

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE
FACULTE DE MEDECINE
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
Tél : 03 20 62 76 18
departement-orthophonie@univ-lille.fr



 Université
de Lille

 **ufr3s**
faculté
de médecine

MEMOIRE

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

Laurine BILLAS

soutenu publiquement en juin 2023

L'enfant de moins de trois ans ou sans langage Pratiques orthophoniques en rééducation

MEMOIRE dirigé par

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

Lille – 2023

Remerciements

Je tiens à adresser mes premiers remerciements à ma directrice de mémoire, Madame Sophie Fragnon, qui a accepté ma proposition de sujet et m'a accompagnée dans la réalisation de ce travail. Merci pour vos conseils et suggestions tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie sincèrement Amandine, Marie et Paula ainsi que leurs patients d'avoir accepté d'être les sujets de mon observation. Merci également à Émilie, une de mes maîtres de stage, de m'avoir aidée dans le recrutement des participants.

Je remercie également toutes mes maîtres de stage pour ce qu'elles m'ont apporté durant ces cinq années. J'ai vécu des expériences très enrichissantes à vos côtés.

Merci à mes meilleures amies, Julie et Emma, de toujours être là pour moi.

Merci Thomas pour tes encouragements et ton soutien si précieux.

J'adresse mes plus sincères remerciements à ma famille et particulièrement à mes parents et à mon frère. Merci pour votre soutien inconditionnel depuis la préparation au concours jusqu'à la réalisation du mémoire. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Et enfin, un grand merci à mes copines lilloises, ma deuxième famille, sans qui ces études n'auraient pas été les mêmes. Merci pour tous les souvenirs partagés et tous ceux qu'on partagera encore.

Résumé :

Au-travers de nos expériences cliniques, nous avons constaté que les orthophonistes étaient de plus en plus confrontés à la prise en soin du tout-petit ou de l'enfant sans langage. Néanmoins, la rééducation leur était souvent problématique. Le présent mémoire consiste à proposer une formalisation de la pratique ainsi que des solutions concrètes de rééducation concernant le jeune enfant avec peu ou pas de langage. Pour ce faire, nous avons mis en place la méthode de l'observation directe. Quatre tout-petits suivis en orthophonie dans le cadre d'un retard d'apparition du langage ou de difficultés langagières ont été recrutés. Un sujet initialement non-éligible à l'étude a été inclus afin que nous disposions davantage d'éléments à analyser. Ainsi, nous avons observé quatre prises en soin menées par trois orthophonistes sur une durée de dix-huit semaines. L'analyse des données a montré que la communication et le développement du lexique étaient les objectifs premiers des orthophonistes. Selon le type d'intervention, l'orthophoniste utilisait différents procédés comme le discours parallèle, la modélisation, l'élicitation et la reformulation, au cours d'activités ludiques. Elle employait également des signes et des gestes pour étayer les propos de l'enfant et renforçait positivement ses progrès. L'accompagnement parental variait selon l'enfant. Bien qu'il existe des limites concernant la généralisation des données, nous avons proposé une structuration de la prise en soin ainsi que des ressources pratiques en fonction du type d'intervention langagière. Les ressources comprennent notamment du matériel concret, les techniques et stratégies à instaurer ainsi que des exemples de mise en pratique.

Mots-clés :

Intervention précoce, pratiques orthophoniques, tout-petit, sans langage, observation directe.

Abstract :

Through our clinical experiences, we have observed that speech therapists are increasingly faced with the care of very young children or children without language. However, rehabilitation was often problematic for them. This thesis proposes a formalization of the practice as well as concrete rehabilitation solutions for young children with little or no language. To do this, we used direct observation. Four young children receiving speech therapy for delayed language development or language difficulties were chosen. An initially ineligible subject was included to provide us with more elements to analyze. Thus, we observed four interventions conducted by three speech therapists over a period of eighteen weeks. Data analysis showed that communication and vocabulary development were the primary objectives of the speech therapists. Depending on the type of intervention, the speech therapist used different processes such as parallel speech, modeling, elicitation, and reformulation during playful activities. They also used signs and gestures to support the child's speech and positively reinforce their progress. Parental support varied depending on the child. Although there are limits to the generalization of the data, we proposed a structured approach to care and practical resources according to the type of language intervention. Resources include concrete materials, techniques and strategies to establish, as well as examples of implementation.

Keywords :

Early intervention, speech therapy practices, toddler, without language, direct observation.

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique et objectifs.....	2
1. Le langage oral et la communication.....	2
1.1. Le développement du langage oral et de la communication.....	2
1.1.1. Le développement du versant réceptif.....	2
1.1.2. Le développement du versant expressif.....	3
1.2. Les troubles du langage oral et de la communication.....	4
1.2.1. Le cas particulier des parleurs tardifs.....	6
1.2.2. La notion d'enfant sans langage.....	6
2. Pourquoi intervenir précocement en orthophonie ?.....	6
2.1. Définition de l'intervention précoce.....	6
2.2. Le cadre réglementaire.....	7
2.3. La notion de période critique.....	7
2.4. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé.....	8
3. Les axes de la prise en soin orthophonique du tout-petit.....	8
3.1. Le bilan orthophonique.....	8
3.2. La stimulation générale du langage.....	9
3.2.1. La reformulation, le discours parallèle et l'imitation.....	9
3.2.2. L'usage du livre et du jeu.....	10
3.3. La stimulation ciblée du langage.....	10
3.4. L'enseignement en milieu naturel.....	11
3.5. La Communication Alternative et Améliorée.....	11
3.6. L'interaction parent-enfant.....	12
Objectifs.....	12
Méthodologie.....	13
1. Population étudiée.....	13
1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	13
1.2. Modalités de recrutement.....	13
1.3. Caractéristiques de la population.....	14
2. Matériel.....	14
3. Procédure.....	14
3.1. Observation sur le terrain.....	14
3.2. Rédaction des notes d'observation.....	15
3.3. Codage et présentation des résultats.....	15
Résultats.....	15
1. Temps d'observation.....	15
2. Stimulation générale du langage.....	16
2.1. Installation et matériel.....	16
2.2. Techniques de stimulation et stratégies de retour.....	17
2.3. Communication Alternative et Améliorée.....	18
3. Stimulation ciblée du langage.....	19
3.1. Installation et matériel.....	19
3.2. Techniques de stimulation et stratégies de retour.....	20
3.3. Communication Alternative et Améliorée.....	21
4. Enseignement en milieu naturel.....	21
4.1. Installation et matériel.....	22
4.2. Techniques de stimulation et stratégies de retour.....	22
4.3. Communication Alternative et Améliorée.....	24

5. Stimulation du langage en dehors des activités dédiées.....	24
6. Accompagnement parental.....	24
Discussion.....	25
1. Rappel des objectifs.....	25
2. Proposition de formalisation de la pratique et de pistes pratiques.....	25
2.1. Les ingrédients actifs de l'intervention précoce.....	26
2.2. Choix de la ou des approche(s) langagière(s).....	26
2.3. L'environnement et le matériel.....	27
2.4. Les techniques de stimulation, stratégies de retour et types de CAA.....	28
3. Les limites de l'observation clinique.....	29
Conclusion.....	30
Bibliographie.....	32
Liste des Annexes.....	35
Annexe n°1 : Techniques de modelage par imprégnation avec utilisation du livre.....	35
Annexe n°2 : Lettre d'information à destination des orthophonistes.....	35
Annexe n°3 : Grille d'observation.....	35
Annexe n°4 : Diagnostics et projets thérapeutiques des patients.....	35
Annexe n°5 : Nombre total et moyen d'activités selon l'approche et la prise en soin.....	35
Annexe n°6 : Types de jeux et de livres selon l'intervention langagière.....	35
Annexe n°7 : Techniques de stimulation et stratégies de retour selon l'approche.....	35
Annexe n°8 : Compétences stimulées transversalement au langage.....	35
Annexe n°9 : Types de Communication Alternative et Améliorée et caractéristiques du Langage Adressé à l'Enfant.....	35
Annexe n°10 : Fréquence d'emploi des onomatopées et des bruits.....	35
Annexe n°11 : Stimulation lexicale, morphosyntaxique et phonologique dans l'enseignement en milieu naturel.....	35
Annexe n°12 : Objectifs thérapeutiques des jeux.....	35
Annexe n°13 : Extraits des notes d'observation.....	35
Annexe n°14 : Pistes pratiques de rééducation.....	35

Introduction

La prise en soin des enfants de moins de trois ans ou sans langage semble de plus en plus présente au sein de la pratique orthophonique. Durant nos stages, les échanges menés avec les orthophonistes témoignaient d'une certaine difficulté face à la rééducation du jeune enfant. Les cliniciens se questionnaient notamment sur la ou les composante(s) du langage à stimuler en première intention, ainsi que sur les procédés à mettre en œuvre.

La période qui s'étend de la naissance à trois ans est propice au développement langagier (Kern, 2019). Durant cette période, les interactions de l'enfant avec son environnement jouent un rôle primordial dans l'établissement des connexions neuronales. C'est cette maturation neuronale en lien avec les expériences sociales qui permet au nourrisson d'identifier les mots familiers et par la suite, de développer les trois composantes langagières qui sous-tendent l'acquisition du langage écrit : le lexique, la grammaire et la pragmatique (Bassano et al., 2020). Dans le développement typique du langage oral et de la communication, les premiers mots émergent aux alentours d'un an et s'accroissent rapidement pour atteindre un stock de deux cents mots à deux ans (Delahaie, 2009). C'est également vers l'âge de deux ans que le jeune enfant produit ses premières phrases constituées de deux mots (Bernicot & Bert-Erboul, 2014). Cependant, il peut arriver qu'un enfant présente un décalage dans l'émergence des premiers mots, autrement dit, que son stock lexical n'excède pas cinquante mots et/ou qu'il ne combine pas les mots vers deux ans (Buschmann et al., 2008). L'absence de combinaison verbale à deux ans représente un signe d'alerte pour la Haute Autorité de Santé qui préconise de réaliser bilan orthophonique, et le cas échéant, de débiter une rééducation. La valorisation de deux actes dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, en juillet 2019, est également au profit de l'intervention précoce et de la prise en soin des retards de parole et des troubles du langage oral et de la communication chez le jeune enfant entre trois et six ans. Dans la littérature, l'intervention langagière auprès du tout-petit a deux objectifs : stimuler le langage et optimiser les interactions parent-enfant. En termes de stimulation du langage, quatre approches qui mettent en jeu des techniques distinctes sont évoquées (Finestack & Fey, 2013). Des procédés tels que la modélisation et l'élicitation ont montré des effets bénéfiques dans l'acquisition du vocabulaire chez les tout-petits (Kouri, 2005). Les approches ont pour points communs de se dérouler dans des conditions naturelles et de suggérer un matériel de stimulation qui suscite l'intérêt de l'enfant. Les techniques employées au cours des séances de rééducation sont proposées aux parents afin qu'ils fournissent également une stimulation langagière adéquate (Sylvestre & Desmarais, 2015).

Le présent mémoire s'inscrit dans la suite des recherches menées par Chillet et Malige (2021) et Juffrault (2022). Les étudiantes ont questionné les orthophonistes quant aux outils et méthodes utilisés dans la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage. Le questionnaire de Juffrault (2022) a également mis en évidence un besoin de moyens concrets de rééducation chez 94 % des orthophonistes questionnés. A la suite de ces travaux, notre objectif est de proposer une formalisation de la pratique et de répondre au besoin de ressources concrètes. Pour ce faire, nous allons mener une observation directe auprès d'orthophonistes prenant en soin des tout-petits avec peu ou pas de langage.

Dans un premier temps, nous évoquerons les étapes de l'émergence du langage oral et de la communication puis nous discuterons des troubles qui peuvent survenir chez le tout-petit. Nous essayerons également de clarifier la notion d'enfant sans langage. Ensuite, nous parlerons de

l'importance d'intervenir précocement en orthophonie puis nous nous concentrerons sur les axes de la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage. Dans un second temps, nous emploierons la méthode de l'observation directe afin de mettre en évidence une formalisation de la rééducation ainsi que des pistes pratiques. Ces dernières seront présentées sous la forme d'une plaquette créée avec le logiciel Canva.

Contexte théorique et objectifs

Dans cette partie, nous retracerons les étapes clés du développement normal du langage oral et de la communication puis nous évoquerons la terminologie et les critères diagnostiques d'un trouble du langage. Nous tenterons également de définir la notion d'enfant sans langage. Nous relaterons ensuite de l'importance d'une intervention précoce et développerons une partie sur les axes de la prise en soin du tout-petit avec peu ou pas de langage. Enfin, nous présenterons les objectifs de notre travail.

1. Le langage oral et la communication

1.1. Le développement du langage oral et de la communication

L'émergence du langage oral résulte de l'interaction entre les compétences neurobiologiques innées de l'enfant, et les stimulations qu'il reçoit de son environnement familial et socio-culturel (Bassano et al., 2020 ; Colas et al., 2021 ; Le Normand, 2019). Cette faculté se développe implicitement sur deux versants : expressif et réceptif. Le versant réceptif se développe avant l'expressif, c'est-à-dire que l'enfant comprend un message avant de pouvoir le produire (Colas et al., 2021). La communication est la fonction principale du langage. En effet, le langage permet de transmettre des informations et des émotions au moyen de la parole, de l'écrit ou de signes. La parole renvoie à la production de sons qui allie des compétences articulatoires et linguistiques (Bishop et al., 2016 ; Plaza, 2014). D'une façon générale, la communication regroupe tous les moyens verbaux et non-verbaux (mimiques, gestes, regard, etc.) favorisant la transmission d'un message (Bishop et al., 2016).

Plaza (2014) décrit plusieurs composantes du langage : la prosodie (mélodie de la parole), la phonétique (articulation des sons de la parole), la phonologie (organisation des sons de la parole), le lexique (catalogue de mots), la morphosyntaxe (construction des phrases), la pragmatique (règles de communication) ainsi que la sémantique (accès au sens). Cette dernière recoupe l'ensemble des composantes (Plaza, 2014). Bien qu'il existe des repères chronologiques dans l'élaboration du langage, les âges d'acquisition sont à même de différer d'un enfant à l'autre sans que cela ne soit pathologique (Delahaie, 2009).

1.1.1. Le développement du versant réceptif

Dès le 6^e mois de grossesse, l'audition est suffisamment mature pour permettre au fœtus de percevoir la prosodie de la parole et de se familiariser avec sa langue maternelle (Colas et al., 2021 ; Le Normand, 2019). A la naissance, le nouveau-né est en capacité de discriminer les sons de toutes

les langues (Bernicot & Bert-Erboul, 2014 ; Colas et al., 2021) mais porte un intérêt pour la voix de sa mère et les sons de sa langue maternelle (Bernicot & Bert-Erboul, 2014). Lorsqu'ils s'adressent au nourrisson, les parents ont tendance à exagérer l'intonation, à articuler clairement et à parler plus lentement pour attirer son attention : c'est ce que nous appelons le Langage Adressé à l'Enfant (Bernicot & Bert-Erboul, 2014 ; Le Normand, 2019 ; Veneziano, 2000). De plus, leur langage est ponctué de répétitions, de questions et de reformulations et ils utilisent un vocabulaire et des phrases simplifiés et ajustés au niveau de l'enfant (Veneziano, 2000). C'est à force d'entendre sa langue maternelle, que le nourrisson va se spécialiser dans celle-ci, autrement dit qu'il choisit cette langue comme étant la sienne (Bernicot & Bert-Erboul, 2014 ; Colas et al., 2021). Aux alentours de onze mois, le nourrisson est capable de reconnaître les mots familiers grâce à trois attributs du langage oral qui permettent de segmenter le flux continu de la parole en mots (Delahaie, 2009). Il repère les indices phonotactiques, c'est-à-dire les enchaînements de sons impossibles dans un mot (ex. dans « carte perdue » l'enfant repère deux mots, car l'enchaînement des sons /t/ et /p/ est impossible dans un même mot). Il s'appuie également sur les règles distributionnelles, autrement dit, plus les enchaînements de sons sont fréquents, plus ils ont d'occasions de former un mot. Pour finir, il s'aide de l'intonation et du rythme de la parole pour percevoir les contours des mots (Delahaie, 2009). Les auteurs considèrent que le nourrisson réagit à son prénom entre huit et dix mois (Colas et al., 2021). Puis, l'enfant est en capacité de répondre à des ordres simples à quinze mois (ex. mets ton manteau) et à des ordres doubles à vingt-quatre mois (ex. mets ton manteau et prends ta tétine). Environ deux cents mots sont compris à dix-huit mois (Colas et al., 2021) et à trois ans, l'enfant comprend le langage de tous les jours en s'appuyant sur le contexte dans lequel la phrase est produite (Delahaie, 2009). Entre quatre et cinq ans, les lectures faites à la maison et à l'école maternelle participent à la compréhension narrative. La compréhension des récits se développe également lors de l'apprentissage de la lecture (Delahaie, 2009). Entre six et sept ans, les énoncés hors contexte sont compris (Delahaie, 2009). C'est également à ces âges que l'enfant prend en compte les états mentaux de son interlocuteur et adapte son discours en fonction de la situation (Delahaie, 2009).

1.1.2. Le développement du versant expressif

Avant l'émergence des premiers mots, le nourrisson découvre sa voix par les vocalisations réflexes telles que les pleurs et les cris (Delahaie, 2009) et communique de façon multimodale avec son entourage par l'utilisation de son corps, de gestes, de sons, du regard et du toucher (Bernicot & Bert-Erboul, 2014 ; Grevesse, 2015). En effet, l'appareil phonatoire n'est pas suffisamment mature pour permettre la parole (Delahaie, 2009 ; Plaza, 2014). Le nourrisson comprend alors que la communication non-verbale entraîne une réponse de son entourage (Le Normand, 2019). A six semaines, le sourire social et le contact visuel constituent les prémices d'un échange avec l'adulte (Le Normand, 2019). C'est au cours de jeux ritualisés et répétitifs (ex. coucou-caché), appelés « formats d'interaction », que les tours de parole apparaissent par imitation. Le format, initialement décrit par Bruner, est un moyen pour l'enfant d'apprendre à exprimer ses intentions de communication (Bernicot & Bert-Erboul, 2014 ; Le Normand, 2019). Les auteurs considèrent que le nourrisson commence à produire les sons de sa langue aux alentours de six mois avec l'apparition du babillage canonique. Ce dernier correspond à une émission répétée de syllabes simples comme « bababa » (Bernicot & Bert-Erboul, 2014 ; Colas et al., 2021 ; Delahaie, 2009). Entre neuf et douze

mois, l'apparition du pointage marque la mise en place de l'attention conjointe (Le Normand, 2019). Cette dernière, en lien avec le pointage, participe au développement lexical (Le Normand, 2019). Des auteurs ont d'ailleurs mis en évidence que le temps passé en attention conjointe à 15 mois influençait positivement la taille du vocabulaire à 21 mois (pour revue voir Le Normand, 2019). L'intérêt réciproque pour une même entité permet également à l'enfant d'entrer dans l'imitation motrice et verbale participant à l'acquisition du vocabulaire entre un et trois ans (Nadel, 2021). De plus, l'usage de gestes pour communiquer prédit l'apparition des premiers mots (Le Normand, 2019). En effet, Grevesse (2015) suppose qu'un enfant qui produit correctement un geste est en mesure de comprendre le mot associé et par conséquent de le produire. Les premiers mots constitués de deux syllabes apparaissent entre dix et douze mois et sont appelés « holophrases » ou « mots-phrases » (Bernicot & Bert-Erboul, 2014 ; Delahaie, 2009). Les mots-phrases sont interprétés en fonction du contexte (ex. « tutute » peut signifier « je veux ma tétine » mais aussi « où est ma tétine ? »). Puis le lexique s'accroît progressivement jusqu'à atteindre un stock de cinquante mots à dix-huit mois : il s'agit du stock lexical minimal nécessaire pour la combinaison verbale (Colas et al., 2021). Delahaie (2009), considère qu'un enfant produit entre cinq et dix mots à un an puis deux cents à deux ans. Cette acquisition intensive de vocabulaire s'appelle « l'explosion lexicale » et a lieu entre 18 et 30 mois pour Colas et al. (2021), et entre 18 et 20 mois pour Bernicot et Bert-Erboul (2014). Pendant cette période, l'enfant acquiert environ une dizaine de mots par jour (Colas et al., 2021). C'est à partir de deux ans que l'enfant combine deux mots. Les auteurs parlent de « langage télégraphique » car l'enfant produit des énoncés constitués d'un nom et d'un verbe ou de deux noms (ex. « papa gâteau » signifiant « papa, je veux un gâteau ») (Bernicot & Bert-Erboul, 2014). Puis, à deux ans et demi, l'enfant produit des phrases canoniques qui sont des phrases constituées d'un sujet, d'un verbe et d'un complément (Bernicot & Bert-Erboul, 2014 ; Colas et al., 2021). La conjugaison (temps et modes des verbes) est maîtrisée entre quatre et six ans (Bernicot & Bert-Erboul, 2014). Les auteurs estiment que le jeune enfant maîtrise les éléments fondamentaux du langage oral (phonologie, lexique et morphosyntaxe) aux alentours de quatre ans (Bassano et al., 2020 ; Colas et al., 2021 ; Delahaie, 2009). Néanmoins, le langage oral continue à s'affiner implicitement jusqu'à six ans, puis l'apprentissage explicite de la lecture et de l'écriture l'enrichit sur tous les plans et notamment sur le plan pragmatique (Bernicot & Bert-Erboul, 2014).

1.2. Les troubles du langage oral et de la communication

En 2016 et 2017, le groupe CATALISE constitué de 59 experts anglophones, dont des orthophonistes, des professionnels de l'éducation, de la psychologie, de l'audiologie et de la médecine, a utilisé la méthode Delphi afin d'obtenir un consensus concernant le diagnostic et la terminologie des troubles du langage oral (Bishop et al., 2016). La méthode Delphi consiste à réunir des experts afin d'obtenir un consensus sur un sujet donné. Pour cela, les experts répondent à des questionnaires en ligne de façon anonyme jusqu'à ce qu'un consensus se produise (Bishop et al., 2016). Dans cette étude, les experts ont conclu à un continuum entre « normalité » et « trouble » (Bishop et al., 2017). Le terme « retard de langage » est remplacé par « difficultés de langage » du fait de son caractère imprévisible. En effet, malgré l'existence d'indicateurs de persistance (cf. Tableau 1), il est difficile de prédire le retour à la norme ou la durabilité des difficultés langagières avant cinq ans. Selon les experts, un enfant âgé de cinq ans ou plus dont les difficultés perdurent, touchent plusieurs composantes langagières et impactent significativement ses relations sociales et

sa scolarité, présente un trouble du langage (Breault et al., 2019). En revanche, ils ne parlent pas de trouble pour les difficultés langagières consécutives à un manque d'exposition à la langue ni pour celles qui se résorbent grâce à une aide éducative (Bishop et al., 2017).

Tableau 1. Indicateurs de persistance des difficultés langagières selon l'âge (d'après Breault et al., 2019).

	3 ans et moins	4 ans à 5 ans	À partir de 5 ans
Données de la littérature (Selon Bishop et al., 2017)	Données mitigées	Prédictibilité augmentée avec l'âge	Probabilités faibles que l'écart avec les pairs ne diminue avec l'âge (Norbury et al., 2016)
Indicateurs de persistance (pronostic moins favorable)	Pas de combinaison de mots à 24 mois Difficultés de compréhension	Plus grand nombre de composantes langagières atteintes	Faibles capacités non verbales Difficultés de compréhension Difficultés de lecture et d'apprentissage
Indicateurs d'amélioration (bon pronostic)		Seule la phonologie expressive est touchée	

Lorsque le trouble du langage a une origine biomédicale connue telle qu'un syndrome génétique, le terme employé est « trouble du langage lié à X ». Dans le cas où l'origine est inconnue, les auteurs parlent de « trouble développemental du langage » (TDL) (Bishop et al., 2017). Les facteurs de risques tels que des antécédents familiaux de trouble du langage oral ou de dyslexie n'excluent pas le diagnostic de TDL. En outre, un TDL peut être associé à un autre trouble neurodéveloppemental comme un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : il s'agit d'une « condition concomitante » (Bishop et al., 2017). Enfin, dans cette terminologie, les troubles des sons de la parole, du langage et de la communication peuvent se recouvrir comme l'illustre la figure 1 (Bishop et al., 2017).

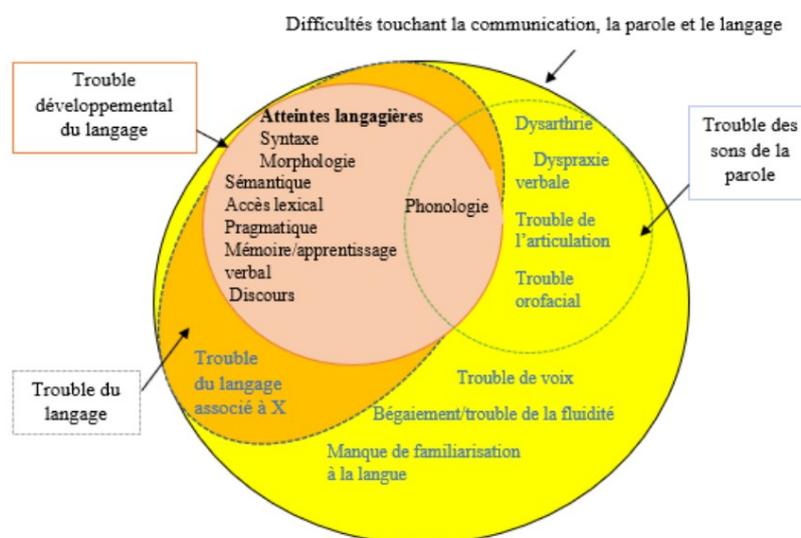


Figure 1. Diagramme de Venn illustrant la relation entre le TDL et différents termes de diagnostic (d'après Breault et al., 2019).

1.2.1. Le cas particulier des parleurs tardifs

Il arrive qu'un enfant présente un retard dans l'apparition des premiers mots. Ce retard est mis en évidence lorsqu'un enfant ne produit pas plus de cinquante mots et/ou ne combine pas les mots vers deux ans (Buschmann et al., 2008). Une étude menée par Buschmann et ses collègues (2008) a mis en évidence que dans 22 % des cas, il est le premier indice d'une atteinte plus sévère telle qu'un trouble neurologique, une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou encore une surdité. Cela signifie que dans 78 % des cas, le retard est spécifique, en d'autres termes, il ne s'explique que par une atteinte des versants langagiers (Maillart, 2019). Dans la littérature, un enfant entre 18 et 35 mois ayant un retard langagier spécifique est qualifié de « parleur tardif » (Kouri, 2005 ; Maillart, 2019). Avant trois ans, Bishop et ses collègues (2017) distinguent les parleurs tardifs des enfants à risque de présenter des difficultés persistantes. En effet, bien que les parleurs tardifs aient un développement langagier plus lent que la moyenne, les difficultés sont passagères ou ne concernent plus qu'un seul domaine langagier avant quatre ans dans soixante-dix à quatre-vingt pourcents des cas. Il est tout de même important de souligner qu'elles persistent et évoluent vers un TDL dans 25 % des cas (pour revue voir Maillart, 2019).

1.2.2. La notion d'enfant sans langage

À la lumière de ce qui précède, nous pouvons définir la notion d'enfant sans langage de la façon suivante : un enfant est dit sans langage lorsqu'il présente un retard d'apparition des premiers mots, autrement dit, que son stock lexical ne dépasse pas cinquante mots et/ou qu'il ne produit pas de phrases vers deux ans (Buschmann et al., 2008). Il peut alors se retrouver dans une pluralité de tableaux cliniques. En effet, il peut être parleur tardif et rattraper son retard, ou, présenter des difficultés persistantes évoluant vers un TDL. Dans certains cas, ce retard est le premier signe d'un désordre médical et l'enfant présente alors un trouble du langage lié à X (Bishop et al., 2016). Le terme « sans langage » sous-entend en réalité « sans langage oral ». En effet, même si le langage oral ne se développe pas, l'enfant peut acquérir le langage dans une autre modalité telle que les signes ou l'écrit en grandissant (Bishop et al., 2016).

2. Pourquoi intervenir précocement en orthophonie ?

2.1. Définition de l'intervention précoce

En orthophonie, l'intervention précoce a pour objectif de soutenir le développement du langage, de la communication et des apprentissages chez les tout-petits (de la naissance à trois ans) à risque ou présentant un retard ou un trouble (Paul & Roth, 2011 ; Sylvestre & Desmarais, 2015). Cette intervention repose sur deux ingrédients actifs que sont la stimulation du langage et l'interaction parent-enfant (Sylvestre & Desmarais, 2015). Un ingrédient actif est « un élément du traitement considéré essentiel pour que l'intervention soit efficace » (Sylvestre & Desmarais, 2015, p. 181). La réduction des facteurs de risque, comme un stress parental élevé nuisant aux interactions parents-enfant relève également de cette intervention (Sylvestre & Desmarais, 2015). Comme dans toute prise en soin orthophonique, il est nécessaire que le professionnel fonde sa pratique sur des preuves scientifiques (Paul & Roth, 2011). De plus, la prise en soin doit être individualisée, c'est-à-

dire qu'elle doit être adaptée aux besoins développementaux de l'enfant, et systémique, autrement dit, qu'elle doit répondre aux besoins et attentes de la famille, soutenir sa participation et être adaptée à leur culture et leur langue (Paul & Roth, 2011). Enfin, le travail en équipe pluridisciplinaire est primordial du fait de l'intrication des domaines de développement (Paul & Roth, 2011).

2.2. Le cadre réglementaire

Depuis le 8 août 2004, le cadre réglementaire de la profession d'orthophoniste précise que l'orthophoniste doit prévenir, évaluer et prendre en soin « aussi précocement que possible (...) les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression » (Article R4341-1 du Code de la Santé Publique). Par cet article, une importance est accordée à la prise en soin des difficultés langagières précoces. L'apparition de nouveaux actes dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels en juillet 2019 se conforme à cet article. En effet, la prise en soin des enfants de trois à six ans a été valorisée de +0,5 point pour les actes de rééducation des retards de parole, des troubles du langage oral et de la communication, passant d'un AMO 12,1 à un AMO 12,6 (Article 12 de l'avenant 16 de la convention nationale des orthophonistes, 2017). De plus, une majoration de six euros par acte pour la prise en soin du tout-petit est applicable (Article 10 de l'avenant 16 de la convention nationale des orthophonistes, 2017). En outre, les orthophonistes peuvent réaliser, depuis octobre 2022, un bilan de prévention et d'accompagnement parental dans le but de dépister les troubles neurodéveloppementaux. Ce bilan n'aboutit pas à une rééducation orthophonique mais à la proposition de conseils, d'un accompagnement parental et d'une orientation vers des professionnels de santé pour des éventuels bilans complémentaires (Article 3 de l'avenant 19 de la convention nationale des orthophonistes, 2022). L'existence d'une période critique au développement du langage oral qui s'étend de la naissance à trois ans (Kern, 2019), peut expliquer la mise en vigueur de ces mesures qui incitent les orthophonistes à intervenir précocement.

2.3. La notion de période critique

À la naissance, le cerveau de l'enfant est pourvu de milliards de neurones organisés en aires cérébrales dont celles consacrées au langage (Bassano et al., 2020). Néanmoins, les connexions neuronales à l'origine d'un fonctionnement cérébral efficient ne sont formées qu'à dix pourcents (Bassano et al., 2020). Les premières années de vie sont alors déterminantes pour l'acquisition du langage oral (Kern, 2019). En effet, c'est au cours de cette période que les connexions neuronales s'établissent grâce aux stimulations environnementales que l'enfant reçoit (Bassano et al., 2020). Le jeune enfant acquiert donc le langage grâce aux interactions langagières avec ses parents mais également par la mise en place de précurseurs non-verbaux du langage (Bassano et al., 2020 ; Bernicot & Bert-Erboul, 2014). Ces précurseurs renvoient aux capacités réceptives et communicationnelles non-verbales que nous avons mentionnées précédemment et qui constituent une base essentielle à l'émergence du lexique, de la grammaire et de la pragmatique (Bassano et al., 2020 ; Bernicot & Bert-Erboul, 2014). Ces trois composantes sous-tendent l'acquisition des apprentissages ultérieurs tels que la lecture et l'écriture (Bassano et al., 2020 ; Kern, 2019). Il paraît alors nécessaire d'évaluer et de prendre en soin, aussi précocement que possible, le tout-petit

présentant ou à risque de présenter des difficultés dans l'acquisition du langage oral et de la communication. Dans un guide publié en 2017, la Haute Autorité de Santé rappelle les signes d'alerte et les actions à instaurer en cas de difficultés d'émergence du langage oral.

2.4. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

Avant trois ans, la Haute Autorité de Santé (2017) retient deux âges clés. A dix-huit mois, elle recommande un dépistage auditif pour un enfant qui ne babille pas et qui ne produit aucun mot signifiant. Pour ces mêmes signes, il est également préconisé d'exclure un trouble du spectre de l'autisme en évaluant la communication verbale et non-verbale. A 24 mois, un examen auditif ainsi qu'un bilan orthophonique et une rééducation au besoin, sont préconisés pour les enfants dont le langage est limité, c'est-à-dire pour ceux qui ne combinent pas les mots ou qui ont des difficultés de compréhension malgré une communication non-verbale efficace. A partir de trois ans, lorsque la plainte concerne uniquement le langage oral, un bilan orthophonique et le cas échéant une rééducation sont préconisés si des signes de sévérité sont observés : l'enfant est inintelligible pour une personne non familière, il ne produit pas de phrase et/ou il a des difficultés de compréhension. Un examen clinique ainsi qu'une évaluation de l'audition et de la communication doivent également être effectués. A quatre ans et demi, si le langage reste limité et en l'absence de signe de sévérité, une aide éducative et un accompagnement parental doivent être proposés. Suite à un suivi de six mois par le médecin généraliste, un bilan orthophonique et une rééducation sont recommandés si aucune amélioration n'est observée ou si le trouble perdure à cinq ans.

3. Les axes de la prise en soin orthophonique du tout-petit

Comme nous l'avons mentionné antérieurement, la prise en soin orthophonique du tout-petit s'articule autour de deux axes : la stimulation du langage et l'optimisation des interactions parent-enfant (Sylvestre & Desmarais, 2015). Au sujet de la stimulation du langage, Finestack et Fey (2013) décrivent quatre types d'interventions langagières : la stimulation générale du langage, la stimulation ciblée, l'enseignement en milieu naturel et la mise en place d'une communication alternative et améliorée. Avant de débiter la rééducation, l'orthophoniste réalise un bilan qui constitue le point de départ de toute rééducation orthophonique (Coquet, 2013).

3.1. Le bilan orthophonique

Chez le jeune enfant, le bilan s'organise en trois temps et a pour objectif d'évaluer la communication verbale et non-verbale (Grevesse, 2015). L'évaluation indirecte, composée d'une anamnèse et de questionnaires parentaux, permet de retracer les développements langagier, moteur et comportemental de l'enfant du point de vue des parents (Coquet, 2013 ; Grevesse, 2015). Les parents sont considérés comme les « experts » de leur enfant et leur participation les intègre dès le début dans la prise en soin (Grevesse, 2015). L'orthophoniste s'intéresse également aux éléments médicaux et à l'oralité alimentaire (Grevesse, 2015). En effet, il existe un lien entre le développement verbal et alimentaire puisque les deux types d'oralités impliquent la bouche et suivent le même rythme de développement (Coquet, 2013). Par exemple, vers l'âge de six mois, le nourrisson acquiert les capacités motrices nécessaires à la parole et au passage à la cuillère. Le

clinicien réalise ensuite une évaluation directe du langage et de la communication aux moyens de tests normés, d'échelles de communication ou de situations de jeux (Grevesse, 2015). Il évalue ainsi les précurseurs non-verbaux du langage ainsi que les composantes langagières sur les deux versants (Coquet, 2013). Il porte une attention particulière à l'attention conjointe, aux gestes et à l'imitation, essentiels à l'émergence du langage oral (Grevesse, 2015). Les stratégies non-verbales mises en place par l'enfant pour communiquer et faire des demandes sont aussi observées (Coquet, 2013 ; Grevesse, 2015). Enfin, l'orthophoniste observe les interactions entre l'enfant et ses principaux partenaires de communication, que sont ses parents, au moyen d'un jeu ou de lecture d'images (Coquet, 2017 ; Grevesse, 2015). Cette analyse permet d'adapter au mieux le projet thérapeutique aux besoins langagiers et communicationnels de l'enfant (Grevesse, 2015).

3.2. La stimulation générale du langage

La stimulation générale du langage consiste à proposer des modèles langagiers qui se situent dans la zone proximale de développement de l'enfant (Finestack & Fey, 2013). A cet égard, l'orthophoniste ou le parent doit être plus attentif aux actes de communication de l'enfant et réduire les comportements contrôlés tels que les questions et les ordres (Finestack & Fey, 2013). La zone proximale de développement, décrite par Vygotski, correspond à la zone qui relie le niveau de développement actuel de l'enfant à celui qu'il peut atteindre grâce à l'étayage de l'adulte (Coquet, 2004).

Dans cette approche, l'adulte n'a pas d'attente concernant les productions langagières de l'enfant, le but étant qu'il se saisisse implicitement des modèles langagiers, autrement dit, par imprégnation (Finestack & Fey, 2013). Il s'agit pour l'adulte, de proposer des activités qui vont susciter chez l'enfant l'envie de parler comme la lecture d'un livre ou le jeu (Finestack & Fey, 2013). Il profite de cette interaction pour mettre en place des procédés d'étayage tels que la reformulation, le discours parallèle et l'imitation de l'enfant. De cette façon, l'adulte propose un environnement linguistique riche dans des conditions naturelles (Finestack & Fey, 2013).

3.2.1. La reformulation, le discours parallèle et l'imitation

La reformulation vise à répéter l'intégralité de l'énoncé ou seulement une partie en le corrigeant et en l'enrichissant d'éléments sémantiques et/ou grammaticaux. Elle permet à l'adulte de faire savoir qu'il a bien compris le message, d'offrir un modèle correct et d'inviter l'enfant à expliquer ou à préciser son énoncé (Coquet, 2017).

Selon Coquet (2013), en imitant l'enfant, l'adulte l'encourage à recommencer ce qui contribue à l'installation du tour de parole. Il lui fait également entendre à nouveau la forme du message. Enfin, par le biais de l'imitation, l'adulte approuve les propos ou signale une erreur sur le plan de la forme et/ou du fond.

Le discours parallèle ou « la description » consiste à décrire les actions de l'enfant en lui offrant des modèles langagiers comme du vocabulaire et des phrases (Brassart & Schelstraete, 2017).

3.2.2. L'usage du livre et du jeu

De par ses qualités, le livre est un matériel de rééducation utilisé par l'orthophoniste (Coquet, 2017). En effet, lire avec un adulte participe au développement du langage oral et établit une porte d'entrée vers la lecture et l'écriture (Coquet, 2017 ; Tamis-LeMonda et al., 2014). De plus, la lecture développe l'imaginaire et la créativité, et contribue à la vie psychique de l'enfant. Ce dernier pouvant associer l'histoire à son propre vécu (Coquet, 2017).

Au niveau langagier, le livre réunit l'adulte et l'enfant autour d'une même activité ce qui favorise le tour de rôle et de parole ainsi que l'attention conjointe (Coquet, 2017). Les images constituent un support de verbalisation et de pointage. Elles permettent également de développer la relation entre le signifiant (le mot) et le signifié (l'image). Enfin, la lecture fournit des modèles langagiers normés (mots et phrases) pouvant être réinvestis par l'enfant (Coquet, 2017) et participe en ce sens à l'enrichissement du vocabulaire sur les deux versants (Tamis-LeMonda et al., 2014).

Dans la prise en soin orthophonique, le clinicien peut se servir de différentes techniques de modelage lors de la lecture (cf. Annexe A1) dans l'objectif d'améliorer la compréhension et l'expression, et également, de développer d'autres fonctions cognitives telles que l'attention et la mémoire (Coquet, 2017). Le but est également que le livre soit, dès le plus jeune âge, une source de plaisir (Coquet, 2017).

Un autre matériel de médiation employé par l'orthophoniste dans la rééducation du langage oral est le jeu (Coquet, 2017). Bien que sa qualité première soit de divertir, le jeu est aussi un moyen de stimuler les aspects cognitifs, affectifs, sociaux, moteurs et langagiers de manière concrète (Coquet, 2017). En effet, le jeu est un moyen de favoriser les échanges entre l'enfant et l'adulte à propos d'un sujet précis (Tamis-LeMonda et al., 2014). Par exemple, lorsqu'ils jouent à la dinette, ils échangent au sujet des objets et des actions spécifiques à la cuisine. De plus, il a été montré que l'utilisation de jeux qui encouragent le jeu symbolique et stimulent la motricité fine, améliore la compréhension du langage chez le jeune enfant (Tamis-LeMonda et al., 2014).

Un bon jouet est celui qui évolue avec l'enfant, autrement dit, dont les fonctions et utilisations s'adaptent aux besoins de l'enfant qui grandit (Coquet, 2017). Il existe différents types de jeux ayant chacun leurs objectifs thérapeutiques (cf. Annexe A12).

3.3. La stimulation ciblée du langage

La stimulation ciblée du langage vise à modéliser des formes linguistiques peu produites par l'enfant dans le but de les faire émerger (Finestack & Fey, 2013). Les cibles sont produites lors d'activités qui intéressent l'enfant et qui offrent surtout l'opportunité à l'adulte de les modéliser et d'encourager l'enfant à les produire (Finestack & Fey, 2013). Elles sont présentées fréquemment afin que l'enfant s'en saisisse et les utilise. Dans cette approche, l'enfant n'est pas obligé d'imiter la cible et les productions incorrectes sont reformulées par l'adulte (Finestack & Fey, 2013). Par exemple, l'adulte peut proposer un jeu avec des moyens de transport pour un enfant qui produit peu les noms de cette catégorie, et l'encourager à produire les cibles en posant des questions du type « tu veux jouer avec le camion ou la voiture ? ».

3.4. L'enseignement en milieu naturel

Dans cette approche, le clinicien ou le parent incite explicitement l'enfant à produire une ou des forme(s) linguistique(s) spécifique(s) par imitation (Finestack & Fey, 2013). Par exemple, si la cible est « une voiture », l'adulte peut amorcer la production par « qu'est-ce que c'est ? ». Lorsque l'enfant ne produit pas la cible attendue, l'intervenant lui donne un modèle d'imitation tel que « dis une voiture ». Puis, il reformule la cible produite en l'enrichissant d'éléments sémantiques et/ou grammaticaux comme par exemple « c'est une voiture rouge ». Comme pour la stimulation générale et ciblée du langage, l'enseignement en milieu de vie se déroule dans des conditions naturelles et met en jeu des activités qui suscitent l'intérêt de l'enfant (Finestack & Fey, 2013).

L'étude réalisée par Kouri (2005) a comparé l'efficacité de deux techniques, le modelage et l'élicitation, dans l'apprentissage du lexique chez 29 enfants âgés de 19 à 36 mois. Les participants recrutés étaient parleurs tardifs ou présentaient un léger retard de développement dont l'origine n'était pas connue. Les implications cliniques sont en effet identiques pour ces deux populations qui ont comme besoin primordial de développer leurs compétences lexicales. Les traitements ont été attribués aléatoirement aux 29 participants. Pour chaque participant, les mots cibles ont été sélectionnés selon leur répertoire phonétique. De plus, un test de pré-intervention a démontré une compréhension des mots cibles par les enfants. Au total, les enfants ont reçu dix séances de cinquante minutes au cours desquelles huit mots cibles étaient testés. Les mots acquis, c'est-à-dire ceux produits dans trois contextes différents pendant deux sessions consécutives, étaient remplacés.

La condition d'élicitation était la procédure d'apprentissage la plus performante. En effet, le nombre de mots cibles présentés, était plus important dans cette condition car les enfants atteignaient les critères d'acquisition plus rapidement. Les chercheurs ont également observé un nombre plus élevé de productions spontanées (mots cibles ne répondant pas aux critères d'acquisition). Les participants de la condition de modélisation ont produit plus de mots spontanés pendant la généralisation. Ainsi, bien que la technique d'élicitation ait été plus efficace pendant l'apprentissage, les deux groupes ont acquis presque autant de nouveaux mots.

D'une manière générale, les résultats montrent que ces deux procédés ont été efficaces pour faciliter la production d'éléments lexicaux initialement compris (Kouri, 2005).

3.5. La Communication Alternative et Améliorée

La Communication Alternative et Améliorée (CAA) regroupe tous les moyens qui complètent ou remplacent les capacités de communication de l'enfant lui permettant de transmettre des messages (Romski & Sevcik, 2005). La communication est alternative lorsque les moyens se substituent au langage oral et elle est dite améliorée lorsqu'ils ont pour but de soutenir le développement de ce dernier (Cuny et al., 2004). En fonction des besoins du jeune enfant, la CAA peut remplir une ou plusieurs fonction(s) : améliorer la parole naturelle de l'enfant, proposer un moyen d'expression et/ou de compréhension orale(s) ou servir de stratégie d'intervention langagière (Romski & Sevcik, 2005). Typiquement, il existe deux formes de CAA : non-assistée et assistée (Romski & Sevcik, 2005). La CAA non-assistée comprend tous les moyens de communication non-verbale (vocalisations, expressions faciales, gestes, etc.) ainsi que les signes comme ceux de la Langue des Signes Française (Romski & Sevcik, 2005). Les signes sont également retrouvés dans

des programmes comme le Makaton qui est un système alliant parole, signes et pictogrammes (Coquet, 2017). Dans leur article, Ronski et Sevcik (2005) expliquent que l'utilisation de signes et de gestes n'empêche pas le développement du langage oral et a au contraire, plutôt tendance à l'accélérer. La CAA assistée requiert un support externe pour communiquer tel qu'une synthèse vocale ou un tableau de communication composé d'images, de photos ou de pictogrammes (Ronski & Sevcik, 2005).

En 1969, Ekman et Friesen ont proposé une classification des gestes en cinq catégories (Coquet, 2017). Tout d'abord, les gestes emblèmes qui sont communs aux membres d'une communauté (ex. pouce en l'air pour signifier « super »). Ensuite, les gestes illustreurs qui complètent le message verbal et qui sont composés, entre autres, des gestes déictiques (gestes de pointage) et des gestes kinétophases (gestes qui miment une action). Puis, les gestes adaptateurs ou de « toucher » comme passer la main dans les cheveux ou manipuler un objet en parlant. Enfin, les gestes régulateurs comme hocher la tête et les manifestations d'affects telles que les expressions faciales et les mimiques.

3.6. L'interaction parent-enfant

En intervention précoce, les parents jouent un rôle actif tout autant que l'orthophoniste (Paul & Roth, 2011). Selon Sylvestre et Desmarais (2015), l'intervention triadique vise à optimiser la stimulation langagière fournie par le parent, par la mise en place de techniques et de stratégies (ex. placer un jouet à vue de l'enfant mais hors de sa portée dans le but de susciter une demande). Le parent doit apprendre à détecter les signaux de communication de son enfant (ex. vocalisations, gestes, pointage) et à les interpréter correctement afin de lui apporter une réponse rapide et adéquate se situant dans la zone proximale de développement (Sylvestre & Desmarais, 2015). Les auteurs parlent de réceptivité et de réactivité au message de l'enfant (pour revue voir Sylvestre & Desmarais, 2015). Concrètement, l'orthophoniste interagit avec l'enfant devant le parent afin qu'il reproduise les comportements et utilise les techniques dans les routines de la vie quotidienne (Sylvestre & Desmarais, 2015). C'est ensuite au parent d'interagir avec son enfant devant l'orthophoniste afin de mettre en œuvre les comportements observés. Au quotidien, le parent modifie l'environnement afin de promouvoir les intentions de communication et de mettre en place les techniques. De cette façon, le parent adopte un style soutenant qui favoriserait le développement langagier du tout-petit par rapport à un style directif (pour revue voir Sylvestre & Desmarais, 2015). Parmi les techniques de stimulation efficaces, le modèle verbal et l'expansion (ou reformulation) sont retrouvés dans la littérature (pour revue voir Sylvestre & Desmarais, 2015). Le modèle verbal consiste en une répétition partielle ou totale de la production de l'enfant de façon correcte (Sylvestre & Desmarais, 2015).

L'intervention auprès des parents, conçue pour les enfants ayant peu ou pas de langage, favorise de façon significative le développement langagier sur les deux versants et plus particulièrement la production de vocabulaire et de phrases simples (Sylvestre & Desmarais, 2015).

Objectifs

Ce mémoire a pour point de départ le constat que nous avons fait quant aux difficultés que les orthophonistes rencontraient dans la rééducation du tout-petit sans langage. Il s'inscrit également

dans la continuité des travaux réalisés par Chillet et Malige (2021) et Juffrault (2022). Dans leur mémoire, les étudiantes ont réalisé un questionnaire à destination des orthophonistes afin de recenser les outils et méthodes utilisés dans la prise en soin orthophonique du jeune enfant avec peu ou pas de langage. L'objectif du questionnaire de Juffrault (2022) était également de recueillir les besoins et les attentes éventuels en ce qui concerne cette prise en soin. Les réponses à ce dernier, ont mis en évidence un besoin réel d'outils de la part des orthophonistes. En effet, dans cette enquête réalisée auprès de 64 cliniciens, 94 % ont exprimé le souhait de disposer de pistes pratiques et d'outils spécifiques au sujet de l'enfant sans langage.

Nous souhaitons poursuivre ces travaux par une étude qualitative au moyen de l'observation directe. L'objectif premier est d'observer la pratique des orthophonistes cliniciens afin de proposer une formalisation de la prise en soin du tout-petit avec peu ou pas de langage. L'objectif second est de leur fournir des ressources concrètes de rééducation. Pour cela, nous allons créer une plaquette avec le logiciel Canva.

Méthodologie

1. Population étudiée

1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

L'échantillon final se compose de quatre patients qui ont été recrutés sur la base de critères d'inclusion et d'exclusion. Au départ, nous devions observer des prises en soin orthophoniques de tout-petits présentant un retard d'apparition du langage (stock lexical ne dépassant pas cinquante mots et/ou pas de combinaison de mots vers deux ans) et dont le diagnostic n'était pas encore connu. Nous avons ajouté un critère d'inclusion afin d'élargir nos possibilités d'observation. Les patients devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : avoir trois ans ou moins au moment de l'observation et être suivis en orthophonie pour un retard d'apparition du langage ou pour des difficultés langagières. Un seul critère d'exclusion a été retenu : l'atteinte langagière ne devait pas s'expliquer par une condition biomédicale au moment de l'observation. Dans le cas contraire, nous avons un risque d'observer une prise en soin nécessitant des méthodes, techniques et moyens spécifiques à la pathologie ainsi observée.

1.2. Modalités de recrutement

Dans un premier temps, nous avons recruté des participants auprès de nos maîtres de stage. Ainsi, deux patients ont été recrutés sur les lieux de stage : un en libéral et un dans un Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP). Dans un second temps, nous avons obtenu le contact d'une orthophoniste libérale par le biais d'une maître de stage, prenant en soin une enfant répondant aux critères. Nous l'avons d'abord contactée par mail afin de lui présenter les objectifs de l'étude. Puis, nous avons obtenu son accord de participation à l'étude suite à un appel téléphonique. Nous avons appelé deux autres orthophonistes libérales prenant en soin des tout-petits qui n'ont cependant pas donné suite. Afin d'avoir davantage de données à analyser, nous avons fait le choix de recruter une jeune enfant suivie au CAMSP dans le cadre d'une trisomie 21 et pour laquelle une

stimulation langagière était proposée. Au total, nous avons observé quatre prises en soin menée par trois orthophonistes.

Des procédures ont été réalisées afin de respecter la protection des données à caractère personnel de cette étude. Une lettre d'information a été adressée à chaque orthophoniste avant le début de l'observation afin de les informer et d'obtenir leur consentement oral (cf. Annexe A2). Elle comportait notamment l'objectif de l'étude, son déroulement, les bénéfices et les contraintes ainsi que les garanties d'anonymat. Ensuite, les orthophonistes ont préalablement informé les patients et leurs parents de notre présence en tant que stagiaire ou en tant qu'étudiante réalisant un mémoire au sujet du tout-petit. Enfin, un code de pseudonymisation a été créé pour chaque patient auquel toutes ses données personnelles ont été associées. Le code se présente ainsi « PES [numéro] » où l'acronyme « PES » signifie « Prise En Soins ». Elles ont été numérotées de 1 à 4.

1.3. Caractéristiques de la population

Les quatre patients sont suivis pour un retard d'apparition du langage ou pour des difficultés langagières. Le tableau 2 présente les caractéristiques de la population recrutée.

Tableau 2. Caractéristiques de la population recrutée.

Age en mois				Sexe		Niveau de scolarité	Mode de garde
Moyenne	Min	Max	ET	Fille	Garçon	MSM	À la maison
33,5	23	42	7,23	3	1	2	2

Note. Min : minimum. Max : maximum. ET : écart-type. MSM : moyenne section de maternelle.

2. Matériel

L'observation directe ne nécessite pas de matériel en particulier. Nous avons eu besoin d'un carnet pour prendre les notes ainsi que d'un ordinateur équipé d'un traitement de texte pour les retranscrire. Nous avons également utilisé une grille d'observation pour le codage des données qui a été réalisée à partir des données théoriques (cf. Annexe A3). Aucun enregistrement vidéo ni audio n'a été effectué pour ne pas perturber l'orthophoniste et ainsi risquer de modifier sa pratique.

3. Procédure

3.1. Observation sur le terrain

L'étude s'est déroulée dans trois lieux différents (deux cabinets libéraux et un CAMSP) sur une période allant du 19 septembre 2022 au 13 mars 2023. Au cours des observations, le rôle que nous avons choisi d'adopter est celui de « l'observateur participe ». En adoptant cette posture, nous avons davantage de libertés telles que de pouvoir prendre des notes de façon simultanée à l'observation et consulter les comptes rendus de bilans orthophoniques des patients. Pendant les séances de rééducation, nous étions installée à distance de l'orthophoniste et du patient, généralement assise au bureau de l'orthophoniste afin de ne pas les gêner dans leurs interactions. En vue d'analyser des éléments comparables, la posture adoptée a toujours été la même d'une

orthophoniste à l'autre et dans un souci de neutralité nous n'avons pas fait de suggestion quant aux moyens mis en œuvre dans la rééducation. De plus, nous ne les avons pas questionnées au sujet de leur pratique (ex. choix du matériel, objectifs des activités, procédés mis en place, etc.) afin de ne pas biaiser nos observations. En effet, ce questionnement aurait pu les amener à réfléchir à propos de leur pratique et de ce fait, à modifier leur façon de faire. Chaque séance d'observation était numérotée, datée et anonymisée.

3.2. Rédaction des notes d'observation

Nous avons recueilli les dires et les faits des orthophonistes ainsi que le matériel utilisé pour la stimulation langagière à chaque séance (cf. Annexe A13). Les informations suivantes étaient également relevées : les personnes présentes, la durée de la séance et l'installation de l'enfant. Nous avons consulté les comptes rendus de bilan afin d'obtenir plus d'informations concernant le diagnostic et le projet thérapeutique des patients. Les séances qui n'ont pas eu lieu ont aussi été relevées. Pour chaque prise en soin, nous avons créé un traitement de texte dans lequel les notes de chaque séance ont été retranscrites de façon chronologique.

3.3. Codage et présentation des résultats

Nous avons procédé à l'analyse des données selon trois étapes. Premièrement, nous avons lu l'intégralité des séances de chacune des prises en soin en relevant les éléments (dires, faits, matériels) similaires et différents d'une activité à l'autre au sein de la séance mais également d'une séance à l'autre. Deuxièmement, nous avons classé les observations selon deux axes qui sont extraits de la grille d'observation (cf. Annexe A3). La grille a été utilisée au moment du codage des données car la quantité d'informations à noter lors des séances était telle, qu'il nous était difficile de la compléter à ce moment-là. Nous avons donc fait le choix de l'utiliser comme support d'analyse. Au cours de nos analyses, nous avons rajouté des éléments qui ne figuraient pas dans la grille d'origine. Nous avons aussi réalisé des comptages afin de savoir à quelle fréquence les éléments ont été observés. Les comptages ont été reportés dans des tableaux de façon à créer des figures comparant les prises en soin. Pour chaque prise en soin, nous avons notamment comptabilisé la fréquence d'utilisation du matériel, des techniques de stimulation, des stratégies de retour ainsi que des types de signes et de gestes. Troisièmement, nous avons rédigé les résultats sous forme de tableaux, de figures et de textes courts en regroupant les informations de chaque prise en soin.

Résultats

1. Temps d'observation

La lecture des comptes rendus de bilans orthophoniques a permis de connaître le diagnostic orthophonique ainsi que le projet thérapeutique de chaque patient. Les éléments ont été retranscrits comme indiqués dans les comptes rendus ou donnés oralement par l'orthophoniste (cf. Annexe A4).

Tableau 3. Période d'observation, nombre et durée des séances de chaque prise en soin.

	Période d'observation	Nombre de séances observées	Durée de la séance en minutes
PES 1	Du 20/09/2022 au 15/11/2022	5	30
PES 2	Du 09/11 au 23/11/2022 et du 01/02 au 08/03/2023	5	45
PES 3	Du 16/01/2023 au 13/03/2023	6	30
PES 4	Du 01/02/2023 au 08/03/2023	2	45

2. Stimulation générale du langage

Nous avons observé une stimulation générale du langage dans les PES 1, 2 et 4. Le nombre moyen d'activités par séance était variable d'une orthophoniste à l'autre. L'orthophoniste de la PES 1 proposait entre deux et trois activités, alors que l'orthophoniste des deux autres PES en proposait, soit deux dans la PES 2, soit six dans la PES 4 (cf. Figure 1 de l'annexe A5).

2.1. Installation et matériel

Tableau 4. Installation du patient lors des activités.

PES 1	PES 2	PES 4
Petite table	Tapis	Tapis

Les orthophonistes utilisaient les jeux et les livres comme support de stimulation générale du langage. Les matériels ont été catégorisés à partir des classifications proposées par Coquet (2017). Les figures 4 et 5 de l'annexe A6 représentent les types de jeux et de livres qui étaient utilisés lors des activités. Parmi les types de jeux, les jouets (ex. la dînette) constituaient le principal matériel de stimulation des PES 2 et 4 : ils représentaient 50 % des activités de la PES 2 et 67 % de la PES 4 (cf. Figure 2). L'orthophoniste de la première PES utilisait davantage les livres que les jeux pour stimuler le langage. En effet, nous avons relevé 57 % d'activités avec des livres, dont 50 % avec des livres animés, contre 43 % d'activités avec des jouets. Le livre animé offre une expérience sensorielle et ludique au-travers de manipulations (ex. languettes à tirer ou soulever) et de textures et matières à toucher. Il servait de support aux comptines signées. La seconde moitié des activités de la PES 2 étaient constituées de jeux psychomoteurs tels que les jeux de balle et de souffle (bulles) ainsi que de jeux de motricité fine et plus précisément de jeux de construction (ex. construction d'une tour de cubes). Dans la PES 4, nous avons également observé l'utilisation de jeux de motricité fine dans 25 % des activités.

Le tour de rôle était stimulé transversalement dans 20 % ou moins des activités des PES 2 et 4 (cf. Figure 13 de l'annexe A8). Par exemple, lors d'un jeu avec des bulles dont le but premier était de démutiser l'enfant et de favoriser la communication autour d'une activité ludique, l'orthophoniste disait « à toi » en pointant l'enfant puis « à moi » en se pointant pour annoncer le tour de rôle.

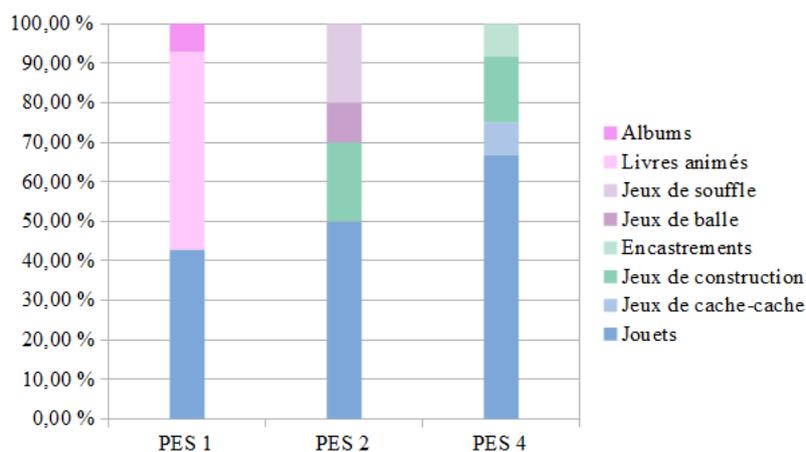


Figure 2. Fréquence d'utilisation des types de jeux et de livres en fonction de la prise en soin.

2.2. Techniques de stimulation et stratégies de retour

Lors des activités de stimulation générale du langage, les orthophonistes mettaient en place des procédés d'étayage ainsi que des stratégies de retour (cf. Figure 10 de l'annexe A7). La figure 3 illustre la fréquence d'utilisation des procédés d'étayage. Le discours parallèle et le questionnement ont été observés dans les trois PES. Les orthophonistes des PES 1 et 4 utilisaient plus le discours parallèle que le questionnement. L'orthophoniste de la PES 2 utilisait autant les deux procédés, qui ont été relevés dans 90 % des activités. Par l'emploi du questionnement, l'orthophoniste sollicitait l'enfant afin d'obtenir une production verbale de sa part. Nous avons relevé des questions fermées totales qui requièrent une réponse en termes de oui/non (ex. « On donne à manger au bébé ? ») et partielles, c'est-à-dire qui sont constituées d'un morphème interrogatif et qui aident l'enfant à évoquer ou à préciser ses énoncés (ex. « Il est où le biberon ? »). La reformulation était employée uniquement par l'orthophoniste de la PES 1 et ce, dans 7 % des activités.

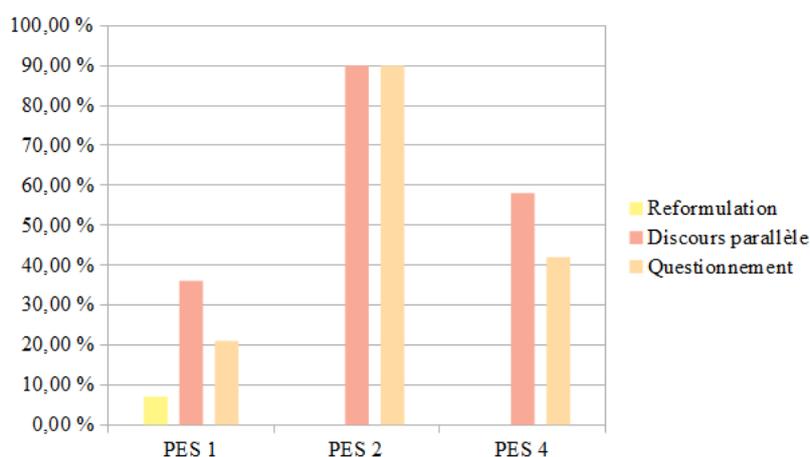


Figure 3. Fréquence d'utilisation des procédés d'étayage en fonction de la prise en soin.

La stratégie de retour qui a été la plus remarquée était le renforcement positif. Une stratégie de retour renvoie à la façon dont l'adulte approuve ou désapprouve les propos de l'enfant. Au moyen de la demande de clarification, l'orthophoniste de la PES 1 faisait savoir qu'elle n'avait pas compris le message en demandant à l'enfant de répéter (ex. « Je n'ai pas compris ce que tu as dit, tu peux

répéter ? »). L'usage du renforcement avait pour but d'augmenter l'apparition de productions verbales correctes ou d'encourager l'enfant à parler. Deux types de renforçateurs positifs ont été relevés : le choix d'une activité plaisante et les félicitations verbales. En effet, l'enfant choisissait le matériel (jeu ou livre qui lui plaisait) dans 86 % des activités de la PES 1, dans 30 % de celles de la PES 2 et dans 42% de celles de la PES 4. De plus, l'orthophoniste de la PES 2 félicitait verbalement l'enfant dans 18 % des activités (ex. « Oui bravo ! Tu coupes le pain ! » à chaque fois que l'enfant faisait semblant de découper un aliment au cours d'un jeu avec des aliments scratchés).

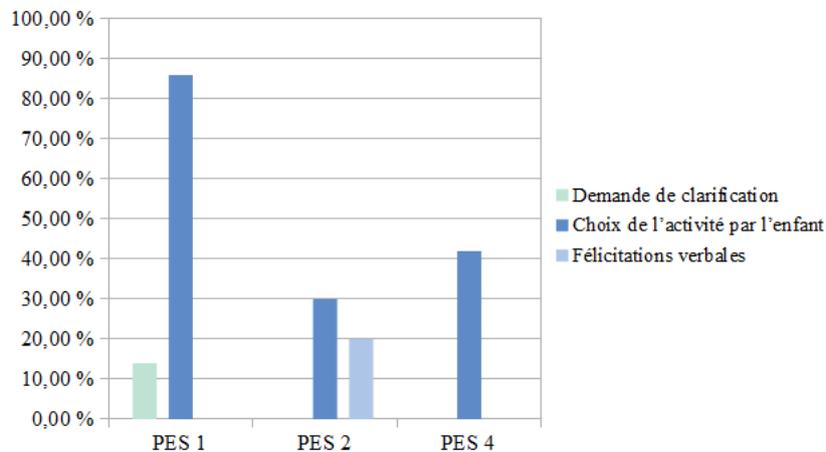


Figure 4. Fréquence d'utilisation des stratégies de retour en fonction de la prise en soin.

2.3. Communication Alternative et Améliorée

Les orthophonistes avaient recours à la Communication Alternative et Améliorée (CAA) lors de la stimulation générale du langage. Les gestes et les signes étaient les deux moyens instaurés. Lorsqu'elles s'adressaient à l'enfant, les orthophonistes utilisaient le Langage Adressé à l'Enfant (LAE). Les figures de l'annexe A9 représentent les types de CAA qui ont été observés ainsi que les caractéristiques du LAE entendu. De plus, l'usage de bruits et d'onomatopées a également été relevé (cf. Figure 18 de l'annexe A10). Dans ce qui suit, les gestes ont été catégorisés à partir de la classification de Ekman et Friesen (Coquet, 2017).

La figure 5 montre que les trois catégories de mots les plus signés sont les verbes, les noms et l'adverbe « encore ». Elle met également en évidence une utilisation moindre de signes de la part de l'orthophoniste de la PES 1 en comparaison avec les PES 2 et 4. En effet, l'orthophoniste signait les noms et les verbes dans 29 % des activités et nous avons relevé l'usage du signe « encore » dans 14 % de celles-ci. Dans la PES 2, l'adverbe « encore », les noms et les verbes étaient signés dans la moitié voire plus des activités. L'orthophoniste de la PES 4, signait les verbes dans 58 % des activités et les noms ainsi que l'adverbe « encore » dans 30 à 40 % des activités. En ce qui concerne les gestes, l'orthophoniste de la PES 4 utilisait davantage de gestes kinétophones (50 %) que de déictiques (8 %). A l'inverse, les gestes déictiques ont été observés dans 64 % des activités de la PES 1 et dans la moitié de celles de la PES 2 contre 29 % (PES 1) et 20 % (PES 2) pour les gestes kinétophones. D'une façon générale, les gestes déictiques servent à attirer l'attention sur les manipulations du livre animé dans la PES 1 et à faciliter la compréhension dans les PES 2 et 4 (ex. « Tu le mets dedans » en pointant l'intérieur d'une boîte).

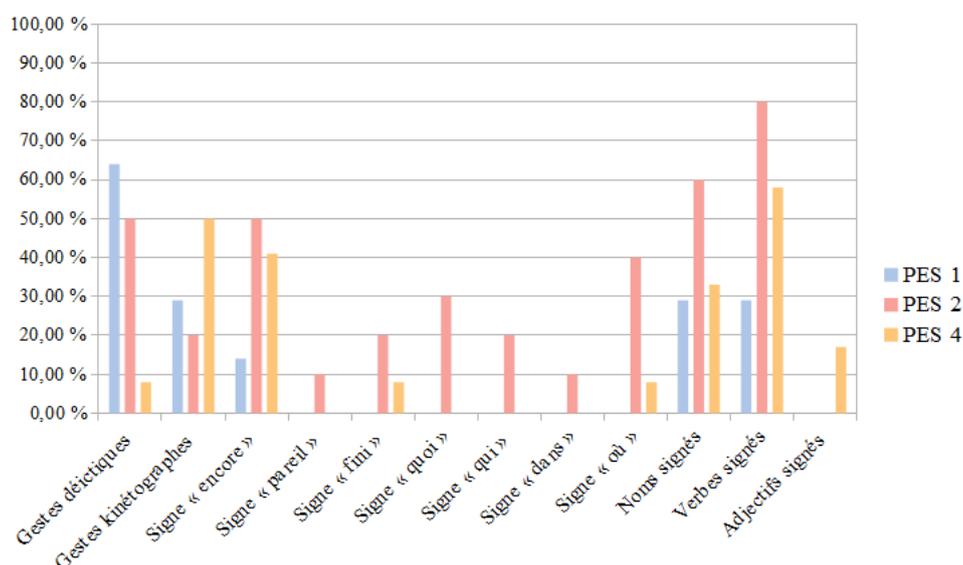


Figure 5. Fréquence d'utilisation de certains signes et gestes en fonction de la prise en soin.

3. Stimulation ciblée du langage

La stimulation ciblée du langage a été observée dans la PES 2. A chaque séance, l'orthophoniste proposait deux activités en moyenne (cf. Figure 2 de l'annexe A5).

3.1. Installation et matériel

Tableau 5. Installation du patient lors des activités.

PES 2

Petite table

Les activités avaient pour but de démutiser l'enfant et de stimuler le lexique sur les deux versants. Pour ce faire, l'orthophoniste utilisait différents types de jeux (cf. Figure 6 de l'annexe A6). Les jeux sur support imagé étaient les plus utilisés (63%) comme l'illustre la figure 6 : les lotos représentaient 36 % des activités et les jeux avec des images 27 %. De plus, le tour de rôle était travaillé de façon transversale à la stimulation lexicale dans 36 % des activités (cf. Figure 14 de l'annexe A8). L'orthophoniste installait le tour de rôle au moyen du verbal en associant parfois un geste déictique. Par exemple, avant de piocher une carte au cours d'un jeu de loto, elle disait « à toi » ou « à moi » en pointant l'enfant ou elle-même.

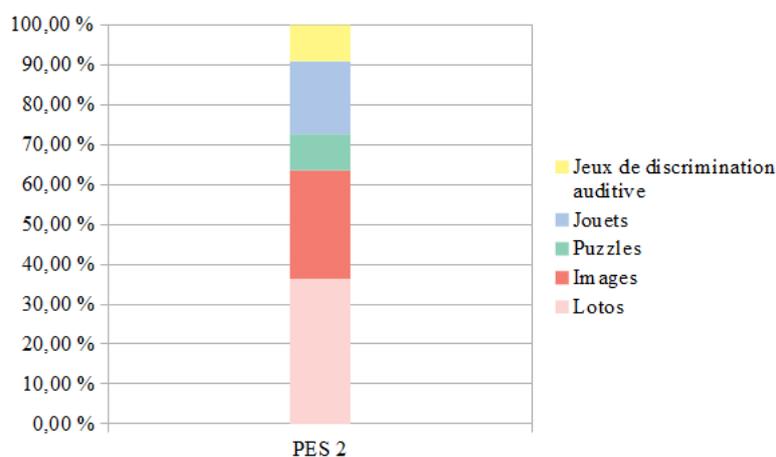


Figure 6. Fréquence d'utilisation des types de jeux.

3.2. Techniques de stimulation et stratégies de retour

L'orthophoniste mettait en œuvre des procédés d'étayage ainsi qu'une stratégie de retour (le renforcement positif) lors des activités de stimulation ciblée du langage (cf. Figure 11 de l'annexe A7). Nous avons observé l'utilisation de procédés d'étayage identiques à ceux relevés dans les activités de stimulation générale du langage : le discours parallèle et le questionnement. Ce dernier ainsi que le modèle verbal ont été observés dans plus de la moitié des activités (63%). Les questions étaient fermées partielles et constituées des morphèmes interrogatifs « qui », « quoi » et « où » (ex. « C'est quoi ? » ; « Il est où ? » ; « C'est pour qui ? »). Le modelage était employé dans 45 % des activités suivi du discours parallèle qui apparaissait dans 18 % de celles-ci (cf. Figure 7).

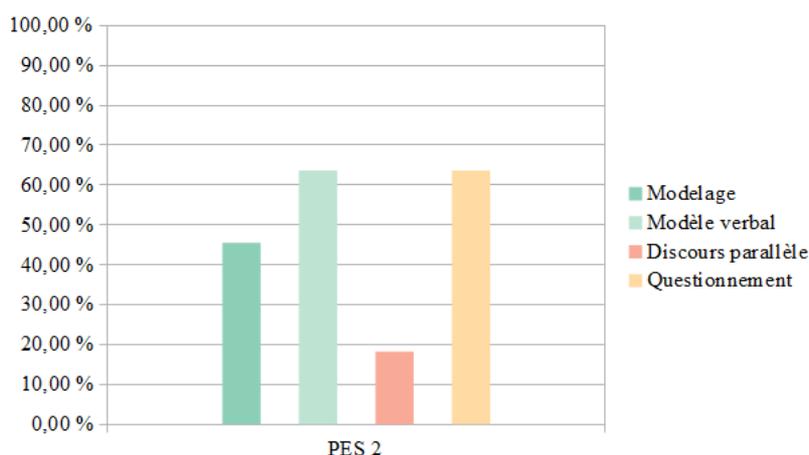


Figure 7. Fréquence d'utilisation des procédés d'étayage.

Le renforcement positif n'était pas systématiquement mis en place (cf. Figure 8). En effet, l'orthophoniste félicitait verbalement l'enfant dans 45 % des activités (ex. « Super ! Tu as trouvé ! Il est là ! » ou encore « Bravo ! » quand l'enfant retrouvait un objet ou un personnage sur une planche imagée) et ce dernier choisissait le jeu dans 36 % de celles-ci.

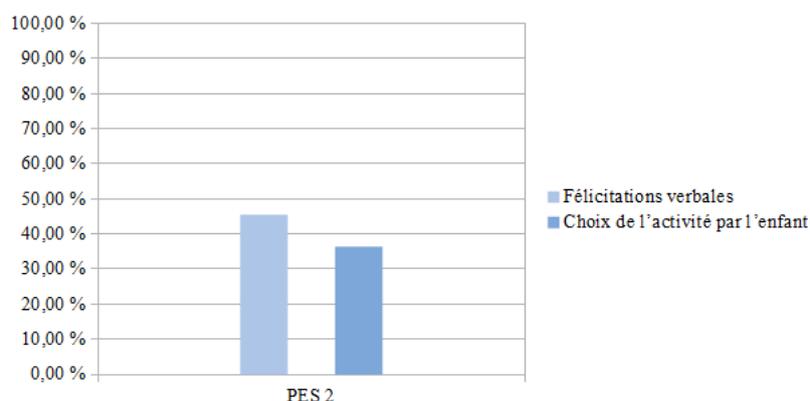


Figure 8. Fréquence d'utilisation des renforçateurs positifs.

3.3. Communication Alternative et Améliorée

De la même façon que dans les activités de stimulation générale, l'orthophoniste de la PES 2 avait recours aux gestes et aux signes. Elle utilisait également le LAE dont les caractéristiques étaient les mêmes que celles relevées dans les activités de stimulation générale (cf. Annexe A9). L'usage de bruits et d'onomatopées a également été relevé (cf. Figure 19 de l'annexe A10). L'orthophoniste signait les mêmes mots que dans la stimulation générale du langage à l'exception du signe « dans » qui n'a pas été observé. Le pronom « quoi » était le mot le plus signé (55%) suivi des noms (45%) et des verbes (36%). En ce qui concerne les gestes, nous avons relevé l'usage de gestes déictiques dans 55 % des activités dans le but de faciliter la compréhension (ex. « Tu écoutes ? » en pointant l'oreille ; « Tu prends une carte ? » en pointant la pioche). Néanmoins, elle n'employait pas de gestes kinétophones.

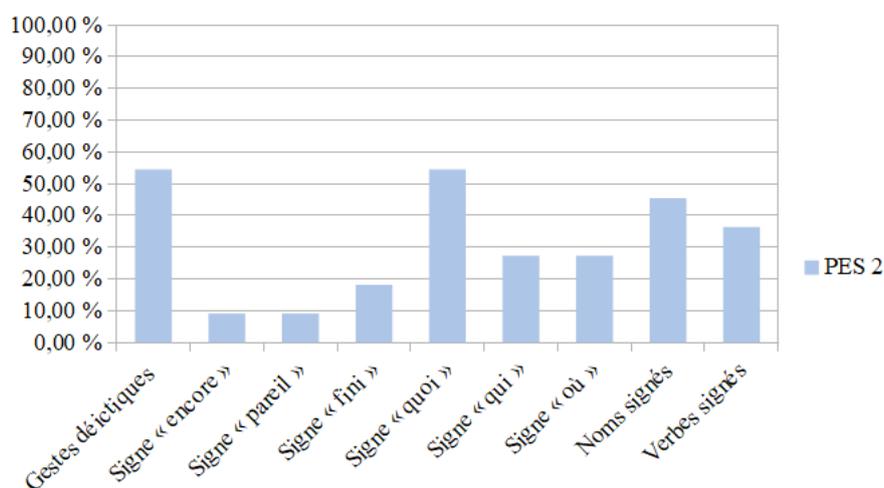


Figure 9. Fréquence d'utilisation de certains signes et gestes.

4. Enseignement en milieu naturel

L'enseignement en milieu naturel a été mis en œuvre dans les PES 1 et 3. Dans la PES 1, nous avons observé en moyenne une activité par séance et dans la PES 3, l'orthophoniste proposait entre deux et trois activités en moyenne (cf. Figure 3 de l'annexe A5).

4.1. Installation et matériel

Tableau 6. Installation du patient lors des activités.

PES 1	PES 3
Petite table	Bureau sur une chaise tripp-trapp

Les objectifs des activités étaient de développer le lexique et la morphosyntaxe sur les deux versants (PES 1) et en expression (PES 3) ainsi que la phonologie en expression. Le support de stimulation était les jeux. Ces derniers différaient en fonction de la composante langagière stimulée (cf. Figures 7, 8, 9 de l'annexe A6). Les jeux sur support imagé constituaient les principaux supports de stimulation (60%) suivis par les jeux de motricité fine tels que les puzzles et les dessins (40 % des activités de la PES 1 et 30 % de celles de la PES 3).

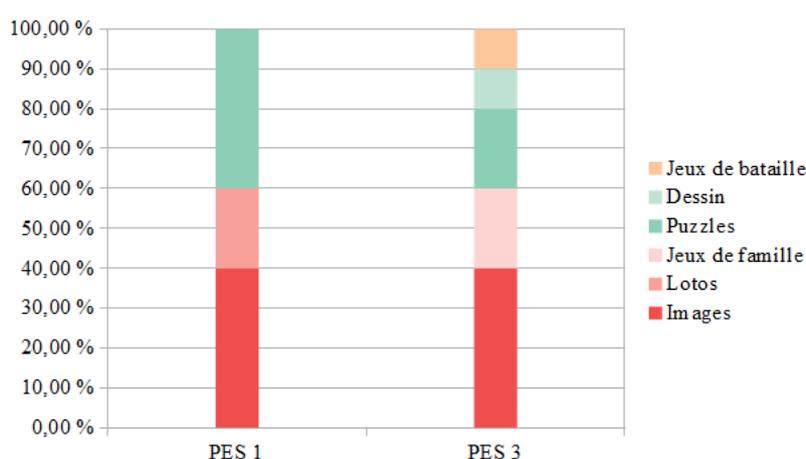


Figure 10. Fréquence d'utilisation des types de jeux pour la stimulation du lexique et de la morphosyntaxe sur les deux versants en fonction de la prise en soin.

Dans la majorité des activités stimulant la phonologie (75 % dans la PES 1 et 50 % dans la PES 3), les orthophonistes n'utilisaient pas de support (cf. Figure 21 de l'annexe A11). Elles attiraient l'attention de l'enfant sur leur bouche en disant « Regarde ma bouche » et en la pointant. L'orthophoniste de la PES 1 se munissait d'une peluche dans 25 % du temps afin de montrer la position et les mouvements des lèvres et de la langue lors de la production du phonème cible. Dans la seconde moitié des activités de la PES 3, l'orthophoniste utilisait des jeux de souffle comme les bulles et les ballons de baudruche pour favoriser la production des sons [i] et [o]. Elle utilisait également deux peluches : une chenille pour le son [ʃ] et un serpent pour le son [s].

4.2. Techniques de stimulation et stratégies de retour

La figure 12 de l'annexe A7 représente les techniques de stimulation et stratégies de retour qui ont été observées dans les activités d'enseignement. En ce qui concerne les activités de stimulation lexicale et morphosyntaxique, les procédés d'étayage communs aux deux PES étaient l'élicitation, le modèle verbal et la reformulation (cf. Figure 11). Dans la PES 1, l'élicitation et la reformulation étaient davantage utilisées en comparaison avec la PES 3. L'orthophoniste de la PES 3 employait

également d'autres procédés comme l'ébauche et la définition. Par exemple, elle a fait deviner le mot « nounours » de la façon suivante : « Animal avec de petites oreilles qui est tout doux, les enfants dorment avec, c'est un nou ... ». La technique de l'ébauche implique de donner à l'enfant le premier son (phonème) ou la première syllabe d'un mot et de le laisser finir lui-même. Ce procédé a été relevé dans 90 % des activités. De plus, l'orthophoniste utilisait autant le modèle verbal que le modelage (30 %).

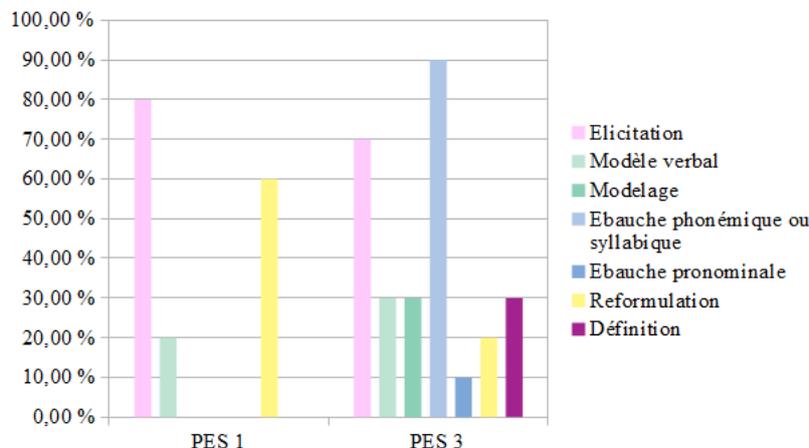


Figure 11. Fréquence d'utilisation des procédés d'étayage en fonction de la prise en soin.

La phonologie était stimulée de façon transversale au lexique et à la morphosyntaxe dans 80 % des activités de la PES 1 et dans 50 % de celles de la PES 3 (cf. Figure 15 de l'annexe A8). Lors de la stimulation, les orthophonistes demandaient expressément à l'enfant de répéter le phonème cible. Par exemple, pour favoriser l'expression du son [o], l'orthophoniste donnait la consigne suivante « Pour pouvoir faire des bulles tu dois d'abord dire [o] ».

De plus, les orthophonistes se servaient des jeux pour installer le tour de rôle dans plus de la moitié des activités (cf. Figure 15 de l'annexe A8). Elles disaient « à toi » et « à moi » pour signaler le tour de rôle et l'accompagnaient parfois du pointage, de la même façon que le faisait l'orthophoniste de la PES 2 dans les activités de stimulation générale et ciblée du langage.

Le renforçateur positif le plus employé était les félicitations verbales comme l'illustre la figure 12 (60 % dans la PES 1 et 50 % dans la PES 3). L'orthophoniste de la PES 1 donnait des jetons suite à la répétition d'un mot dans 20 % des activités.

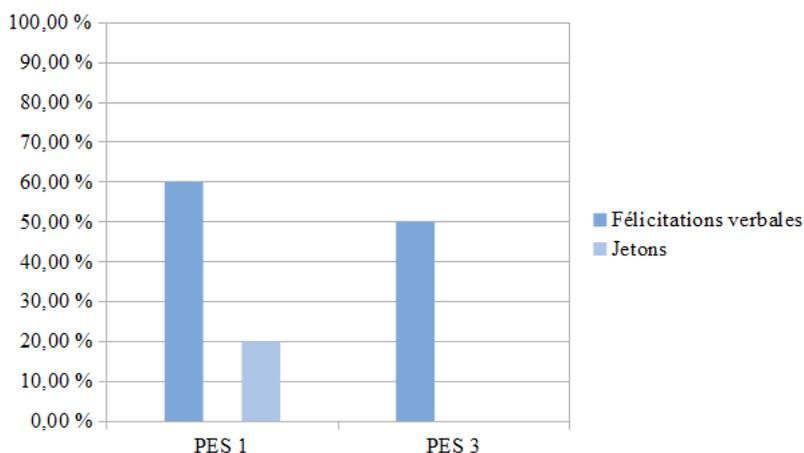


Figure 12. Fréquence d'utilisation des renforçateurs positifs en fonction de la prise en soin.

4.3. Communication Alternative et Améliorée

Les orthophonistes employaient les gestes et les signes ainsi que le LAE dont les caractéristiques étaient les mêmes que celles relevées dans les activités de stimulation générale (cf. Annexe A9). L'orthophoniste de la PES 1 signait autant les noms que les verbes (20 %). Comparativement à l'orthophoniste de la PES 1, celle de la PES 3 signait plus les noms (54%) et quasiment autant les verbes (15%). Dans la PES 1, nous avons observé la production de gestes déictiques dans 60 % des activités contre 23 % dans la PES 3. D'une façon générale, les orthophonistes se servaient des gestes déictiques pour attirer l'attention sur la bouche lors de la production des sons de la parole.

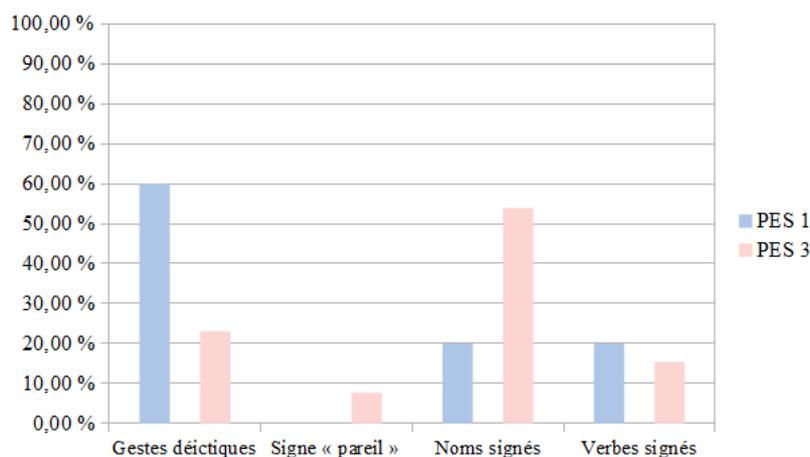


Figure 13. Fréquence d'utilisation de certains signes et gestes en fonction de la prise en soin.

5. Stimulation du langage en dehors des activités dédiées

Nous avons remarqué l'emploi de signes et de renforçateurs en dehors des activités dédiées à la stimulation du langage. En effet, dans la PES 2, l'orthophoniste accompagnait ses paroles de signes et de gestes au cours du repas thérapeutique. A la fin du repas, elle félicitait verbalement l'enfant (ex. C'est bien [prénom de l'enfant] ! Tu as bien mangé ! »). De plus, pour le patient de la PES 4, le tonus était renforcé au moyen d'un z-vibes et l'orthophoniste avait recours à des comptines signées et aux félicitations verbales pour encourager l'enfant à se laisser stimuler (ex. « Bravo ! » quand l'enfant acceptait la stimulation au z-vibes). L'usage de signes et de gestes a également été constaté à chaque début et fin de séance dans les PES 1, 2 et 4. Les orthophonistes signaient « bonjour » et « au revoir » ainsi que « mettre le manteau » et « enlever le manteau ».

6. Accompagnement parental

Dans les quatre PES, le patient était accompagné d'un parent. La mère du patient de la PES 1 était présente à toutes les séances observées. En ce qui concerne la PES 2, la mère n'a plus assisté aux séances lors de la 4^e séance d'observation. Pour les PES 3 et 4, le parent n'assistait pas aux séances excepté dans la PES 3 où la mère a été présente à la 4^e séance d'observation. Nous avons remarqué que les sujets des échanges entre l'orthophoniste et le parent différaient en fonction de la présence ou non du parent à la séance (cf. Tableau 7).

Tableau 7. Sujets des échanges entre l’orthophoniste et le parent au cours de la séance.

PES 1 et 2	PES 3 et 4
<ul style="list-style-type: none">• Evolution du diagnostic• Progrès de l’enfant• Conseils à appliquer au domicile	<ul style="list-style-type: none">• Déroutement de la séance• Réussites et difficultés de l’enfant face aux activités• Progrès de l’enfant• Conseils à appliquer au domicile

Discussion

1. Rappel des objectifs

Ce mémoire a deux objectifs. Le premier est de proposer une formalisation de la prise en soin orthophonique du tout-petit avec peu ou pas de langage. Pour cela, nous allons mettre en regard les données théoriques et cliniques. Ces dernières ont été recueillies au moyen de l’observation directe. L’analyse des données a pour but de proposer des pistes pratiques de rééducation qui constituent le second objectif de l’étude. En effet, les réponses au questionnaire réalisé par Juffrault (2022) avaient montré que sur 64 orthophonistes, 94 % aimeraient avoir des ressources concrètes concernant la prise en soin de l’enfant avec peu ou pas de langage.

2. Proposition de formalisation de la pratique et de pistes pratiques

Les résultats laissent supposer que l’objectif premier des orthophonistes concernant la rééducation de l’enfant avec peu ou pas de langage, est d’améliorer la communication et de développer le lexique. En effet, la stimulation générale du langage qui a été proposée dans trois prises en soin, avait pour but d’optimiser les interactions et la communication plutôt que les aspects formels du langage. Au cours des activités, les orthophonistes n’incitaient pas l’enfant à répéter une forme cible mais elles étaient attentives à ses intentions de communication afin de lui apporter une réponse adéquate (Finestack & Fey, 2013). Par exemple, elles modélisaient le nom des jouets dès que l’enfant les pointait ou les prenait. Nous avons également observé la mise en place d’une communication améliorée au moyen de signes et de gestes ainsi que l’emploi du LAE pour favoriser la compréhension et la production des mots et phrases (Coquet, 2004 ; 2017). L’orthophoniste des PES 2 et 4 produisait des onomatopées de façon répétée afin d’attirer l’attention de l’enfant et de favoriser la répétition (ex. elle produisait « BOUM ! » à chaque fois que la tour de cubes tombait). En outre, bien que le développement de la morphosyntaxe apparaissait dans les axes thérapeutiques des PES 1 et 3, la construction des énoncés était travaillée dans 20 % des activités d’enseignement de la PES 1 et dans 15 % de celles de la PES 3 (cf. Figure 20 de l’annexe A11). De plus, l’orthophoniste de la PES 2 proposait une stimulation ciblée du lexique.

Par conséquent, nous avons axé les pistes pratiques de rééducation sur la stimulation du lexique et l’optimisation de la communication. Ces ressources ont été conçues à partir des éléments théoriques et cliniques. Ainsi, elles sont modulables en fonction du niveau de développement de l’enfant, du diagnostic et du projet thérapeutique. Les pistes pratiques ont été proposées pour chaque approche d’intervention langagière (cf. Annexe A14).

2.1. Les ingrédients actifs de l'intervention précoce

La stimulation du langage et l'optimisation de l'interaction parent-enfant qui constituent les deux éléments essentiels de l'intervention précoce (Sylvestre & Desmarais, 2015), ont été observées dans les quatre prises en soin de la présente étude. Au sein de chaque prise en soin, la rééducation était individualisée (Paul & Roth, 2011) puisqu'elle était fondée sur un bilan orthophonique à la suite duquel, l'orthophoniste avait proposé un projet thérapeutique. Ce dernier était adapté aux compétences et difficultés de l'enfant. De plus, la famille de l'enfant était impliquée, dans une certaine mesure, dans la rééducation (Paul & Roth, 2011). En effet, pour les PES 1 et 2, un parent assistait aux séances et pour les PES 3 et 4, l'enfant était accompagné d'un parent. Les orthophonistes échangeaient systématiquement avec le parent à chaque séance. Selon nous, les deux partis (orthophoniste et parent) tiraient avantage de l'accompagnement parental dans les PES 1 et 2. D'un côté, en assistant aux séances, le parent observait les interactions orthophoniste-enfant ce qui laisse imaginer qu'il pouvait reproduire les comportements à la maison. En répétant les comportements, le parent optimiserait les interactions et contribuerait à l'apprentissage langagier de son enfant. En effet, la redondance est essentielle à l'apprentissage (Vander Liden & Laroche, 2019). Contrairement à ce qui est évoqué par Sylvestre et Desmarais (2015), le parent ne mettait pas en pratique les techniques devant l'orthophoniste. De plus, l'orthophoniste leur donnait des conseils à appliquer à la maison. D'un autre côté, le parent contribuait à la séance en aidant l'orthophoniste à comprendre les propos de l'enfant (PES 1) ou en participant à une activité (PES 2). Une difficulté à laquelle les orthophonistes faisaient face dans les deux PES, était de réussir à prendre le temps de répondre aux questions du parent tout en proposant la stimulation langagière à l'enfant. Dans les PES 3 et 4, la relation entre les deux partis était différente. En effet, les échanges avaient lieu en fin de séance pendant quelques minutes. L'orthophoniste expliquait notamment le déroulement de la séance et donnait des conseils.

2.2. Choix de la ou des approche(s) langagière(s)

À la suite de nos observations et de nos analyses, nous avons constaté que les orthophonistes s'appuyaient sur des techniques et moyens qui correspondaient à ceux des interventions langagières décrites par Finestack et Fey (2013). Nous avons classé et analysé les activités selon les approches suivantes : stimulation générale et ciblée du langage et enseignement en milieu naturel. Néanmoins, les approches ne coïncidaient pas en tous points avec ce qui est évoqué par les auteurs car elles sont normalement proposées dans le milieu de vie de l'enfant (Finestack & Fey, 2013). Bien qu'il n'y avait pas d'intervention au domicile de l'enfant, les attentes des orthophonistes en termes de production verbale et les procédés d'intervention qu'elles utilisaient, étaient similaires à ceux évoqués par Finestack et Fey (2013). De plus, le matériel de stimulation était ludique et pouvait correspondre à celui présent à la maison puisqu'il s'agissait de jeux et de livres. En ce qui concerne la communication alternative et améliorée, les orthophonistes la mettait en place dans les trois approches.

Le choix du ou des type(s) d'intervention(s) résulte des objectifs thérapeutiques de la PES. Dans nos observations, les orthophonistes des PES 1 et 3 avaient des objectifs spécifiques qui étaient d'améliorer les productions phonologiques et de développer le lexique et la morphosyntaxe

(sur les deux versants pour la PES 1 et en expression pour la PES 3). Pour cela, elles utilisaient les techniques d'élicitation et de reformulation comme retrouvées dans l'approche d'enseignement en milieu naturel (Finestack & Fey, 2013) ainsi que la modélisation, l'ébauche et la définition (Coquet, 2004). L'orthophoniste de la PES 1 proposait également une stimulation générale du langage au moyen de jeux partagés et de comptines. En effet, un objectif transversal était d'améliorer la coopération. Au cours de ces activités, l'orthophoniste stimulait le langage en décrivant ses actions et celles de l'enfant. L'objectif de la PES 2 était de développer le langage dans un contexte de mutisme sélectif et de retard d'apparition du langage. Pour ce faire, l'orthophoniste combinait les approches de stimulation générale et ciblée du langage. D'une part, elle proposait des activités amusantes au cours desquelles elle commentait les actions de l'enfant et les siennes et lui posait des questions dans le but, selon nous, de la démutiser. D'autre part, elle proposait des activités qui ciblaient l'émergence du vocabulaire : elle modélisait les formes cibles comme indiqué par Finestack et Fey (2013). Compte tenu du mutisme, il semble cohérent qu'elle n'incitait pas l'enfant à répéter. Enfin, dans la PES 4, le langage était stimulé de façon générale puisque l'objectif était de soutenir son développement.

Les orthophonistes des prises en soin 1 et 2 associaient deux types d'intervention langagière contrairement à celles des prises en soin 3 et 4 qui n'en utilisaient qu'une. Ceci expliquerait que nous avons observé, par séance, davantage d'activités de stimulation générale du langage dans la PES 4 (six en moyenne) contrairement aux PES 1 (trois en moyenne) et PES 2 (deux en moyenne). De la même façon, nous avons observé par séance, plus d'activités d'enseignement dans la PES 3 (deux en moyenne) contrairement à la PES 1 (une en moyenne). Le nombre d'activités par séance dépendait également de la durée de la séance qui était de 30 minutes pour les PES 1 et 3 et de 45 minutes pour les PES 2 et 4. Dans les PES 2 et 4, le time-timer était systématiquement utilisé afin de donner un repère visuel à l'enfant. En effet, il était parfois difficile pour le jeune enfant de maintenir son attention pendant 45 minutes car il souhaitait retrouver son parent. Le time-timer lui permettait donc d'anticiper et de contenir son attention.

2.3. L'environnement et le matériel

Il nous semble important de créer un environnement naturel et rassurant qui ressemble au milieu de vie de l'enfant. Pour cela, l'orthophoniste peut proposer des activités ludiques sur un tapis ou une petite table comme nous l'avons observé dans les PES 1, 2 et 4. En cas d'impossibilité d'aménagement du cabinet, l'orthophoniste peut installer l'enfant sur une chaise tripp-trapp afin de lui fournir une bonne installation, comme nous l'avons observé dans la PES 3. D'une façon générale, les jouets, les livres animés et les jeux imagés constituaient les principaux matériels de stimulation toutes approches confondues. Les jouets et les livres animés étaient principalement utilisés dans la stimulation générale du langage. Les orthophonistes des PES 1 et 4 proposaient des comptines signées avec comme support des livres animés (PES 1) ou des peluches (PES 4). En effet, les comptines sont un moyen d'enrichir le lexique et les structures phrastiques. Elles servent de support pour améliorer la perception des paramètres des sons et par conséquent améliorent la discrimination phonologique indispensable à l'acquisition du langage (Frère et al., 2019). Les jeux imagés comme les lotos et les planches d'images sont attrayants mais laissent, selon nous, moins de place à l'imaginaire et à la créativité que les livres et les jouets (Coquet, 2017). En effet, les lotos ou les jeux avec des planches d'images étaient des activités cadrées : le jeu répondait à une consigne et

l'orthophoniste incitait l'enfant à répéter les mots. De plus, ils jouaient à tour de rôle ce qui laissait moins de liberté à l'enfant. Dans l'ensemble, les orthophonistes n'utilisaient pas de matériel spécifique à la problématique de l'enfant sans langage. En effet, aucune donnée dans la littérature n'a prouvé l'efficacité des exemples de jeux et de livres cités dans les pistes pratiques de rééducation. Nous les avons proposés afin d'aiguiller les orthophonistes dans leurs prises en soin.

Une capacité qui nous paraît indispensable dans la rééducation du tout-petit est l'adaptabilité. Nous avons remarqué que les orthophonistes des PES 1, 2 et 4 étaient amenées à détourner les jeux afin de les adapter à leur objectif ou aux capacités de l'enfant. En effet, l'orthophoniste de la PES 1 utilisait les puzzles en bois de la même façon que des planches de loto. En d'autres termes, les pièces des puzzles étaient mélangées dans une boîte et l'orthophoniste et l'enfant piochaient à tour de rôle une pièce dans le but de compléter leur puzzle. De plus, l'orthophoniste des PES 2 et 4 revoyait l'objectif de l'activité ou changeait de consigne voire d'activité face à un refus ou un échec. Par exemple, dans un jeu où il fallait associer l'animal à son habitation (sous forme de puzzles), il était difficile pour l'enfant de retrouver la paire (animal et habitation) parmi l'ensemble de pièces. C'est pourquoi l'orthophoniste plaçait soit deux habitations et un animal devant l'enfant et disait « C'est où la maison de [nom de l'animal] », soit deux animaux et une habitation et disait « C'est la maison de qui ? ».

Selon nous, l'enfant a plus de chances de parler à propos d'un sujet qui suscite son intérêt. Pour ce faire, l'orthophoniste peut laisser le choix du matériel à l'enfant pour une ou deux activités en fonction du temps de la séance et de ses objectifs. Nous avons observé cette pratique dans la stimulation générale et ciblée du langage. Nous supposons que pour les activités d'enseignement, les orthophonistes ne laissaient pas l'enfant choisir le support car elles avaient des objectifs qui nécessitaient un matériel précis (ex. jeu de bataille Bata-Waf pour travailler les notions suivantes : « grand » et « petit »). Enfin, certains jeux étaient réinvestis d'une séance à l'autre dans les PES 1, 2 et 4. En effet, la répétition est nécessaire à l'apprentissage et facilite l'anticipation (Vander Liden & Laroche, 2019).

2.4. Les techniques de stimulation, stratégies de retour et types de CAA

Au vu des analyses, les orthophonistes utilisaient les techniques de stimulation décrites par Finestack et Fey (2013) mais également d'autres procédés retrouvés dans la littérature comme le questionnement, l'ébauche et la définition afin d'aider à la production verbale (Coquet, 2004). De notre point de vue, les orthophonistes employaient plusieurs techniques afin d'augmenter les chances que l'enfant parle ou produise la forme cible. L'imitation de l'enfant par l'adulte, proposée dans la stimulation générale (Finestack & Fey, 2013), n'a été relevée dans aucune PES. Effectivement, cette technique ne pouvait être mise en œuvre en raison de l'inintelligibilité de l'enfant dans la PES 1 et du mutisme sélectif de l'enfant de la PES 2.

L'emploi de stratégies de retour paraît nécessaire dans le but d'encourager le jeune enfant à parler. La stratégie qui semble la plus présente dans la prise en soin du tout-petit est le renforcement positif et particulièrement les félicitations verbales et le choix de l'activité par l'enfant. Les félicitations verbales valorisent les propos de l'enfant ce qui l'incite à reproduire les comportements verbaux (Coquet, 2004).

En ce qui concerne la CAA, les orthophonistes utilisaient les signes et les gestes lors des activités. D'après nos observations, la mise en place d'une CAA non-assistée avait pour but

d'améliorer la parole naturelle et servait également de stratégie d'intervention dans les PES 1 et 3, autrement dit, elle servait de technique pour atteindre les objectifs thérapeutiques (Ronski & Sevcik, 2005). En effet, un des objectifs était de développer le lexique et la morphosyntaxe et les noms et les verbes étaient les principaux mots signés. Dans la PES 2, l'instauration d'une CAA était un axe du projet thérapeutique dans le but de fournir un moyen pour s'exprimer (Ronski & Sevcik, 2005). L'usage de signes et gestes semblait être également utilisé comme technique afin de stimuler le lexique. Dans la PES 4, les signes et les gestes constituaient une stratégie d'intervention de façon à soutenir le développement langagier.

3. Les limites de l'observation clinique

La première limite concerne le nombre restreint de patients recrutés ainsi que de séances observées. Initialement, la période d'observation s'étendait du 19 septembre au 25 novembre ce qui correspondait à notre première période de stage, soit une durée de 9 semaines. De plus, nous avons prévu d'observer entre cinq et dix prises en soin sur nos terrains de stage. Néanmoins, nous avons dû rechercher et contacter d'autres orthophonistes afin d'observer davantage de prises en soin car uniquement deux patients répondaient aux critères de recrutement. Les recherches étaient contraintes par le fait que nous ne pouvions pas nous déplacer dans un large périmètre car nous n'étions pas véhiculée. De plus, étant en stage les trois premiers jours de la semaine, nous étions uniquement disponible le jeudi et le vendredi. Il fallait donc trouver des orthophonistes prenant en charge des tout-petits répondant aux critères, dans un périmètre donné et le jeudi ou le vendredi. Une orthophoniste a répondu favorablement à notre demande à la fin de la première période de stage. L'observation a débuté en janvier lorsque nous avons repris les cours. C'est pour ces raisons que nous avons été contrainte de prolonger l'observation clinique. Cette dernière s'est déroulée du 19 septembre au 25 novembre 2022 puis du 16 janvier au 13 mars 2023, soit une durée de 18 semaines. De plus, afin d'avoir plus de données à interpréter, nous avons décidé d'observer la prise en soin d'une enfant porteuse de trisomie 21. En effet, jusqu'à lors nous avons réussi à recruter seulement trois patients. La durée d'observation de la PES 4 est plus courte que les trois autres car nous avons commencé l'observation au début de la seconde période de stage, soit à partir du 1^{er} février 2023. En outre, nous avons remarqué que l'absentéisme était fréquent chez les tout-petits. C'est pour ces raisons que nous n'avons pu observer un grand nombre de séances sur les périodes données. A propos de l'absentéisme, il s'expliquait notamment par des problèmes ou rendez-vous médicaux ainsi que par les vacances scolaires. Il arrivait également qu'une séance soit annulée sans raison apparente. Dans ce dernier cas, l'absentéisme pourrait avoir plusieurs explications. Tout d'abord, il pourrait être le reflet d'une acceptation difficile des difficultés de l'enfant de la part des parents. Ce rapport à la difficulté entraînerait un désinvestissement dans la prise en soin. Ensuite, d'un point de vue organisationnel, il pourrait être compliqué pour les parents de se libérer pour venir aux séances. Enfin, les parents ne trouveraient peut-être pas leur place au sein de la relation triadique, ce qui ne les encouragerait pas à s'investir dans la rééducation.

La généralisation des données représente la seconde limite de l'étude. En effet, les données récoltées ainsi que leur analyse relèvent uniquement de notre regard clinique. Cette information est à prendre en considération car malgré une observation rigoureuse, certains éléments cliniques nous

ont sûrement échappé (ex. quand nous prenions des notes, nous n'étions pas disponible pour observer les interactions). De plus, bien que les données aient été interprétées à partir des données théoriques, l'analyse est avant tout qualitative et propre à nous-même. Cela signifie que pour une même situation, nos interprétations différeraient sûrement avec celles d'une autre personne. Ensuite, bien que nous ayons eu la possibilité de varier les points de vue en observant la pratique de trois orthophonistes, le nombre de prises en soin nous semble limité. Nous nous questionnons quant à la représentativité de nos analyses. En outre, nous n'avons pas eu l'occasion d'observer au moins deux prises en soin menées par la même orthophoniste, à l'exception des PES 2 et 4. Le fait d'observer plusieurs prises en soin menées par la même orthophoniste aurait possiblement permis de constater une pratique identique d'une prise en soin à l'autre, ce qui aurait renforcé le caractère généralisable des données. Enfin, l'observation a eu lieu sur une période limitée à un moment donné. Les données récoltées ne reflètent donc pas l'entièreté de la pratique des orthophonistes. Par exemple, nous n'avons pas observé d'activités de stimulation générale dans la PES 3. Cependant, l'orthophoniste en avait peut-être proposé en début de prise en soin ou comptait en proposer par la suite.

La dernière limite concerne l'inclusion de la PES 4 dans nos observations. La patiente ne répondait pas à nos critères puisqu'elle était atteinte de trisomie 21. En l'incluant dans l'étude, nous pensions observer une prise en soin spécifique à la pathologie. Néanmoins, l'intervention langagière correspondait à une approche de stimulation générale du langage. De plus, le matériel utilisé ainsi que les procédés d'intervention étaient identiques à ceux décrits dans la littérature (Finestack & Fey, 2013).

Conclusion

Les discussions que nous avons eues avec les orthophonistes lors de nos stages, ont révélé qu'elles rencontraient des difficultés concernant la rééducation des jeunes enfants sans langage. Ce constat était à l'origine du présent mémoire qui s'inscrivait également dans la continuité des études menées par Chillet et Malige (2021) et Juffrault (2022) à propos des outils et méthodes employés dans la rééducation du jeune enfant sans langage. Notre travail portait sur les pratiques orthophoniques en rééducation et avait pour premier objectif de proposer une formalisation de la prise en soin du tout-petit avec peu ou pas de langage. Pour cela, nous avons mené une observation directe auprès de trois orthophonistes exerçant en libéral et dans un CAMSP. Pendant dix-huit semaines, nous avons observé quatre prises en soin de jeunes enfants atteints d'un retard d'apparition du langage ou de difficultés langagières. Nous avons fait le choix d'inclure un sujet non-éligible à l'étude afin de recueillir un plus grand nombre de données.

Nous avons analysé les observations selon les deux axes autour desquels s'articule la prise en soin du tout-petit. Le premier axe concerne la stimulation langagière qui a été observée dans ses quatre approches. Les orthophonistes favorisaient la communication ou stimulaient un domaine langagier précis au moyen d'un matériel ludique. Trois des quatre prises en soin incluaient la stimulation générale du langage. Cette dernière avait pour but principal de favoriser la communication notamment grâce au discours parallèle et au questionnement. Une orthophoniste pratiquait une stimulation ciblée du lexique dans le cadre d'un mutisme sélectif par le biais du modèle verbal et du questionnement. L'enseignement en milieu naturel, pratiqué dans deux prises

en soin, visait à développer le vocabulaire et la structure des phrases sur les deux versants ainsi qu'à améliorer la production des sons de la langue. En effet, deux des enfants présentaient une inintelligibilité dans un contexte de difficultés langagières. Des techniques telles que l'élicitation, la reformulation et l'ébauche étaient mises en œuvre. La mise en place d'une communication améliorée, plus précisément les signes et les gestes, constituait une stratégie d'intervention dans les quatre prises en soin. De plus, les cliniciennes encourageaient verbalement les enfants et les laissaient choisir une ou plusieurs activité(s) dans le but de renforcer leurs réussites. Le deuxième axe concerne les interactions parent-enfant. La présence d'un parent aux séances dans deux des prises en soin, permettait à l'orthophoniste de mettre en œuvre les techniques devant lui et de lui donner des conseils afin d'optimiser les échanges avec son enfant. Dans les deux autres prises en soin, les échanges avec le parent avaient lieu en fin de séance et offraient également la possibilité pour l'orthophoniste de donner des conseils.

De notre point de vue, cette étude manque de données afin de généraliser complètement les observations. Nous avons tout de même proposé des ressources concrètes de rééducation qui représentaient le second objectif de notre travail. Les pistes pratiques concernent plus précisément la stimulation du lexique selon les trois approches suivantes : stimulation générale, stimulation ciblée et enseignement en milieu naturel. La communication améliorée était proposée de façon transversale à la stimulation langagière. Pour chacune, nous avons proposé des ressources en termes d'installation, de matériel, de communication améliorée, de techniques et de stratégies de retour. Un exemple de mise en pratique a également été décrit pour chaque type d'intervention. Ces ressources pourraient faire l'objet d'un futur travail dont l'objectif serait de proposer un outil spécifique à la rééducation du jeune enfant sans langage comme une trame de rééducation.

Bibliographie

Article R4341-4 du Code de la Santé Publique.

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).

Avenant 19 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996 (J.O. 26 avril 2022).

Bassano, D., Labrell, F., & Bonnet, P. (2020). Évaluer les débuts du langage avec le DLPF : Lexique, grammaire et pragmatique chez le jeune enfant. *HAL-SHS*.

Bernicot, J., & Bert-Erboul, A. (2014). *L'acquisition du langage par l'enfant* (2^e éd.). In press.

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

Bishop, D. V., Snowling, M. J., Thompson, P. A., & Greenhalgh, T. (2016). CATALISE : A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children. *PLOS ONE*, 11(7), e0158753.

Brassart, E., & Schelstraete, M.-A. (2017). Optimiser les interactions verbales parent-enfant. Dans I. Roskam (dir.), *La prise en charge des troubles du comportement du jeune enfant : Manuel à l'usage des praticiens* (pp. 99-133). Mardaga.

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, 64-81.

Buschmann, A., Jooss, B., Rupp, A., Dockter, S., Blaschikowitz, H., Heggen, I., & Pietz, J. (2008). Children with developmental language delay at 24 months of age : results of a diagnostic work-up. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(3), 223-229.

Chillet, O., & Malige, L. (2021). *Jeune enfant avec peu ou pas de langage : Quelle prise en soin orthophonique ?* [Mémoire d'Orthophonie, Aix-Marseille Université]. HAL. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03348111>

Colas, P., Ruiz, S., & Delteil, F. (2021). Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 34(2), 68-77.

Coquet, F. (2017). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent : les parents au cœur de l'intervention orthophonique*. Ortho édition.

- Coquet, F. (2013). Bilan de langage oral de l'enfant de moins de trois ans ou sans langage. Dans F. Coquet (dir.), *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent : Pistes pour l'évaluation* (pp. 251-298). Ortho édition.
- Coquet, F. (2004). Procédés d'étayage. Dans F. Coquet (dir.), *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent : Méthodes et techniques de rééducation* (pp. 423-448). Ortho édition.
- Delahaie, M. (2009). *L'évolution du langage de l'enfant : De la difficulté au trouble* (2^e éd.). Inpes.
- Finestack, L. H., & Fey, M. E. (2013). Evidence-Based Language Intervention Approaches for Young Late Talkers. Dans L. A. Rescorla & P. S. Dale (dirs.), *Late Talkers : Language Development, Interventions, and Outcomes* (pp. 283-289). Paul H. Brookes Publishing Co.
- Foley, R.-A. (2016). L'observation. Dans J. Kivits, F. Balard, C. Fournier & M. Winance, *Les recherches qualitatives en santé* (pp. 118-133). Armand Colin.
- Frère, F., Hoonhorst, I., Iweins, L., Jacquet, E., & Van bastelaer, I. (2019). Musique, retard de langage et de parole. Dans F. Estienne & T. De Barelli (dirs.), *Remédiation orthophonique par la musique : Troubles dys, surdité, écriture, bégaiement* (pp. 97-114). De Boeck Supérieur.
- Grevesse, P. (2015). Instable ? Le bilan orthophonique du jeune enfant sans langage. *ANAE*, 27(135), 173-179.
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?*. Haute Autorité de Santé. Consulté le 20 avril sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages
- Juffrault, E. (2022). *État des lieux des pratiques orthophoniques pour la prise en soin du jeune enfant avec peu ou pas de langage* [Mémoire d'Orthophonie, Université de Lille]. Pépite. https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Mem_Ortho/2022/ULIL_SMOR_2022_094.pdf
- Kern, S. (2019). De l'évaluation à l'intervention. Dans S. Kern (dir.), *Le développement du langage chez le jeune enfant : Théorie, clinique, pratique* (pp. 233-267). De Boeck Supérieur.
- Kouri, T. A. (2005). Lexical Training Through Modeling and Elicitation Procedures With Late Talkers Who Have Specific Language Impairment and Developmental Delays. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 48, 157-171.
- Le Normand, M.-T. (2019). Les prérequis du langage. Dans S. Kern (dir.), *Le développement du langage chez le jeune enfant : Théorie, clinique, pratique* (pp. 53-66). De Boeck Supérieur.
- Maillart, C. (2019). Quand le langage démarre difficilement. Dans S. Kern (dir.), *Le développement du langage chez le jeune enfant : Théorie, clinique, pratique* (pp. 201-232). De Boeck Supérieur.
- Nadel, J. (2021). *Imiter pour grandir : Développement du bébé et de l'enfant avec autisme* (3^e éd.). Dunod.

Paul, D., & Roth, F. P. (2011). Guiding principles and clinical applications for speech language pathology practice in early intervention. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 42*(3), 320-330.

Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie : L'observation*. La Découverte.

Plaza, M. (2014). Le développement du langage oral. *Contraste, (39)*, 99-118.

Romski, M., & Sevcik, R. A. (2005). Augmentative Communication and Early Intervention. Myths and Realities. *Infants & Young Children, 18*(3), 174-185.

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

Tamis-LeMonda, C. S., & Rodriguez, E. T. (2014). Rôle des parents pour favoriser l'apprentissage et l'acquisition du langage chez les jeunes enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 3*, 1-10.

Vander Liden, F., & Laroche, H. (2019). Musique et éveil langagier. Dans F. Estienne & T. De Borelli (dirs.), *Remédiation orthophonique par la musique : Troubles dys, surdité, écriture, bégaiement* (pp. 81-96). De Boeck Supérieur.

Veneziano, E. (2000). Interaction, conversation et acquisition du langage dans les trois premières années. Dans M. Kail & M. Fayol (dirs.), *L'acquisition du langage, le langage en émergence de la naissance à trois ans* (pp. 231-265). Presses Universitaires de France.

Liste des Annexes

Annexe n°1 : Techniques de modelage par imprégnation avec utilisation du livre.

Annexe n°2 : Lettre d'information à destination des orthophonistes.

Annexe n°3 : Grille d'observation.

Annexe n°4 : Diagnostics et projets thérapeutiques des patients.

Annexe n°5 : Nombre total et moyen d'activités selon l'approche et la prise en soin.

Annexe n°6 : Types de jeux et de livres selon l'intervention langagière.

Annexe n°7 : Techniques de stimulation et stratégies de retour selon l'approche.

Annexe n°8 : Compétences stimulées transversalement au langage.

Annexe n°9 : Types de Communication Alternative et Améliorée et caractéristiques du Langage Adressé à l'Enfant.

Annexe n°10 : Fréquence d'emploi des onomatopées et des bruits.

Annexe n°11 : Stimulation lexicale, morphosyntaxique et phonologique dans l'enseignement en milieu naturel.

Annexe n°12 : Objectifs thérapeutiques des jeux.

Annexe n°13 : Extraits des notes d'observation.

Annexe n°14 : Pistes pratiques de rééducation.