

# Les Accompagnements Familiaux logopédiques: comment rencontrer les parents ?

**Catherine Berney**

*Cet article présente l'évolution de la prise en soin logopédique de très jeunes enfants et leurs parents à la lumière des récentes recherches Evidence-Based Practice (EBP) sur le développement du langage. Les paramètres d'une interaction soutenance seront décrits et replacés dans le contexte du développement des Accompagnements Familiaux. Trois moments de la construction de l'alliance thérapeutique seront abordés : le bilan, sa restitution et le traitement en Accompagnement Familial (AF) logopédique. Une centration spécifique sur l'utilisation de la vidéo sera faite à chacune de ces trois étapes.*

*Remerciements :*

*à Béatrice Thérond pour sa collaboration précieuse aux bilans de communication précoce*

*à Audette Sylvestre qui continue à nourrir ma réflexion théorico-clinique*

*à Amélie Baudère pour sa relecture inspirée*

*aux participants des formations, aux stagiaires et bien sûr aux parents et à leurs enfants*

## 1. Introduction

Cet article se voudrait un partage de mon cheminement clinique et théorique des prises en soin logopédiques parents-enfants de très jeunes enfants (0-4 ans) et de l'évolution de la thérapie de Guidance Interactive (Berney, 2003) à celle des « Accompagnements Familiaux » (AF).

L'évolution de cette approche sera décrite à la lumière des recherches EBP (Evidence-Based Practice) sur le développement du langage au travers de trois moments de la construction de l'alliance thérapeutique avec le parent : 1) le bilan, 2) sa restitution et 3) le traitement parent(s)-enfant. Les composantes d'une interaction stimulante pour le langage et les types de programme en in-

tervention précoce serviront d'introduction à la description de ces trois temps d'intervention clinique.

Comment rencontrer le parent dans la singularité du lien avec son enfant présentant un important retard voire une absence de langage, à replacer dans le cadre d'un trouble développemental plus complexe ?

Pour rappel, la Guidance Interactive est une approche développée aux USA par Susan McDonough (1989) pour répondre à des familles « multirisques » accumulant les échecs thérapeutiques. Il est demandé aux parents de jouer quelques minutes avec leur enfant, sans que le thérapeute n'intervienne. Cette séquence est ensuite visionnée avec le parent afin de lui permettre, à l'aide des interventions du thérapeute et de l'utilisation de l'image, de mieux comprendre son enfant (Rusconi Serpa, 2009, 2016 ; Robert-Tissot, 1998).

D'abord utilisée dans un cadre de recherche pour des troubles psychofonctionnels (sommeil, alimentation, comportement), elle a ensuite été adaptée à des problématiques langagières, spécifiquement logopédiques (Berney, 1992, 2003). La recherche a permis de montrer que cette thérapie était EBP « avant l'heure » puisqu'elle prouve que les symptômes psychofonctionnels s'amendent et que cette amélioration est pérenne.

Bien que n'ayant pas de bases théoriques explicites, la Guidance Interactive appartient au modèle transactionnel (Rusconi Serpa, 2009), en congruence avec le cadre théorique qui sera utilisé ici.

Le terme d'« Accompagnements Familiaux » se veut représentatif du positionnement du thérapeute logopédiste/orthophoniste dans l'idée « d'être avec », côte à côte, en respectant le rythme de l'enfant et du parent, moins que de guider, d'être devant. L'accompagnant donne la boussole et la carte, l'accompagné montre la direction (Paul, 2004). Le choix de « Familial » plutôt que « Parental » fait référence à une extension du rôle parental au-delà de l'autorité qu'il représente, incluant toute personne impliquée régulièrement dans les soins donnés à l'enfant (Auzias, 2011) : grands-parents, nounous, parents d'accueil, etc.

Cette thérapie en AF a principalement évolué sur trois axes : l'ancrage théorique, le type de symptômes pris en compte et la technique. Elle relève d'un double cadre théorique : celui de l'interactionnisme social d'une part, où le développement du langage est à replacer au sein des interactions entre l'enfant et son environnement (Bruner, 1986 ; Vygotsky, 1985), et celui du modèle transactionnel d'autre part (Sameroff, 1975). Dans ce modèle, les réactions de l'enfant influencent celles du parent et réciproquement. L'enfant et son développement seront par ailleurs perçus comme dépendants de trois types

de facteurs : ceux personnels à l'enfant (son tempérament, sa génétique) ; les facteurs familiaux (le style interactionnel parental) et les facteurs environnementaux comme le statut socio-économique de la famille et ses ressources (Guralnick, 2011, 2013).

## **2. Les composantes d'une interaction stimulante pour le langage**

Les types de stimulations langagières utilisés par le parent et nécessaires au bon développement du langage de l'enfant ont été mis en évidence dans une récente méta-analyse (Robert & Kaiser, 2011) et intègrent : la fréquence des interactions parent-enfant, la contingence des réponses verbales du parent, la qualité de l'input langagier adressé à l'enfant et les stratégies de support au développement du langage. Kong et Carta (2013), ainsi que Brassart (2014) ont précisé ces stratégies de support en relevant plusieurs critères spécifiques : suivre les initiatives de l'enfant, établir une attention conjointe, avoir des réponses contingentes à son comportement, reconnaître ses signaux/besoins, instaurer les tours de rôle, imiter son comportement, répéter une production, faire une expansion, maintenir le thème et adopter un langage qui correspond à son niveau développemental. Ces critères consensuels recourent ceux définis par Ainsworth (1974) dans son échelle de sensibilité maternelle (Maternal Sensitivity Scale) : la conscience des signaux de l'enfant, leur interprétation, l'adéquation de la réponse et la temporalité de cette réponse (ajustement du rythme).

Ces méta-analyses illustrent l'impact du travail avec le parent non seulement sur le langage mais aussi sur les aspects émotionnels et cognitifs du développement de l'enfant. Elles sont en congruence avec les éléments pré-linguistiques qu'il s'agit de faire advenir afin que le langage puisse émerger. De ce fait, le travail avec de jeunes enfants met les parents au cœur de la rencontre.

## **3. Les types de programmes en intervention précoce**

S'il y a consensus sur les objectifs interactionnels à travailler dans ces programmes d'intervention précoce nommés « approches naturelles » (Schelstraete, 2011), car relevant de l'interactionnisme social (Monfort, 2007 ; Dialogoris ; Marte Meo ; Hanen...), il y a cependant des divergences sur leurs mises en pratique. Le « quoi » consensuel laisse place à différentes réalisations du « comment ».

Les objectifs du travail interactionnel de ces approches sont en effet communs : observer, attendre, suivre les initiatives de l'enfant et nommer ce que fait l'enfant et ce que l'on fait, équivalent d'une pratique réflexive. La diversité des pratiques porte alors sur le « comment » et principalement sur le cadre : les modalités d'intervention (groupe/individuel), la durée du traitement (court/long), la façon de transmettre les informations (support utilisé) et le lieu (domicile/cabinet). Il est à relever que l'intervention à domicile a des résultats

positifs de façon non spécifique par rapport au contenu de l'intervention, qu'elle soit à but social, cognitif ou langagier (Favez, 2016). Le domicile est particulièrement indiqué pour des familles à risque avec des enfants avant 2 ans (Sylvestre, 2017)

Notons que la notion de satisfaction des parents est encore un dénominateur commun à toutes ces approches. Le parent peut utiliser son expertise et son contrôle du processus de soin à toutes les étapes en collaboration avec le thérapeute (Dunst & Trivette, 2007). Ce principe d'autodétermination, « empowerment » (Yoder, 2007; Favez, 2016), est un renforçateur de l'estime de soi. Il est cependant important de tenir compte de la structure de personnalité de chaque parent et de son environnement. Ainsi, tout parent ne peut pas être un partenaire en fonction de qui il est et de sa trajectoire de vie. Dans ces cas, il est impératif que le thérapeute puisse rapidement l'identifier afin de prendre les mesures thérapeutiques adaptées : se centrer et maximaliser tous les efforts thérapeutiques sur l'enfant en déléguant la prise en soin de la famille au réseau interdisciplinaire, souvent élargi dans ce type de situation.

### **3.1 Rencontrer le parent dans le bilan**

« *La fonction initiale des modes de communication est de permettre à l'enfant l'accomplissement d'une intention* » (de Weck, 2010).

La présence du parent dans le bilan est utile à tous les protagonistes (Antheunis, 2013; Berney, 2016, conférence). Il sert de base sécurisante pour l'enfant, et permet au parent de co-construire avec le thérapeute un décodage commun des signaux de son enfant en se sentant partie prenante du processus dès le début de la consultation.

Le parent est une personne ressource pour le *professionnel*, il est expert de son enfant, le professionnel restant expert du développement de l'enfant en général. En partageant son interprétation des actions/émotions/cognitions de son enfant, il œuvre à un regard partagé et un langage commun, bases nécessaires à la construction de l'alliance thérapeutique.

Frieswyk (1986) définit *l'alliance thérapeutique* comme « la contribution du patient au travail du thérapeute » et Duruz (1994) comme « un processus interactionnel par lequel patient et thérapeute expriment cognitivement et affectivement, ainsi qu'au niveau comportemental, leurs accords et désaccords quant au but de la thérapie et quant à son déroulement ». La notion de désaccord est importante dans son principe : il vaut mieux se mettre d'accord sur les désaccords si nous désirons faire route commune.

Les bilans de communication (Berney, 2003; Théron, 2010; Grevesse, 2015) permettent de rendre compte de la présence ou non des « éléments facilita-

teurs » (Lepot-Froment, 1988) nécessaires à l'émergence du langage : l'intentionnalité, l'attention conjointe, le tour de rôle, l'imitation, l'intersubjectivité, l'entrée dans la représentation (jeu fonctionnel et jeu symbolique) par l'intérêt porté aux objets (Morel, 2012). Ils doivent impérativement être filmés pour être codés, images qui serviront lors de la restitution du bilan aux parents.

Notons que l'intentionnalité est une notion subjective, cependant essentielle à prendre en compte dans les bilans et faire advenir dans la prise en soin. C'est elle qui permet au mot de s'incarner dans un sens partageable avec autrui. Elle représente une véritable porte d'entrée à l'avènement du langage considéré ici comme un processus pluriel, à la fois cognitif, social, et émotionnel.

A l'issue de ce bilan, un même profil communicationnel ou langagier n'aboutit pas nécessairement aux mêmes mesures thérapeutiques. Il est nécessaire de prendre en compte les facteurs de protection, les facteurs de risque, dont le cumul davantage que la nature est à risque de multiplier les retards langagiers (Sameroff, 1987).

Ainsi, un trouble de la compréhension et pas de la production est un facteur de risque, de même qu'une famille monoparentale (50% de divorces en Suisse), une mère de moins de 20 ans ou un haut niveau d'inquiétude (Sylvestre, 2013). L'inquiétude du parent, lorsqu'elle se manifeste de façon extrême, modifie le style interactionnel et risque de devenir plus injonctif, mettant à mal la qualité de l'étayage parental. Un enfant qui cumule ces facteurs est beaucoup plus à risque pour le développement de son langage qu'un enfant avec le même retard mais sans facteurs de risque.

### **3.2 Rencontrer le parent dans la restitution du bilan**

« ... on ne sait voir que ce que l'on a appris à voir » (Cyrulnick, 2001).

L'utilisation de certains extraits du bilan filmé servira à illustrer les propos de la logopédiste et à co-construire ce regard commun sur l'enfant, base nécessaire à une décision commune quant aux mesures thérapeutiques. Grâce à l'utilisation de la technique du visionnement dans ce cadre (arrêt sur image, retour en arrière, répétition du même extrait, etc.), tant le parent que le professionnel vont pouvoir se mettre d'accord (ou pas), sur les points forts et les points faibles du fonctionnement de l'enfant, points faibles qui nécessiteront des mesures thérapeutiques appropriées. Celles-ci deviennent une conséquence de ce travail de décodage et non pas une mesure « imposée » à risque de rupture. Ce moment est souvent empreint de beaucoup d'émotion et contribue largement à la construction de l'alliance. Il permet également un accès facilité à une terminologie commune entre le parent et la logopédiste/orthophoniste, l'image étant « traduite » par une mise en mots qui permet de penser ensemble (Berney, 2003), elle n'est en rien une réalité « objective » comme il est souvent implicitement pensé.

### Francesco<sup>1</sup>

Petit garçon de 2,7 ans, référé par son ergothérapeute qui émet des craintes, qui se révéleront justifiées, quant à son utilisation du langage. Francesco a un important retard de langage et un trouble de la communication qui s'inscrit dans un TSA (Trouble du Spectre de l'Autisme).

Il utilise plusieurs stéréotypes verbales dont un « oh non ! » très convaincant qui peut faire illusion dans un premier temps. Nous passons beaucoup de temps avec les parents à différencier ce « faux non » d'un « vrai non » où l'espace d'une seconde, il regarde son père et s'adresse à lui en exprimant un refus signifiant dans le contexte. Cette discussion amène à la différenciation entre trouble du langage et trouble de la communication, différence évidente pour le professionnel, mais qui reste souvent floue pour le parent.

Le choix des *formulations* participe à la rencontre du parent là où il est. L'utilisation du conseil en AF comme type de formulation est probablement sur-représentée dans nos pratiques. Il rassure en nous mettant dans une position d'expertise mais il est souvent difficile d'accès pour le parent qui n'est pas impliqué dans un processus d'appropriation. En effet, pour réellement intégrer un conseil, il faut partager le même référé (cognition), ce qui relève plutôt de l'exception dans notre clinique.

De même, expliquer la différence entre langage et communication de façon simple et non réductrice tient lieu d'un véritable défi qui se retrouve à maintes reprises dans le travail avec les très jeunes enfants. Tout semble si « naturel » : se regarder, attendre, imiter, avoir du plaisir. Il n'y a pourtant rien de plus complexe que le naturel lorsqu'il faut l'explicitier, l'évaluer dans le bilan ou le faire advenir dans le traitement. La métaphore de la maison, présentée à l'aide d'un support visuel (*cf. figure 1*), aide à comprendre que le langage (le toit) ne peut advenir que lorsqu'il repose sur des murs solides : « les éléments facilitateurs » composés en l'occurrence d'une porte d'entrée : l'intentionnalité mise en acte par l'attention conjointe. Les murs sont faits de différentes briques : l'imitation, le tour de rôle et les moyens de représentation issus de l'expérimentation avec les objets : le jeu fonctionnel et symbolique.

Le langage ne pourra émerger que si les murs qui représentent la communication sont construits. L'objectif d'un traitement avec un enfant sans langage sera de consolider les murs, voire de commencer à les bâtir. Cette métaphore, même si elle n'est pas tout à fait conforme à la théorie, permet de se mettre d'accord avec le parent sur les objectifs du traitement qui peuvent lui sembler très éloignés de ce qu'il avait imaginé, « on va chez la logopédiste qui va apprendre à parler à notre enfant ». La cheminée « articulation » devrait en effet se situer à l'intérieur du toit. Cela permet néanmoins aux parents qui viennent consulter pour un trouble d'articulation isolé chez leur enfant de 3 ans, de les rassurer rapidement en leur montrant tout ce que leur enfant a déjà construit et bien mis en place.

---

<sup>1</sup>Prénom fictif

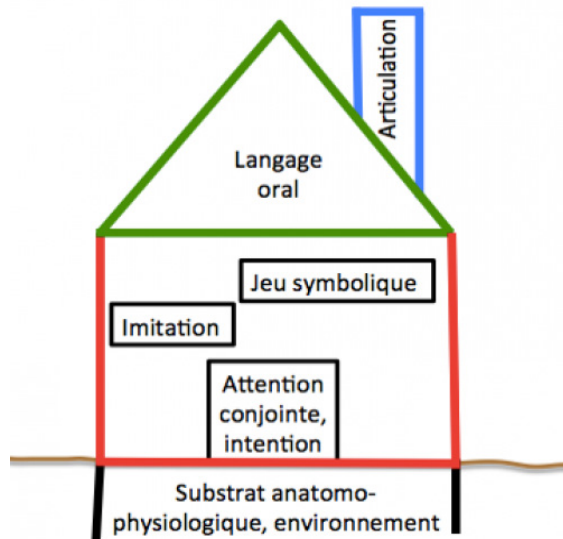


Figure 1. Les précurseurs de la communication

David<sup>2</sup>

Petit garçon de 2,5 ans dont la quasi absence de langage est à replacer dans le cadre d'un trouble développemental plus global. Il présente un important trouble visuel, décelé grâce à l'insistance de la mère. Le père pense qu'avec le port de lunettes, « tout va rentrer dans l'ordre ». La mère se rend compte des difficultés plus globales de son enfant.

Lors du visionnement où je montre David qui suit mon pointage, Madame attire alors mon attention sur l'orientation du regard de son enfant : il doit longer toute la longueur de mon bras pour parvenir à suivre mon index pointé.

Cet élément m'avait échappé, je le découvre grâce à cette maman dans une authentique relation de partenariat. Elle montre aussi indirectement à son mari que les lunettes ne suffisent pas à rétablir une vision (et un développement) optimaux.

Les parents entre eux n'ont parfois pas le même regard sur leur enfant et avoir accès à ces différences permet à la logopédiste de clarifier les perceptions de chacun afin d'en tenir compte dans le travail d'AF.

Je demande dans la mesure du possible la présence des deux parents dans l'anamnèse et la restitution, pas nécessairement dans les deux séances de bilan, pour des raisons de disponibilité horaire parentale.

Cette restitution s'inscrit également dans une *temporalité* qui permet au parent

<sup>2</sup>Prénom fictif

absent lors du bilan, le père le plus souvent, d'y avoir accès de façon différée, et de construire tant avec le professionnel qu'avec son/sa partenaire une vision commune. La temporalité contribue au cheminement thérapeutique.

Et enfin, ce temps de restitution avec visionnement a aussi valeur d'*indication* pour un éventuel AF. L'attitude du parent face aux extraits vidéo commentés permet d'estimer son degré d'engagement pour un éventuel travail de collaboration avec la logopédiste. Par ex. une maman regarde l'écran de son téléphone portable pendant la séquence de visionnement. Elle l'utilise comme équivalent d'objet contre-phobique pour me montrer des scènes où son fils fonctionne mieux que dans l'épisode présenté. L'image est trop confrontante, blessante et anxiogène pour le moment.

Natalia<sup>3</sup>

Les deux parents sont présents lors du visionnement. Je propose un arrêt sur image de leur fille de 3 ans qui met le biberon jouet dans sa bouche avant de le mettre, avec étayage de l'adulte, dans la bouche de la poupée.

Le père m'interrompt alors en disant : « elle a raison, une poupée ça ne boit pas le biberon ! ».

Nous ne sommes pas toujours en accord avec ce que nous disent les parents mais ce moment est charnière pour la construction de l'alliance : ce papa offre un accès immédiat à sa façon de concevoir le développement de sa fille. Le désaccord sur le décodage entre parent/thérapeute n'est pas nécessairement une contre-indication. Le cheminement collaboratif reste possible, moyennant des ajustements et une temporalité adéquate. Les contre-indications à l'utilisation de la vidéo subsistent pour des parents qui éprouvent un sentiment de persécution et pour ceux dont l'intensité des projections fait écran au décodage de l'image. La pensée peut en effet parasiter l'accès à l'image (Rusconi-Serpa, 2016 ; Berney, 2003).

### **3.3 Rencontrer le parent dans le traitement d'AF**

« *Un bébé en lui-même n'existe pas* » (Winnicott, 1952).

« *Sans interaction il n'y a pas d'acquisition* » (Bruner, 1983).

Lorsque la décision d'un AF est prise, qui n'exclut pas un traitement individuel de l'enfant en parallèle, la logopédiste peut intervenir dans le jeu avec le parent sous trois modalités différentes qui correspondent au degré d'engagement du parent dans le processus de soin mais aussi au type de soutien dont il a besoin :

1. La logopédiste joue avec l'enfant selon le type « modeling ». Elle offre un modèle sur lequel les parents vont pouvoir s'appuyer et qu'ils tendront à s'approprier et généraliser.

<sup>3</sup> Prénom fictif

2. L'intervenant est « facilitateur de la rencontre » entre les parents et l'enfant en étant garant d'un contexte ludique « suffisamment bon » pour optimiser la communication entre les partenaires. Le parent est engagé directement, le thérapeute partage le même espace, mais n'est pas impliqué lui-même dans le jeu.

Ex. : éloigner les jouets parasites, en diminuer la quantité, repositionner les partenaires, initier le tour de rôle dans un jeu structuré, etc.

3. Le thérapeute reste à distance, comme « observateur participant ». Les parents sont engagés ludiquement et directement avec leur enfant.

Cette dernière modalité est celle de la Guidance Interactive. Dans les AF, cette position devient une conséquence du travail préalable avec le parent.

Un très court questionnaire (Annexe I) permet au parent de s'autodéterminer sur le type de modalité proposé. Le fait qu'il puisse être considéré « comme un collaborateur actif au choix du traitement » émane des résultats des recherches de l'Ecole genevoise (Robert-Tissot, 1987-2004) qui montre qu'un parent mis devant le choix de deux thérapies très différentes opte à 90% pour le même choix que le thérapeute.

Plusieurs positionnements peuvent coexister au sein d'une même séance suivant le type d'objectif travaillé et le support utilisé.

La vidéo pourra enfin être utilisée dans un 4ème moment, en fin de traitement, en repassant aux parents quelques extraits de séances du début de la prise en soin. Revisiter l'évolution développementale en images en montrant les progrès, langagiers en particulier, est un nouveau et dernier moment riche en émotions : une mère est très émue en revoyant sa fille de 3 ans sans langage à l'époque (elle a 7 ans actuellement), prise dans une agitation motrice désorganisée et commente : « je comprends maintenant pourquoi j'étais si fatiguée à cette époque ».

La décision de qui va participer aux séances de traitement en AF est prise d'entente avec les parents ou leur substitut. Démarche essentielle qui fait partie de la définition du cadre. Si l'enfant est accompagné temporairement ou régulièrement par une nounou ou un grand-parent, l'AF ne se fera pas de la même façon à moins que les modalités n'aient été préalablement discutées avec les parents. Les personnes ne sont pas interchangeables et chacune va s'approprier le même objectif de travail de façon spécifique. L'idée est de mettre le parent au centre, la généralisation d'un acquis passant évidemment par toutes les personnes impliquées dans l'éducation en ajustant et redéfinissant le cadre pour chaque partenaire et contexte de vie. L'usage de la vidéo, souvent chronophage et donc potentiellement décourageante pour le professionnel, perd

de sa force au fil du traitement. Après quelques séances (en moyenne 5 ou 6), le parent, tout comme le professionnel, acquiert cette fonction réflexive qui va lui permettre de mieux se voir faire avec l'enfant. L'usage de la vidéo peut alors s'espacer et être repris plus systématiquement lorsqu'un nouvel objectif sera abordé.

#### **4. En guise de conclusion**

Tout thérapeute utilisant une médiation auprès de l'enfant, qu'elle soit langagière, motrice, éducative ou cognitive peut utiliser ce type d'intervention. L'aspect de mixité professionnelle est une richesse dans le partage et le garant d'un outil à fonction « méta » adaptable aux spécificités professionnelles de chacun dans la formation.

Un des principaux défis pour les logopédistes (en Suisse romande) intéressées à se former en AF est de passer de la position d'expertise à celle de partenariat, et de la dyade (travail avec l'enfant seul) à la triade (travail avec le parent).

Et si la pratique réflexive était utilisée comme outil de partage dans notre travail avec les parents ? Exposer nos hypothèses, notre cheminement et nos doutes, ceci dans les limites de notre cadre thérapeutique semble pour l'instant être assimilé à un aveu d'ignorance. Frilosité qui pourrait avoir des racines profondes, celles qui vont chercher l'implicite de la position d'expert des professions liées au soin. La comparaison des études d'orthophonie en France et au Québec (Auzias & Le Menn, 2011) montre une représentation très différente à la fois du professionnel mais aussi du parent par rapport à son rôle. Les études de base sont différentes et ne distillent pas les mêmes savoirs faire et être.

Au terme de cette présentation de la spécificité d'une prise en soin indirecte et des aménagements nécessaires afin de tenir compte des recherches récentes sur le développement du langage, il faut se souvenir de l'importance centrale des facteurs non spécifiques dans tout type de thérapie. Ce sont les points communs non spécifiques qui œuvrent au thérapeutique, au-delà de la spécificité de plus de 400 thérapies analysées (Jaeken *et al.*, 2015) : la relation empathique et de confiance entre le patient et le thérapeute, un cadre reconnu apportant sécurité, une théorie permettant de répondre aux plaintes du patient et une méthode découlant de la théorie. Le facteur thérapeutique non spécifique étant « ce quelque chose d'insaisissable qui circule entre un thérapeute et un patient » (Roustang, 2002), qui reste mystérieux et essentiel. « Le psychothérapeute compétent et efficace est avant tout quelqu'un de flexible » (Jaeken, 2015). D'où l'importance de mettre le parent et l'enfant au centre et non le programme ou la méthode en maintenant la pluralité des pratiques et leur individualité (Camarata, 2013 ; Maillart, 2011). Nous sommes dans du « sur

mesure », pas dans « du prêt-à-porter », concept qui devrait également s'appliquer aux programmes importés d'autres cultures dont la mise en pratique nécessite un temps d'acclimatation dans le pays d'utilisation afin d'être culturellement compatibles.

Les enfants bénéficient cependant davantage que les adultes de méthodes empiriquement validées (Jaeeken, 2015), continuons donc à nous former, soyons rigoureux et souples, restons humbles et cultivons notre être. Il convient aussi de se demander si les recherches EBP « ça marche parce que c'est testé » pourraient coexister avec « ça marche parce qu'on a pu l'observer sur le terrain » ? (Favez, conférence 2016). A quand les chercheurs dans nos cabinets ?

**Catherine Berney** est logopédiste ARLD. Elle travaille en cabinet privé avec une population de très jeunes enfants et leurs parents ainsi qu'au Service de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent à Genève. Elle est formée en Guidance Interactive qu'elle a enseignée en formation continue à la Faculté de Psychologie de Genève. Elle est actuellement formatrice indépendante dans les domaines de l'Évaluation de la Communication et des Accompagnements Familiaux.

Courriel : [catberney@bluewin.ch](mailto:catberney@bluewin.ch)

Site : [www.inter-log.ch](http://www.inter-log.ch)

ANTHEUNIS, P. (2013). Le dialogue et l'observation : des outils pour le bilan orthophonique précoce, *Langage & Pratiques*, 51, 51-62

AUZIAS, L., & LE MENN, M-A. (2011). *L'accompagnement familial dans la pratique clinique orthophonique au Québec et en France*. Mémoire d'orthophonie. Université Claude Bernard Lyon 1.

BAERISWYL-ROUILLER, I. (2007). La guidance Interactive : une démarche de soutien des compétences communicatives chez l'enfant. *Langage & Pratiques*, 39, 74-85

BERNEY, C. (2003). Guidance Interactive en logopédie. *Langage & Pratiques* 32, 2-11.

BO, A. (2000). Essai d'adaptation d'un programme familial à la pratique en libéral. *Rééducation Orthophonique*, 38(203), 64-73.

BRASSART, E. (2014). Zoom sur 40 ans de recherche en guidance parentale logopédique. *Les cahiers de l'ASELF*, 11 (2), 3-11

BRONFENBRENNER, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

CAMARATA, S. (2013). Which late talkers require Intervention ? In L. Rescorla & Ph. Dale (Eds.), *Late Talkers* (pp. 303-325). Baltimore : Brookes.

DAVIAULT, D. (2011). *L'émergence et le développement du langage chez l'enfant*. Canada : Chenelière Education.

- DE WECK, G., & MARRO, P. (2010). *Les troubles du langage chez l'enfant*. Paris : Masson.
- DUNST, C., BOYD, J., TRIVETTE, C., & HAMBY, D. (2002). Family-orientated Program Models and Professional Helpgiving Practices. *Family relations*, 51(3), 221-229
- DUNST, C., TRIVETTE, C., & HAMBY, D. (2007). Meta-Analysis of family-centered helpgiving practices research. *Mental retardation and developmental disabilities research review*, 13, 370-378
- DURUZ, N. (1994). *Psychothérapie ou Psychothérapies ?* Paris : Delachaux & Niestlé.
- FAVEZ, N. (2016). L'intervention à domicile pour les familles avec jeunes enfants. In N. Favez & J. Darwiche (Eds.), *Les thérapies de couple et de famille* (pp. 67-82). Liège : Mardaga
- GIROLAMETTO, L. (2000). Participation parentale à un programme d'intervention précoce sur le développement du langage : efficacité du programme parental Hanen. *Rééducation orthophonique*, 38 (203), 31-62.
- GREVESSE, P. (2015). Instable ? Le bilan orthophonique du jeune enfant sans langage. *A.N.A.E.*, 135, 173-179
- GURALNICK, M. (2011). Why early intervention works, a system perspectives. *Infants & Young Children*, 24(1), 6-28
- JAEKEN, M., VERHOFSTADT, L., & VAN BROECK, N. (2015). Qu'est ce qui détermine l'efficacité d'une psychothérapie ? Brève mise à jour scientifique. *Bulletin de psychologie*, 3(537), 237-242.
- KONG, N., & CARTA, Y. (2013). Responsive interaction interventions for children with or at risk for developmental delays a research synthesis. *Early Childhood Special Education*, 33(1), 4-17.
- KUNZ, L. (2013). L'intervention orthophonique dans les troubles spécifiques du langage. In A. Devevey & L. Kunz (Eds.), *Les troubles spécifiques du langage* (pp. 77-92). Paris : De Boeck.
- LEPOT FROMENT, Ch. (1988). De la communication pré-linguistique à la communication linguistique : des questions à propos des phénomènes de transition. In P. Aimard (Ed.), *Les interventions précoces en audiophonologie* (pp. 11-39). Paris : Isocel.
- MC DONOUGH, S. (2004). Interaction Guidance. Promoting and nurturing the caregiving relationship. In A. Sameroff, McDonough, S., & Rosenblum, K. (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems* (pp. 76-96). New-York: Guilford Press.
- MONFORT, M., JUAREZ SANCHEZ, A., & MONTORT JUARE, I. (2007). Une approche fonctionnelle de l'intervention langagière. *Langage & Pratiques*, 39, 64-73.
- MORO, Ch., & MULLER MIRZA, N. (2014). *Sémiotique, culture et développement psychologique*. Québec : Septentrion.
- MOREL, L. (2011). Agir, penser, parler : triade d'un accompagnement thérapeutique logopédique. *Langage et Pratiques*, 48, 6-17.

- PAUL, M (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : L'Harmattan.
- PERRET, P. & FAURE, S. (2006). Les fondements de la psychopathologie développementale. *Enfance*, 58, 317-333
- RESCORLA, L. (2013). Late talking toddlers. In L. Rescorla & Ph. Dale (Eds.), *Late Talkers* (pp. 219-241). Baltimore : Brookes.
- ROBERTS, M., & KAISER, A. (2011). The effectiveness of Parent-Implemented Language Interventions : a Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20, 180-199.
- ROBERT TISSOT, Ch., & CRAMER, B. (1998). When patients contribute to the choice of treatments. *Infant Mental Health Journal*, 19(2), 145-259.
- ROUSTANG, F. (2002). Postface. In N. Duruz & Gennart, M. (Eds.), *Traité de psychothérapie comparée* (pp. 405-415). Chêne-Bourg : Médecine & Hygiène.
- RUSCONI SERPA, S., SANCHO ROSSIGNOL, A., & DONOUGH, S. (2009). Video feedbacks in parents-enfants treatments. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18 (3), 735-751.
- RUSCONI SERPA, S. (2016). La thérapie de Guidance Interactive. In N. Favez & J. Darwiche (Eds.), *Les thérapies de couple et de famille* (pp.83-102). Liège : Mardaga
- SAMEROFF, A., & CHANDLER, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Eds), *Review of Child Development Research* (p. 187-244). Chicago : University of Chicago Press.
- SCHELSTRAETE, M.-A. (2011). *Traitement du langage oral chez l'enfant : interventions et indications thérapeutiques*. Paris : Elsevier Masson.
- SYLVESTRE, A., CRONK, C., TRIBBLE, D., & PAYETTE, H. (2002). Vers un modèle écologique de l'intervention orthophonique auprès des enfants. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 26 (4).
- SYLVESTRE, A. (2013). L'intervention logopédique précoce et contexte de vulnérabilité sociale. Quelques ingrédients actifs. *Langage & Pratiques*, 51, 18-28.
- SYLVESTRE, A., & DESMARAIS, C. (2015). Stimuler le développement langagier des jeunes enfants : état des connaissances sur l'intervention précoce en orthophonie. *A.N.A.E*, 135, 180-187
- THEROND, B. (2010). Les comportements précurseurs de la communication : précurseurs pragmatiques, précurseurs formels, précurseurs sémantiques. *Rééducation orthophonique*, 244, 11-120.
- WITKO, A. (2013). L'intervention précoce en orthophonie : complémentarité des thérapies directes et indirectes. *Langage & Pratiques*, 51, 6-17
- YODER, P., & WARREN, S. (1998). Maternal Responsivity Predicts the Prelinguistic Communication Intervention that Facilitates Generalized Intentional Communication. *American Speech-Language-Hearing Association*, 41, 1207-1219.

## **Annexe I**

### Questionnaire aux parents (lorsque l'indication d'AF est posée)

De quelle façon avez-vous envie de collaborer avec la logopédiste ?

*Lisez les 3 propositions avant de répondre, entourez le chiffre de la proposition qui vous convient :*

1. Je préfère observer ce que fait la logopédiste, sans participer au jeu.
2. Je préfère jouer avec mon enfant et la logopédiste, ensemble.
3. Je préfère jouer seul avec mon enfant, sans que la logopédiste joue avec nous, et avoir une discussion avec elle une fois le jeu terminé.