

Communiquer mieux, mais avec qui ?

Prendre en compte les partenaires de communication.



par **Christelle Maillart**, logopède.

Département de logopédie & Research Unit for a life-Course perspective on Health and Education (RUCHE) Université de Liège.

Christelle.maillart@uliege.be 

Introduction

Comme logopède, viser une communication efficace est une des cibles principales de nos interventions logopédiques. Pour atteindre cet objectif, plusieurs voies sont possibles : cibler directement les déficits linguistiques ou pragmatiques observés, viser davantage les conséquences de ces déficits, travailler uniquement avec le patient et/ou impliquer son entourage. Les choix thérapeutiques que nous posons sont directement liés aux cadres conceptuels qui nous guident. Or, ceux-ci ne sont pas immuables et, ces dernières années, une évolution importante a été observée au niveau des modèles théoriques mobilisables dans le cadre des troubles de la communication.

Du déficit langagier aux freins à la participation : évolution des cadres conceptuels

Longtemps, le cadre conceptuel dominant faisait référence à une conception médicale ou biomédicale des troubles, basée sur le déficit (Washington, 2007). Dans cette approche, la démarche consiste à mettre en évidence le ou les déficits présentés par le patient, les évaluer – idéalement avec des outils standardisés –, les quantifier et attester de leur sévérité. La prise en charge vise alors à réduire les déficits mis en évidence en entraînant des habiletés spécifiques. Par exemple, pour des patients présentant un trouble développemental du langage (TDL) pour lesquels des déficits phonologiques et morphosyntaxiques sont objectivés, les objectifs thérapeutiques liés pourraient viser l'amélioration de l'intelligibilité, l'enrichissement des marqueurs grammaticaux et/ou l'augmentation de la longueur moyenne d'énoncés (LME). Cette conception est encore largement appliquée aujourd'hui, notamment lorsque l'approche médicale est placée

au centre de la décision d'accès aux soins. Ainsi, en Belgique, l'INAMI¹ conditionne le remboursement des soins logopédiques en monodisciplinaire (pratique privée) à la mise en évidence d'un déficit suffisant (cf. seuil de déficit exigé pour le remboursement), identifié avec des outils fiables et valides (cf. liste limitative des tests).

En 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a élargi la vision traditionnelle de la santé, alors définie comme l'absence de maladie ou de déficience, pour y inclure une approche plus intégrée du fonctionnement humain. Pour la première fois, la santé est conçue comme un état de bien-être général, incluant des habiletés fonctionnelles et la participation sociale. Le modèle théorique, initialement biomédical, évolue vers une conception biopsychosociale qui reconnaît que la santé est un état complexe, influencé par une interaction dynamique entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. L'intérêt pour les aspects biologiques et médicaux ne disparaît pas mais ceux-ci sont complétés par d'autres éléments, tels que la qualité de vie ou l'importance de maximiser le potentiel de chaque individu en soutenant sa participation sociale, indépendamment de la présence de maladies ou de déficits. Au niveau de l'évaluation, les professionnels de la santé sont, par conséquent, amenés à considérer les aspects fonctionnels et environnementaux dans l'évaluation et la prise en charge des patients. En effet, cette approche ne voit pas le handicap comme une caractéristique individuelle (uniquement biologique) mais plutôt comme une interaction entre les limitations fonctionnelles personnelles et l'environnement. Le handicap pourra alors être atténué par des adaptations appropriées et un soutien social.

¹ Institut National d'Assurance Maladie Invalidité, institut publique fédérale belge de sécurité sociale

Plusieurs modèles théoriques ont adopté cette conception davantage axée sur les conséquences d'un déficit que sur le déficit lui-même. Les plus connus sont certainement la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) proposé par l'OMS (ICF, World Health Organisation, 2001) ou le Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap (MDH-PPH, Fougereyrollas et al. 2018), largement répandu au Québec.

Le modèle biopsychosocial de la CIF

Dans cet article, nous avons fait le choix de présenter le modèle de la CIF en raison de la recommandation de l'association américaine de logopédie d'en faire le cadre de référence pour la pratique logopédique (ASHA, 2016) et du fait qu'il en existe également une version adaptée aux spécificités des enfants et des adolescents (CIF-EA -*Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, version pour enfants et adolescents*, 2007 dans la version anglaise²). Ces deux versions partagent les mêmes composants présentés ci-dessous. Si ce modèle est intéressant pour le propos qui nous préoccupe ici, c'est qu'il prend en compte l'environnement, dont l'environnement social (les partenaires de communication), et place la participation au centre du modèle. On quitte donc une vision uniquement centrée sur le déficit pour prendre en compte l'impact sur le fonctionnement quotidien, la communication et la participation sociale.

Le fonctionnement d'un individu y est vu comme une interaction dynamique entre des conditions de santé, des facteurs environnementaux, des facteurs personnels et des facteurs environnementaux considérés comme facilitateurs ou obstacles au fonctionnement.

Le cadre de la CIF comprend deux parties : (a) Fonctionnement et handicap et (b) Facteurs contextuels (cf. figure 1). La section sur le fonctionnement et le handicap comporte deux volets : « Fonctions organiques et structures anatomiques » et « Activités et participation ». De la même façon, les facteurs contextuels se subdivisent entre les facteurs environnementaux (facteurs externes affectant le fonctionnement et le handicap) et personnels (facteurs internes affectant le fonctionnement et le handicap) (OMS, 2007). Le modèle biopsychosocial de la CIF intègre les points de vue des modèles médicaux et sociaux : un modèle purement médical considère le handicap comme une caractéristique de la personne, directement causée par une maladie, un traumatisme ou un autre problème de santé. Un modèle social du handicap considère le handicap comme un problème créé par la société et non comme un attribut de l'individu. L'impact d'un handicap est influencé par les tâches que les personnes doivent accomplir et par le contexte social dans lequel elles doivent les accomplir (Wesby & Washington, 2017).

² Une traduction française réalisée en 2012 est disponible ici : <https://www.presses.ehesp.fr/wp-content/uploads/2016/03/9782810900879.pdf>

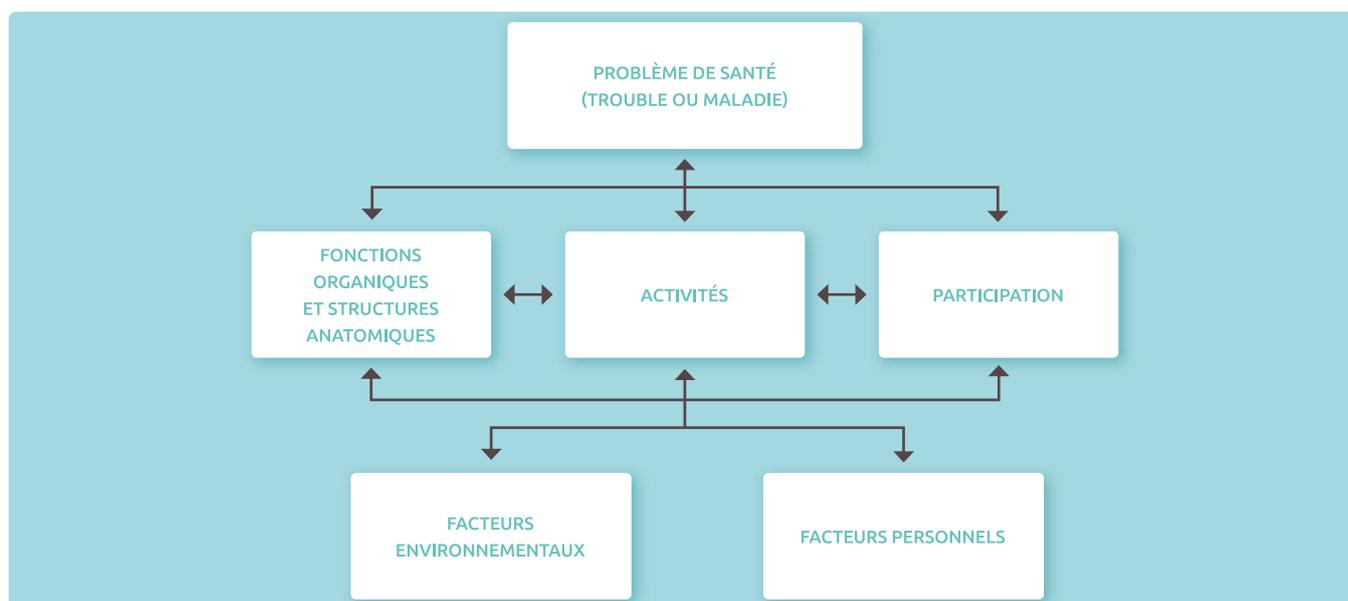


Figure 1. interactions entre les composants de la CIF, OMS (2001, 2007)

Pour chacun de ces composants, il existe un continuum entre une situation de handicap ou de fonctionnement. Pour les fonctions organiques ou anatomiques, le continuum se situe entre une intégrité des fonctions ou des fonctions déficitaires (ex. les fonctions auditives peuvent être préservées ou altérées). Au niveau des activités et de la participation, le continuum se déploie entre des limitations/restrictions ou, au contraire, des possibilités fonctionnelles, professionnelles ou sociales. Reprenons l'exemple d'un enfant qui présente un TDL pour illustrer les composants du CIF. Washington (2007) en a proposé une analyse exhaustive en lien avec la littérature. Au niveau des *fonctions organiques et anatomiques*, on peut observer des limitations de la mémoire, des fonctions exécutives. Chez certains enfants TDL, on peut observer une diminution d'activité cérébrale dans des zones cérébrales spécialisées dans le langage (ex. gyrus frontal inférieur ou gyri temporaux moyen et supérieur) lors de la réalisation de tâches langagières, en comparaison avec leurs pairs. Ces dysfonctionnements ou altérations peuvent avoir un impact, et donc limiter, *les activités* : ainsi, on peut observer des habiletés langagières moins efficaces (ex. déficit en morphosyntaxe ou en morphologie, etc.), avoir plus de difficultés à apprendre des mots, à comprendre le langage écrit ou à communiquer avec des pairs. Ces activités ne sont pas sans lien avec la participation. Être ou se sentir moins efficace pour réaliser les activités décrites va

amener des restrictions de participation, via une diminution de l'implication dans des activités scolaires ou sociales. Enfin, les facteurs environnementaux et personnels doivent aussi être contextualisés et vont influencer les niveaux de fonctionnement et de handicap, comme illustré dans la figure 1. Au niveau des *facteurs environnementaux* qui auront de l'influence chez un enfant TDL, se trouvent le support familial, le soutien à l'école, la possibilité d'accès à des prises en charge (ex. logopédie, neuropsychologie, etc.), les règles locales d'accès aux soins (remboursement possible ou non, etc.). De la même façon, les *facteurs personnels*, tels que l'âge, le niveau de motivation, les capacités intellectuelles, etc., interviendront également. Il arrive qu'un même facteur environnemental agisse à la fois comme une barrière et un facilitateur. Ce serait, par exemple, le cas d'une mère qui aide son enfant à se faire comprendre dans certaines situations, mais qui, de ce fait, ralentit le développement de l'autonomie de son enfant à se faire comprendre par lui-même (WHO, 2013).

En termes de prises en charge logopédiques, le recours à ce modèle intégratif permet d'identifier pour chacun des composants du modèle des objectifs ciblés d'intervention (cf. Tableau 1) et de vérifier que ces objectifs sont socialement appropriés, en tenant compte des buts de la personne (McLeod & Bleile, 2004).

Composant	Description
Fonctions organiques et structures anatomiques	<p>Structures anatomiques : interventions médicales ou prothétiques permettant d'améliorer les structures auditives, les structures impliquées dans la voix ou la parole (ex. fente palatine), les structures neurologiques, les structures du tractus vocal, du système respiratoire et du larynx, du cerveau et du système nerveux.</p> <p>Fonctions organiques : augmenter la production et la qualité de la voix et de la parole, l'intelligibilité, la fluidité et le rythme de la parole, l'acuité et la discrimination auditives, la déglutition, la mémoire, l'attention, le fonctionnement cognitif.</p>
Activités et Participation	<p>Activités : augmenter la compréhension du langage, l'utilisation du langage (ex. LME, syntaxe, sémantique), l'utilisation des technologies (ex. CAA), l'utilisation de la communication non verbale (ex. demandes en utilisant le PECS), les habiletés de lecture et d'écriture (ex. décodage), la conscience phonologique et la production de récits.</p> <p>Participation : augmenter la capacité à converser et interagir avec les autres (ex. commencer, terminer, poursuivre une conversation), améliorer les relations interpersonnelles (ex. créer et maintenir des amitiés), augmenter l'engagement dans le jeu avec les pairs, l'implication dans les activités scolaires ou extra scolaires, de lecture de livres ou autres activités à la maison.</p>
Facteurs contextuels	<p>Facteurs environnementaux : supports et relations sociales et familiales, accès aux services de soin, attitudes des autres, croyances culturelles, accès aux supports et à la technologie (ex. CAA), systèmes et politiques de soins de santé, mettre en place des adaptations scolaires.</p> <p>Facteurs personnels : âge, habitudes de vie, niveau socio-économique, autres conditions de santé, éducation, style d'adaptation.</p>

Tableau 1 : exemples d'intervention en logopédie selon les composants de la CIF, traduit de Cunningham et al., 2017, tableau 2, p. 449.

L'impact fonctionnel des troubles

La prise en considération des conséquences des déficits sur la vie des patients (limitation des activités et de la participation) et non seulement des déficits eux-mêmes est également au cœur de la notion d'impact fonctionnel. Celui-ci fait maintenant partie des critères de diagnostic de nombreuses pathologies (ex. TDL, TDAH, etc.). Dans le consensus Catalise pour le TDL, il est défini comme « un impact significatif sur les interactions sociales de la vie de tous les jours ou des apprentissages » (Bishop et al., 2017, 1070). Les différents impacts fonctionnels d'un trouble peuvent être nombreux et dépasser la communication. Lorsque les familles de patients sont interrogées sur les difficultés rencontrées, elles rapportent une grande variété d'impacts, de stratégies déployées pour y faire face et une grande variabilité par rapport au contexte (interlocuteurs, lieux, tâches, adaptations) (Maillart & al., 2024).

De la même façon que la mobilité d'une personne en chaise roulante est entravée différemment selon qu'elle se trouve sur un trottoir large et plan ou face à une volée d'escalier, les situations de handicap de communication dépendent du contexte. Une même personne peut être capable de communiquer efficacement et de façon fluide avec certains interlocuteurs mais pas avec d'autres, dans certaines situations précises ou pour des tâches particulières. Il nous suffit d'être nous-mêmes dans un pays dont nous ne maîtrisons pas la langue pour expérimenter le fait de se sentir dans une situation de handicap de communication. Par conséquent, la meilleure façon d'évaluer l'impact fonctionnel est d'interroger des interlocuteurs différents, de multiplier les contextes d'observation et les activités observées. Cela se traduit donc par des évaluations multidisciplinaires ou interdisciplinaires. Interroger des enseignants donnera des informations sur l'impact des troubles sur l'apprentissage ou sur les interactions sociales entre les enfants. Les familles pourront parler du retentissement des troubles sur leur vie quotidienne et détailler les interactions avec des personnes familières. Des psychologues seront davantage attentifs à l'impact sur la régulation émotionnelle ou sur l'estime de soi. Enfin, les logopèdes, comme spécialistes de la communication, seront eux davantage sensibles aux restrictions à la participation à la communication (Breault et al., 2019).

La participation à la communication & les partenaires de communication

La *participation à la communication*³ est définie différemment chez l'adulte et chez l'enfant. Chez l'adulte, Eadie et al. (2006, p.309) proposent de la considérer comme « le fait de prendre part à des situations de vie où des connaissances, des informations, des idées ou des sentiments sont échangés. Cela peut être sous forme de discussion, d'écoute, de lecture, d'écriture ou de moyens non verbaux de communication ». Chez l'enfant, il s'agira du « fait de comprendre et d'être compris dans un contexte social, en appliquant des habiletés de communication verbales et non verbales » (Singer et al., 2020, p.1801).

Dans les deux cas, participer à la communication implique une interaction avec des interlocuteurs, c'est-à-dire des partenaires de communication. Dans le champ de la communication alternative et améliorée (CAA), les *partenaires de communication* sont définis comme étant « tout individu engagé dans des interactions communicatives avec une personne communiquant via un système de CAA » (Shire & Jones, 2015). Cette définition pourrait être étendue de façon plus large à « tout individu engagé dans des interactions communicatives », indépendant de la forme ou du moyen adopté pour la communication. Il nous semble en effet que parler de partenaire de communication et non uniquement d'interlocuteur permet d'insister sur le partenariat et l'engagement nécessaire pour soutenir l'interaction avec une personne en situation de handicap de communication.

Comment soutenir la participation à la communication ?

Dès les premiers jours de la vie, la communication s'apprend dans l'interaction, par les échanges avec d'autres. Les interactions avec des partenaires de communication sont donc à la fois le lieu et le moteur de l'apprentissage du langage et de la communication. L'apprentissage est ancré dans un contexte, un lieu. Comme l'engagement et la motivation sont des facteurs essentiels pour soutenir les apprentissages, les contextes privilégiés sont composés de situations

³ Dans la littérature internationale, on utilise la notion de « *communicative participation* » qui peut aussi se traduire par participation communicative. Il nous semblait que la « participation à la communication » en était une traduction plus claire.

réelles, authentiques, au sein des lieux de vie (famille, école, travail, loisir, etc.). Trop souvent, les interventions que nous réalisons sont décontextualisées. Une revue sur les modalités d'intervention pour les patients ayant un trouble de communication sévère suggérait que plus de 50% des interventions réalisées l'étaient en dehors des lieux de communication naturelle (Snell et al., 2010). Les interactions sont également le moteur de l'apprentissage : la quantité mais surtout la qualité (Anderson et al., 2021) du langage adressé jouent un rôle essentiel pour le développement des habilités en communication. Former les partenaires de communication et les inclure à nos prises en charge est une façon efficace d'assurer un meilleur transfert des apprentissages dans des lieux naturels de communication. Plus généralement, les deux moyens efficaces pour soutenir la participation à la communication sont d'une part, l'augmentation du nombre de partenaires de communication et d'autre part, l'augmentation du nombre d'opportunités de communication. Vivre des expériences communicatives et sociales riches et variées est un vecteur puissant pour développer ses compétences communicatives. Or, il est largement documenté que les personnes qui ont des troubles de la communication ne bénéficient pas de la même durée d'interaction ou d'activités conversationnelles que leurs pairs (Alston & James-Roberts, 2005).

Augmenter le nombre de partenaires de communication

Afin d'augmenter le nombre de partenaires de communication, il est utile de pouvoir en évaluer le nombre. C'est l'un des objectifs de « l'inventaire des réseaux sociaux » développé en 2003 par Blackstone et Hunt. Cet outil aide à identifier les différents partenaires de communication dans la vie d'une personne et à évaluer la qualité de ces interactions. Les partenaires de communication y sont classés en plusieurs cercles concentriques, représentant la proximité relationnelle avec l'interlocuteur (voir figure 2).

Le premier cercle « *Familles et amis très proches* » reprend les personnes les plus proches de la personne, celles qui ont des interactions les plus fréquentes. Les personnes de ce cercle connaissent bien les besoins et préférences de communication de la personne. Il s'agit des partenaires essentiels pour les besoins quotidiens

(ex. parent, frères et sœurs, conjoint, meilleur ami).

Le deuxième cercle « *Amis et famille élargie* » comprend les amis proches et les membres de la famille élargie qui ne sont pas aussi proches que ceux du premier cercle mais qui jouent un rôle important dans la vie de la personne (ex. amis, grands-parents, oncle/tante, cousin, etc.).

Le troisième cercle « *Connaissances* » regroupe les personnes connues et avec lesquelles il y a des interactions régulières, sans faire partie d'un cercle amical proche ou familial (ex. les collègues de travail, les voisins ou d'autres personnes pouvant être rencontrées dans des contextes sociaux ou professionnels).

Le quatrième cercle « *Professionnels payés* » est composé des individus qui interagissent avec la personne dans le cadre de leur travail. Il peut y avoir une interaction régulière mais le lien est principalement professionnel (ex. professionnels de l'éducation-enseignant, éducateur – ou professionnels de la santé – médecins, paramédicaux, etc.).

Le cinquième cercle « *Inconnus et partenaires occasionnels* » englobe les personnes avec lesquelles l'individu a des interactions occasionnelles, souvent de nature très brève (ex. commerçants, etc.).

L'approche proposée par Blackstone et Hunter (2003) prévoit trois étapes. Premièrement, les personnes avec lesquelles l'individu communique régulièrement sont cartographiées au sein des cinq cercles présentés ci-dessus. On évalue ensuite la qualité et la nature des interactions avec chaque cercle, en cherchant à repérer les stratégies efficaces mais aussi les défis rencontrés et la satisfaction de la personne quant à ces interactions. Enfin, la dernière étape vise à planifier des interventions pour soutenir les opportunités de communication dans les différents cercles. Celles-ci peuvent inclure la formation des partenaires de communication, l'introduction de moyens de suppléances à la communication (CAA) ou l'adaptation de méthodes de communication selon les besoins identifiés. Blackstone (2005) en illustre la démarche, avec l'intervention fonctionnelle proposée, chez un jeune enfant porteur d'un syndrome de Down

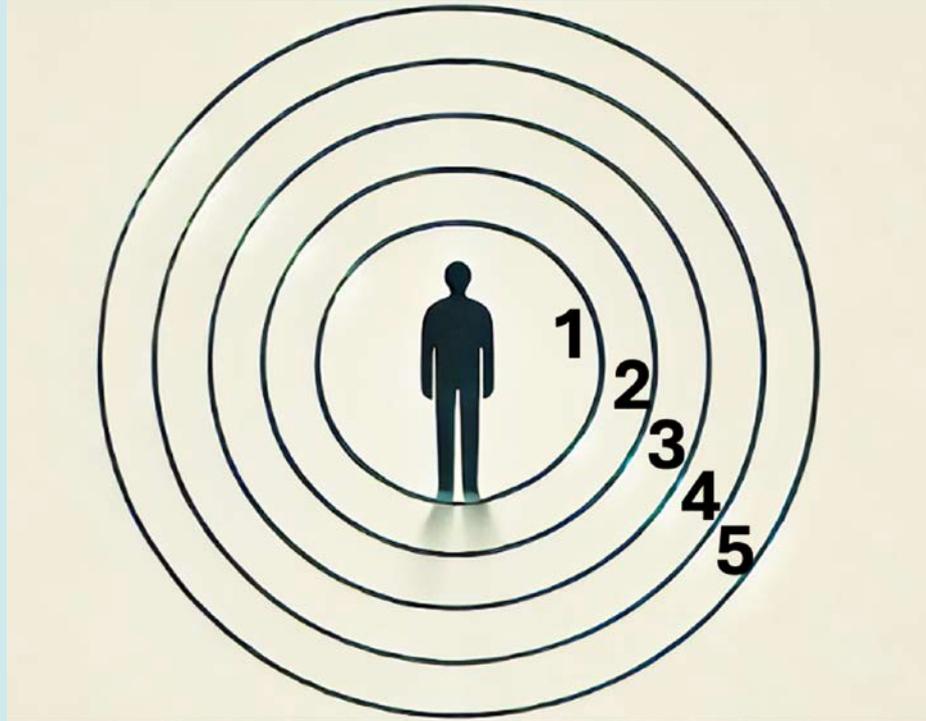


Figure 2. Les 5 cercles de partenaires de communication, d'après Blackstone & Hunt (2003).

Quels objectifs pour augmenter les opportunités de communication ?

La nature de la formation proposée aux partenaires de communication dépend des objectifs visés par l'intervention. Or, ceux-ci peuvent varier selon les partenaires et leurs rôles. À nouveau, les travaux réalisés dans le domaine de la CAA peuvent être une source d'inspiration. Beukelman et Light (2020) ont ainsi recensé différents objectifs thérapeutiques selon les partenaires de communication ciblés (cf. tableau 2), avec un point commun pour tous : le recours à des stratégies interactives efficaces.

Deux cibles d'intervention sont généralement visées pour améliorer la qualité des interactions : d'une part, renforcer la réactivité et, d'autre part, augmenter la fréquence et la variété des stratégies soutenant le langage. La réactivité, définie comme l'ensemble des réponses verbales et non verbales d'un adulte face aux tentatives de communication, de comportements de jeux ou de contacts visuels, prédit mieux le niveau langagier des enfants que le nombre d'initiations de leurs mères et est affectée dès qu'il y a un trouble du

développement, quel que soit l'âge de la personne (Tamis-LeMonda et al., 2001, Hudson et al., 2015). Apprendre à détecter les tentatives de communication, même minimes, et à y répondre adéquatement est une cible importante à travailler avec les partenaires de communication. De la même manière, le nombre et la variété des stratégies langagières sont affectés lorsqu'on interagit avec une personne présentant des difficultés langagières (Vigil et al., 2005). Les partenaires de communication ont tendance à dominer et interrompre les interactions avec des questions ; ils fournissent peu d'opportunités de communication, souvent parce qu'ils n'ont pas, eux-mêmes, bénéficié de modèles quant à la façon d'interagir avec une personne présentant des difficultés langagières. Par conséquent, un entraînement spécifique aux stratégies d'étayage ou au soutien aux habiletés conversationnelles avec une personne en situation de handicap communicationnel doit faire partie des objectifs d'intervention.

Partenaires de communication et rôles	Connaissances et aptitudes à maîtriser
Membres de la famille	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les stratégies interactives et soutenir une communication efficace ; • Plaider pour réduire les différentes barrières d'opportunité ; • Coordonner des services, si nécessaire ; Si CAA ; <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir et développer le soutien à la CAA pour une personne spécifique ; • S'assurer du positionnement adéquat pour l'utilisation de la CAA ; • Former d'autres à la CAA quand c'est nécessaire ; • ...
Enseignants / éducateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les stratégies interactives et soutenir une communication efficace ; • Maintenir et développer les supports ; Si CAA ; <ul style="list-style-type: none"> • Adapter du matériel de façon à soutenir la communication des utilisateurs de CAA ; • Utiliser des stratégies EBP pour l'apprentissage chez les utilisateurs de CAA ; • S'assurer du positionnement adéquat pour l'utilisation de la CAA.
Amis	Utiliser les stratégies interactives pour avoir des interactions efficaces et soutenues avec une personne en situation de handicap de communication.
Membres de la communauté	Utiliser les stratégies interactives (si nécessaire appropriées à la CAA) pour avoir des interactions efficaces avec un but précis (ex. faire un achat nécessaire, commander du pain, etc.).
Professionnels de santé	Utiliser des stratégies interactives appropriées pour comprendre les besoins médicaux d'une personne en situation de handicap de communication afin de leur permettre de leur communiquer des options (décision partagée)...

Tableau 2. Objectifs des interventions selon les différents partenaires de communication, tableau traduit et adapté de Beukelman & Light (2020, p.128).

Former les partenaires de communication : comment s'y prendre ?

Maintenant que nous avons clarifié les objectifs et les cibles de l'intervention, il est temps de s'interroger sur la façon dont on peut former et entraîner les partenaires de communication à appliquer ces objectifs. Cette approche s'inscrit dans les interventions indirectes : bien que le patient soit la cible finale de l'intervention, le travail du thérapeute, ici le logopède, cible le partenaire de communication qui lui-même, indirectement, soutiendra la personne qui a des besoins de communication. La mise en œuvre de l'intervention repose, par conséquent, sur des stratégies recommandées pour la formation d'adulte. Celles-ci consistent à construire les nouveaux apprentissages en lien avec les connaissances préalables, à décrire explicitement et à illustrer le contenu de l'apprentissage, à fournir des opportunités de les appliquer activement, à généraliser le contenu appris dans un contexte réel et à faire intervenir la métacognition tout au long du processus (réflexion, auto-régulation). Idéalement,

ces différentes stratégies devraient être combinées (voir Maillart & Fage, 2020 pour une présentation plus détaillée).

Haring Biel et al., (2020) ont regroupé les principes d'apprentissage sous-jacents à l'entraînement des adultes en vue de soutenir la communication en quatre fonctions : 1) le partage d'informations à propos des stratégies soutenant le langage (en quoi cela consiste, pourquoi c'est utile et quelles sont les preuves d'efficacité de leurs effets) ; 2) le modelage des stratégies de facilitation qui permet à l'adulte d'observer quelqu'un d'autre qui implémente l'intervention ; 3) l'indigage, la guidance ou l'étayage qui visent à soutenir l'utilisation des stratégies de facilitation ; 4) la rétroaction, soit fournir des feedbacks sur la fréquence et la précision de l'utilisation des stratégies de facilitation. Ces principes pourraient être résumés en : dire ce qu'on doit faire (1), montrer ce qu'il faut faire (2), aider à faire (3), analyser et réfléchir sur ce qu'on fait (4).

Conclusion

Plusieurs messages clés peuvent être dégagés de cet article :

- il est essentiel d'inclure la participation à la communication dans les objectifs des prises en charge logopédiques ;
- l'entourage doit être envisagé de façon large, via les différents partenaires de communication (famille, amis, école, environnement professionnel, etc.) ;
- l'augmentation du nombre de partenaires de communication et des opportunités de communication sont des objectifs importants pour améliorer la participation à la communication ;
- la prise en charge logopédique doit donc prévoir la sensibilisation et la formation des partenaires de communication.

BIBLIOGRAPHIE

- Alston, E., & James-Roberts, I. S. (2005). Home environments of 10-month-old infants selected by the WILSTAAR screen for pre-language difficulties. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 40(2), 123-136.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2016). *Scope of practice in speech-language pathology* [Scope of practice].
- Beukelman, D., & Light, J. (2020). *Augmentative and alternative communication : Supporting children and adults with complex communication needs*.
- Bishop, D., Snowling, M.J., Thompson, P.A., Greenhalgh, T., & CATALISE-2 consortium (2017). Phase 2 of CATALISE : a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development : Terminology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 58(10), 1068-1080.
- Blackstone, S. W. (2005). Social Networks and Its Use in School-Based Settings. *Perspectives on School-Based Issues*, 6(4), 13-16.
- Blackstone, S. W. & Hunt Berg, M. (2003). *Social Networks : a communication inventory for individuals with severe communication challenges and their communication partners*. Monterey, CA : Augmentative Communicative ; Inc.
- Breault, C., Béliveau, M. J., Labelle, F., Valade, F., & Trudeau, N. (2019). Le trouble développemental du langage (TDL) : mise à jour interdisciplinaire. *Neuropsychologie clinique et appliquée*, 3, 64-81.
- Cunningham, B. J., Washington, K. N., Binns, A., Rolfe, K., Robertson, B., & Rosenbaum, P. (2017). Current methods of evaluating speech-language outcomes for preschoolers with communication disorders : A scoping review using the ICF-CY. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(2), 447-464.
- Eadie, T. L., Yorkston, K. M., Klasner, E. R., Dudgeon, B. J., Deitz, J. C., Baylor, C. R., Miller, R. M., & Amtmann, D. (2006). Measuring communicative participation : a review of self-report instruments in speech-language pathology. *American journal of speech-language pathology*, 15(4), 307-320.
- Fougeyrollas P, Barral C, Castelein P, Korpes JL, Robin JP, Bergeron H, Cloutier R, Côté J, St-Michel G. (2018) *Classification internationale Modèle de développement humain-Processus de production du handicap*. RIPPH.
- Haring Biel, C., Buzhardt, J., Brown, J. A., Romano, M. K., Lorio, C. M., Windsor, K. S., Kaczmarek, L. A., Gwin, R., Sandall, S. S., & Goldstein, H. (2020). Language interventions taught to caregivers in homes and classrooms : A review of intervention and implementation fidelity. *Early Childhood Research Quarterly*, 50, 140-156.

Maillart, C., & Fage, C. (2020). Collaborer avec l'entourage pour mieux implémenter une CAA. *Travaux neuchâtelois de linguistique*, (73), 49-61.

Maillart, C., Vangeebergen, Z., & Leclercq, A. L. (2024). Trouble développemental du langage : identifier les impacts fonctionnels et les stratégies déployées pour les atténuer. *ANAE : Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 190(juin).

McLeod, S., & Bleile, K. (2004). The ICF : a framework for setting goals for children with speech impairment. *Child Language Teaching and Therapy*, 20(3), 199-219.

Shire, S. Y., & Jones, N. (2015). Communication partners supporting children with complex communication needs who use AAC : A systematic review. *Communication Disorders Quarterly*, 37(1), 3-15.

Singer, I., Klatte, I. S., Welbie, M., Cnossen, I. C., & Gerrits, E. (2020). A Multidisciplinary Delphi Consensus Study of Communicative Participation in Young Children With Language Disorders. *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR*, 63(6), 1793-1806.

Slonims, V., & McConachie, H. (2006). Analysis of mother-infant interaction in infants with Down syndrome and typically developing infants. *American journal on mental retardation*, 111(4), 273-289.

Vigil, D. C., Hodges, J. & Klee, T. (2005) : Quantity and quality of parental language input to late-talking toddlers during play. *Child Language Teaching and Therapy*, 21(2), 107-122.

Washington, K. (2007) Using the ICF within speech-language pathology : Application to developmental language impairment, *Advances in Speech Language Pathology*, 9 :3, 242-255.

Westby, C., & Washington, K. N. (2017). Using the International Classification of Functioning, disability and Health in assessment and intervention of school-aged children with language impairments. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 48(3), 137-152.

World Health Organization (2001) : *ICF. International classification of functioning, disability and health*. Geneva : WHO.

World Health Organization (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health : Children & Youth Version : ICF-CY*. Geneva : WHO.

World Health Organization (2013). *How to use the ICF : A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Exposure draft for comment. Geneva : WHO