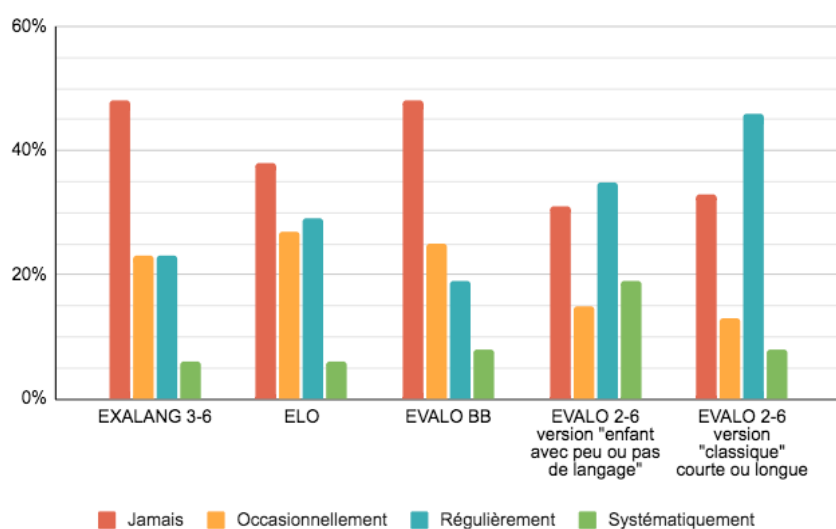
Il a été demandé aux orthophonistes de préciser la fréquence d'utilisation de ces outils pour la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage. Pour cela, nous leur avons proposé une liste non exhaustive de questionnaires parentaux, de bilans normés et de grilles et échelles d'observation et/ou d'évaluation clinique pouvant être utilisés pour ce type de bilan.

Parmi les 47 orthophonistes qui utilisent des questionnaires parentaux, 98% mentionnent ne jamais utiliser les questionnaires du CPLOL et 87% répondent ne jamais se servir du questionnaire DLPF. Néanmoins, d'autres questionnaires parentaux figurent dans la liste des outils utilisés par ces orthophonistes. Leur fréquence d'utilisation varie selon les répondants (figure 8).



**Figure 8. Fréquence d'utilisation des questionnaires parentaux par les orthophonistes.**

Sur les 48 orthophonistes utilisant des outils normés dans le cadre de ce bilan, les pourcentages de réponses montrent que plusieurs de ces outils ne sont jamais utilisés par la grande majorité des orthophonistes. Parmi eux, nous retrouvons la BEPL-A et la BEPL-B (94%), le BILO (100%), l'outil CLEA (98%) et EVALO BB Version 2 et son protocole d'observation, d'évaluation standardisé « 3ème année ou enfants avec peu ou pas de langage (73%). D'autres bilans normés sont utilisés de manière variable par ces orthophonistes (figure 9).

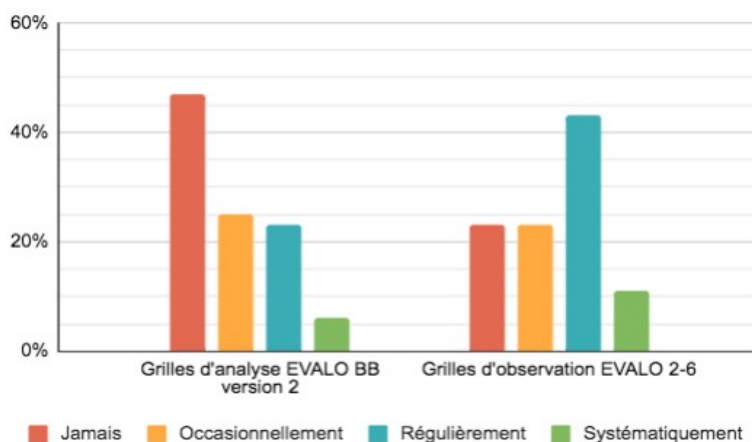


**Figure 9. Fréquence d'utilisation des bilans normés par les orthophonistes.**

Pour rappel, 53 orthophonistes utilisent des grilles et/ou des échelles d'observation et/ou d'évaluation clinique dans le cadre de leur bilan. Les résultats à la question 7 montrent que la plupart des grilles et/ou échelles qui ont été présentées dans le questionnaire ne sont jamais utilisées par la grande majorité de ces orthophonistes : la BEPL-B « Le bain des poupées » (95%), l'échelle

de Rossetti (89%), le COMVOOR (81%), le questionnaire DPL3 (79%), l'ECSP (72%) et Dialogoris 0/4 « orthophoniste » (64%).

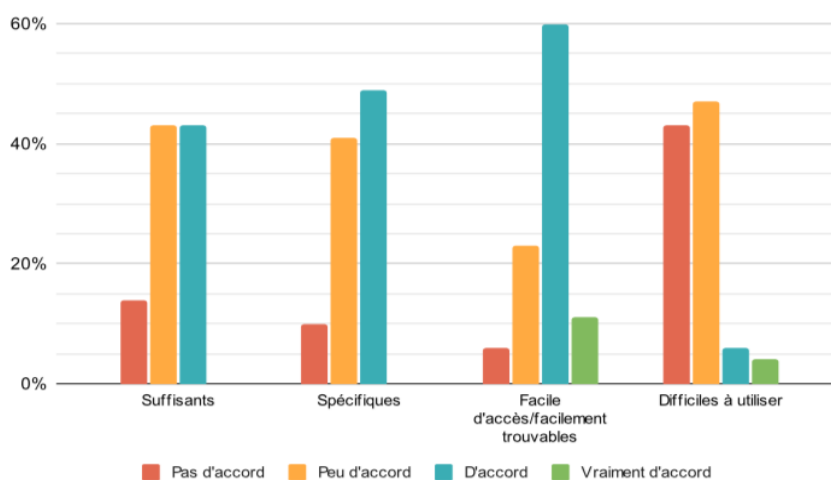
Deux autres grilles d'observation et/ou d'évaluation clinique sont utilisées par ces orthophonistes à une fréquence variable (figure 10).



**Figure 10. Fréquence d'utilisation des grilles d'observation et/ou d'évaluation clinique issues d'EVALO BB et d'EVALO 2-6 par les orthophonistes.**

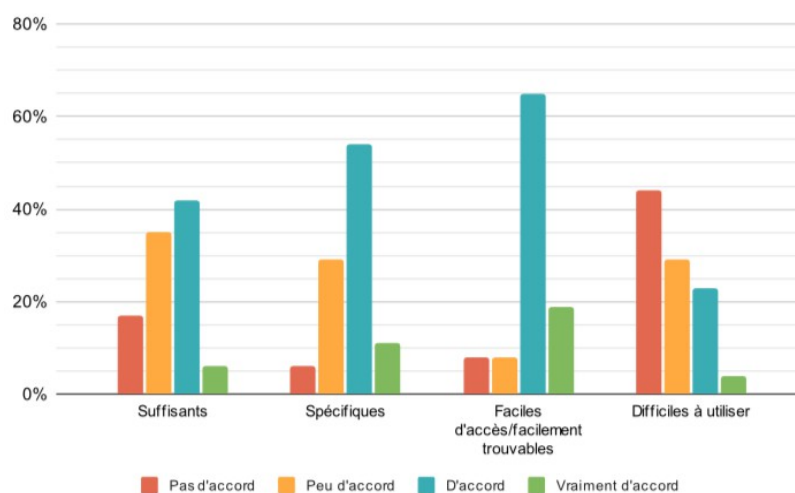
La dernière question du thème 3 portait sur les caractéristiques de ces différents types d'outils. Nous avons donc présenté aux orthophonistes plusieurs adjectifs ; « suffisants », « spécifiques », « faciles d'accès/facilement trouvables », « difficiles à utiliser » ainsi qu'une échelle qualitative pour chacun d'eux. Les répondants avaient le choix entre « pas d'accord », « peu d'accord », « d'accord » et « vraiment d'accord ».

Au sujet des questionnaires parentaux, sur les 47 orthophonistes qui en utilisent pour le bilan du jeune enfant avec peu ou pas de langage, 43% estiment que la quantité de ces outils est suffisante. Cependant, ce même pourcentage est retrouvé pour les participants ayant répondu « peu d'accord ». Par ailleurs, les questionnaires parentaux sont spécifiques pour 49% de ces orthophonistes contre 41% qui ont répondu être peu d'accord avec cette notion de spécificité. Aussi, leur utilisation n'est pas compliquée pour 43% des répondants et l'est un peu pour 47%. La majorité (60 %) s'accorde à dire que ce type d'outils est facilement trouvable pour les orthophonistes (figure 11).



**Figure 11. Caractéristiques des questionnaires parentaux selon les orthophonistes.**

Parmi les 48 orthophonistes utilisant des bilans normés dans le cadre de leur bilan, la majorité est d'accord pour dire que ces bilans normés sont spécifiques à la problématique du jeune enfant sans langage (54%) et facilement trouvables (65%). La quantité de bilans normés pour ce type d'intervention est jugée satisfaisante par 42% des répondants. Néanmoins, les résultats sont contrastés puisqu'ils sont 35% à être « peu d'accord » et 17% à mentionner ne pas être d'accord avec cette idée. Concernant l'éventuelle difficulté à utiliser ces bilans normés, si l'on regroupe les résultats obtenus pour l'option « pas d'accord » (44%) et ceux obtenus pour l'option « peu d'accord » (29%), nous pouvons dire que la majorité des répondants estime que la manipulation de ces bilans normés n'est pas compliquée (figure 12).



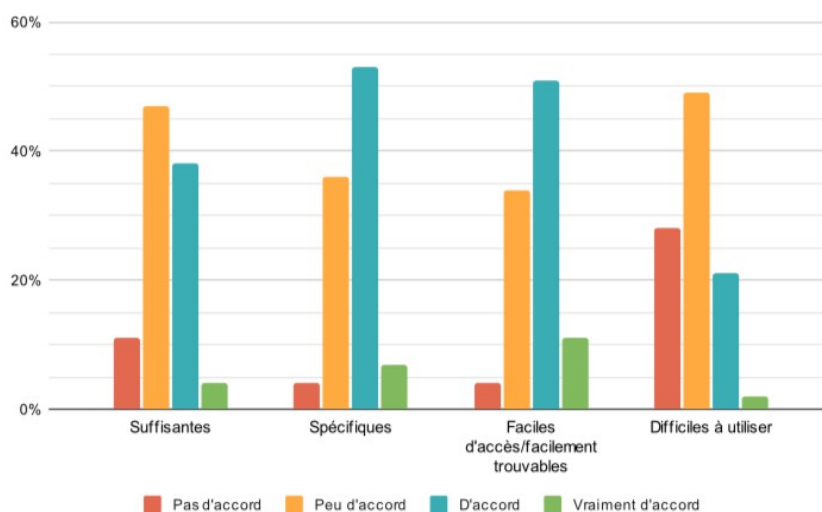
**Figure 12. Caractéristiques des bilans normés selon les orthophonistes.**

En outre, sur les 53 orthophonistes qui utilisent des grilles et/ou des échelles d'observation et/ou d'évaluation clinique lors du bilan, 47% sont « peu d'accord » pour dire qu'il en existe en quantité suffisante contre 38% qui déclarent être d'accord. La spécificité de ces outils est soulignée par 61% des orthophonistes, 53% ayant répondu être « d'accord » et 8% « vraiment d'accord » avec le terme « spécifiques ». De plus, ce type d'outils est facilement trouvable selon 51% des



orthophonistes. 11% sont « vraiment d'accord » avec cette idée. A l'inverse, 34% trouvent que ces outils sont peu faciles d'accès.

Quant à la facilité d'utilisation, au total 77% estiment que la prise en main de ce type d'outils est simple (figure 13).



**Figure 13. Caractéristiques des grilles et échelles d'observation et/ou d'évaluation clinique selon les orthophonistes.**

## 4. Suivi orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage

Comme pour le bilan orthophonique, nous avons demandé aux 63 orthophonistes si le ou les parent(s) est (sont) présent(s) lors des séances concernant le suivi orthophonique. A cette question, 10% répondent « jamais », 27% répondent « occasionnellement », 35% « régulièrement » et 29% « systématiquement ».

Par ailleurs, il a été demandé aux orthophonistes de citer les domaines d'intervention dans le cadre du suivi orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage et de préciser à quelle fréquence ils interviennent pour chacune de ces compétences (jamais, occasionnellement, régulièrement ou systématiquement).

La plupart des orthophonistes développe « systématiquement » les précurseurs à la communication (60%), la communication langagière (57%), le stock lexical actif (52%) et passif (56%), la compréhension orale de phrases simples (59%) et la communication non-verbale (54%). La majorité s'intéresse toujours aux émissions vocaliques et aux bruits produits par l'enfant (62%).

L'accompagnement parental occupe systématiquement une place dans le projet thérapeutique de l'enfant pour 51% des répondants.

Les résultats obtenus pour les autres domaines d'intervention sont plus hétérogènes (figure 14).

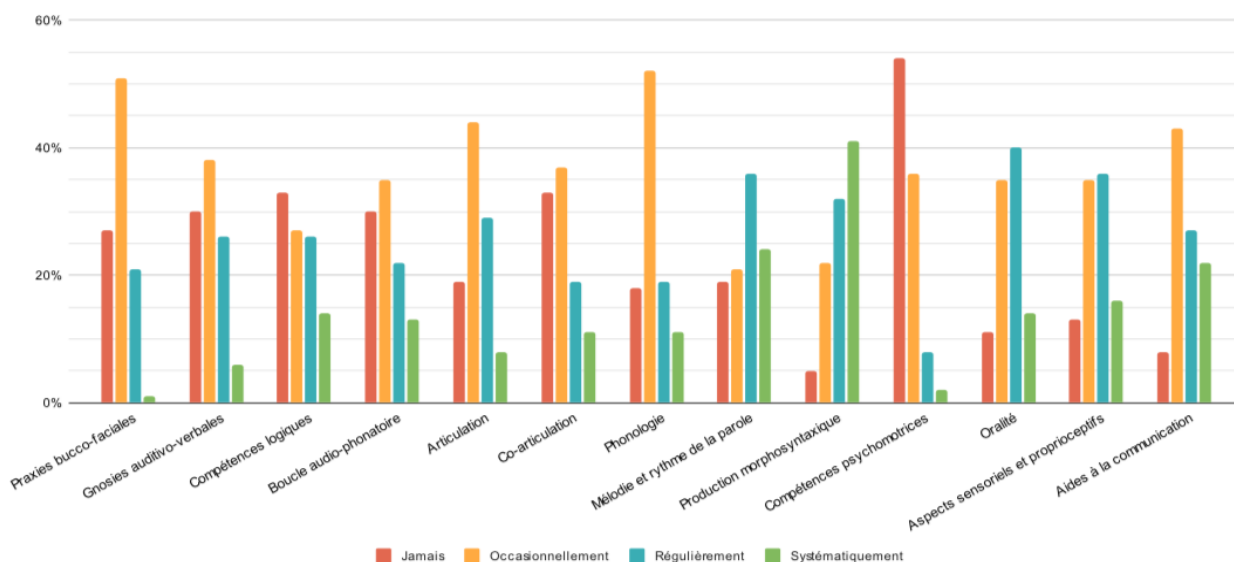


Figure 14. Fréquence d'intervention sur les domaines de compétences du jeune enfant par les orthophonistes.

Nous avons voulu savoir s'il est facile pour ces orthophonistes de développer ces différents domaines lors du suivi du jeune enfant avec peu ou pas de langage. Les résultats obtenus suivent la tendance des réponses recueillies à la question précédente. En effet, selon la majorité de ces orthophonistes, il est facile de développer les précurseurs à la communication, la communication langagière, le stock lexical actif et passif, la compréhension orale de phrases simples, la communication non-verbale, les émissions vocales et les bruits et l'accompagnement parental (cf. figure 15 - annexe n°3). Pour les autres domaines d'intervention, les avis sont partagés (cf. figure 16 - annexe n°3).

Les orthophonistes sont amenés à utiliser plusieurs types d'outils lors du suivi orthophonique auprès du jeune enfant avec peu ou pas de langage (figure 17).

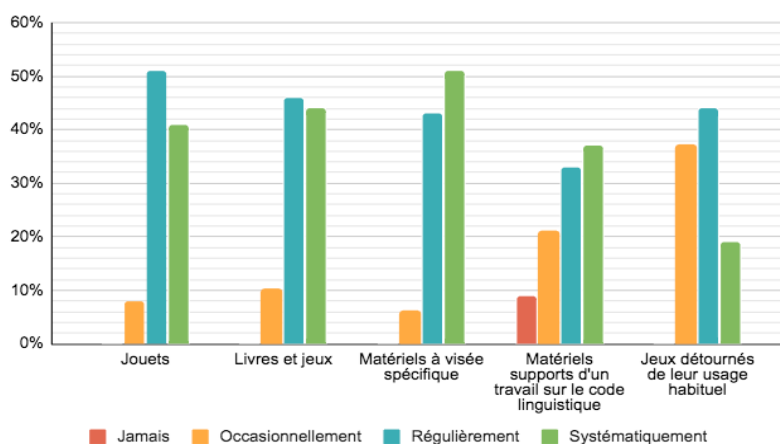


Figure 17. Fréquence d'utilisation des outils destinés au suivi orthophonique par les répondants.

Il a été demandé aux 24 orthophonistes ayant choisi ci-dessus les options « régulièrement » ou « systématiquement » de donner leur avis sur plusieurs caractéristiques qui peuvent être attribuables à chaque type d'outils présenté. Les termes proposés sont les suivants : « suffisant », « spécifique », « facilement accessible », « difficile à utiliser », « large d'utilisation », « peu coûteux ».

financièrement », « en lien avec l'Evidence Based Practice », « propice à la redondance » et « propice à un bain de langage ».

Pour la majorité des orthophonistes, les jouets sont faciles à trouver, simples à utiliser, peu coûteux financièrement et peuvent être utilisés largement au cours de la séance pour différents axes thérapeutiques. Pour la plupart, ils sont propices à la redondance et à un bain de langage. Les avis sont partagés pour la question de la quantité de jouets disponible. Le terme « spécifiques » n'est pas retenu pour ce type d'outils (figure 18).

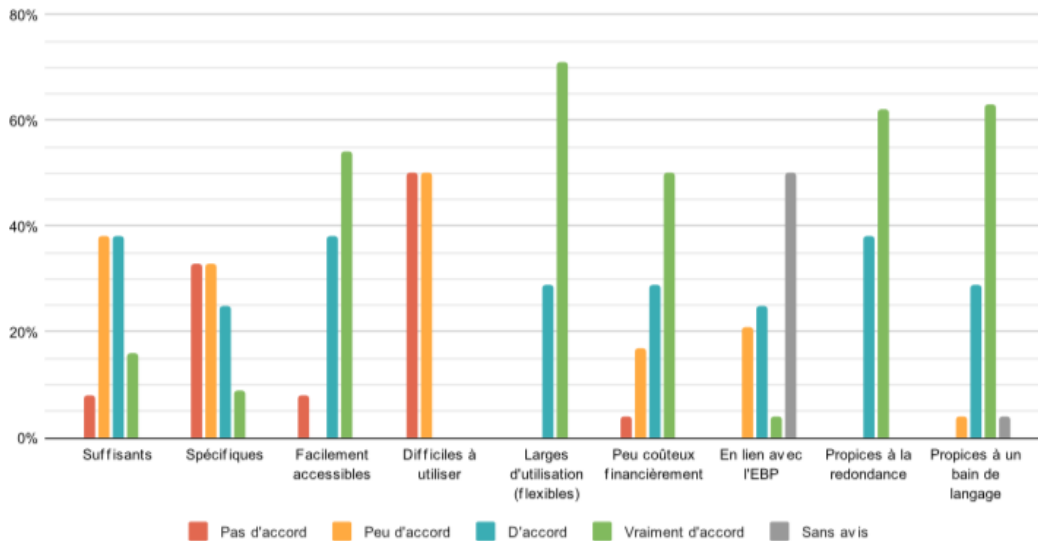


Figure 18. Caractéristiques des jouets du point de vue des orthophonistes.

Pour la majorité des orthophonistes, la quantité de jeux et de livres n'est pas vraiment suffisante. Les résultats concernant l'aspect spécifique sont hétérogènes, bien que la tendance semble montrer que ces outils sont peu spécifiques. La plupart des répondants considère que les jeux et les livres sont facilement accessibles, simples à utiliser et flexibles, propices à la redondance et à un bain de langage (figure 19).

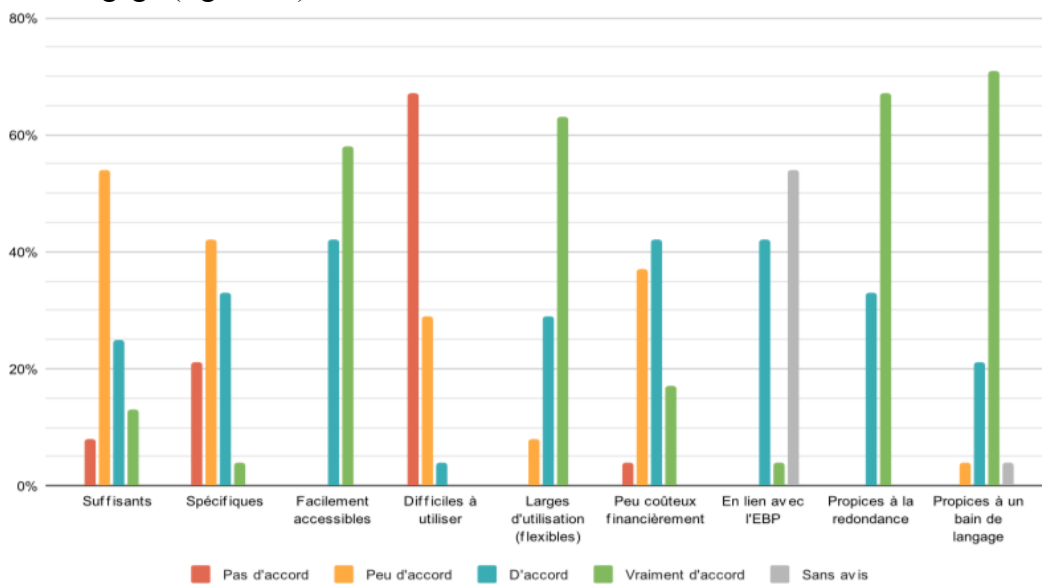


Figure 19. Caractéristiques des livres et jeux du point de vue des orthophonistes.

Concernant le matériel à visée spécifique, selon la plupart de ces orthophonistes, ce type d'outil est facilement trouvable, facile à utiliser et propice à la redondance. Il est considéré comme étant spécifique à la problématique du jeune enfant avec peu ou pas de langage. Les résultats relatifs à la flexibilité et au coût de ces outils et au principe du bain de langage sont hétérogènes (figure 20).

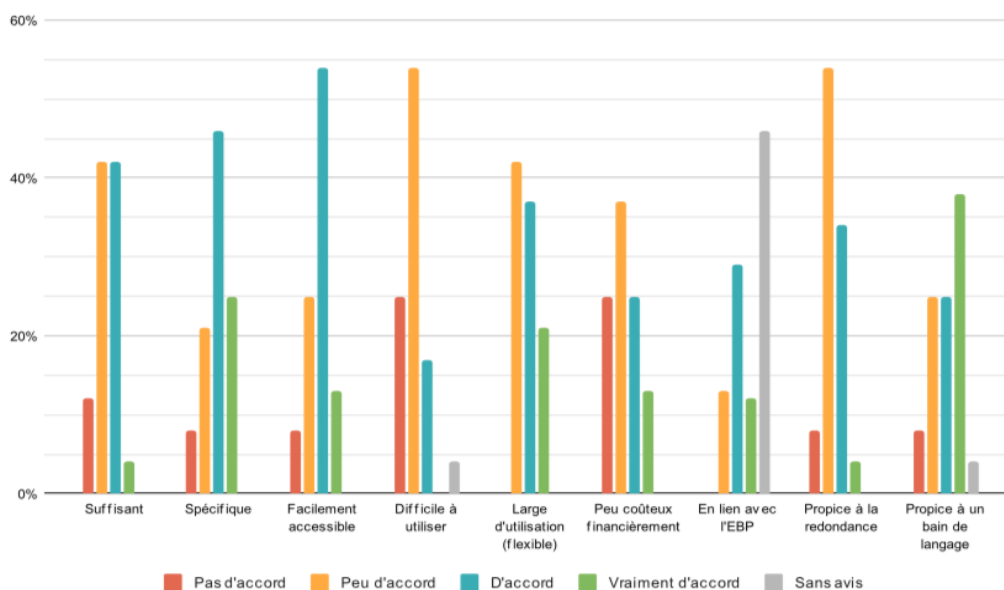


Figure 20. Caractéristiques du matériel à visée spécifique du point de vue des orthophonistes.

A propos du matériel support d'un travail sur le code linguistique, la plupart des orthophonistes estime que ces outils sont spécifiques pour la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage et sont propices à la redondance.

Néanmoins, les résultats sont hétérogènes pour ce qui est de la quantité suffisante de ces outils et de leur facilité d'accès (figure 21).

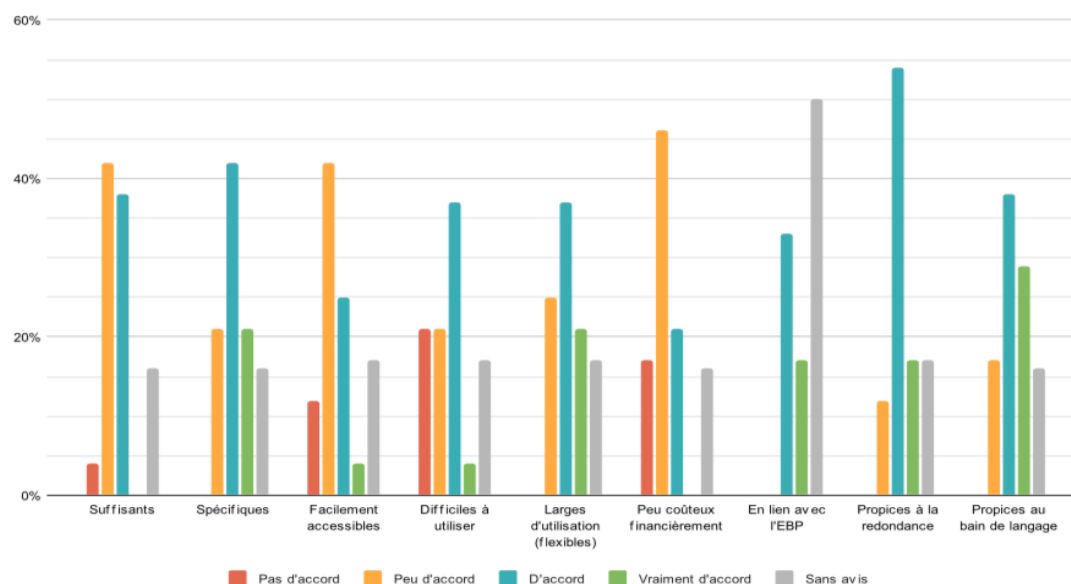


Figure 21. Caractéristiques du matériel support d'un travail sur le code linguistique du point de vue des orthophonistes.

Enfin, pour la plupart des orthophonistes, les jeux détournés de leur usage habituel sont facilement accessibles, simples à utiliser, flexibles, peu coûteux financièrement et propices à la redondance et à un bain de langage. La majorité s'accorde à dire que ces outils sont peu spécifiques. La question de la quantité suffisante de ces outils est discutée (figure 22).

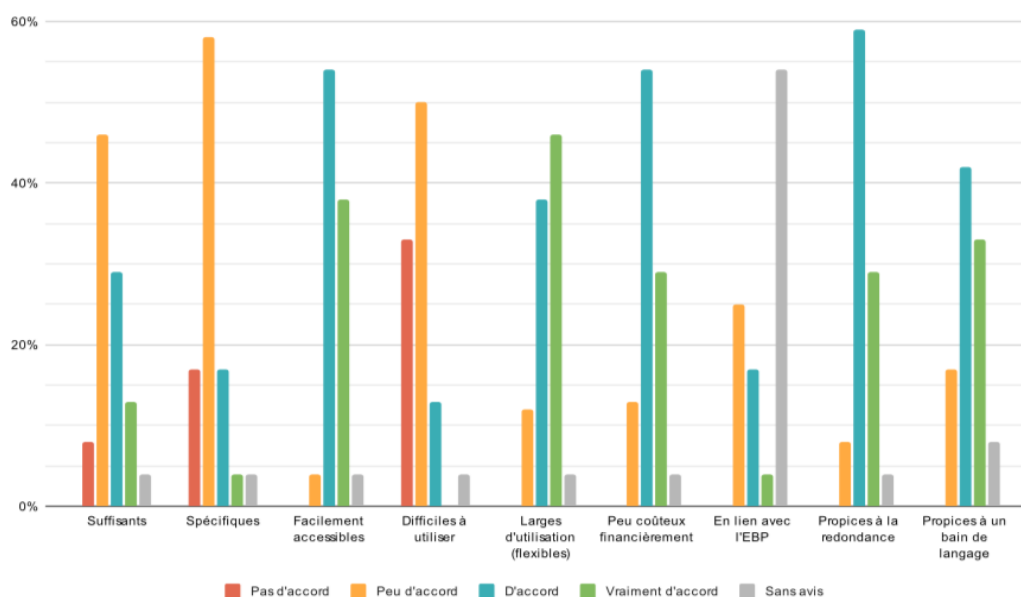


Figure 22. Caractéristiques des jeux détournés du point de vue des orthophonistes.

## 5. Formations et perspectives orthophoniques

Parmi les 63 orthophonistes, 54% déclarent avoir reçu un enseignement spécifique concernant le bilan et le suivi orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage au cours de leur formation initiale.

Par ailleurs, la plupart des répondants à ce questionnaire (60%) ont suivi une ou plusieurs formations complémentaires à leur formation initiale. Un seul participant dit être actuellement en formation continue.

Pour les orthophonistes qui ont suivi ou qui suivent actuellement une formation continue, ces nouveaux enseignements leur ont permis de faire évoluer leur pratique clinique sur certains aspects de la prise en soin, comme par exemple :

- « Le choix du matériel de rééducation »
- « Idées, matériel, analyse de mes pratiques... »
- « Utilisation de gestes et de pictogrammes, outils concrets pour mettre en place des cahiers de communication »
- « La communication non-verbale, une observation plus poussée, le développement du jeu symbolique, le repérage des compétences logiques et non verbales »
- « Observations plus spécifiques »
- « Amélioration de l'accompagnement parental »
- « L'implication des parents »

Nous avons demandé aux orthophonistes s'ils se sentaient suffisamment formés et informés au sujet de la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage. La majorité des répondants (60%) estime ne pas l'être suffisamment.

A la question « Avez-vous besoin de rechercher des ressources pour le suivi orthophonique de ces patients ? », 84% répondent favorablement, contre 16% qui n'en ressentent pas le besoin.

Il a été demandé aux participants de préciser le ou les moyens utilisés pour la recherche de ces ressources. La lecture d'ouvrages et d'articles est le moyen le plus utilisé par les orthophonistes (75%). Ensuite, nous retrouvons les échanges entre orthophonistes (71%), puis à un score égal, la consultation de groupes Facebook destinés au partage d'outils et les formations complémentaires (67%). Enfin, 30% des orthophonistes consultent des blogs professionnels et 13% se rendent sur le site Internet des maisons d'édition destinées au matériel orthophonique. Le réseau social Instagram est quant à lui très peu utilisé par ces orthophonistes (3%). Par ailleurs, les deux orthophonistes ayant coché l'item « Autre » à cette question ont répondu utiliser des logiciels orthophoniques de création et lire des études de cas.

Par ailleurs, parmi ces 63 orthophonistes, 94% aimeraient avoir à leur disposition des pistes pratiques et des outils spécifiques pour la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage.

A la question « Seriez-vous intéressé(e) par la conception d'un outil facilitant la recherche d'outils pour ce type de prise en soin ? » et sur une échelle de Likert (« pas d'accord », « peu d'accord », « d'accord », « vraiment d'accord »), 57% % sont intéressés et 30% ont répondu « vraiment d'accord ». Seuls 13 % des orthophonistes ont choisi l'item « peu d'accord » et aucun participant n'a sélectionné l'item « pas d'accord ».

Enfin, ces orthophonistes sont également intéressés par la création de listes d'activités selon un axe thérapeutique défini. En effet, ils sont 48% à avoir répondu « d'accord » et 48% « vraiment d'accord ». 3% sont « peu d'accord » avec cette proposition et un seul participant dit ne pas être favorable.

## **Discussion**

### **1. Rappels des buts et hypothèses**

Ce mémoire avait deux objectifs : réaliser un état des lieux des pratiques orthophoniques pour la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage et mettre en exergue des éventuels besoins et attentes pour ce type d'intervention. Par l'intermédiaire d'un questionnaire, nous nous sommes intéressés au bilan et au suivi orthophonique de ces jeunes enfants ainsi qu'au regard que les orthophonistes portent sur cette prise en soin. Cette étude devait nous permettre de mieux appréhender les domaines d'évaluation et d'intervention pour cette prise en soin et de mieux cerner les outils utilisés en pratique par les orthophonistes, leur fréquence d'utilisation et leurs caractéristiques. Nous avons émis deux hypothèses principales concernant les résultats attendus. La première est que les outils utilisés pour la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage

ne sont pas spécifiques à cette problématique. La seconde est qu'il existe des besoins et des attentes en matière d'outils, d'information et de formation pour ce type de prise en soin.

## **2. Interprétation des résultats au regard des hypothèses**

### **2.1. Outils et notion de « spécificité »**

Il est difficile de confirmer ou infirmer la première hypothèse selon laquelle les outils utilisés en pratique par les orthophonistes pour la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage ne sont pas spécifiques à cette problématique. En effet, les résultats obtenus au questionnaire sont hétérogènes. Pour le bilan orthophonique comme pour le suivi orthophonique, certains outils utilisés par les orthophonistes dans le cadre de ce bilan sont jugés « spécifiques » par certains orthophonistes quand d'autres sont considérés comme « non spécifiques » par d'autres répondants.

En effet, trois types d'outils d'évaluation ont été présentés aux orthophonistes interrogés : des questionnaires parentaux, des tests et batteries de tests et des grilles et des échelles d'observation et/ou d'évaluation clinique. Si les résultats obtenus pour les questionnaires parentaux laissent supposer que ce type d'outils est aspécifique à la problématique du jeune enfant avec peu ou pas de langage, à l'inverse, ceux concernant les bilans normés et les grilles et échelles d'observation et/ou d'évaluation clinique semblent montrer que ces deux types d'outils sont spécifiques.

Concernant les outils pour le suivi orthophonique, les jouets, les livres et les jeux ainsi que les jeux détournés de leur usage habituel ne sont pas décrits comme étant spécifiques à la problématique de l'enfant avec peu ou pas de langage par la plupart de ces orthophonistes. Néanmoins, le matériel à visée spécifique et le matériel support d'un travail sur le code linguistique sont spécifiques pour cette population, d'après la majorité des orthophonistes.

### **2.2. Besoins et attentes de la part des orthophonistes**

La deuxième hypothèse selon laquelle il y a des besoins et des attentes pour la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage semble se vérifier au sein de notre échantillon d'orthophonistes. La grande majorité des orthophonistes ayant répondu au questionnaire est déjà intervenue auprès de jeunes enfants avec cette problématique, seul un orthophoniste a répondu par la négative. De plus, à la question relative à la fréquence d'accueil de ces enfants, 33% ont répondu « systématiquement », 57% ont répondu « régulièrement » et seulement 10% ont choisi l'option « occasionnellement ». Toutes ces données semblent témoigner que ce type de prise en soin est fréquemment rencontré.

Nous avons vu précédemment que d'après les orthophonistes, peu d'outils pour la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage et plus précisément ceux utilisés lors du suivi orthophonique, sont spécifiques. Dans ce sens et compte tenu des demandes de prise en soin de plus en plus fréquentes, nous pouvons penser que les orthophonistes souhaitent avoir à leur disposition des ressources spécifiquement dédiées à cette population. En effet, 94% des orthophonistes aimeraient avoir des pistes pratiques et des outils spécifiques à la problématique de l'enfant sans langage.

Par ailleurs, la tendance semble montrer que la quantité d'outils pour la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage n'est pas suffisante. En effet, si nous cumulons les pourcentages

de réponses obtenues à l’item « pas d’accord » et « peu d’accord » aux questions relatives à cet aspect quantitatif, la majorité des répondants estime que les différents types d’outils d’évaluation ne sont pas suffisants. En ce qui concerne les outils utilisés dans le cadre du suivi orthophonique, les orthophonistes ne sont pas tous du même avis. La question de la quantité suffisante est discutée pour les jouets, le matériel à visée spécifique et le matériel support d’un travail sur le code linguistique. A contrario, le stock de livres et de jeux et celui des jeux détournés de leur usage habituel sont insuffisants d’après les orthophonistes.

L’intérêt que les orthophonistes portent à la recherche de nouvelles ressources pour ce type de prise en soin est d’autant plus marqué que la grande majorité (84%) a besoin de rechercher des ressources pour le suivi orthophonique de ces patients. Ils ne sont d’ailleurs pas contre l’idée d’avoir un nouveau moyen de recherche à leur disposition. Notre proposition concernant la conception d’un outil facilitant la recherche d’outils a suscité l’intérêt de 57% des orthophonistes et le grand intérêt chez 30% d’entre eux. L’idée de créer des listes d’activités selon un axe thérapeutique défini (ex. développer les précurseurs à la communication) est également approuvée par la plupart des orthophonistes. Ces résultats favorables soulignent une nouvelle fois des besoins non négligeables en matière d’outils.

Les orthophonistes semblent donc avoir besoin de nouvelles ressources pour ce type de prise en soin et être en attente d’outils plus spécifiques pour la problématique du jeune enfant sans langage.

Un autre besoin semble se faire ressentir auprès des orthophonistes : un besoin d’information et de formation complémentaire à leur formation initiale. En effet, 60% des répondants estiment ne pas être suffisamment formés et informés sur la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage. D’autant plus que 46% de ces orthophonistes n’ont pas reçu d’enseignement spécifique à cette problématique au cours de leur formation initiale. Les formations complémentaires, riches de données scientifiques, théoriques et pratiques, récentes et actualisées, permettraient aux orthophonistes d’enrichir leurs connaissances sur le sujet et de faire évoluer leur pratique clinique sur différents aspects (ex. accompagnement parental, contenu de l’évaluation clinique, idées et outils concrets pour le suivi orthophonique, etc.). Les changements de la NGAP en orthophonie et l’évolution des différentes terminologies pour parler des troubles du langage et de la communication chez le jeune enfant sont des éléments d’autant plus importants, qui poussent les orthophonistes à actualiser leurs connaissances et à suivre une nouvelle formation, dans le but de pouvoir proposer une évaluation et un suivi orthophonique les plus adaptés à l’enfant et à son environnement.

### **3. Intérêts et limites de l’étude**

#### **3.1. Limites de l’étude**

Cette étude fait face à plusieurs limites. Le nombre important de réponses incomplètes et non valides au questionnaire marque une des principales limites. Sur les 149 orthophonistes qui ont commencé à remplir le questionnaire, 85 se sont arrêtés en chemin, et ce malgré les mesures mises en place lors de la conception du questionnaire. En effet, le questionnaire était essentiellement composé de questions semi-ouvertes (échelles de Likert) et de questions à choix unique et une barre de progression était affichée en haut de la page, dans le but de favoriser l’adhésion du participant à l’enquête. Aussi, il était possible de sauvegarder les réponses et de reprendre le questionnaire plus



tard. La longueur du questionnaire peut être une cause explicative à ces nombreux abandons. Ce questionnaire comportait quarante-six questions et le temps de réponse était estimé à environ quinze minutes. De plus, plusieurs réponses étaient présentées sous forme de tableaux. Ces tableaux comportaient des sous-questions auxquelles les participants devaient répondre en cochant un des items de l'échelle de Likert (« jamais », « occasionnellement », « régulièrement », « systématiquement » ou « pas d'accord », « peu d'accord », « d'accord », « vraiment d'accord »). Les orthophonistes devaient alors prendre un temps de réflexion plus important pour choisir entre ces différentes propositions.

Les résultats obtenus à cette enquête sont à nuancer en raison du manque de participants. Les données ont été recueillies auprès de 64 orthophonistes. Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), au 1er janvier 2021, 27 642 orthophonistes étaient recensés en France. Notre échantillon de participants n'est donc pas représentatif puisqu'il représente moins d'1% des orthophonistes exerçant en France. Les données recueillies à ce questionnaire ont donc peu de valeur statistique, bien qu'elles restent intéressantes sur le plan qualitatif et qu'elles donnent une première idée de ce qui se fait en pratique. D'autant plus que le mode d'exercice de notre échantillon est représentatif de ce qui est observé pour la population des orthophonistes français, selon les dernières données statistiques disponibles. D'après la DREES, au 1er janvier 2021, sur les 27 642 orthophonistes exerçant en France, 22 307 ont une activité libérale ou mixte, soit 80,7%.

Afin d'éviter un biais de sélection et de diffusion, il aurait été judicieux de procéder à un tirage au sort pour constituer notre échantillon de participants. En effet, la méthodologie qui aurait été souhaitée est de procéder à une sélection aléatoire d'un certain nombre d'orthophonistes exerçant en France (y compris dans les Départements et Régions d'Outre-Mer et Collectivités d'Outre-Mer [DROM-COM]) à partir de l'annuaire santé Ameli. Cette procédure nous aurait permis d'obtenir un échantillon d'orthophonistes plus représentatif. Dans un second temps, nous aurions contacté individuellement les orthophonistes sélectionnés, par téléphone, pour leur présenter notre étude et leur proposer de participer à l'enquête. Les orthophonistes intéressés auraient alors eu accès au lien du questionnaire.

### **3.2. Perspectives de l'étude**

Bien que les résultats obtenus ne semblent pas généralisables, cette étude nous a permis d'avoir un premier aperçu de ce qui est réalisé en pratique par les orthophonistes, en termes d'évaluation et de suivi orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage. Elle a également permis aux orthophonistes de nous confier leurs sentiments et leur expérience vis-à-vis de cette prise en soin.

Dans une perspective d'amélioration, il serait intéressant de poursuivre ce travail avec une méthodologie plus rigoureuse qui permettrait d'écarter les biais de sélection et de diffusion auxquels notre étude s'est trouvée confrontée. Cela permettrait d'obtenir un échantillon d'orthophonistes plus conséquent et plus représentatif de la population. Aussi, des questions plus approfondies sur un domaine d'évaluation ou d'intervention (ex. domaines langagiers ou précurseurs à la communication) pourraient figurer dans un futur questionnaire.

Quant aux questions du cinquième thème de ce questionnaire concernant les formations et les perspectives pour ce type de prise en soin, les réponses obtenues semblent mettre en évidence le

réel intérêt des orthophonistes pour des outils plus spécifiques à la problématique du jeune enfant avec peu ou pas de langage. Les orthophonistes semblent également être intéressés par la création d'un support qui permettrait de rechercher des ressources pour leur intervention. Ils pourraient alors choisir plus efficacement et plus rapidement du matériel adapté au profil et aux besoins de leurs patients, en fonction de leurs difficultés et de leurs compétences et selon les objectifs thérapeutiques définis.

Les outils pouvant être utilisés pour ce type de prise en soin sont nombreux. Leur mise en application n'est cependant pas toujours évidente pour les orthophonistes car l'utilisation de certains doit être adaptée à ces enfants. Les orthophonistes sont amenés à trouver des idées d'activités pour un objectif thérapeutique en particulier. Dans ce sens, il serait intéressant de répertorier l'ensemble des activités possibles pour développer tel ou tel axe thérapeutique.

## **Conclusion**

Ce mémoire portait sur la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage. Il avait pour but de réaliser un état des lieux des pratiques orthophoniques pour ce type de prise en soin. Il visait également à mettre en exergue et à recueillir des éventuels besoins et attentes en matière d'outils, d'information et de formation.

Pour réaliser cette étude, nous avons sollicité des orthophonistes exerçant en libéral et/ou en salariat pour répondre à un questionnaire. Par le biais de celui-ci, nos hypothèses de travail ont pu être confirmées ou infirmées. Malgré un nombre modéré de réponses obtenues, nous avons pu découvrir quel regard portent les orthophonistes sur cette prise en soin et quel est leur ressenti lors de ce type de prise en soin, notamment lors du bilan, réalisé en présence des proches. Cette étude nous a permis de mieux cerner les différents domaines d'évaluation et d'intervention. Nous sommes intéressés aux outils utilisés par les orthophonistes pour l'évaluation et le suivi orthophonique de ces enfants, à leur fréquence d'utilisation en séance et à leurs qualités et défauts. Nous ne pouvons pas affirmer que les outils utilisés pour ce type de prise en soin sont spécifiques à la problématique du jeune enfant sans langage. En effet, si certains outils sont considérés comme spécifiques, d'autres ne le sont pas. Néanmoins cette enquête nous a permis de mettre en évidence des besoins et des attentes. Les orthophonistes sont intéressés à l'idée de pouvoir proposer de nouveaux supports à leurs patients et ont besoin de se former pour acquérir de nouvelles données théoriques et pour enrichir leur pratique clinique.

A ce jour, les études concernant la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage oral sont peu nombreuses dans la littérature. Il semble intéressant que cette étude soit élargie, en prenant en considération les biais de sélection et de diffusion, afin de disposer des données avec plus de valeur statistique. L'analyse des pratiques orthophoniques pour un domaine langagier particulier ou la création d'un nouvel outil pourrait également faire l'objet d'un prochain travail.

## Bibliographie

A.N.A.E.S. (2001). HAS : L'orthophonie dans les troubles du langage de l'enfant de 3 à 6 ans – Recommandations. Repéré à [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_271995/fr/l-orthophonie-dans-les-troubles-specifiques-du-developpement-du-langage-oral-chez-l-enfant-de-3-a-6-ans](https://www.has-sante.fr/jcms/c_271995/fr/l-orthophonie-dans-les-troubles-specifiques-du-developpement-du-langage-oral-chez-l-enfant-de-3-a-6-ans)

Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S. (2006). Dialogoris 0/4 ans Orthophoniste. Com-Médec. <https://com-medic.com/dialogoris-0-4-ans-orthophoniste/>

Avenant 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996 (J.O. 26 octobre 2017). Consulté à <https://www.ameli.fr/orthophoniste/textes-reference/convention/avenants>

Bassano, D. (2000). La constitution du lexique : le « développement lexical précoce ». Dans Kail, M. & Fayol, M. (Dir.), *L'acquisition du langage. Vol. I* (p. 137-168). Presses Universitaires de France.

Bassano, D., Labrell, F., & Bonnet, P. (2005). DLPF. Développement du Langage de Production en Français. Structures Formelles du Langage.

Bernicot, J., & Bert-Erboul, A. (2014). *L'acquisition du langage par l'enfant*. Editions In Press.

Bovet, F., Danjou, G., Langue, J., Moretto, M., Tockert, E., & Kern, S. (2005). Un nouvel outil d'évaluation du développement communicatif du nourrisson. *Médecine et Enfance*, 25(7), 68-73.

Breault, C., Béliveau, M. J., Labelle, F., Valade, F., & Trudeau, N. (2019). Le trouble développemental du langage (TDL) : mise à jour interdisciplinaire. *Neuropsychologie Clinique et Appliquée*, 3, 67-68. doi.org/10.46278/j.ncacn.20190717

Carrasco, L., Matignon, C. (2013). *Précurseurs de la communication chez le jeune enfant porteur de polyhandicap : programme d'intervention en orthophonie centré sur les parents* [mémoire]. Université Claude Bernard Lyon1 - ISTR.

Cavagnac-Wurtz, S., Dehêtre, A., Rives, C., & Siciak-Tartaruga, A. (2019). Convention nationale des orthophonistes – Avenant 16. Mise en œuvre des dernières mesures de valorisation prévues en 2019. *L'orthophoniste*, (390).

Chevrie-Muller, C., Simon, A.M., Le Normand, M.T., & Fournier, S. (1997). BEPL. Batterie d'Evaluation PsychoLinguistique. Centre de Psychologie Appliquée.

Code de la santé publique - Article L4341-1. (2016). Repéré à [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031930059/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930059/)

Coquet, F. (2005). Les habiletés pragmatiques chez l'enfant. *Rééducation Orthophonique*, 221, 157-170

Coquet, F. (2013). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent : matériels, méthodes et techniques de rééducation*. Ortho édition.

Coquet, F., & Maëtz, B. (2000). DPL3. Dépistage et Prévention du Langage chez les enfants de 3 ans à 3 ans et demi. Ortho édition.

- Coquet, F., Ferrand, P., & Roustit, J. (2009). EVALO 2-6. EVALuation du développement du Langage Oral chez l'enfant de 2 ans 3 mois à 6 ans 3 mois. Ortho édition.
- Coquet, F., Roustit, J., & Ferrand, P. (2010). EVALO BB. EVALuation du développement du Langage Oral du jeune enfant de moins de 36 mois ou sans langage. Ortho édition.
- Coquet, F., Roustit, J., & Ferrand, P. (2021). EVALO BB Version 2. EVALuation du développement du Langage Oral du jeune enfant de moins de 36 mois ou sans langage. Ortho édition.
- CPLOL (2013). Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes et Logopèdes de l'Union Européenne. <https://arld.ch/publications/cplol/cplol-questionnaires>
- Décret n°83-766 du 24 août 1983 fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes, (J.O. 27 août 1983).
- Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, (J. O. 4 mai 2002).
- Démographie des professionnels de santé. Consulté le 5 juillet 2022, à l'adresse <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- Deregnacourt, C. (2010). *Le jeu en orthophonie : intérêts et limites* [mémoire]. Université de Nantes.
- D'Ervau, T., Richard, A. (2013). *Développement des précurseurs langagiers et des intentions communicatives dans la cécité précoce : Etude des interactions d'une dyade mère-enfant aveugle* [mémoire]. Université Claude Bernard Lyon1-ISTR.
- Duchesne, M. (2021). *Impacts d'une exposition aux écrans sur les précurseurs de la communication chez l'enfant de 0 à 2 ans et sur les comportements parentaux* [mémoire]. Aix-Marseille Université.
- Duyme, M., Capron, C., & Zorman, M. (2010). IDE. Inventaire de Développement de l'Enfant. Cognisciences.
- Fallet, J. (2009). PECPO-T21. Prise En Charge Précoce en Orthophonie des enfants porteurs de trisomie 21. <https://pecpo-t21.fr/>
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire*. Dunod.
- Gosselin, J., & Leclerc, A. A. (2010). Intervention précoce et ergothérapie | Portail Enfance et Familles. Consulté à l'adresse <http://www.portailenfance.ca/wp/modules/intervention/intervention-precoce/>
- Grevesse, P. (2015). Instable ? Le bilan orthophonique du jeune enfant sans langage. *ANAE: Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 135, 1-7. [https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/206960/1/3\\_001\\_007\\_ANAE\\_135\\_Grevesse.pdf](https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/206960/1/3_001_007_ANAE_135_Grevesse.pdf)
- Guidetti, M., & Tourrette, C. (2009). ECSP. Echelle d'Evaluation de la Communication Sociale Précoce. Giunti psychometrics.

- Helloin, M.C., & Thibault, M. P. (2006). Exalang 3-6. Examen des troubles du langage et de la parole chez l'enfant de 2 ans 8 mois à 5 ans 10 mois. HappyNeuron.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34.
- Kern, S. & Fekete, G. (2019). De l'évaluation à l'intervention. Dans Kern, S. (Dir.), *Le développement précoce du langage oral : théorie, clinique, pratique* (p. 233- 256). De Boeck Supérieur.
- Khomsy, A. (2001). ELO. Evaluation du Langage Oral. ECPA.
- Khomsy, A., & Khomsy, J. (2009). BILO Petits. Bilan Informatisé de Langage Oral pour les petits. ECPA.
- Kremer, J. M., & Lederlé, E. (2016). *L'orthophonie en France*. Presses Universitaires de France.
- Lallemand, C., & Gronier, G. (2015). *Méthodes de design UX : 30 méthodes fondamentales pour concevoir et évaluer les systèmes interactifs*. Editions Eyrolles.
- Langage & pratiques*, 2013, (51), 2.
- Le Normand, M. T., & Clouard, C. (2014). De nouveaux outils pour l'évaluation de la parole, du langage et de la communication chez le jeune enfant. *Contraste*, 1(39), 161-180.
- Maillart, C. (2003). Les troubles pragmatiques chez les enfants présentant des difficultés langagières. Présentation d'une grille d'évaluation : la Children's Communication Checklist (Bishop, 1998). *Les Cahiers de la SBLU*, 13. Consulté à l'adresse <https://orbi.uliege.be/handle/2268/7314>
- Maillart, C. (2018). Le projet CATALISE, phase 2 « Terminologie ». Impacts sur la nomenclature des prestations de logopédie en Belgique. *UPLF-Info*, XXXV(2), 4-17.
- Maillart, C., & Durieux, N. (2014). L'evidence-based practice à portée des orthophonistes : intérêt des recommandations pour la pratique clinique. *Rééducation Orthophonique*, 257, 71-82.
- Mazeau, M., & Pouhet, A. (2018). *Dans le cerveau de mon enfant : tout le développement de l'enfant de 0 à 6 ans*. Horay.
- Morgenstern, A., & Parrisé, C. (2017). *Le langage de l'enfant : de l'éclosion à l'explosion*. Presses Sorbonne Nouvelle.
- Pasquet, F., Parbeau-Gueno, A., & Bourg, E. (2014). CLEA. Communiquer, Lire et Ecrire pour Apprendre. ECPA.
- Patrucco-Nanchen, T., & Delage, H. (2020). Prise en charge collaborative entre logopédistes/orthophonistes et éducateurs de la petite enfance : étude d'un cas clinique. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, (164), 21-32.
- Plaza, M. (2014). Le développement du langage oral. *Contraste*, (39), 99-118.

Rigal, R. (2005). *Motricité humaine : fondements et applications pédagogiques*. Presses de l'Université du Québec.

Rondal, J. A. (2001). *Votre enfant apprend à parler*. Sprimont Mardaga.

Rossetti, L. (1990). The Rossetti Infant-toddler Language Scale. LinguiSystems.

Verpoorten, R., Noens, I., & van Berckelaer-Onnes, I. (2012). ComFor 2 : outil d'évaluation des précurseurs de la communication. Hogrefe.

Vilatte, J. C. (2007). Méthodologie de l'enquête par questionnaire. *Laboratoire Culture & Communication Université d'Avignon*. Consulté à <https://docplayer.fr/1087684-Methodologie-de-l-enquete-par-questionnaire.html>

Willems, S., Maillart, C., Martinez Perez, T., & Durieux, N. (s. d.). MOOC « Psychologue et orthophoniste : l'EBP au service du patient ». Module 1, séquence 1 : Se familiariser à l'EBP : quoi ? [https://lms.fun-mooc.fr/assetv1:ulg+108014+session01+type@asset+block/Module\\_1\\_sequence\\_1.pdf](https://lms.fun-mooc.fr/assetv1:ulg+108014+session01+type@asset+block/Module_1_sequence_1.pdf)

## **Liste des annexes**

**Annexe n°1 : Trame d'entretien semi-directif.**

**Annexe n°2 : Questionnaire à destination des orthophonistes.**

**Annexe n°3 : Résultats issus du questionnaire.**