

## L'accompagnement parental dans le cadre de la prise en charge d'un parleur tardif : un cas clinique

par Julie Cattini – Orthophoniste au Luxembourg

Lorsque l'ASELF a évoqué la thématique de ce nouveau numéro, le cas clinique que nous pourrions présenter est apparu comme une évidence : Balthazar. Nous allons remonter le temps ensemble et retourner en 2017.

En mai, je reçois une demande de rendez-vous pour un enfant de 3 ans et quelques mois. La panique est palpable au téléphone... des deux côtés ! Les parents de Balthazar ont déjà appelé plusieurs logopèdes et n'ont essuyé que des refus par manque de disponibilité. Des peurs sont verbalisées concernant la présence d'un Trouble du Spectre Autistique ou d'une déficience intellectuelle. Intuition peut-être erronée mais je pressens que je serai la dernière tentative de prise de rendez-vous avant plusieurs mois. Je n'ai jamais travaillé avec des enfants aussi jeunes et n'ai aucune formation en accompagnement parental. Je leur donne un rendez-vous en étant transparente sur mon manque d'expérience clinique et de connaissances pour ce type de suivi.

C'est là que notre histoire commence...

### 1. Présentation du patient

Balthazar est un petit garçon timide au premier contact mais qui se montre rapidement souriant et communicatif. Il ne dit que quelques mots et est inintelligible. Ses difficultés de communication engendrent un comportement parfois agressif avec ses camarades de première maternelle. Lors des premiers rendez-vous, nous réalisons des observations dans le cadre d'une interaction naturelle. Le répertoire phonétique s'avère incomplet avec une absence de toutes les fricatives. La longueur des mots est de deux syllabes et les groupes consonantiques ne peuvent être produits. D'un point de vue morphosyntaxique, si nous nous référons au LARSP (Language, Assessment, Remediation and Screening Procedure), Balthazar se situe au stade 1 : « production des noms, verbes, etc. en isolé ou des formules toutes faites qui ont souvent une fonction sociale » (Schelstraete, 2011). Cela correspond au niveau langagier d'un enfant de 1 an à 1 an ½ - 2 ans. Aucun élément n'est en faveur d'un Trouble du Spectre Autistique.

Afin d'avoir une vision plus globale de son profil, l'Inventaire de Développement de l'Enfant (Duyme et al., 2010) est rempli par les deux parents de manière indépendante. La motricité fine est jugée équivalente aux performances d'un enfant de 14 mois et de 24 mois pour la motricité globale. À la suite des résultats, nous recommandons un bilan psychomoteur, ce qui nous laisse le temps de faire une recherche concernant les meilleures interventions à proposer à Balthazar et sa famille.

## 2. Entre « idéal » théorique et pratique clinique...

Le manque de connaissances scientifiques et d'expertise clinique ne permettent pas, dans cette situation, de répondre adéquatement aux besoins du patient et de son entourage. La démarche de raisonnement clinique que propose l'Evidence-Based Practice (EBP ou pratique basée sur les données probantes) fournit une réponse à ces problématiques quotidiennes. D'un point de vue théorique, on présente traditionnellement ce processus réflexif en cinq étapes (Maillart & Durieux, 2012) :

- a. Transformer les besoins d'information en une question clinique précise
- b. Localiser les meilleures preuves externes disponibles, c'est-à-dire les données issues de la recherche scientifique
- c. Evaluer les preuves de manière critique et extraire les données pertinentes
- d. Prendre une décision clinique en combinant les données des preuves externes, de l'expérience du clinicien et des préférences du patient
- e. Evaluer l'efficacité de la décision clinique

Toutefois, les difficultés d'application de l'EBP par les cliniciens ont été documentées dans différents pays (Durieux et al., 2016; O'Connor & Pettigrew, 2009; Zipoli & Kennedy, 2005), ce qui amène différents auteurs à rediscuter la notion d'Evidence-Based Practice et/ou de proposer de nouvelles appellations (McCurtin & Roddam, 2012; Tonelli, 2006). La critique principale est le manque de prise en compte du contexte environnemental et des ressources nécessaires (compétences académiques, temps, etc.). Le cas clinique que nous présentons est un exemple de conciliation entre la démarche présentée de manière théorique et les contraintes réelles.

## 3. Démarche clinique

### 3.1. Question clinique

La revue systématique<sup>1</sup> de la littérature de DeVeney et ses collaborateurs (2017) a montré que les parleurs tardifs (moyenne d'âge : 27 mois) bénéficient des interventions fournies par les parents ou les orthophonistes. Toutefois, les interventions mises en œuvre par les parents pourraient être plus efficaces que l'intervention directe de l'orthophoniste. Au vu de ces résultats préliminaires, nous axerons davantage notre recherche sur les interventions précoces proposant un accompagnement parental.

---

<sup>1</sup> Synthèse portant sur une question clairement formulée qui utilise des méthodes de récoltes de données scientifiques systématiques et explicites pour identifier, sélectionner et évaluer de manière critique les études de la thématique. Pour plus de précisions, nous vous invitons à consulter cette ressource vidéo : <https://youtu.be/Egxqp0T04HQ>

**Nous posons la question clinique de base suivante :**

Quels sont les ingrédients actifs (i.e. les conditions d'application du traitement) d'une intervention langagière précoce basée sur l'interaction parent-enfant auprès d'un parleur tardif ?

**3.2. Localiser les meilleures preuves externes disponibles**

La recherche de preuves externes implique classiquement une recherche sur des banques de données (Dollaghan, 2007). Il n'était pas envisageable, par manque de temps et de compétences, de réaliser cette étape. Nous avons donc sélectionné une première revue narrative de la littérature disponible en français (Sylvestre & Desmarais, 2015) et réalisé une recherche sur l'expertise des auteurs. Dans un second temps, nous avons sélectionné deux revues systématiques de la littérature (Kong & Carta, 2011; Roberts & Kaiser, 2011) citées dans l'article initial. Nous avons opté pour ces papiers car les revues systématiques constituent une synthèse d'études évaluées de manière critique (Garrett & Thomas, 2006; Hargrove, Griffer, & Lund, 2008; Johnson, 2006). Par manque de maîtrise de la langue anglaise et de temps, nous n'avons pas pu prendre connaissance d'un des deux articles en anglais.

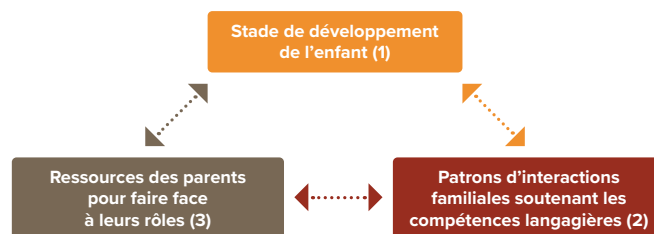
**3.3. Evaluer les preuves de manière critique et extraire les données**

Aucune évaluation critique des articles n'a été réalisée. Nous avons lu et synthétisé chaque papier en veillant à noter les éléments nous semblaient pertinents pour l'intervention. Les preuves externes ont été résumées dans le tableau suivant :

**Sylvestre & Desmarais (2015)**

**Contexte théorique :**

Le développement langagier résulterait de l'interaction réciproque entre trois niveaux (voir Figure à la page suivante) :



La démarche en intervention précoce porte principalement sur le niveau (2) en jouant sur l'interaction parent-enfant et sa fréquence.

### Implications pour la pratique :

Les deux principaux ingrédients actifs du développement langagier sont l'interaction parent-enfant et la stimulation du langage. Les interactions doivent être : suffisamment fréquentes, chaleureuses et sensibles aux initiatives de communication. Les deux premières étapes nécessaires sont :

- **La responsivity** : réceptivité au message de l'enfant, détection et interprétation juste des signaux de communication de l'enfant.

- **La responsiveness** : réactivité au message de l'enfant, offrir une réponse prompte et liée à l'initiative communicative de l'enfant.

Deux techniques de soutien langagier ont particulièrement fait leur preuve :

- **Le modèle verbal** : répétition appropriée d'une partie ou de la totalité de la production de l'enfant.

- **L'expansion** : répétition d'une partie ou de la totalité de la production de l'enfant en y ajoutant un ou plusieurs mots ou morphèmes.

Par ailleurs, la capacité du parent à adapter son niveau à celui de l'enfant mais, également ses attentes est étroitement liée à la qualité de la stimulation fournie. Lors de la mise en place d'une intervention précoce, les trois étapes suivantes sont à respecter :

1. L'intervenant interagit avec l'enfant pour fournir un modèle au parent
2. Le parent interagit avec l'enfant sous la supervision de l'intervenant
3. Le parent met en place les techniques apprises dans les routines quotidiennes

### Quels résultats peuvent-être attendus ?

Globalement, les parents exposés à ce type d'intervention sont plus réactifs aux signaux de communication de leur enfant. Il y a également une augmentation du nombre de modèles verbaux fournis et un plus grand taux d'interactions parent-enfant. En ce qui concerne l'enfant, la majorité des études rapporte une amélioration significative des habiletés communicationnelles et langagières.

**Roberts & Kaiser (2011)****Contexte théorique :**

Plusieurs études ont déjà montré une différence d'interaction parent-enfant entre les populations sans trouble du langage et avec un trouble du langage. Par exemple, ces derniers bénéficient d'une moins grande quantité de stratégies de soutien langagier. L'accompagnement parental consiste donc à modifier les interactions parent-enfant en jouant sur quatre variables déterminantes :

- La quantité d'interactions
- La réceptivité et réactivité aux intentions de communication de l'enfant
- La quantité et la qualité de l'apport linguistique
- L'utilisation de stratégies de soutien

**Implications pour la pratique :**

Les résultats de la méta-analyse montrent de nombreuses limites aux études, ce qui ne permet pas de tirer des recommandations de bonnes pratiques concernant les ingrédients actifs de la prise en charge pour améliorer les compétences langagières.

Toutefois, les principes généraux étaient communs dans la majorité des études. Plusieurs implications spécifiques pour les pratiques liées aux interventions linguistiques peuvent être tirées de cette revue :

- Les interventions devraient se concentrer sur les interactions communicatives sociales entre les parents et les enfants
- Les parents devraient apprendre à utiliser la répétition et les expansions
- Les parents devraient être entraînés à la maison et via des routines quotidiennes
- La formation des parents à raison d'une séance par semaine peut être suffisante

**Quels résultats peuvent-être attendus ?**

Généralement, l'entraînement des parents a un effet positif sur la réactivité, l'utilisation de modèles langagiers et le taux de communication. Les interventions langagières fournies par les parents impactent positivement les compétences linguistiques expressives et réceptives, le lexique passif et actif, la morphosyntaxe en expression et le taux de communication par rapport à un groupe contrôle.

### 3.4. Prendre une décision clinique

Suite à l'évaluation initiale et à la récolte des données externes, une rencontre avec les deux parents de Balthazar a lieu. L'objectif est de leur exposer les deux options thérapeutiques possibles, en verbalisant les avantages et les inconvénients de chacune d'elles :

- Réaliser une intervention directe avec Balthazar en situation duelle
- Réaliser une intervention indirecte par le biais d'une intervention sur les interactions parent-enfant

Les deux parents choisissent rapidement d'être des acteurs de l'intervention et nous demandent de bénéficier de deux séances d'intervention indirecte par semaine, afin d'alterner entre eux. Nous visons deux mois d'intervention avant de faire un nouveau point sur la situation.

Les objectifs thérapeutiques de l'intervention ont été formulés pour :

#### Balthazar

- Augmenter le nombre d'intentions de communication
- Augmenter la Longueur Moyenne de l'Énoncé (LME)
- Augmenter le stock lexical

#### Les parents de Balthazar

- Améliorer la stimulation langagière apportée par les parents via :
  - Une meilleure réceptivité aux intentions de communication
  - Un accroissement de l'utilisation de deux techniques : le modèle verbal et l'expansion
  - Une meilleure connaissance de la zone développementale de leur enfant afin de s'adapter au mieux à son niveau
- Diminuer l'anxiété parentale

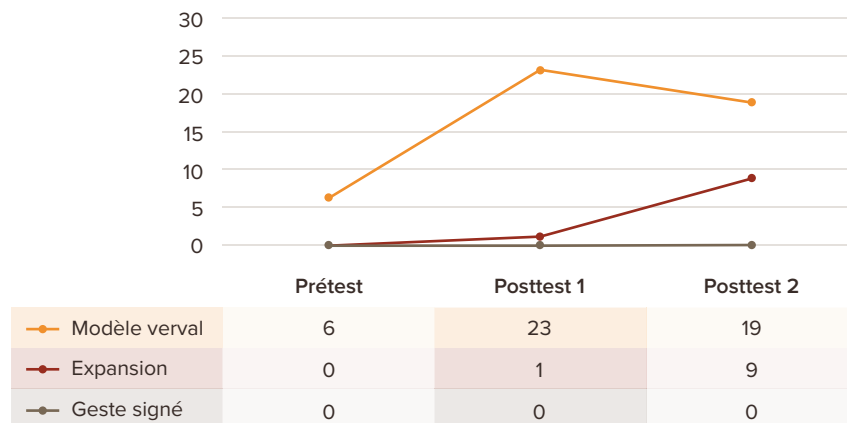
Les principes d'intervention reprenaient les éléments de la littérature cités précédemment. Pour davantage d'informations concernant les moyens, nous vous invitons à consulter Cattini & Clair-Bonaimé (2017, p.130-131).

### 3.5. Evaluer les effets de l'intervention

Afin d'évaluer l'effet de l'intervention auprès des parents, nous avons opté pour une évaluation de type pré-post. Nous avons pris trois mesures (voir Martinez-Perez et al., (2015) pour des détails sur les éléments méthodologiques) lors d'une interaction parent-enfant, à partir d'une situation de jeu et de lecture partagée (2x 10 minutes) :

- Mesure 1 : calcul du nombre de modèles verbaux
- Mesure 2 : calcul du nombre d'expansions
- Mesure 3 (contrôle) : calcul du nombre de gestes signés

Voici les résultats du père de Balthazar après 15 séances d'intervention pendant lesquelles la technique de la répétition a été apprise lors de la première phase et l'expansion lors de la deuxième phase :



Pour le père de Balthazar, nous pouvons constater une plus grande fréquence de l'utilisation du modèle verbal après l'apprentissage de cette stratégie en séance alors que l'expansion n'évolue pas (posttest 1). L'expansion apparaît lors du second posttest et donc après l'apprentissage de cette stratégie en séance. L'utilisation des gestes signés (mesure contrôle) reste non utilisée. Nous pouvons donc constater que le père de Balthazar bénéficie de manière spécifique de la prise en charge.

## 4. Critiques

La démarche présentée tout au long de cet article peut être critiquée sur de plusieurs points :

- Aucune recherche spécifique et rigoureuse n'a été réalisée dans la littérature
- Aucune analyse critique de la méthodologie des études sélectionnées n'a été faite
- L'intervention proposée se base sur de grands principes d'intervention mais elle est sujette à de nombreuses décisions cliniques personnelles (dosage, progression, outils, etc.)
- Le design utilisé pour l'évaluation de l'efficacité de l'intervention est d'un faible contrôle expérimental, une ligne de base multiple aurait été plus pertinente (Byiers et al., 2012; Kazdin, 2011)
- Les séances n'ont pas été filmées de manière systématique afin de fournir un feed-back plus précis aux parents et de collecter des données plus fiables au cours du suivi

Nous pouvons donc constater que cette étude de cas est très imparfaite et ne respecte pas les standards méthodologiques d'une pratique « evidence-based ». Elle permet toutefois d'illustrer les contraintes cliniques de son application et met en lumière l'apport des données de la littérature pour apporter les meilleurs soins possibles au patient.

## 5. Quelques années plus tard...

Aujourd'hui, Balthazar a 6 ans. Le diagnostic de Trouble Développemental du Langage a été confirmé deux ans plus tard. Une fenêtre thérapeutique a pu être proposée à la fin de la deuxième maternelle jusqu'au deuxième trimestre de sa troisième maternelle. L'impact de ses difficultés langagières sur sa vie quotidienne ayant nettement diminué, d'un commun accord avec la famille et les différents intervenants, il a été jugé important de proposer un arrêt de suivi et de refaire le point quelques mois plus tard. Récemment, une nouvelle évaluation orthophonique a mis en évidence une très belle évolution sur les aspects langagiers mais d'importants facteurs de risque pour l'entrée dans les apprentissages au niveau du langage écrit (Alonzo et al., 2019) et de la cognition mathématique (Cross et al., 2019; Raimbault & Lafay, sous presse). Une nouvelle aventure commence avec Balthazar et sa famille afin de proposer une intervention précoce et préventive au niveau de ses apprentissages...

## Remerciements :

Merci à Anaïs Deleuze, Juliette Dubois et Charlotte Tassin pour leurs corrections



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alonzo, C. N., McLraith, A. L., Catts, H. W., & Hogan, T. P. (2019). Predicting Dyslexia in Children With Developmental Language Disorder. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 63(1), 151–162. [https://doi.org/10.1044/2019\\_JSLHR-L18-0265](https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-L18-0265)
- Byiers, B. J., Reichle, J., & Symons, F. J. (2012). Single-subject experimental design for evidence-based practice. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 21(4), 397–414. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2012\)11-0036](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012)11-0036)
- Cattini, J., & Clair-Bonaimé, M. (2017). Les apports de l'Evidence-Based Practice et de la Practice-Based Evidence : du bilan initial à l'auto-évaluation du clinicien. *Rééducation Orthophonique*, 272, 109–146.
- Cross, A. M., Joannis, M. F., & Archibald, L. M. D. (2019). Mathematical Abilities in Children With Developmental Language Disorder. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 50(1), 150–163. [https://doi.org/10.1044/2018\\_LSHSS-18-0041](https://doi.org/10.1044/2018_LSHSS-18-0041)
- DeVeney, S. L., Hagaman, J. L., & Bjornsen, A. L. (2017). Parent-Implemented Versus Clinician-Directed Interventions for Late-Talking Toddlers: A Systematic Review of the Literature. *Communication Disorders Quarterly*, 39(1), 293–302. <https://doi.org/10.1177/1525740117705116>
- Dollaghan, C. A. (2007). *The Handbook for Evidence-Based Practice in Communication Disorders*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Durieux, N., Pasleau, F., Piazza, A., Donneau, A.-F., Vandenput, S., & Maillart, C. (2016). Information behaviour of French-speaking speech-language therapists in Belgium: results of a questionnaire survey. *Health Information & Libraries Journal*, 33(1), 61–76. <https://doi.org/10.1111/hir.12118>
- Duyme, M., Capron, C., & Zorman, M. (2010). *Inventaire du Développement de l'Enfant*. Cognisciences.
- Garrett, Z., & Thomas, J. (2006). Systematic reviews and their application to research in speech and language therapy: a response to T. R. Pring's 'Ask a silly question: two decades of troublesome trials' (2004). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 41(1), 95–105. <https://doi.org/10.1080/13682820500071542>
- Hargrove, P., Griffer, M., & Lund, B. (2008). Procedures for using clinical practice guidelines. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 39(July), 289–302. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2008\)028](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2008)028)
- Johnson, C. J. (2006). Getting Started in Evidence-Based Practice for Childhood Speech-Language Disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15(1), 20. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2006\)004](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2006)004)
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings*. Retrieved from <https://books.google.be/books?id=XKLQWAAAJ>
- Kong, N. Y., & Carta, J. J. (2011). Responsive Interaction Interventions for Children With or at Risk for Developmental Delays. *Topics in Early Childhood Special Education*, 33(1), 4–17. <https://doi.org/10.1177/027121411426486>
- Maillart, C., & Durieux, N. (2012). Une initiation à la méthodologie « Evidence-Based Practice » : illustration à partir d'un cas clinique. In *Les dysphasies : de l'évaluation à la rééducation* (Elsevier M, pp. 129–152).
- Martinez-Perez, T., Dor, O., & Maillart, C. (2015). Préciser, argumenter et évaluer les objectifs thérapeutiques pour améliorer la prise en charge orthophonique. *Rééducation Orthophonique*, 261. <https://doi.org/http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/184602>
- McCurtin, A., & Roddam, H. (2012). Evidence-based practice: SLTs under siege or opportunity for growth? The use and nature of research evidence in the profession. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(1), 11–26. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00074.x>
- O'Connor, S., & Pettigrew, C. M. (2009). The barriers perceived to prevent the successful implementation of evidence-based practice by speech and language therapists. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(6), 1018–1035. <https://doi.org/10.1080/13682820802585967>
- Raimbault, & Lafay, A. (n.d.). *Revue Systématique de la Littérature sur le Trouble Développementale du Langage, les Difficultés Mathématiques et les Interventions*.
- Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2011). The Effectiveness of Parent-Implemented Language Interventions: A Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 180. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2011\)10-0055](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011)10-0055)
- Schelstraete, M.-A. (2011). Méthodologie de l'intervention clinique : principes de traitement. In *Traitements du Langage Oral Chez L'enfant* (pp. 29–56). <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-71450-4.00002-8>
- Sylvestre, A., & Desmarais, C. (2015). Stimuler le développement langagier des jeunes enfants : état des connaissances sur l'intervention précoce en orthophonie. *ANAE - Approche Neuropsychologique Des Apprentissages Chez L'Enfant*, 135, 180–187.
- Tonelli, M. R. (2006). Integrating evidence into clinical practice: An alternative to evidence-based approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(3), 248–256. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2004.00551.x>
- Zipoli, R. P., & Kennedy, M. (2005). Evidence-Based Practice Among Speech-Language Pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14(3), 208. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2005\)021](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2005)021)