

Préciser, argumenter et évaluer les objectifs thérapeutiques pour améliorer la prise en charge orthophonique

Trecy Martinez-Perez, Orianne Dor, Christelle Maillart

Résumé

L'adage « reculer pour mieux sauter » s'applique parfaitement à l'étape de définition du projet thérapeutique. Prendre le temps de sélectionner les objectifs, définir les résultats attendus, choisir les techniques d'intervention, identifier la progression à proposer dans les activités et anticiper l'évaluation de l'intervention, constituent des composantes essentielles de l'action thérapeutique. A travers cet article, nous développons quatre dimensions importantes du projet thérapeutique : l'*individualisation* sur base d'une évaluation langagière statique et dynamique, d'une concertation avec le patient et son entourage et de l'identification des facilitateurs et obstacles à la prise en charge ; la précision des objectifs à court terme pour assurer la cohérence et la continuité des interventions ; la prise de décisions *argumentées* à propos des objectifs à long terme prioritaires, de la sélection de la cible, de la stratégie d'intervention à privilégier ; et finalement l'*évaluation* de l'intervention afin d'en vérifier l'efficacité, le transfert et la spécificité. De cette manière, le projet va guider l'action de l'orthophoniste et servir de repère à son intervention.

Mots clés : projet thérapeutique, objectif, rééducation, orthophonie

Defining, justifying and evaluating therapeutic objectives, as a way to improve speech and language therapy

Abstract

The proverb “step back to better move forward” applies perfectly to the initial phase of defining the therapeutic project. Taking the time to select the objectives, to define the expected results, to choose intervention techniques, to identify the progression of activities and to anticipate the evaluation of the intervention, are all essential components of the therapeutic activity. This article develops four important dimensions of the therapeutic project: *individualization* based on a static and dynamic language assessment, on collaboration with the patient and his/her family, and on the identification of therapeutic facilitators and obstacles; the *accuracy* of short-term goals to ensure consistency and continuity of interventions; soundly *justified decisions* regarding those long-term objectives that need to be given priority, as well as the selection of the target of intervention and of the therapeutic strategy; and finally, the evaluation of the intervention in order to confirm its effectiveness, as well as its transfer and specificity. In this manner, the project will guide the therapist's activities and serve as a reference for his interventions.

Key words : therapeutic project, objectives, remediation, speech and language therapy

Trecy MARTINEZ PEREZ
Docteur en Logopédie
Courriel : trecy.martinezperez@ulg.ac.be

Orianne DOR
Master en Logopédie

Christelle MAILLART
Docteur en Logopédie
Professeur Ordinaire
Unité de Logopédie Clinique
Université de Liège, Belgique

Adresse de correspondance
Université de Liège
Unité de Logopédie Clinique - Trecy MARTINEZ PEREZ
30, rue de l'Aunaie (B38)
4000 Liège (Sart-Tilman)
Belgique

“**L**es orthophonistes-logopèdes doivent prodiguer le meilleur traitement possible à leurs patients » (Charte Ethique professionnelle des orthophonistes-logopèdes de l'Union Européenne, 1999). S'il est évident que les orthophonistes n'ont pas une obligation de résultats, ils s'engagent par contre dans une obligation de moyens. Malgré le caractère chronophage de cette étape, l'élaboration d'un projet thérapeutique constitue une étape indispensable du traitement et en augmente la qualité.

Afin d'assurer ce rôle de balise du traitement, le projet thérapeutique doit être *individualisé, précis, argumenté et évalué*. Il doit ainsi être adapté aux besoins, à la personnalité, à la pathologie et aux potentialités du patient. Pour cela, il est construit sur base d'une évaluation langagière approfondie et en concertation avec le patient et son entourage. Le projet thérapeutique doit également être clair et détaillé pour assurer la cohérence et la continuité des interventions, surtout lorsque la prise en charge s'insère dans un contexte multidisciplinaire. Ensuite, les objectifs doivent être argumentés. L'une des conditions pour une pratique de qualité renvoie à la prise de décisions argumentées y compris lors de la définition du projet thérapeutique (Pourquoi choisir cette cible ? Opter pour cette stratégie ? Manipuler cette variable ?). Finalement, ce projet thérapeutique n'est pas figé et évolue selon les progrès ou l'absence de progrès du patient, selon les résultats de la prise en charge mesurés au cours du traitement.

Ces quatre paramètres du projet thérapeutique seront tour à tour développés dans cet article, avec un focus particulier sur les critères permettant de sélectionner les cibles de l'intervention, les détails à apporter dans la formulation des objectifs thérapeutiques et l'évaluation des progrès du patient. La seconde partie de l'article proposera plusieurs illustrations d'objectifs avec les arguments qui sous-tendent les décisions prises et des mesures permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs.

◆ Connaître le profil de son patient

Si la continuité évaluation-traitement semble évidente, l'analyse des pratiques existantes indique que les liens entre les résultats de l'évaluation de l'orthophoniste et les stratégies d'intervention sont en réalité peu fréquents (Law et al., 2008). Pourtant, la première source d'informations pour l'établissement du projet thérapeutique repose sur le bilan d'évaluation. Celui-ci décrit le niveau de fonctionnement du patient dans différents domaines du langage et/ou de la communication. Au-delà d'une analyse quantitative en termes de compétences préservées et altérées, l'orthophoniste devra réaliser une analyse qualitative des erreurs afin de préciser le profil langagier du patient et permettre une première individualisation du projet thérapeutique.

Il est néanmoins important que l'évaluation ne se limite pas à une simple description des forces et des faiblesses du patient mais qu'elle intègre une analyse des facteurs sous-jacents permettant d'interpréter le profil des résultats. Une performance identique peut avoir des origines assez différentes. Par exemple, en langage écrit, un ralentissement de la lecture peut s'expliquer par une méconnaissance des conversions graphème/phonème, un trouble visuel ou un manque d'automatisation des processus. De la même manière, en langage oral, l'erreur *i dort* pour *i dorment* peut s'expliquer par une méconnaissance de la flexion verbale, un trouble phonologique ou la non-prise en compte du nombre du sujet. Comprendre la nature du trouble permettra de cibler l'objectif thérapeutique sur l'apprentissage des flexions verbales irrégulières, sur la production d'un groupe consonantique en position finale dans des mots, ou sur l'analyse du sujet du verbe. S'arrêter à la seule description des troubles du patient, sans interpréter le profil de résultats, priverait par conséquent l'orthophoniste d'indications précieuses pour la prise en charge.

Afin de compléter notre compréhension du profil du patient, l'évaluation psychométrique traditionnelle (qualifiée d'évaluation *statique*) peut être suivie d'une évaluation *dynamique*. Cette dernière a pour objectif d'identifier le potentiel d'apprentissage du patient et les performances langagières que le patient peut atteindre lorsqu'un enseignement, une démonstration ou un étayage lui est fourni (Grigorenko, 2009 ; Grigorenko & Sternberg, 1998). Plusieurs auteurs ont étudié

la validité de l'évaluation dynamique et sa complémentarité avec l'évaluation psychométrique traditionnelle (Camilleri & Botting, 2013 ; Hasson, Dodd, & Botting, 2012 ; Hasson & Jaffe, 2007). En lien avec le projet thérapeutique, l'évaluation dynamique permet d'identifier, d'une part, des habiletés langagières en maturation ou ayant un potentiel de maturation qui peuvent constituer les cibles de l'intervention et, d'autre part, les aides qui semblent davantage convenir au patient et qui peuvent être privilégiées dans les stratégies d'intervention. L'intérêt de l'évaluation dynamique afin de planifier l'intervention a d'ailleurs été récemment exploré à travers une étude de cas (Hasson & Dodd, 2014).

L'âge du patient, l'analyse de la demande, les attentes et les croyances de l'entourage constituent d'autres éléments à prendre en considération pour mieux connaître son patient, son environnement et adapter le projet thérapeutique (Schelstraete, 2011). Idéalement, le patient devrait être consulté pour l'élaboration du projet thérapeutique. Le clinicien doit prendre le temps de discuter des différentes possibilités et informer des risques, des inconvénients et des bénéfices attendus de l'intervention. La prise en considération des préférences du patient – troisième volet de l'*Evidence-Based Practice* que nous aborderons plus longuement dans la suite de cet article – peut porter sur les cibles (ex. travailler en priorité l'intelligibilité de certains mots particulièrement importants pour le patient), les modalités (ex. explicite et très structuré vs. en situation naturelle) ou les conditions de réalisation du traitement (fréquence des séances, réalisation de séances individuelles ou en groupe, ...). Dans cette même optique, l'identification de *facilitants* ou au contraire d'*obstacles* aux progrès langagiers devra être également réalisée. Par exemple, face à des troubles d'apprentissage du langage écrit, les facilitants ou les obstacles peuvent renvoyer aux habitudes de lecture, à la valeur accordée à la réussite scolaire par les parents, à l'enseignant qui adapte ou non facilement sa pédagogie (St-Pierre et al., 2010). De manière plus transversale, Kwiatkowski et Shriberg (1998) identifient une association entre la motivation dont fait preuve le patient pour poursuivre un exercice difficile et l'ampleur de ses progrès. Ainsi, bien que les capacités cognitives et psychosociales initiales de l'enfant constituent le meilleur prédicteur d'une normalisation des performances langagières, l'absence de motivation dans la tâche serait associée à de faibles progrès même chez les enfants avec de hautes capacités.

Lorsque l'ensemble des informations pouvant être obtenues dans le cadre de l'anamnèse, de l'évaluation et de l'observation clinique ont été collectées et interprétées, l'orthophoniste peut entamer la définition du projet thérapeutique et sélectionner les objectifs à long terme et à court terme.

◆ Sélectionner les objectifs à long terme et à court terme

Le choix des objectifs à long terme et à court terme découle directement des capacités langagières altérées et des atteintes sous-jacentes identifiées lors de l'évaluation orthophonique. Choisir un objectif implique également de sélectionner le type d'objectif poursuivi. Olswang et Bain (1991) proposent trois types d'objectifs pour la prise en charge orthophonique : le premier est d'éliminer le problème langagier, le deuxième est de modifier le problème langagier, le dernier est d'apprendre des stratégies de compensation ou d'agir sur l'environnement du patient. Le choix du type d'objectif est généralement lié à l'âge du patient et/ou à la sévérité du déficit. Ainsi, pour les jeunes enfants et/ou les patients présentant des troubles isolés ou de faible intensité, l'orthophoniste essaie généralement de restaurer un langage normal. Pour les patients plus âgés et/ou avec une longue histoire d'intervention, le recours à la mise en place de stratégies de compensation apparaît généralement plus bénéfique.

Lorsque de nombreuses difficultés ont été observées chez le patient, l'orthophoniste est contraint de **prioriser les objectifs à long terme** de son intervention. Classiquement, le clinicien débute par ce qui est le plus sévèrement atteint ou ce qui affecte le plus le patient dans son quotidien familial et scolaire. D'autres critères peuvent néanmoins aider le clinicien à prendre ses décisions. Ainsi, les objectifs à long terme prioritaires pourraient être ceux qui ciblent une stratégie plutôt qu'un travail sur des items spécifiques afin d'augmenter la portée de la prise en charge. Dans cette optique, face à un patient qui présente notamment des difficultés dans la lecture par voie d'assemblage et dans l'orthographe d'usage, l'orthophoniste ciblera le travail du décodage comme objectif à long terme. En effet, sur base d'un nombre limité de mots travaillés en séance, cette rééducation permettra à l'enfant de lire correctement des mots non travaillés (rééducation d'une stratégie). Au contraire, les bénéfices d'un travail au niveau de l'orthographe d'usage se limiteront aux mots travaillés en séance (rééducation d'items spécifiques) et la portée de la prise en charge sera par conséquent plus faible.

Pour d'autres patients, l'orthophoniste pourrait être amené à sélectionner prioritairement un objectif à long terme en raison de son impact positif sur une autre composante langagière ne pouvant pas être travaillée par manque de temps ou refus du patient. Tyler et al. (2003) ont ainsi montré que l'intervention sur la morphosyntaxe améliore la phonologie de jeunes enfants anglophones avec des troubles phonologiques et morphosyntaxiques expressifs. Par contre, l'intervention en phonologie n'agissait que sur la phonologie et les progrès en morphosyntaxe n'étaient pas significatifs par rapport au groupe contrôle. Comme le souligne Schelstraete (2011), des études supplémentaires sont toutefois nécessaires pour généraliser ces conclusions.

Finalement, dans certains cas, l'ampleur des difficultés du patient peut placer le clinicien devant des choix difficiles. McCauley et Fey (2006) décrivent les objectifs à long terme comme des aires identifiées en raison de leur importance fonctionnelle pour le patient. Dans cette optique, l'objectif à long terme prioritaire sera celui qui permet au patient d'utiliser un langage plus fonctionnel. Sachant que le langage sert principalement à renforcer les liens entre les personnes et à manipuler le monde pour répondre à ses besoins, les composantes langagières qui seront travaillées en premier lieu seront celles qui limitent directement les interactions ou l'expression des besoins du patient.

Lorsqu'un objectif à long terme est sélectionné, l'orthophoniste identifie les étapes nécessaires (objectifs à court terme) pour l'atteindre. La **sélection des objectifs à court terme** repose notamment sur des connaissances théoriques du processus langagier ciblé, des mécanismes et des prérequis sous-jacents (ex. des bases dans la voie de lecture par assemblage sont nécessaires pour développer la voie de lecture par adressage (Share, 2008) et seront donc travaillées en premier lieu) et sur les recommandations dans la pathologie langagière identifiée (ex. dans le cas d'une dyspraxie verbale, la stabilité des erreurs constituera l'objectif à court terme prioritaire, McIntosh & Dodd, 2009). Pour d'autres patients, les objectifs à court terme constituent les étapes pour passer d'un contexte structuré (ex. production d'un phonème cible en dénomination d'images) à un contexte non structuré (ex. production d'un phonème cible en langage spontané). Finalement, les objectifs à court terme peuvent également cibler des facettes complémentaires mais relativement indépendantes de l'objectif plus large (ex. dans le travail d'enrichissement sémantique, à chaque objectif à court terme correspond une catégorie sémantique particulière).

◆ Définir les objectifs à court terme

Les objectifs à court terme permettent l'opérationnalisation de l'objectif à long terme et incluent par conséquent des précisions sur le résultat souhaité, les stratégies d'intervention envisagées et les variables manipulées lors des activités de prise en charge.

Résultat attendu

L'« *outcome* » correspond au résultat que l'orthophoniste souhaite atteindre à travers l'objectif à court terme. Il prend la forme d'une phrase qui décrit le comportement attendu (A), la cible travaillée (B), le contexte d'apparition de la cible (C) et le critère d'atteinte (D).

Voici quelques exemples et contre-exemples :

- Julie produira (A) les consonnes sourdes T et K en position initiale de mots plurisyllabiques (B) en langage spontané (C) dans 70 % des cas (D) » (contre-exemple : Julie améliorera sa production des consonnes sourdes)
- « David lira (A) avec fluidité (B), soit à la vitesse de minimum 80 mots/mi-
nute (D), des textes (C) » (contre-exemple : David lira rapidement des textes)
- « Estelle accordera (A) le nom en nombre (B) inclut dans une phrase (C) dans
80 % de ses productions écrites spontanées (D) » (contre-exemple : Estelle
réalisera à l'écrit l'accord en nombre du nom)
- « Justin réalisera (A) minimum 2 (D) vocalisations, verbalisations ou sou-
rires (B) lors d'une activité avec un pair (C) » (contre-exemple : Justin en-
trera en contact avec ses pairs).

COMPORTEMENT (A)

Le comportement ciblé à travers l'objectif à court terme doit correspondre à un comportement *fidèle et mesurable*. La notion de fidélité est similaire à celle employée pour les outils d'évaluation et renvoie à la constance de la mesure (Grégoire, 2006) ou du comportement. Un comportement fidèle est stable dans le temps (fidélité test-retest : à deux moments distincts, le même comportement doit être présent) et est jugé de manière équivalente par plusieurs personnes (fidélité inter-juges : plusieurs adultes s'accordent pour dire que le même comportement est apparu). Ensuite, le fait que le comportement soit mesurable permet d'évaluer si l'objectif à court terme est atteint (cf. section 5). Pour que le comportement soit fidèle et mesurable, il doit être observable, c'est-à-dire pouvoir être vu et/ou entendu, et posséder un début et une fin. Le choix du verbe (et donc du comportement ciblé) a toute son importance et contribue au caractère fidèle et mesurable. Ainsi, on privilégie les verbes suivants : répondra, classifera, définira, imitera, nommera, demandera, écrira. Par contre, les verbes (et comportements) suivants sont peu pertinents : réalisera, connaîtra, explorera, examinera, améliorera, intégrera, appréciera, visualisera, essaiera.

CIBLE (B)

La cible de l'intervention – le *quoi* traiter – est au centre du résultat attendu. Le choix de la cible constitue l'une des décisions cliniques importantes de l'orthophoniste. Ce choix peut se baser sur différents critères selon le profil et les besoins du patient :

(1) Forme ou fonction dans la zone proximale de développement (ZPD) du patient. Nelson et al. (1996) suggèrent que les formes/fonctions qui n'apparais-

sent pas dans la communication du patient sont moins susceptibles d'être rapidement améliorées lors de l'intervention. Au contraire, les formes/fonctions qui sont majoritairement utilisées par le patient, même si quelques erreurs restent présentes, ne constituent pas des cibles de l'intervention car elles vont probablement s'améliorer sans rééducation directe. Ainsi, Paul et Norbury (2012) suggèrent de distinguer des objectifs de très haute priorité (ce sont les formes et fonctions qui sont utilisées par le patient dans 10 % à 50 % des situations), des objectifs de haute priorité (ce sont des formes et fonctions qui sont utilisées par le patient dans 1 % à 10 % des situations mais qui sont comprises dans des épreuves réceptives) et des objectifs de faible priorité (ce sont des formes et fonctions qui sont utilisées dans 50 % à 90 % des contextes ou des formes et fonctions qui ne sont jamais utilisées et qui ne sont pas comprises dans des épreuves réceptives). Cette stratégie de sélection de la cible peut être mise en relation avec le concept de ZPD de Vygotsky (1978). La ZPD correspond à la distance entre le niveau présenté par l'enfant et son niveau potentiel de performance, c'est-à-dire ce que l'enfant est capable de faire avec l'aide d'un adulte compétent. Selon ce critère, choisir une cible d'intervention qui se situe dans le niveau de connaissance de l'enfant constitue une perte de temps. Par exemple, si l'enfant produit correctement un morphème dans 80 % des cas, cela signifie qu'il n'a pas besoin d'aide. Il n'est pas mis en défi d'assimiler une nouvelle connaissance mais démontre simplement ce qu'il sait déjà faire. Choisir de travailler cette cible confortera le clinicien mais ne permettra pas à l'enfant d'acquérir de nouvelles formes ou fonctions du langage. Par contre, si l'enfant produit le morphème dans 40 % des cas, le clinicien peut émettre l'hypothèse que ce morphème se situe dans la ZPD de l'enfant. À l'opposé, l'orthophoniste ne choisira pas une cible qui se situe en dehors de la ZPD de l'enfant. Celui-ci ne parviendra pas à l'acquérir et n'apprendra rien. Selon Lidz et Gindis (2003, cités par Paul & Norbury, 2012), l'évaluation dynamique apparaît particulièrement intéressante pour identifier les formes et les fonctions qui ne sont pas acquises par l'enfant mais qui apparaissent avec une aide, suggérant que ces formes et ces fonctions se situent dans la ZPD de l'enfant. En phonologie, la ZPD est opérationnalisée en termes de stimulabilité. Un phonème est dit stimuable s'il peut être produit de façon isolée par l'enfant sur imitation directe avec un indice auditif ou visuel, avec ou sans instruction, encouragement ou feedback. Si un phonème est non stimuable chez l'enfant, peu de progrès spontanés peuvent être attendus (Powell & Miccio, 1996). Mais contrairement aux conceptions préalables, certains chercheurs (Miccio, 2005) proposent d'inclure également des phonèmes non stimulables (et donc hors de la ZPD) pour maximiser les effets thérapeutiques.

(2) Les repères développementaux permettent également de sélectionner la cible de l'intervention. Les repères de développement suggèrent de débiter par les aspects langagiers qui sont acquis les plus précocement (souvent les plus simples) en suivant la séquence normale de développement. Ainsi, l'orthophoniste choisira de travailler d'abord la production des phrases avec des termes topolo-

giques qui sont acquises plus précocement dans le développement que la production des phrases relatives. Comme le souligne Schelstraete (2011), le fait de commencer la rééducation sur base d'un critère développemental permet de motiver le patient car les résultats sont généralement plus rapides. Des données récentes (Gierut et Hulse, 2010) suggèrent cependant que choisir des cibles acquises tardivement plutôt que précocement conduit à une meilleure généralisation des résultats obtenus.

(3) L'efficacité communicative peut constituer le critère de décision. Il sera privilégié chez les patients qui ne peuvent pas atteindre les niveaux de communication adulte, comme l'enfant avec un trouble du spectre de l'autisme ou un retard mental (Paul et Norbury, 2012). Choisir d'instaurer et d'utiliser un outil de communication augmentative et/ou alternative, permettant ainsi au patient d'exprimer ses besoins, illustre le recours à ce critère.

(4) La complexité linguistique suggère de cibler une forme ou une fonction plus complexe afin de favoriser un plus grand transfert (pour des exemples en phonologie, voir Gierut, 2005 ; Schelstraete, 2011) et permettre un gain de temps. En morphosyntaxe, Thompson et al. (2003) montrent chez des adultes que le fait de travailler des énoncés plus complexes (tels que *L'homme a vu le voleur que l'artiste chassait*) a un impact sur des énoncés plus simples non travaillés (tels que *Qui l'artiste a-t-il chassé ?*).

(5) La facilité de rééducation, c'est-à-dire la facilité avec laquelle une forme ou une fonction peut être rééduquée constitue un dernier critère possible de sélection de la cible. Les formes/fonctions facilement rééducables (a) sont faciles à démontrer, dessiner ou représenter, (b) se rééduquent via du matériel facile d'accès ou via un environnement facile à organiser, (c) sont fréquents dans un contexte naturel. Ce critère permet de rendre la rééducation plus efficace en minimisant le temps de préparation pour le clinicien et en maximisant les chances que le patient comprenne le concept et ait l'opportunité de l'utiliser dans des situations réelles de communication. Mais ce critère doit toujours être utilisé de manière conjointe avec d'autres critères et ne devra jamais être choisi comme un critère primaire (Paul et Norbury, 2012). Le clinicien devra garder en tête le risque, dans ce cas, de n'obtenir que peu de généralisation des résultats.

Si la cible renvoie classiquement à une catégorie particulière d'items à travailler, dans certains cas, la cible constitue simplement une déclinaison plus précise du comportement attendu : pour le comportement « demander », la cible correspond à la manière dont l'enfant doit réaliser sa demande : verbalement, en pointant, en signant. Pour le comportement « participer », la cible correspond au type de participation attendu : en écoutant, en posant une question, en suivant des instructions. De même, « résoudre un problème » impliquera la description de la stratégie ou de l'action que l'enfant devra utiliser pour résoudre un problème : demander de l'aide à un adulte, consulter un document ressource (style dictionnaire).

Finalement, l'orthophoniste sera vigilant à ne cibler qu'**une seule nouveauté à la fois** (Paul et Norbury, 2012) : soit il travaillera une nouvelle forme qui se base néanmoins sur des fonctions acquises, soit il travaillera une nouvelle fonction qui se base au contraire sur des formes acquises. En d'autres termes, si l'orthophoniste se focalise sur une nouvelle forme (ex. les couleurs), il devra la travailler sur une fonction de la communication déjà présente (ex. le patient possède déjà la fonction des qualificatifs car il utilise petit et grand). Inversement, lorsque l'orthophoniste souhaite développer la fonction relative à l'utilisation des expressions idiomatiques, il devra la travailler sur du contenu déjà connu par le patient. Si le patient est capable de parler de la météo, l'orthophoniste proposera des expressions sur le temps telles que « *il pleut des cordes* ». Cette recommandation permet au patient de concentrer toutes ses ressources attentionnelles disponibles sur la cible du traitement. En recourant à des éléments familiers ou maîtrisés, le clinicien diminue le coût cognitif nécessaire à la réalisation de l'exercice et permet au patient de mieux appréhender la cible.

CONTEXTE D'APPARITION (C)

Le contexte d'apparition d'une cible influence sa réalisation. Par exemple, un jeune patient pourra être capable de répéter correctement un mot complexe en situation isolée mais pas encore dans une phrase ou en langage spontané. Préciser le contexte d'apparition permet ainsi de clarifier les attentes. Enfin, des variations dans les contextes d'apparition peuvent être utilisées comme autant d'étapes avant la généralisation. Dans ce cas, le clinicien vise progressivement des contextes d'apparition de plus en plus exigeants.

CRITERE D'ATTEINTE (D)

Le critère choisi pour évaluer l'atteinte de l'objectif peut prendre différentes formes selon l'objectif poursuivi (adapté du Revised IFSP/IEP Goals and Objectives Rating Instrument) :

(1) La présence correcte du comportement. Il s'agit du critère le plus couramment utilisé lors des rééducations orthophoniques : le patient réalise le comportement et correctement. Par exemple, le patient orthographie le mot sans erreur ; il utilise une phrase relative en qui ; il donne le nom des lettres ou le son des lettres quand elles sont présentées ; il suit des directions écrites.

(2) la fréquence du comportement, autrement dit le nombre de fois que le patient démontre un comportement cible pendant une période de temps. Cette période de temps peut correspondre à un intervalle (5 minutes) ou à une activité/un évènement (pendant la récréation, au téléphone). Par exemple, le patient initie deux fois la communication sur une durée de 5 minutes ; il utilise plus de 40 phrases différentes pendant 3 activités quotidiennes.

(3) la latence entre un élément déclencheur et l'apparition du comportement. Par exemple, le temps entre la demande du parent et le moment où l'enfant réalise le comportement est inférieur à 5 secondes ; le temps que prend le patient pour passer d'une émotion très intense à une émotion neutre est... ; le temps entre la confrontation à une difficulté et le moment où le patient demande de l'aide est...

(4) l'intensité du comportement correspond à la force avec laquelle le patient démontre le comportement comme, par exemple, l'expression d'une émotion ou le volume de la parole lors d'une demande.

(5) la durée du comportement. Par exemple, l'enfant maintient son attention conjointe pendant minimum 3 secondes.

(6) l'endurance, c'est-à-dire le nombre de fois où le patient est capable de répéter le comportement. Par exemple, le patient maintient les échanges communicatifs ; il accorde en genre et en nombre les adjectifs jusqu'à la fin du texte écrit.

Afin de s'assurer que le résultat attendu (outcome) est suffisamment détaillé et argumenté, le clinicien peut se poser les questions suivantes : Est-ce que deux personnes ou plus sont d'accord pour dire que le même comportement cible est apparu ou a été observé ? Est-ce que j'ai fourni une définition précise du comportement ? Sur quel critère ai-je choisi la cible de mon intervention ? Le critère d'atteinte de l'objectif est-il précisé ?

Stratégies d'intervention

Lorsque le résultat attendu est défini, l'orthophoniste est amené à sélectionner les stratégies d'intervention en privilégiant une démarche d'Evidence-Based Practice. *L'Evidence-Based Practice (EBP) correspond à une méthodologie permettant de réduire l'incertitude lors d'une décision clinique. Elle fournit une aide au choix thérapeutique en se basant sur les meilleures « preuves » issues de la recherche scientifique et l'expérience clinique, tout en tenant compte des préférences du patient* (Sackett et al., 1996). Ces dernières années, de plus en plus d'auteurs ont développé et discuté l'EBP dans le champ de l'orthophonie (Dollaghan, 2007 ; Durieux, Pasleau, et Maillart, 2012 ; Maillart et Durieux, 2014a et 2014b).

Afin de choisir les stratégies de rééducation les plus pertinentes pour le patient (ex. Le programme Lidcomb permet-il de diminuer significativement les dysfluences et comportements associés au bégaiement chez un enfant qui bégaié depuis plus de 6 mois ? Le modelage suffit-il à améliorer la production de phrases complexes à l'oral ? Quelle rééducation permet d'améliorer significativement les capacités inférentielles chez un enfant d'âge scolaire ?), il est recommandé à l'orthophoniste de prendre notamment en considération les données provenant de la recherche scientifique. L'enquête menée par Durieux, Pasleau, Vandenput, Detroz et Mail-

lart (2012) montre que 93 % des orthophonistes sondées perçoivent des difficultés à obtenir des informations scientifiques de qualité et la première barrière citée renvoie à un manque de temps. Néanmoins, de nombreuses initiatives existent et permettent de faciliter l'étape de collecte d'informations pour le clinicien. Au-delà des ouvrages et articles de synthèse (ex. Schelstraete (2011) sur les interventions en langage oral ; Fey, Long, & Finestack (2003) et Proctor-Williams (2009) sur la façon de travailler la morphosyntaxe), nous proposons au lecteur quelques sources d'informations utiles.

(1) La « Cochrane Collaboration » est un organisme international qui aide les intervenants dans le secteur de la santé à prendre des décisions qui tiennent compte d'informations actualisées et de bonne qualité. A cette fin, la « Cochrane Collaboration » élabore et diffuse des revues systématiques qui tentent de répondre à des questions précises sur les effets des interventions. Les résumés des revues systématiques sont disponibles gratuitement en ligne. Dans le domaine de l'orthophonie, on y retrouve notamment une revue systématique qui étudie l'efficacité de l'éducation musicale sur les performances en lecture chez des adolescents et des enfants présentant une dyslexie.

(2) L'ASHA (« American Speech-Language-Hearing Association ») est une association professionnelle et scientifique américaine qui regroupe des audiologistes, des orthophonistes et des scientifiques autour du langage, de la parole et de l'audition. Sur le site internet de l'ASHA, le clinicien pourra trouver des revues systématiques réalisées par l'ASHA ou publiées dans des revues scientifiques internationales ainsi que des résumés de recommandations pour la pratique clinique (guidelines). Parmi les documents diffusés, l'orthophoniste pourra notamment lire la synthèse des recherches ayant étudié l'utilisation de la communication augmentative et alternative pour la production de la parole chez des personnes avec un trouble développemental.

(3) La base de données speechBITE rassemble finalement les études ayant exploré les effets d'interventions langagières. Le moteur de recherche en ligne permet d'accéder à des synthèses de revues systématiques, des études contrôlées randomisées ou non, des études de cas uniques ou multiples ainsi que des recommandations pour la pratique clinique.

Activités d'intervention et progression

Lorsque l'orthophoniste sélectionne les activités pour l'intervention, il est important de garder à l'esprit les « ingrédients actifs »¹ pour une prise en charge efficace (Gillam et Loeb, 2010 ; Paul et Norbury, 2012 ; Proctor-Williams, 2009)

¹ Les « ingrédients actifs » font référence aux différentes informations liées au traitement. Cela comprend la nature de l'intervention choisie, l'intensité (au sein de la séance et au sein de la prise en charge), la fréquence du traitement ou les difficultés observées.

notamment : l'intensité de la prise en charge (ex. favoriser un apprentissage distribué, c'est-à-dire entrecoupé de périodes de repos, plutôt que massé), l'attention dirigée sur la cible (ex. augmenter la saillance des cibles via la prosodie pour attirer l'attention du patient), l'utilisation de feedbacks et de renforcements, la minimisation des erreurs (ex. proposer l'aide adéquate pour la production correcte de la forme/fonction et diminuer au fur et à mesure cette aide).

L'un des ingrédients actifs pour une prise en charge efficace renvoie à l'**augmentation d'une progression** dans l'intervention. Contrôler la progression permet d'adapter la prise en charge à la zone proximale de développement du patient et d'atteindre l'objectif à court terme fixé. Cette progression peut être envisagée au niveau :

(1) **de la cible**. Par exemple, lors du travail de la voie de lecture par assemblage, le clinicien peut manipuler la progression au niveau de la composition des graphèmes et des caractéristiques des phonèmes (o, f > au, ch > eau, ein), de la dépendance au contexte des correspondances grapho-phonémiques (v > c, g, am > ill), de la complexité des structures syllabiques (po > af > trik), de la longueur des mots (la > banane > multiplication), de la complexité morphosyntaxique des mots (travail > travaillait > retravailleront) ou de la fréquence des mots (crayon > agrafeuse > planétarium) (St-Pierre et al., 2010).

(2) **du contexte d'apparition de la cible**. Par exemple, le travail de l'orthographe lexicale peut être envisagé dans un contexte de mots isolés > énoncés avec un seul mot cible > énoncés avec plusieurs mots cibles > textes > productions spontanées.

(3) **ou du processus à réaliser** par le patient sur cette cible. Par exemple, dans le cadre du travail de la conscience phonémique, le clinicien peut demander un traitement plus (ex. manipuler les phonèmes : fusion, inversion, suppression) ou moins (ex. identifier les phonèmes : jugement, classement) exigeant et complexe.

Si une connaissance approfondie des mécanismes cognitifs liés au domaine langagier travaillé est nécessaire, le choix des variables qui seront manipulées lors de l'intervention dépendra également des observations réalisées lors du bilan d'évaluation avec le patient (ex. ce patient peut être affecté par la complexité des structures syllabiques des mots mais ne pas être affecté par l'effet de longueur).

◆ Choisir des mesures permettant d'évaluer l'intervention

Prendre le temps de sélectionner les objectifs, définir les résultats attendus, choisir les techniques d'intervention et identifier la progression proposée dans les activités, c'est suivre l'adage « reculer pour mieux sauter ». La planification de l'intervention nécessite toutefois une étape supplémentaire, celle du choix des me-

sures permettant d'évaluer l'*efficacité*, le *transfert* et la *spécificité* de la prise en charge. En évaluant sa prise en charge, le clinicien peut réajuster son intervention en cas de progrès (ex. passer à l'objectif à court terme suivant, espacer les séances) ou d'absence de progrès (ex. remettre en question la cible travaillée, les stratégies d'intervention choisies et/ou la progression proposée dans les activités).

Objectiver les progrès du patient (mesure 1 dans les illustrations)

Une **intervention efficace** est une intervention qui permet d'atteindre les objectifs à court terme fixés. Pour mesurer cette efficacité, Schelstraete (2011) propose d'utiliser une ligne de base thérapeutique, c'est-à-dire de mesurer un comportement avant et après le travail d'un objectif à court terme et de comparer les performances du patient. Cette mesure doit être suffisamment sensible pour identifier des changements chez le patient. Comme l'orthophoniste souhaite savoir si le patient a atteint un objectif à court terme (et plus particulièrement l'*outcome*), il s'attend à des progrès limités dans un aspect langagier bien précis. Par conséquent, l'outil d'évaluation standard utilisé dans le bilan initial ne constitue pas une mesure pertinente car il ne propose pas suffisamment de cibles travaillées en séance et risque de ne pas pouvoir détecter des différences fines dans le profil langagier du patient. La mesure qui constitue la ligne de base thérapeutique est par conséquent une mesure construite par le clinicien.

En pratique, la mesure (1) qui permet d'objectiver les progrès du patient comprend des items travaillés en séance et le clinicien s'attend à un progrès sur cette mesure après la rééducation.

- Par exemple, en cas de travail de la catégorie sémantique des animaux, la mesure (1) inclut notamment les items suivants à dénommer avant et après plusieurs semaines de prise en charge : *insecte, reptile, chimpanzé, galoper, planer*.
- Par exemple, en cas de travail de la morphologie dérivationnelle pour enrichir l'orthographe d'usage, la mesure (1) inclut les mots suivants à écrire avant et après plusieurs semaines de prise en charge : *renard, camp, haut, éclat, allemand*.

Evaluer le transfert de la prise en charge (mesures 2 et 3 dans les illustrations)

Comme évoqué dans la section relative à la sélection des objectifs à long terme, la prise en charge peut cibler le travail d'une stratégie ou, au contraire, le travail d'items spécifiques. Dans le premier cas, les progrès ne se limiteront pas unique-

ment aux items travaillés lors de l'intervention mais seront également visibles pour des items non travaillés et pour lesquels la stratégie s'applique. Une mesure supplémentaire (2) est donc construite par le clinicien afin de vérifier que le patient a réellement intégré la stratégie (c'est-à-dire qu'il est capable de l'appliquer à des nouveaux items) et que les progrès relevés pour la mesure (2) ne sont pas la conséquence d'une simple mémorisation par cœur des items travaillés en séance.

En pratique, la mesure (2) qui permet d'évaluer le transfert de la prise en charge (lorsqu'elle cible l'apprentissage d'une stratégie) comprend des items non travaillés en séance mais pour lesquels la stratégie peut être utilisée et le clinicien s'attend à un progrès sur cette mesure après la rééducation.

- Par exemple, le travail de la morphologie dérivationnelle pour enrichir l'orthographe d'usage (écriture de la lettre muette finale) équivaut au travail d'une stratégie. Une mesure supplémentaire (2) est construite et inclut les mots suivants à écrire : *galop, gras, dent, gourmand, chocolat*. Ces mots sont de même fréquence et longueur que les mots proposés dans la mesure (1). Ils semblent a priori appariés et comparables.

Pour certaines interventions, plusieurs transferts peuvent être postulés sur base des connaissances du clinicien sur les mécanismes en jeu et les études ayant précédemment montré des généralisations de la prise en charge. Plusieurs mesures sont alors construites et proposées au patient (cf. section 6.4.). Dans d'autres interventions, le clinicien n'a pas d'hypothèse a priori car aucun lien ni étude n'a montré l'effet de cette stratégie d'intervention sur cet aspect langagier. L'orthophoniste peut alors envisager de proposer une mesure supplémentaire (3) afin d'explorer un éventuel transfert de la prise en charge.

Vérifier la spécificité de l'intervention (mesure 4 dans les illustrations)

Si l'intervention s'est montrée efficace, le clinicien est généralement tenté de proposer cette prise en charge à d'autres patients présentant un profil langagier similaire. Néanmoins, le clinicien doit s'assurer au préalable que les progrès observés chez le premier patient sont la conséquence de la rééducation orthophonique et ne sont pas simplement liés à l'effet de la maturation, des apprentissages scolaires ou de l'effet placebo (Schelstraete, 2011). Autrement dit, l'orthophoniste doit vérifier **la spécificité de l'intervention**. A nouveau, les lignes de base thérapeutiques constituent une solution intéressante. En plus de mesurer les progrès du patient sur une mesure des cibles travaillées (1), le clinicien proposera une mesure contrôle (4) pour laquelle aucun changement n'est attendu chez le patient.

En pratique, la mesure (4) qui permet de vérifier la spécificité de l'intervention comprend des items non travaillés en séance (et pour lesquels la stratégie travaillée ne peut pas s'appliquer) et le clinicien ne s'attend pas à un progrès sur cette mesure après la rééducation.

- Par exemple, en cas de travail de la catégorie sémantique des animaux, la mesure (4) inclut notamment les items suivants relevant de la catégorie des objets quotidiens : *passoire, horloge, ampoule, réparer, décorer*.
- Par exemple, en cas de travail de la morphologie dérivationnelle pour enrichir l'orthographe d'usage, la mesure (4) inclut l'écriture des mots suivants dont la lettre muette finale ne peut être identifiée par application de la stratégie de recherche des mots dérivés : *paix, pois, départ, étang*.

Décisions cliniques

Lorsqu'il construit une ligne de base thérapeutique, le clinicien est amené à prendre une série de précautions méthodologiques : (1) veiller à l'équivalence des mesures (A-B-C) en termes de difficultés initiales afin d'éviter que les progrès sur une mesure ne soient liés à une meilleure performance au départ pour cette mesure ; (2) proposer un nombre élevé d'items afin d'augmenter la sensibilité des mesures et détecter les progrès du patient (ex. choisir minimum 10 items par mesure) ; (3) veiller à la stabilité des mesures afin d'augmenter leur fidélité (ex. proposer la mesure à deux reprises avant et deux reprises après la prise en charge) ; (4) contrôler un maximum de variables psycholinguistiques afin d'apparier au mieux les mesures (ex. pour le travail de la phonologie, contrôler la fréquence des mots, la position du son travaillé dans le mot et la structure syllabique) ; (5) ne coter dans la mesure que ce qui est visé par la prise en charge (ex. si le travail porte sur le décodage du digraphe *an*, le patient recevra un point s'il lit ETRANGUE pour ETRANGE car la cible est correctement décodée). Face à ces recommandations méthodologiques, le clinicien devra en pratique trouver un compromis entre un idéal théorique (des mesures hautement contrôlées, appariées et fidèles) et des contraintes de temps ou de disponibilités des items.

L'orthophoniste devra finalement choisir les tâches proposées au patient en lien avec l'outcome qui aura été préalablement défini (ex. dénomination, phrases à compléter, langage spontané, texte à produire, anecdote à raconter) et le moment où il lui semblera opportun de proposer à nouveau les mesures afin de vérifier les progrès du patient.

◆ Illustrations

La démarche de précision du plan thérapeutique peut être réalisée quel que soit le domaine langagier ou communicatif visé dans la rééducation. A travers cette section de l'article, nous illustrons la démarche de précision et d'argumentation pour quelques objectifs à long terme et à court terme, ainsi que la démarche du choix des mesures d'évaluation de notre intervention.

Manque du mot

<p>Niveau initial : Luc (11 ans) obtient une performance déficitaire en fluence, ainsi qu'en dénomination. Par contre, il obtient une performance dans la moyenne en désignation et l'ébauche phonémique lui permet d'améliorer sa performance en production, suggérant un problème d'accès au lexique. En langage spontané, Luc est gêné dans son discours et cherche régulièrement ses mots (cherche en moyenne 3 mots lorsqu'il raconte une anecdote d'environ 5 minutes).</p>	
<p>Objectif à long terme : réduire de 50 % les manifestations de manque du mot (latence de plus de 3 secondes, utilisation de mots remplisseurs) dans le langage spontané de Luc</p>	
<p>Objectif à court terme 1 :</p>	
<p>Résultat attendu</p>	<p>Luc produira (A) minimum 9 (D) noms ou verbes travaillés dans la catégorie sémantique « animaux » (B) lors d'une discussion sur cette catégorie sémantique (C).</p> <p>Comportement (A) : production spontanée</p> <p>Cible (B) : noms ou verbes travaillés en séance (<i>au minimum</i> insecte, mammifère, félin, reptile, chimpanzé, gorille, lézard, serpent, libellule, bourdon, vautour, aigle, rugir, galoper, pondre, planer, ramper, grimper).</p> <p>Contexte d'apparition (C) : discussion autour de la catégorie sémantique</p> <p>Critère d'atteinte (D) : minimum 9 parmi les items travaillés</p>
<p>Stratégies d'intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapie mixte (phonologique et sémantique) <ul style="list-style-type: none"> * Traitement sémantique (catégorisation, identification d'intrus, identification d'indices) * Traitement phonologique (segmentation et identification phonémique, identification de voisins phonologiques) • Soutien par la représentation orthographique

Progression dans les activités de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité sémantique et phonologique des items (éloignés > proches) • Contrainte de temps (sans > avec) • Complexité des exercices proposés (catégorisation > identification d'intrus > identification d'indices ou segmentation et identification phonémique > identification de voisins phonologiques)
Temps	1 mois
Objectif à court terme 2 :	
Résultat attendu	Luc produira (A) minimum 9 (D) noms ou verbes travaillés dans la catégorie sémantique « objets quotidiens » (B) lors d'une discussion sur cette catégorie sémantique (C)

Dans cet exemple, chaque objectif à court terme concerne le travail d'une catégorie sémantique particulière et sera a priori entraîné pendant un mois. Plusieurs catégories sémantiques (sélectionnées en raison de leur fréquence chez l'enfant, Rondal et Seron, 2003) ont été proposées à Luc qui a choisi de travailler en premier lieu les animaux puis les objets quotidiens. Comme suggéré par Rondal et Seron (2003), les items choisis au sein de la catégorie sémantique ne sont pas les mots les plus fréquents, car trop prototypiques, ni les mots les plus rares, car moins fonctionnels et pas nécessairement présents dans le stock lexical de Luc. Les mots ont été sélectionnés via la base de données Lexique 3.8 (fréquence des lemmes dans les sous-titres de films). Les items correctement compris + par Luc ont été conservés pour la prise en charge. Le critère d'atteinte de 9 items a été déterminé sur la base des normes pour les enfants de 11 ans à l'épreuve de fluence-animaux de la batterie Exalang 11-15 : moyenne 11.46 et écart-type 2.61.

En ce qui concerne les stratégies d'intervention, les auteurs proposent de combiner les thérapies phonologiques et sémantiques afin de diminuer le manque du mot (Bragard et al., 2012 ; Easton et al., 1997). De plus, Ehri (2014) a montré l'intérêt d'utiliser les représentations orthographiques pour soutenir l'enrichissement sémantique. Ces deux stratégies seront donc principalement utilisées avec Luc.

Finalement, lors des activités proposées à Luc, plusieurs variables seront manipulées et permettront d'augmenter progressivement la complexité des processus réalisés par Luc : manipulation de la proximité sémantique et phonologique (en proposant au départ des mots éloignés puis proches), manipulation du traitement sémantique et phonologique (en lien avec les activités proposées par Bragard et Maillart, 2005 ; Schelstraete, 2011), manipulation de la contrainte temporelle dans les comportements à réaliser.

Compréhension à la lecture

Niveau initial : Marine (5^{ème} primaire) présente des difficultés importantes en compréhension à la lecture et rappel de récit. Elle ne parvient pas à répondre aux questions demandées : principalement les questions qui reposent sur un ancrage référentiel (pronoms, plusieurs termes pour désigner un même élément) ou sur des inférences. Par contre, son décodage est correct et sa vitesse de lecture est appropriée. De plus, elle parvient à répondre à des questions qui reposent sur un ancrage spatial ou temporel.

Objectif à long terme : Augmenter de 30 % le nombre de réponses correctes de Marine à des questions de compréhension écrite

Objectif à court terme 1 :

Résultat attendu	Marine répondra (A) à des questions qui/quoi/comment (B) suite à la lecture d'un texte (C) dans 80 % des cas (D). <i>Type de questions : reposent sur la compréhension de l'ancrage référentiel et n'impliquent pas la compréhension d'inférences</i>
Stratégies d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie métalinguistique • Imagerie mentale
Progression dans les activités de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Familiarité thématique du texte (famille > sport > éveil) • Type de texte (narratif > informatif > argumentatif) • Présence de supports (plusieurs illustrations > quelques illustrations > rien)
Temps	3 mois

Objectif à court terme 2

Résultat attendu	Marine répondra (A) correctement à des questions d'inférences causales et informatives (élaboration et définition) (B) suite à la lecture d'un texte (C) dans 90% des cas (D)
Stratégies d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie métalinguistique • Imagerie mentale • Lecture partagée de livres
Progression dans les activités de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Indices syntaxique, sémantique, phonémique (diminution progressive) • Proportion de questions référentielles/inférentielles (inversion de la proportion)
Temps	2 mois

Dans cet exemple, les objectifs à court terme concernent des aspects langagiers différents mais complémentaires pour atteindre l'objectif à long terme. Notons que le travail des questions inférentielles tel que proposé par Van Kleeck (2008) a démontré son efficacité pour l'amélioration des capacités narratives du patient (Dunst et al., 2012). Par conséquent, choisir de travailler la compréhension d'inférences permet a priori d'influencer positivement le rappel de récit, également problématique chez Marine. Les inférences (cibles de l'objectif à court terme 2) travaillées ont été sélectionnées sur base de la classification de Van Kleeck (2008).

Les stratégies d'intervention choisies sont assez similaires dans les deux objectifs à court terme : tout d'abord, une stratégie métalinguistique qui explicite les éléments à analyser dans le texte (attirer l'attention de l'enfant sur le pronom ou sur l'inférence à réaliser, inciter l'enfant à se poser des questions, à chercher des indices dans le texte) (Oakhill, 1994 ; Yuill et Oakhill 1991). La seconde technique est celle de l'imagerie mentale qui encourage l'enfant à visualiser les différents segments de phrases (Joffe et al., 2007).

Finalement, dans le premier objectif, la progression concerne le contexte d'apparition des questions, à savoir le type de textes proposés : progression dans les thématiques (une thématique familière pour l'enfant lui permet de baser partiellement sa compréhension sur des connaissances préexistantes), les structures (un texte narratif respecte un schéma facilitant la recherche d'informations et la compréhension) et les supports (une illustration permettra à l'enfant de compenser ses échecs de compréhension). Dans le second objectif à court terme, une diminution progressive des indices aidant Marine à trouver la réponse est proposée et se base sur les travaux de Desmarais et al. (2013).

Demande d'objets ou d'actions

Niveau initial : Noé (5 ans) présente un trouble du spectre de l'autisme. Il peut produire quelques vocalisations mais ne les utilise pas spontanément pour exprimer ses intentions de communication.	
Objectif à long terme : produire 3x plus de demandes d'objets ou d'actions à l'aide de vocalisations adressées	
Objectif à court terme 1 :	
Résultat attendu	Noé imitera (A) des vocalisations de structure CV (B) dans 80% des cas sur une période de 10 minutes (D). Ces vocalisations n'auront pas de dimension communicative.
Stratégies d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Modelage, renforcement • Tour de rôle • Activités sociales sensorielles

Progression dans les activités de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> Transformation progressive des sons faisant partie du répertoire de l'enfant (son > onomatopée > mot conventionnel)
Temps	6 semaines
Objectif à court terme 2 :	
Résultat attendu	Noé demandera (A) les objets ou actions souhaités à son partenaire de communication (B) à l'aide de vocalisations dans 80% des cas sur une période de 10 minutes (D)
Stratégies d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> Adaptation de l'environnement Incitation et estompage
Progression dans les activités de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> Distance et choix (demande d'un objet placé à proximité > choix entre 2 objets placés à proximité > demande d'un objet hors d'atteinte > choix entre 2 objets hors d'atteinte)
Temps	2 mois

Sonorisations

Niveau initial : Virginie (5 ans) sonorise à de nombreuses reprises le K et le T, quelle que soit la position du son dans le mot. Elle présente par ailleurs des difficultés dans la flexion verbale singulier/pluriel des verbes irréguliers.	
Objectif à long terme : augmenter l'intelligibilité (via l'augmentation du pourcentage de consonnes correctes de 20 %) de Virginie en langage spontané	
Objectif à court terme 1 :	
Résultat attendu	Virginie produira correctement (A) des mots contenant un K ou G (B) en dénomination (C) dans 80% des cas (D).
Evaluation de l'atteinte de l'objectif à court terme 1	
Objectifs poursuivis avec l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Objectiver des progrès sur les cibles travaillées (1) Vérifier l'acquisition du travail K/G dans des mots non travaillés (2) Observer s'il y a un transfert du travail K/G à la paire T/D (3) Vérifier la spécificité de mon intervention (4)

Attentes	<ul style="list-style-type: none"> • Progrès dans les mesures 1 et 2 • Progrès a priori dans la mesure 3 • Pas de progrès dans la mesure 4 		
Epreuves proposées	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures 1 à 3 : dénomination sur images • Mesure 4: production sur images avec ébauche (là, elle a un jouet ; ici ils... <i>ont</i> un jouet) 		
(1) Mesure avec items K/G travaillés	(2) Mesure avec items K/G	(3) Mesure avec items T/D	(4) Mesure avec flexions irrégulières
Clou	Clé	Train	Ils ont
Canard	Café	Tambour	Ils dorment
Camion	Cochon	Tigre	Ils attendent
Requin	Haricot	Pantoufle	Ils font
Ecureuil	Ecouter	Fantôme	Ils conduisent
Lac	Musique	Boite	Elles sont
Cinq	Bec	Patte	Elles disent
Gâteau	Guitare	Dauphin	Elles dessinent
Dragon	Toboggan	Jardin	Elles vont
Bague	Vague	Salade	Elles attendent
Pré : /10 Post : /10	Pré : /10 Post : /10	Pré : /10 Post : /10	Pré : /10 Post : /10

La prise en charge vise le mécanisme de voisement des occlusives, et plus particulièrement la paire K/G. Les mots travaillés lors des séances d'intervention incluront *notamment* les mots de la mesure (1), le clinicien ne reste donc pas limité à cette liste. Par contre, il n'utilisera jamais les mots qui constituent les autres mesures (2, 3, 4) le temps du travail de l'objectif à court terme. Comme il s'agit d'une intervention sur une stratégie/un processus et en accord avec la littérature (Rvachew et Nowak, 2001), nous nous attendons à un transfert de la prise en charge à la production des sons K et G dans des mots non travaillés en séance (mesure 2). De plus, des études ont montré une généralisation de ce type d'intervention à des phonèmes non travaillés (Gierut, 1998). Nous supposons par conséquent un transfert de la prise en charge à la production des sons T et D dans des mots non travaillés en séance (mesure 3). Finalement, les flexions verbales irrégulières ne seront pas travaillées pour l'instant dans la prise en charge et constitueront la mesure contrôle (4), mesure pour laquelle la performance de Virginie devrait rester déficitaire.

Guidance parentale : suivre les intérêts de l'enfant

Niveau initial : Rémi (24 mois) ne produit que 8 mots et ne les combine pas. Sa maman est peu réceptive aux initiatives de son enfant (ne répond pas ou après un long délai).		
Objectif à long terme : augmenter le nombre de mots produits par Rémi (atteindre 50 mots) et faire apparaître la combinaison (atteindre 5 % de ses productions)		
Objectif à court terme 1 :		
Résultat attendu	La maman de Rémi répondra par une production verbale (A) aux initiatives de son enfant (verbales ou motrices) à son égard (B) dans 80% des cas sur une période de 10 minutes (D).	
Objectifs poursuivis avec l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Objectiver des progrès sur la cible travaillée (1) • Vérifier l'acquisition du conseil « suivre les intérêts » dans un contexte non travaillé (2) • Vérifier la spécificité de mon intervention (3) 	
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> • Progrès dans les mesures 1 et 2 • Pas de progrès dans la mesure 3 	
Epreuves proposées	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures 1-3 : jeu libre pendant 10 minutes avec une maison 3D et des personnages • Mesure 2 : lecture partagée de livres pour enfants pendant 10 minutes 	
(1) Application du conseil en situation de jeu	(2) Application du conseil en situation de lecture d'un livre	(3) Utilisation de la stratégie d'incitation par ébauche
E : donne le jouet P : (regarde l'E)	E : pointe le dragon P : /	P : C'est un ca... (camion)
E : dit « chat » P : Ho oui, le chat.	E : veut tourner la page P : arrête son énoncé et dit « tu veux tourner la page ? »
....
....
....
Pré : % Post : %	Pré : % Post : %	Pré : Post :

Les lignes de base thérapeutiques peuvent s'adapter à toutes les interventions proposées même celles qui paraissent moins contrôlables comme une guidance parentale ciblant le degré de réceptivité du parent aux initiatives de l'enfant (variable la plus prédictive du niveau de langage ultérieur de l'enfant, Tamis-LeMonda et al., 2001). Pour les mesures 1 et 3, le parent est invité à jouer avec son enfant comme il a l'habitude de le faire à domicile et le clinicien répertorie le nombre d'initiatives de l'enfant et la réaction éventuelle du parent. Il accorde un point au parent si celui-ci répond, via une verbalisation, à une initiative motrice ou verbale de son enfant. Une procédure similaire est proposée pour la mesure 2 mais dans un contexte de lecture partagée de livres. Finalement, la mesure contrôle (3) correspond à l'utilisation de la technique « incitation par ébauche » qui n'est pas explicitement travaillée lors des séances avec le parent. En conséquence, si l'intervention est spécifique, aucun progrès ne doit être observé dans l'utilisation de cette technique chez le parent.

◆ Conclusions

L'élaboration du projet thérapeutique est une étape indispensable de la prise en charge d'un patient. Le projet va en effet guider l'action de l'orthophoniste et servir de repère, de véritable colonne vertébrale, à l'intervention. Construit en lien direct avec l'évaluation, le projet requiert des choix quant à la priorisation des résultats attendus et fait appel à la créativité et à la rigueur du clinicien. Son élaboration est donc complexe et doit être concertée avec le patient et sa famille.

Dans cet article, nous avons tenté d'isoler et de clarifier les différents composants d'un projet thérapeutique. Cette étape est souvent négligée : les orthophonistes ayant hâte, après une période d'évaluation parfois longue, d'être dans l'action thérapeutique. Pourtant, prendre le temps d'identifier précisément les résultats attendus et les moyens qu'on va mettre en place pour les atteindre est une composante essentielle de l'action thérapeutique. Le projet thérapeutique doit également évoluer au cours de la prise en charge et ne pas enfermer le clinicien dans une routine sans questionnement ni flexibilité. De la même façon, lorsqu'on voyage, on peut démarrer immédiatement en ayant une idée plus ou moins précise de la direction à prendre et de la destination à atteindre ou prendre le temps nécessaire à la sélection d'une destination précise, au choix d'un itinéraire parmi plusieurs proposés et à la programmation de l'itinéraire choisi dans un GPS. A une époque où les orthophonistes sont de plus en plus souvent amenés à communiquer sur leurs pratiques, disposer d'un plan de route clair, argumenté et précis est important. Il doit également être mis à jour régulièrement et questionné pour éviter les détours ou sortir des culs-de-sac.

◆ Note

Cet article est lié aux modules sur l'élaboration et l'évaluation du projet thérapeutique proposés aux étudiants du master en Logopédie à l'Université de Liège dans le cadre d'un stage socle. Celui-ci permet d'entraîner et d'évaluer les compétences professionnelles des étudiants en situation authentique et s'inscrit dans une démarche de préparation aux stages réalisés sur le terrain, à l'extérieur de l'université.

REFERENCES

- BRAGARD, A., SCHELSTRAETE, M.-A., SNYERS, P., & JAMES, D. (2012). Word-finding intervention for children with specific language impairment : a multiple single case study. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 43*(2), 222-234.
- BRAGARD, A., & MAILLART, C. (2005). Evaluation et rééducation de l'organisation sémantique chez l'enfant : étude d'un cas Clinique. *Glossa, 94*, 48-69.
- CAMILLERI, B., & BOTTING, N. (2013). Beyond static assessment of children's receptive vocabulary : The Dynamic Assessment of Word Learning (DAWL). *International Journal of Language and Communication Disorders, 48*, 565-81.
- DESMARAIS, C., NADEAU, L., TRUDEAU, N., FILIATRAULT-VEILLEUX, P., & MAXÈS-FOURNIER, C. (2013). Intervention for improving comprehension in 4-6 year old children with specific language impairment : practicing inferencing is a good thing. *Clinical Linguistics & Phonetics, 27*(6-7), 540-552.
- DOLLAGHAN, C. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Baltimore : Brookes Publishing.
- DUNST, C., WILLIAMS, A., TRIVETTE, C., SIMKUS, A., & HAMBY, D. (2012). Relationships between inferential reading language strategies and young children's comprehension and expressive language competencies. *CELLreviews, 5*(10), 1-10.
- DURIEUX, N., PASLEAU, F., & MAILLART, C. (2012). Sensibilisation à l'Evidence-Based Practice en logopédie. *Les Cahiers de l'ASELF, 9*(1), 7-15.
- DURIEUX, N., PASLEAU, F., VANDENPUT, S., DETROZ, P., & MAILLART, C. (2012). L'Evidence-Based Practice et les logopèdes en communauté Française de Belgique : résultats préliminaires d'une enquête. *Les Cahiers de l'ASELF, 9*(4), 30-35.
- EASTON, C., SHEACH, S., & EASTON, S. (1997). Teaching vocabulary to children with wordfinding difficulties using a combined semantic and phonological approach : an efficacy study. *Child Language teaching and therapy, 13*, 125-142.
- EHRI, L. (2014). Orthographic mapping in the acquisition of sight word reading, spelling memory, and vocabulary learning. *Scientific Studies of Reading, 18*(1), 5-21.
- FEY, M., LONG, S., & FINESTACK, L. (2003). Ten principles of grammar facilitation for children with Specific Language Impairments. *American Journal of Speech-Language Pathology, 12*(1), 3-15
- GIERUT, J. (1998). Treatment efficacy : functional phonological disorders in children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 41*, S85-S100.
- GIERUT, J. (2005). Phonological intervention : The how or the what ? In A. Kamhi & K. Pollack (Eds.), *Phonological disorders in children : clinical decision making in assessment and intervention* (pp. 201-210). Philadelphia : Brookes.

- GIERUT, J., & HULSE, L. (2010). Evidence-based practice : a matrix for predicting phonological generalization. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 24, 323-334.
- GILLAM, R., & FROME LOEB, D. (2010, January 19). Principles for school-age language intervention : Insights from a randomly controlled Trial. *The ASHA Leader*.
- GRÉGOIRE, J. (2006). Propriétés métriques des tests de langage et leurs implications pratiques. In F. Estienne & B. Pierart (Eds.), *Les Bilans de langage et de voix* (pp 14-26). Paris : Masson.
- GRIGORENKO, E. (2009). Dynamic assessment and response to intervention : two sides of one coin. *Journal of Learning Disabilities*, 42(2), 111-132.
- GRIGORENKO, E., & STERNBERG, R. (1998). Dynamic assessment. *Psychological Bulletin*, 124, 75-111.
- HASSON, N., & DODD, B. (2014). Planning intervention using dynamic assessments : a case study. *Child Language Teaching and Therapy*, 30(3), 353-366.
- HASSON, N., DODD, B., & BOTTING, N. (2012). Dynamic Assessment of Sentence Structure (DASS) : design and evaluation of a novel procedure for assessment of syntax in children with language impairments. *International Journal of Speech Language and Communication Disorders*, 47, 285-99.
- HASSON, N., & JOFFE, V. (2007). The case for dynamic assessment in speech and language therapy. *Child Language Teaching and Therapy*, 23, 9-25.
- HELLOIN, C.-P., LENFANT, M., & THIBAUT, M.-P. (2009). *EXALang 11-15 : la batterie informatisée pour l'examen du langage oral, du langage écrit et des compétences transversales chez les adolescents de 11 à 15*. Orthomotus.
- JOFFE, V., CAIN, K., & MARIC, N. (2007). Comprehension problems in children with specific language impairment : does mental imagery training help ? *International Journal of Language and Communication Disorders*, 42, 648-664.
- KWIATKOWSKI, J., & SHRIBERG, L. (1998). The capability-focus treatment framework for child speech disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 7, 27-38.
- LAW, J., CAMPBELL, C., ROULSTONE, S., ADAMS, C., & BOYLE, J. (2008). Mapping practice onto theory : the speech and language practitioner's construction of receptive language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 43, 245-63.
- MAILLART, C. & DURIEUX, N. (2014). L'Evidence-Based Practice à portée des orthophonistes : intérêt des recommandations pour la pratique clinique. *Rééducation orthophonique*, 257, 71-82.
- MAILLART, C. & DURIEUX, N. (2014). Evidence-Based Practice : fondements et réflexions sur l'apport en clinique. *Langage et pratiques*, 53, 31-38.
- McCAULEY, R., FEY, M. (2006). Introduction. In R. McCauley and M. Fey (Eds.). *Treatment of language disorders in children* (pp. 1-17). Baltimore : Paul H. Brookes.
- McINTOSH, B., & DODD, B. (2009). Evaluation of Core Vocabulary intervention for treatment of inconsistent phonological disorder : three treatment case studies. *Child Language Teaching and Therapy*, 25(1), 9-30.
- MICCIO, A. W. (2005). A treatment program for enhancing stimulability. In Kamhi, A. G., & Pollock, K.E., (Eds.). (2005). *Phonological disorders in children : clinical decision making in assessment and intervention* (pp. 163-173). Baltimore, MD : Paul H Brookes.
- OLSWANG, L., & BAIN, B. (1991). Intervention issues for toddlers with specific language impairments. *Topics in Language Disorders*, 11, 69-86.
- NELSON, K., CAMARATA, S., WELSH, J., BUTKOVSKY, L., & CAMARATA, M. (1996). Effects of imitative and conversational recasting treatment on the acquisition of grammar in children with specific language impairment and younger language-normal children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 850-859.
- OAKHILL, J. (1994). Individual differences in children's text comprehension. In M. Gernsbacher (Ed.), *Handbook of Psycholinguistic*. San Diego : Academic Press.
- OAKHILL, J., & PATEL, S. (1991). Can imagery training help children who have comprehension difficulties ? *Journal of Research in Reading*, 14, 106-115.

- PAUL, R., & NORBURY, C. (2012). *Language disorders from infancy through adolescence (Fourth Edition)*. United-States : Elsevier.
- POWELL, T. W., & MICCIO, A. W. (1996). Stimulability : a useful clinical tool. *Journal of Communication Disorders*, 29, 237-253.
- PROCTOR-WILLIAMS, K. (2009). Dosage and distribution in morphosyntax intervention. *Topics in Language Disorders*, 29(4), 294-311.
- RONDAL, J.-A., & SERON, X. (2003). *Troubles du langage. Bases théoriques, diagnostic et rééducation*. Bruxelles : Mardaga.
- RVACHEW, S., & NOWAK, M. (2001). The effect of target-selection strategy on phonological learning. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 610-623.
- SACKETT, D., ROSENBERG, W., GRAY, J., HAYNES, R., & RICHARDSON, W. (1996). Evidence-based medicine : what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 169-171.
- SCHELSTRAETE, M.-A. (2011). *Traitement du langage oral chez l'enfant. Interventions et indications cliniques*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- SHARE, D. (2008). Orthographic learning, phonology and the self-teaching hypothesis. In R. Kail (Ed.), *Advances in Child Development and Behavior*, 36, (pp. 31-82). Amsterdam : Elsevier.
- St-PIERRE, M.-C., DALPÉ, V., LEFEBVRE, P., & GIROUX, C. (2010). *Difficultés de lecture et d'écriture. Prévention et évaluation orthophonique auprès des jeunes*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- TAMIS-LEMONDA, C., BORNSTEIN, M., & BAUMWELL, L. (2001). Responsiveness and children's achievement of language milestones. *Child Development*, 72(3), 748-767.
- THOMPSON, C., SHAPIRO, L., KIRAN, S., & SOBECK, J. (2003). The Role of Syntactic Complexity in Treatment of Sentence Deficits in Agrammatic Aphasia : the Complexity Account of Treatment Efficacy (CATE). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46, 591-607.
- TYLER, A., LEWIS, K., HASKILL, A., & TOLBERT, L. (2003). Outcomes of different speech and language goal attack strategies. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46(5), 1077-1094.
- Van KLEEK, A. (2008). Providing preschool foundations for later reading comprehension : the importance of and ideas for targeting inferencing in storybook sharing interventions. *Psychology in the Schools*, 47(2), 627-643.
- VYGOTSKY, L. (1978). *Mind in society : the development of higher psychological processes*. Cambridge, MA : Harvard University Press.