

Télélogopédie/Téléorthophonie

McGill, M., Noureal, N., & Siegel, J. (2019). Telepractice treatment of stuttering : A systematic review. *Telemedicine and e-health*, 25 (5), 359-368.

1. Résumé

Il s'agit d'une revue systématique sur l'utilisation de la télélogopédie pour les programmes Camperdown (fluency shaping chez l'ado >13 ans et l'adulte), Lidcombe (chez l'enfant d'âge préscolaire) et une méthode intégrative (combinaison de fluency shaping, stuttering modification et réduction de l'évitement).

Les auteurs précisent que différentes méthodes de télélogopédie existent pour le bégaiement : intervention par téléphone ; vidéo *live stream* où l'on travaille en temps réel ; traitement « désynchronisé » par emails, messages et/ou vidéos préenregistrées ; mix entre séances en présentiel et télélogopédie. Cependant, la méthode de télélogopédie actuellement privilégiée est la vidéo *live stream*. C'est donc sur cette méthode que porte la revue systématique.

Résultats globaux : Les 7 études qui ont été incluses portent sur un total de 80 participants. Elles montrent des résultats positifs sur l'implémentation de la télélogopédie et dans la diminution de la sévérité du bégaiement.

Résultats détaillés par type d'intervention

1. Résultats des deux articles portant sur le programme Camperdown

Types d'études : Deux études de cas multiples : une première étude de test (phase 1 de l'EBP, 4 ados, 18 séances ; Carey et al., 2012) et une étude de réplification (phase 2 de l'EBP, 14 ados, 25 séances ; Carey et al., 2014).

Adaptations du programme initial : Les séances se font par webcam et les patients envoient des enregistrements de leur parole par email pour évaluation par le clinicien.

Résultats : Diminution significative du pourcentage de syllabes bégayées.

Media utilisé : Skype

Acceptabilité : Les parents trouvent que c'est un gain de temps (pas besoin de se déplacer), que c'est agréable d'être dans un lieu connu et que cela semble donner des responsabilités à leur enfant. Les ados trouvent cela facile aussi. Seul désavantage évoqué : les problèmes techniques qui arrivent de temps en temps. Interrogés sur une méthode préférentielle de prise en charge à l'avenir, les parents et les ados se prononcent en faveur de la télélogopédie.

2. Résultats des deux articles portant sur le programme Lidcombe

Types d'études : Une étude de cas multiples sur 3 enfants d'âge préscolaire (O'Brian et al., 2014) et une étude contrôlée randomisée sur 49 enfants d'âge préscolaire (Bridgman et al., 2016).

Adaptations du programme initial : La mesure du pourcentage de syllabes bégayées ou de l'échelle de sévérité se fait pendant la discussion par webcam ou en regardant l'enfant parler avec son parent.

Résultats : Atteinte d'un pourcentage de syllabes bégayées < 1% et échelle de sévérité 0 ou 1 encore 6 mois après la phase 1. L'étude contrôlée randomisée montre des résultats identiques aux séances en présentiel pour le même nombre de sessions. Des progrès sont observés dans les différentes phases de traitement (phase initiale et de maintien).

Média utilisé : Logiciel de vidéoconférence.

Acceptabilité : Appréciation modérée à élevée par les cliniciens et patients, même s'il y a parfois du délai dans les vidéos. Qualité suffisante pour « la plupart des consultations ». Certains patients apprécient, car cela prend moins de temps que les consultations habituelles. Impression des cliniciens : par rapport aux séances en présentiel, ils passent peut-être moins de temps à montrer les contingences verbales via une interaction avec l'enfant et plus de temps à discuter avec les parents et à faire des jeux de rôle avec eux. L'interaction avec l'enfant se fait via des jeux ou des livres, mais un peu moins en communication directe avec l'enfant.

3. Résultats des trois articles portant sur l'approche intégrative

Types d'études : Une étude de cas adulte (Kully et al., 2000) et deux études de cas multiples ados et enfants (6 enfants et ados, Sicotte et al., 2003 ; 3 enfants, Valentine et al., 2014).

Résultats : Réduction significative du pourcentage de syllabes bégayées. Une étude a montré un maintien mitigé sur le long terme (Sicotte et al., 2003).

Média utilisé : Logiciel de vidéoconférence.

Acceptabilité : De la part du clinicien : la vidéoconférence a peu d'impact sur la capacité à analyser la plupart des aspects de la parole du patient (Kully et al., 2000). La majorité des cliniciens et des patients se disent satisfaits à très satisfaits de la qualité des interactions (Sicotte et al., 2003). Il semble qu'il puisse y avoir moins de régularité des patients en télélogopédie (Valentine et al., 2014). Il semble que ce soit plus complexe et que cela demande plus d'interventions de la part du parent s'il faut gérer des enfants avec des problèmes de comportement (Sicotte et al., 2003).

2. Applications cliniques et perspectives

La télélogopédie par vidéo *live stream* semble tout à fait adaptée à la prise en charge du bégaiement, quel que soit le type de prise en charge ou l'âge du patient. Cette revue systématique montre une efficacité claire sur la réduction de la sévérité du bégaiement. Cette pratique devrait donc être mise en place sans attendre lorsque les conditions de pratique en présentiel ne sont pas rencontrées. La revue systématique montre également que cette pratique peut être mise en place en remplacement des séances en présentiel, même lorsque celles-ci sont possibles, lorsque l'objectif est la réduction du bégaiement. Cependant, on manque actuellement de données portant sur l'efficacité pour d'autres objectifs thérapeutiques, comme l'accroissement des habiletés de communication fonctionnelle dans différents contextes ou la réduction des réactions négatives relatives au bégaiement.

Résumé et traduit le 17 mars 2020

Anne-Lise Leclercq

Docteur en Logopédie, Université de Liège

Enseignante dans le Département de Logopédie

Présidente du Conseil de Gestion de la CPLU

al.leclercq@uliege.be