

Université Abderrahmane Mira Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et d'Orthophonie

Spécialité Pathologies du Langage et de la Communication
Niveau Master 1

Chargée du Cours: Mme MEKHOUKH

Intitulé de la matière: Dépistage, intervention Précoce et Accompagnement des Familles

- Nature de l'unité: Découverte
- Crédits: 01
- Coefficient: 01
- Semestre: 01
- Chargée du cours: Mme MEKHOUH

Les objectifs de la matière

- **Fournir à l'étudiant des connaissances scientifiques approfondies et une compréhension des différentes théories et recherches actuelles sur le dépistage et l'intervention précoces**
- **fournir à l'étudiant des connaissances sur le développement global, et la santé psychique de l'enfant**
- **Former l'étudiant sur le concept de l'accompagnement familial, et démontrer l'importance de la mise en œuvre de la famille, notamment les parents, dans la prise en charge de leurs enfant ayant un besoin spécifique.**

Les près-requis

- **Avoir des connaissances dans le domaine de l'handicap**
- **Avoir des connaissances sur les étapes de l'éducation de l'enfant**

Les capacités à acquérir

- Avoir des connaissances sur le contenu du dépistage précoce
- Avoir des connaissances sur le rôle de l'orthophoniste dans la phase initiale de la prise en charge des sujets à besoin spécifique
- Avoir des connaissances sur les stratégies de l'accompagnement familiale

محتوى المادة:

- المحاضرة (01): مدخل إلى الكشف المبكر كطريقة وكنظام وتحديد المصطلحات
- المحاضرة (02): أهمية التدخل والكشف المبكر للأطفال ذوي الإعاقة
- المحاضرة (03): طرق و أساليب الكشف و الدخول المبكر في مجال الإعاقة التواصلية1
- المحاضرة (04): طرق و أساليب الكشف و الدخول المبكر في مجال الإعاقة التواصلية2
- المحاضرة (05):أنواع الإعاقات التي يصعب اكتشافها في وقت مبكر
- المحاضرة (06):الفرق بين الكشف والتشخيص المبكر
- المحاضرة (07):خطوات الكشف والتدخل في الإعاقة التواصلية

- المحاضرة (08): التدابير المتخذة لاكتشاف الإعاقة في مرحلة مبكرة
- المحاضرة (09): مفهوم المرافقة العائلية
- المحاضرة (10): النظريات الاجتماعية و النظامية و مبدا المرافقة العائلية
- المحاضرة (11): اتجاهات التدخل المبكر: مبدا و أهداف المرافقة العائلية
- المحاضرة (12): دور الأترطرفوني في المرحلة المبكرة مع الطفل المعاق و عائلته
- المحاضرة (13): التحالف العلاجي و مستويات المرافقة العائلية
- المحاضرة (14): المرافقة العائلية و انواعها
- المحاضرة (15): امتحان (تقييم المعارف المكتسبة)

1.introduction au dépistage précoce comme méthode et dispositif et définition des concepts.

- **Introduction au dépistage précoce : méthode, dispositif et concepts**
- **Le dépistage précoce constitue aujourd'hui une démarche centrale dans les politiques de prévention et d'intervention en santé, en éducation et en développement de l'enfant.**

- **1.1 Définition du dépistage précoce**
- **Le dépistage précoce désigne l'ensemble des méthodes et dispositifs visant à identifier, le plus tôt possible, les signes de risque ou de troubles susceptibles d'affecter le développement cognitif, langagier, moteur, ou socio-émotionnel de l'enfant, afin de mettre en place une prise en charge adaptée avant que les difficultés ne s'aggravent (HAS, 2018 ; Ministère Français de la Santé, 2022).**

- Selon l'**Organisation mondiale de la santé (OMS, 2020)**, le dépistage est une « stratégie systématique de recherche de cas dans une population asymptomatique, dans le but de détecter une maladie ou un trouble à un stade précoce, où l'intervention est plus efficace et moins coûteuse ».
- Dans le champ de la **pédagogie et de la neuropsychologie de l'enfant**, le **dépistage précoce** se définit comme « un ensemble de procédures standardisées visant à repérer les enfants à risque de retard ou de trouble développemental avant l'âge scolaire » (Ziegler & Giallo, 2017 ; Snowling & Hulme, 2021).

- **1.2.Le dépistage précoce comme méthode**

- En tant que **méthode**, le dépistage précoce repose sur des **outils d'évaluation standardisés et validés**, des **observations systématiques** et des **questionnaires** remplis par les parents, enseignants ou professionnels de santé. Ces méthodes permettent de recueillir des **indicateurs objectifs et comportementaux** de risque, par exemple dans les domaines du **langage**, de la **motricité**, de la **lecture**, ou encore des **fonctions exécutives** (Boivin et al., 2019 ; Bishop et Snowling, 2019).

- Le dépistage méthodique implique :
- une **sensibilité élevée** (pour identifier un maximum d'enfants à risque),
- une **spécificité suffisante** (pour limiter les faux positifs),
- et un **suivi longitudinal** permettant de distinguer les retards transitoires des troubles persistants (Thal et al., 2017 ; Dockrell & Marshall, 2020).

- **1.3.Le dépistage précoce comme dispositif**
- En tant que **dispositif**, le dépistage s'inscrit dans un **cadre institutionnel et interdisciplinaire**. Il mobilise des acteurs de la santé (pédiatres, orthophonistes, psychologues), de l'éducation (enseignants, psychologues scolaires) et du social (travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés) (Ministère Français des Solidarités et de la Santé, 2022).

- Les dispositifs peuvent être :
- **Généralisés**, intégrés à la surveillance développementale de tous les enfants (ex. bilans de santé en école maternelle) ;
- ou **ciblés**, orientés vers des groupes à risque (enfants prématurés, antécédents familiaux, difficultés langagières, etc.) (Glascoe & Marks, 2011 ; Kuhl et al., 2014).

- **2/ L'importance du dépistage et de l'intervention précoce auprès des enfants ayant un besoin spécifique**
- **Les premières années de vie sont primordiales pour le développement sain de l'enfant, car les connexions neurologiques et la formation du cerveau sont profondément établies pendant la petite enfance.**
- **Selon les études, le développement du cerveau fondé sur l'expérience dans les premières années de vie a des effets à long terme sur la santé, l'apprentissage et le comportement.**
- **Ainsi, le dépistage et l'intervention précoces favorisent de meilleurs résultats.**

- **1. Identifier les retards de communication avant l'âge scolaire.**
- **2. Orienter rapidement vers une évaluation spécialisée (orthophoniste, psychologue, neuropédiatre).**
- **3. le dépistage et l'intervention précoces améliorent le développement de l'enfant ayant des besoins particuliers et le préparent mieux pour l'école.**
- **4. Ils permettent aux parents et aux familles d'obtenir de l'information et de l'aide qui les soutiennent et les habilitent à leur tour pour mieux accompagner et aider l'enfant.**
- **5. Ils permettent d'améliorer la vie de l'enfant et de lui offrir plus de possibilités.**
- **6. Ils orientent les intervenants et les spécialistes vers les outils et les moyens qui leur permettent de mieux comprendre et soutenir l'enfant ayant des besoins particuliers et ses parents!**

- **3/ Les méthodes et techniques de dépistage et d'intervention dans le domaine de l'handicap de communication**
- **3/1. Les outils et les techniques de dépistage précoce**

A/ l'observation: elle est basique pour le dépistage précoce, et elle est de deux types:

- **L'observation clinique du développement communicatif : L'observation clinique du regard, du babillage, des gestes, et des premières interactions sociales constitue la première méthode de dépistage (Tager-Flusberg et al., 2017)**
- **Les grilles d'observation développementale (ex. Ages & Stages Questionnaires – Communication de Squires et Bricker, 2009) sont utilisées par les professionnels de la petite enfance.**

B/Les Tests standardisés de langage précoce

- **MacArthur–Bates Communicative Development Inventories (CDI) :**
questionnaires parentaux évaluant le vocabulaire et la gestuelle chez l'enfant de 8 à 30 mois (Fenson et al., 2007).
- **DELPH (Dépistage du Langage Parental et Hospitalier) :** outil francophone permettant le repérage des retards de langage dès 2 ans (Vamecq, 2018).
- **PLS-5 (Preschool Language Scale, 5e édition) :** mesure de la compréhension et de l'expression du langage oral dès 0–7 ans (Zimmerman et al., 2011).

- **C/ Outils de dépistage des troubles associés**
- **M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised)** : outil internationalement validé pour le repérage précoce des **troubles du spectre de l'autisme (TSA)** (Robins et al., 2014).
- **Children's Communication Checklist (CCC-2) de Bishop (2003)** : permet d'évaluer les troubles de la **communication pragmatique**, fréquents dans les TDL ou les TSA.

- **3.2. Les méthodes et techniques d'intervention précoce**

- **A/Principes généraux**

- Intervenir **avant 6 ans**, période de forte **plasticité cérébrale** (Shonkoff & Phillips, 2000 ; Knudsen, 2004).
- Mettre en place des programmes **individualisés et centrés sur la communication fonctionnelle**.
- Favoriser la **participation des parents** comme co-thérapeutes (Roberts & Kaiser, 2015).

- **2. Techniques principales d'intervention**
- **a/ Stimulation du langage naturel**
- **Modèle Hanen – “It Takes Two to Talk”** : programme canadien de guidance parentale favorisant les interactions verbales dans la vie quotidienne (Girolametto et al., 2002).
- **Stimulation langagière en contexte** : jeux symboliques, comptines, lecture partagée, narration interactive (Bruner, 1983).
- **Interventions phonologiques précoces** pour améliorer la conscience phonémique chez les enfants à risque de troubles de lecture (Ziegler & Goswami, 2005).

- **b/ Interventions comportementales et développementales**
- **Early Start Denver Model (ESDM)** : approche intégrée du développement social, cognitif et langagier pour les jeunes enfants autistes (Rogers & Dawson, 2010).
- **ABA (Applied Behavior Analysis)** : méthode d'apprentissage fondée sur le renforcement positif des comportements communicatifs (Lovaas, 1987).
- **DIR/Floortime (Greenspan & Wieder, 1997)** : développement des capacités de communication par le jeu et la relation affective.

- **c/ Moyens alternatifs et augmentatifs de communication (CAA)**
- Utilisation de **pictogrammes, gestes, signes (Makaton), tablettes ou logiciels de communication** pour soutenir la compréhension et l'expression (Light & McNaughton, 2012).
- Ces outils sont efficaces aussi bien pour les enfants atteints de **TSA** que pour ceux ayant des **troubles moteurs ou un retard global du développement**.

- **d/ Partenariat avec la famille et l'école**
- Les parents sont formés pour intégrer les techniques de stimulation au quotidien (Roberts & Kaiser, 2015).
- La **collaboration avec les enseignants** garantit la généralisation des acquis en contexte scolaire (UNESCO, 2020).

5/Les types de handicaps les plus difficiles à dépister précocement

s'il y a des handicaps faciles à reconnaître et à détecter dès les premières périodes de la vie, d'autres restent difficiles à dépister précocement soit en raison de leur nature complexe, ou leur impacte léger sur le développement, tels que :

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) à expression subtile :

Les formes légères ou dites « de haut niveau » du spectre autistique, notamment le syndrome d'Asperger, sont souvent difficiles à repérer avant l'âge de 3-4 ans. Les signes précoces (retard de langage, altération du contact visuel, comportements répétitifs) peuvent être discrets ou confondus avec des variations normales du développement. (HAS, 2018) (Zwaigenbaum et al., 2015)

- **Les troubles du langage oral (ou trouble développemental du langage – TDL)**
- Où les difficultés langagières peuvent passer inaperçues avant l'âge de 4-5 ans, car un certain retard de langage est parfois considéré comme « transitoire ». Ainsi, la distinction entre retard simple et trouble persistant nécessite une observation prolongée (Bishop et al., 2017), notamment que les symptômes initiaux (retard lexical, erreurs de syntaxe) peuvent être minimisés, surtout dans les milieux défavorisés où les variations linguistiques sont fréquentes (INSHEA, 2021).
- **Les troubles du développement moteur légers (dyspraxies / TDC):**
- Le trouble développemental de la coordination (TDC) est souvent confondu avec une maladresse ordinaire dans la petite enfance. De ce fait, Selon Blank et al. (2019), le repérage avant 5 ans est difficile, car les critères diagnostiques reposent sur des activités scolaires (graphisme, habillage, coordination motrice fine). La deuxième des raisons d'après la CIM-11 (OMS, 2022) qui précise que l'évaluation nécessite des tests standardisés rarement utilisés en crèche ou en maternelle.

- **Les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)**
- Chez les jeunes enfants, les comportements d'inattention ou d'agitation sont souvent interprétés comme des caractéristiques normales du développement.
- D'après (APA, 2022), le diagnostic avant 6 ans est rare, car les manifestations varient selon le contexte (famille, école, jeux). Tandis que Cohen et al. (2018) soulignent que le repérage précoce dépend fortement de la sensibilité des enseignants et des outils de dépistage.
- **. Les déficiences intellectuelles légères**
- Les formes légères de déficience intellectuelle sont souvent non repérées avant l'entrée à l'école, car les enfants peuvent présenter un développement moteur et langagier apparemment normal. Selon Lussier et Flessas (2019), les difficultés cognitives apparaissent surtout lors des apprentissages symboliques (lecture, numération). De son côté L'OMS (2022) note que les retards cognitifs mineurs nécessitent une évaluation longitudinale, ce qui retarde le dépistage.

- **Certaines surdités progressives ou troubles visuels qui se manifestent tardivement ou par des signes discrets (détournement du regard, difficulté d'attention).**
- Bucci et al. (2020) indiquent que le dépistage précoce repose sur des tests spécialisés souvent absents du suivi de routine:
- Dans le cas des surdités légères, la perte auditive n'est parfois détectée qu'à l'entrée à l'école.

• **En résumé**

Type de handicap	Difficulté principale de dépistage	Âge moyen de repérage
TSA à expression légère	Variabilité des signes, compensation sociale	4-6 ans
TDL (trouble du langage oral)	Confusion avec retard simple	5 ans
TDC / dyspraxie	Confusion avec maladresse normale	5-6 ans
TDA/H	Variabilité contextuelle du comportement	6-7 ans
Déficiência intellectuelle légère	Difficultés scolaires tardives	7-9 ans
Troubles sensoriels progressifs	Absence de signes nets au début	variable

6/La différence entre le dépistage précoce et le diagnostic précoce

• a. Le dépistage précoce

- Selon Kramer et al. (2019), le dépistage repose sur « l'identification systématique d'individus présentant un risque accru d'un trouble donné, afin de favoriser une évaluation et une prise en charge précoces ».
- De même, Leclercq (2016) souligne que « le dépistage vise à repérer les anomalies de développement avant qu'elles ne s'aggravent, en vue d'une orientation rapide vers les services compétents »

- Le dépistage précoce désigne l'ensemble des procédures, tests ou observations visant à identifier le plus tôt possible les enfants qui présentent des signes de risque ou de vulnérabilité de développement, avant même que les troubles ne soient clairement établis.
- Il ne s'agit pas d'un acte médical de confirmation, mais d'une étape de repérage permettant d'orienter l'enfant vers une évaluation plus approfondie (diagnostic).
- **Objectif de dépistage précoce** : détecter des signes d'alerte pour intervenir rapidement.

Acteurs de dépistage précoce : enseignants, éducateurs, psychologues scolaires, orthophonistes, infirmiers, etc.

- **Outils de dépistage précoce** : grilles d'observation, questionnaires de développement, outils standardisés de repérage (par ex. M-CHAT pour l'autisme).

- **b. Le diagnostic précoce**

- **Comme le précise Bishop et Snowling (2004), « le diagnostic repose sur l'évaluation des capacités de l'enfant au regard de normes développementales établies, afin d'identifier un trouble spécifique du langage, de la communication ou de l'apprentissage »**
- **Selon Haute Autorité de Santé (HAS, 2018), le diagnostic précoce permet « de confirmer la présence d'un trouble neurodéveloppemental et d'en déterminer la nature exacte pour adapter la prise en charge »**

- Le diagnostic précoce, quant à lui, correspond à une évaluation clinique approfondie réalisée par un professionnel de santé qualifié (médecin, psychologue clinicien, orthophoniste, pédopsychiatre, etc.), permettant de confirmer ou d'infirmer la présence d'un trouble spécifique. Il s'appuie sur des critères médicaux ou psychologiques précis, comme ceux de la CIM-11 ou du DSM-5, et nécessite l'administration d'outils standardisés d'évaluation (tests cognitifs, langagiers, comportementaux...).
- **L'objectif du diagnostic précoce:** poser un diagnostic différentiel c'est formuler un plan d'intervention adapté.
- **Les acteurs du diagnostic précoce :** professionnels de santé spécialisés.
- **Les outils du diagnostic précoce :** bilans cliniques, tests normés, observations directes, entretiens familiaux.

7/Les étapes du dépistage et de l'intervention précoce dans l'handicap de communication

• 7.1.Les étapes du dépistage précoce

- Pour identifier rapidement les enfants présentant un risque de troubles de la communication (langage oral, compréhension, expression, interaction sociale...), selon Bishop et al. (2017), cette démarche repose sur plusieurs phases successives et coordonnées :
- **a. L'observation et le repérage initial:** sont réalisés généralement par les parents, les professionnels de santé (médecin, pédiatre, infirmier, éducateur) ou les enseignants.
- Cette étape consiste à repérer les signes d'alerte : retard de parole, manque de babillage, absence de mots à 2 ans, incompréhension du langage, ou interactions sociales pauvres. Ces observations sont souvent guidées par des outils de repérage (ex. : questionnaires

- **b. Évaluation standardisée (dépistage formel):**
- **Utilisation d'outils standardisés pour évaluer la communication, le langage et le développement cognitif.**
- **Son objectif est de confirmer le risque et orienter le sujet vers un diagnostic spécialisé si nécessaire.**
- **Exemples d'outil :EVALO 2-6 pour le langage oral (Khomsi, 2011)**
- **PLS-5 (Preschool Language Scale) pour la compréhension et l'expression,**
- **ADOS-2 (Lord et al., 2012) pour les troubles de la communication sociale (TSA).**

- **c. Orientation et diagnostic approfondi**

- Sont réalisés par une équipe pluridisciplinaire : orthophoniste, psychologue, neuropédiatre, pédopsychiatre.
- L'objectif de cette étape est de poser un diagnostic différentiel (trouble spécifique du langage, trouble du spectre de l'autisme, déficience intellectuelle, surdité, etc.). Le diagnostic s'appuie sur les critères diagnostiques de la CIM-11 (OMS, 2022).

- **d. Restitution et plan d'action précoce**

- C'est l'étape de communication des résultats à la famille et l'élaboration d'un plan personnalisé d'intervention (PPI), avec l'importance du soutien parental et de la co-construction du projet.

- **7.2. Les étapes et les principes de l'intervention précoce:** elle vise à stimuler la communication et le langage dès les premiers signes de difficulté, afin de réduire les effets à long terme. Selon Bishop et Snowling (2004), elle comprend les étapes suivantes :

a. Évaluation des besoins spécifiques: cette étape comprend

- L'identification des forces et faiblesses linguistiques et cognitives.
- L'analyse des contextes de communication : famille, école, interactions sociales.

• **b. Élaboration du plan d'intervention individualisé:**

- Tout d'abord en définissant les objectifs ciblés (ex. : compréhension lexicale, production de phrases, pragmatique).
- Puis en choisissant les méthodes d'intervention adaptées : thérapie du langage, jeux interactifs, soutien parental.

c. Mise en œuvre des interventions: par

- **L'intervention orthophonique directe : séances régulières avec stimulation du langage oral.**
- **L'intervention indirecte : implication des parents et enseignants dans la communication quotidienne.**
- **L'utilisation possible d'outils numériques ou multimodaux (tablettes, pictogrammes, logiciels comme TeachTown).**

d. Suivi, ajustement et évaluation continue:

- **Suivi régulier de l'évolution des compétences langagières.**
- **Réévaluation tous les 3 à 6 mois pour ajuster les objectifs.**
- **Collaboration interdisciplinaire continue.**

8/les mesures et les dispositif à prendre en considération pour le dépistage précoce d'un handicap:

Les principales mesures à mettre en place sont:

a. la mise en œuvre d'un suivi systématique du développement: à travers les bilans de santé réguliers constitue le premier niveau de dépistage.

Les pédiatres et médecins généralistes doivent évaluer le développement global de l'enfant à différentes étapes clés : 9 mois, 2 ans, 3 ans, etc. L'évaluation inclut les domaines moteur, sensoriel, cognitif, langagier et social. (OMS, 2022).

b. l'utilisation d'outils de dépistage standardisés: Les professionnels doivent recourir à des outils validés scientifiquement permettant d'objectiver les observations. Ces outils varient selon le type de handicap : M-CHAT-R/F pour le dépistage de l'autisme (Robins et al., 2014). EVALO 2-6 pour le langage oral (Khomsi, 2011). Denver II pour le développement global (Frankenburg et al., 1992). Ces instruments favorisent une détection fiable et reproductible des signes atypiques du développement.

c. Formation et sensibilisation des professionnels:

- Il est essentiel que les professionnels de la petite enfance (enseignants, éducateurs, orthophonistes, psychologues, puéricultrices) soient formés à repérer les signes précoces de troubles du développement.
- Les études montrent qu'un manque de formation retarde souvent le diagnostic (Bishop et al., 2017). Des programmes de formation continue et des guides de bonnes pratiques doivent être mis en place à l'échelle nationale ou régionale.
- **d. la collaboration interdisciplinaire et la coordination des acteurs**
- Le dépistage précoce nécessite une communication efficace entre les différents acteurs : Services de santé (pédiatres, orthophonistes) Services éducatifs (enseignants, psychologues scolaires) Services sociaux (PMI, assistantes sociales). La mise en place d'un réseau local de dépistage favorise une orientation rapide vers les structures adaptées.

e. Implication et accompagnement des parents:

- Les parents jouent un rôle central dans le dépistage, car ils sont les premiers à observer les comportements inhabituels de leur enfant.
- Il est recommandé d'organiser des campagnes d'information, des consultations parentales, et des programmes de guidance parentale.
- L'approche familiale renforce la confiance et améliore la précocité du repérage

f. Accessibilité et équité des dispositifs:

Il est crucial d'assurer une égalité d'accès aux services de dépistage, notamment pour les familles en zones rurales ou défavorisées.

Des dispositifs mobiles de dépistage, des campagnes communautaires et des plateformes numériques peuvent être utilisés pour réduire les inégalités.

- **g. Suivi et évaluation continue du dispositif:**
- **Un suivi longitudinal du développement de l'enfant est nécessaire pour ajuster les interventions.**
- **Les dispositifs de dépistage doivent être évalués régulièrement pour garantir leur efficacité et leur pertinence**

9/ L'accompagnement familial

9.1/ Définition de l'accompagnement familial

- Bronfenbrenner (1979) souligne que l'accompagnement familial doit tenir compte de l'environnement écologique de l'enfant (famille, école, communauté).
- Pour Dunst, Trivette & Deal (1988), il s'agit d'une approche centrée sur la famille, où les parents sont considérés comme les premiers acteurs du développement de l'enfant.
- Selon Sanders (1999), l'accompagnement familial vise à renforcer les compétences parentales et à améliorer les interactions au sein du système familial.

- **Ainsi, l'accompagnement familial est un processus d'aide destiné à soutenir les familles dans leurs fonctions éducatives, affectives et sociales. Il repose sur une approche systémique qui considère la famille comme un ensemble interdépendant, où le fonctionnement de chaque membre influence celui des autres (Minuchin, 1974). Ce type d'accompagnement vise à renforcer les compétences parentales, promouvoir le développement harmonieux de l'enfant et favoriser l'autonomie des familles face aux difficultés.**

- **Ainsi, L'accompagnement familial désigne un processus de soutien global, et une démarche collaborative, visant à aider les familles à faire face aux difficultés éducatives, développementales, sociales ou émotionnelles auxquelles elles sont confrontées. Il s'agit d'un partenariat collaboratif entre les professionnels (éducateurs, orthophonistes, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) et la famille, pour favoriser le développement, le bien-être et l'autonomie de l'enfant ainsi que le fonctionnement familial.**

9.2/ Les principes fondamentaux de l'accompagnement familial:

- **L'accompagnement familial est fondé sur les principes suivants:**
- **9.2.1.** l'approche est centrée sur la famille. Dunst et al. (1988) affirme que les familles doivent être au centre des décisions et participer activement aux plans d'intervention.
- **9.2.2.** le renforcement du pouvoir d'agir des parents. car les accompagner signifie leur donner les moyens de devenir autonomes.
- **9.2.3.** la collaboration et le partenariat: Les interventions auprès des enfants souffrant d'handicap ou de troubles neurodéveloppementaux reposent sur une relation collaborative entre professionnels et famille (Turnbull et al., 2000).
- **9.2.4.** l'individualisation de l'accompagnement, puisque chaque famille possède ses propres dynamiques, ressources et difficultés. Donc, l'accompagnement doit être adapté, aux caractéristiques et aux particularités de chaque famille (Minuchin, 1974) .

- **9.2.5.** la prévention et l'intervention précoces: en effet l'efficacité augmente lorsqu'on agit tôt. Selon Guralnick (1997), l'accompagnement familial est un pilier essentiel de l'intervention précoce.
- **9.2.6.** l'approche systémique: puisque le fonctionnement familial est interrelié. Ainsi, agir sur un aspect influence l'ensemble du système d'intervention (Von Bertalanffy, 1968).

10/ Les théories de l'accompagnement familial

L'accompagnement familial repose sur un ensemble de théories issues de la psychologie du développement, de la systémique, de l'éducation et des sciences sociales. Chacune apporte un cadre conceptuel permettant de comprendre la dynamique familiale, les besoins des parents et de l'enfant, ainsi que les mécanismes à mobiliser pour favoriser un développement harmonieux.

10.1. La théorie systémique familiale: La théorie systémique, développée à partir des travaux de Von Bertalanffy (1968) et appliquée à la famille par Minuchin (1974), Bowen (1978) et d'autres, constitue l'un des fondements majeurs de l'accompagnement familial. Ses principes clés sont:

La famille est un système interconnecté, dans lequel chaque membre influence les autres.

Les relations familiales reposent sur des règles, des limites, des rôles et des sous-systèmes.

Le fonctionnement familial repose sur un équilibre. Lorsque des difficultés apparaissent (ex. troubles développementaux), cet équilibre peut être perturbé.

- L'accompagnement familial à travers la théorie systémique vise à comprendre les interactions familiales qui maintiennent les difficultés, travailler sur les modes de communication, les alliances, les frontières et le fonctionnement parental, et enfin, favoriser des interactions plus adaptées pour soutenir l'enfant.
- En résumé : La théorie systémique permet de considérer l'enfant dans son environnement familial global et de comprendre que l'intervention doit agir sur les relations, pas seulement sur l'enfant.
- **10.2. Le modèle écologique du développement**
- Le modèle écologique proposé par Bronfenbrenner (1979) est incontournable dans le domaine de l'intervention et de l'accompagnement familial.
- Le modèle accorde un rôle central aux interactions parent-enfant, mais aussi à l'environnement global (famille, école, services sociaux, entourage,...)

- **L'accompagnement à base du model écologique doit soutenir non seulement la famille, mais aussi les interactions entre les différents environnements. Les professionnels doivent coopérer avec l'école, les services sociaux, et tenir compte du contexte socio-économique des familles.**
- **Enfin, L'approche écologique est très utilisée en intervention précoce (Guralnick, 1997), où l'on considère que le développement optimal dépend de la qualité des interactions quotidiennes dans les divers milieux de vie.**
- **3. Le modèle d'empowerment familial (Dunst, Trivette & Deal, 1988) Le modèle d'empowerment est central dans les approches modernes d'accompagnement centré sur la famille.**

- **les principes clés de ce model sont:**
- **Les parents sont les premiers agents de développement de l'enfant. L'accompagnement doit renforcer leurs compétences, leurs ressources et leur confiance.**
- **L'intervention doit viser une autonomisation (empowerment) et non une dépendance envers les professionnels. Ce modèle s'oppose aux approches anciennes qui considéraient les professionnels comme les « experts » et les parents comme passifs.**
- **Le professionnel valorise les forces familiales plutôt que les déficits, reconnaît les parents comme partenaires, soutient leur participation active à la prise de décision, et propose des ressources permettant aux familles d'être autonomes dans la gestion des difficultés.**

- **10.3. La théorie de l'attachement (Bowlby, Ainsworth)**

- **La théorie de l'attachement, proposée par Bowlby (1969) et approfondie par Ainsworth (1978), fournit un cadre essentiel pour comprendre les relations parent-enfant.⁴**
- **Les principes clés de cette théorie: L'enfant a besoin d'une figure d'attachement stable et sensible pour développer un sentiment de sécurité.**
- **Les pratiques parentales influencent la qualité de l'attachement (sécurisé, insécurisé, désorganisé).**
- **La sensibilité parentale (Ainsworth, 1978) est déterminante pour un attachement sécurisant.**

- **L'accompagnement familial selon la théorie de l'attachement, vise souvent à :**
- **renforcer la sensibilité parentale,**
- **améliorer la lecture des signaux émotionnels de l'enfant,**
- **soutenir les parents dans le développement d'un lien secure, surtout lorsque l'enfant présente des besoins spécifiques (handicap, troubles du langage, prématurité).**
- **La théorie de l'attachement est largement utilisée dans : les programmes de visite à domicile, les services de protection de l'enfance,**
- **l'intervention précoce et les programmes parentaux (ex. Circle of Security).**

10.4. Les approches comportementales et cognitivo-comportementales

Ces approches se basent sur les travaux de Skinner et de la psychologie comportementale, puis sur les modèles cognitivo-comportementaux.

Ces approches sont basés sur les principes suivants:

- Les comportements sont influencés par leurs conséquences (Skinner, 1953).**
- Les pratiques parentales jouent un rôle essentiel dans l'acquisition ou la diminution de comportements chez l'enfant.**
- L'apprentissage se fait par renforcement, modélisation, routines et consistance.**

l'accompagnement à base de ces approches consiste à enseigner aux parents :

- des techniques de renforcement positif,**
- la gestion des comportements-problèmes,**
- l'instauration de routines,**
- la communication positive.**

- Ces programmes sont très utilisés avec : les enfants présentant des troubles du comportement, les enfants TSA, les troubles développementaux et du langage associés à des difficultés attentionnelles.

10.5. La théorie de l'apprentissage social (Bandura)

La théorie de Bandura (1977) introduit l'idée que les comportements s'acquièrent par observation, imitation et modélisation.

Cette théorie est fondée sur les principes suivants:

- **Les parents servent de modèles pour les comportements sociaux, émotionnels et langagiers.**
- **L'enfant apprend en observant les interactions familiales.**
- **Les attentes et croyances parentales influencent les comportements de l'enfant (auto-efficacité).**

- À travers cette théorie Le professionnel cherche à développer des compétences parentales modélisables, que les parents intègrent et reproduisent et à renforcer le sentiment d'auto-efficacité parental, lié à de meilleurs résultats familiaux (Jones & Prinz, 2005).
- **10.6. Les approches psychoéducatives**
- Elles s'appuient sur les travaux de Bandura (1977), mais aussi de Bronfenbrenner (1979) et des courants psychoéducatifs québécois (Gendreau, 1996).
- Inspirées de l'éducation spécialisée et de la psychologie développementale, les approches psychoéducatives mettent l'accent sur : la compréhension du fonctionnement de l'enfant, le soutien aux compétences éducatives des parents, l'adaptation de l'environnement familial.
- L'accompagnement fondé sur ces approches vise à :
- Développer les compétences éducatives des parents,
- Leur apprendre à structurer l'environnement,
- Comprendre les besoins développementaux de l'enfant.

11.Les buts de l'accompagnement familial

- Favoriser le développement global de l'enfant
- Renforcer les compétences parentales
- L'accompagnement vise à améliorer la communication familiale, à réduire les conflits et à encourager des interactions positives
- Réduire le stress parental à travers le soutien émotionnel et psychologique des parents.
- Mobiliser les ressources personnelles, sociales et institutionnelles, facilitant ainsi l'accès aux services adaptés (services éducatifs, sociaux et médicaux)
- Promouvoir l'inclusion sociale et scolaire de l'enfant
- Enfin,conduire la famille vers une autonomie durable, sans dépendance prolongée aux professionnels

- **12. Le rôle de l'orthophoniste dans la période précoce auprès de l'enfant handicapé et de sa famille**
- **1. Le rôle de l'orthophoniste dans la période précoce auprès de l'enfant**
- **L'orthophoniste contribue au dépistage des troubles de la communication, du langage, de la déglutition et des interactions sociales dès les premiers mois de vie, en utilisant des outils adaptés à la petite enfance (observations, questionnaires parentaux, évaluations développementales), ce qui permet d'identifier tôt les retards et les risques.**
- **L'orthophoniste met en place des interventions ciblées visant à stimuler le développement linguistique et social des jeunes enfants en situation de handicap.**
- **Les recherches montrent que l'introduction précoce de la communication alternative augmentée (CAA) améliore la communication et n'entrave en aucun cas le développement du langage oral (Ronski & Sevcik, 2005).**

- **2. Le rôle de l'orthophoniste auprès de la famille**

- **Informé, soutenir et guider les parents à travers:**

- l'apprentissage de stratégies efficaces pour le suivi quotidien de l'enfant

- la mise en place de routines interactives entre parents et enfant

- apprendre aux parents comment stimuler la communication de l'enfant

dans les activités quotidiennes

- **Le soutien émotionnel et relationnel des parents en respectant les dimensions émotionnelles et psycho-sociales, et en créant un espace sécurisant favorisant l'expression des préoccupations parentales (Rosenbaum et al., 1998), tout en adoptant une relation basée sur l'empathie, la confiance et la collaboration.**

- **Le rôle de l'orthophoniste est aussi important dans le travail interdisciplinaire en collaborant aux réunions multidisciplinaires, au projet individualisé, à l'évaluation globale du développement, et à la coordination des interventions.**

13. La prise en charge pluridisciplinaire et les niveaux d'accompagnement familial

a. La prise en charge pluridisciplinaire: Définition :

- **La prise en charge pluridisciplinaire désigne une modalité d'intervention dans laquelle plusieurs professionnels de domaines différents collaborent autour d'un même enfant et de sa famille. Elle vise à répondre à la complexité des besoins développementaux, médicaux, sociaux et éducatifs, en intégrant des expertises complémentaires (Santos, 2014).**
- **Selon l'OMS (2020), la diversité des intervenants dans les troubles du développement est un facteur clé de réussite, car elle permet d'agir simultanément sur plusieurs dimensions (fonctionnelles, sociales et éducatives).**

b. les niveaux d'accompagnement familial

- L'accompagnement familial peut être envisagé selon plusieurs niveaux d'intensité et de responsabilité, allant de l'information à la co-intervention. Ces niveaux, décrits par Dunst, Hamby & Trivette (2007), permettent d'adapter le soutien aux besoins spécifiques de chaque famille.
- **b.1. Niveau 1 : L'information et la psychoéducation:** Il s'agit du niveau le plus universel. Il vise à fournir : Des informations sur le développement de l'enfant, des explications sur le trouble ou les difficultés, des conseils généraux sur les attitudes éducatives.
- Ce niveau est essentiel pour réduire l'anxiété parentale, favoriser leur sentiment de compétence et limiter les croyances erronées (Guralnick, 2011).
- **b.2. Niveau 2 : Le soutien émotionnel et relationnel:** Ce niveau concerne l'accompagnement des parents dans : L'acceptation du diagnostic, la gestion du stress, l'adaptation au rôle parental dans le contexte du handicap

- Selon Sheridan et al. (2010), le soutien émotionnel prévient l'épuisement parental et améliore la qualité des interactions parent–enfant, un déterminant crucial du développement.
- **b.3. Niveau 3 : Le coaching parental et la guidance interactive:** Ici, les parents deviennent co-acteurs des interventions. Le professionnel :
 - Modélise des stratégies
 - Guide le parent dans la mise en pratique
 - Analyse avec lui les interactions
 - Ajuste les techniques selon la situation
- Cette approche est particulièrement recommandée dans les interventions précoces (Zwaigenbaum et al., 2015).

- **b.4. Niveau 4 : La participation active des parents aux décisions et au projet d'intervention:** Ce niveau correspond à un modèle partenarial, dans lequel :
 - Les parents participent à l'élaboration du projet personnalisé
 - Leurs priorités sont prises en compte
 - Les objectifs sont co-définis et évalués conjointement
- L'UNICEF (2013) et l'OMS (2012) soulignent que la participation familiale améliore significativement la pertinence des interventions.
- **b.5. Niveau 5 : La co-intervention:** C'est le niveau le plus avancé :
 - Les parents appliquent, dans le quotidien, des stratégies thérapeutiques enseignées par les professionnels, et ceux-ci interviennent parfois en présence des parents pour ajuster les pratiques.
 - Dunst & Trivette (2009) décrivent ce modèle comme « centré sur la famille », montrant qu'il renforce l'autonomie parentale et touchant à toutes les compétences de l'enfant.

14. Les types de l'accompagnement familial

- Il existe plusieurs typologies, mais la typologie la plus reconnue dans la littérature distingue quatre grands types d'accompagnement : informationnel, matériel, émotionnel et éducatif/thérapeutique.
- **15.1. L'accompagnement informationnel:** L'accompagnement informationnel consiste à fournir aux familles :
 - des connaissances sur le développement de l'enfant,
 - des explications sur le trouble ou le handicap,
 - des informations sur les services disponibles,
 - des orientations vers les dispositifs de soutien.
- Ce type d'accompagnement est fondamental, car il permet de réduire l'incertitude et de renforcer le sentiment de contrôle des parents. Selon Guralnick (2011), une information claire, personnalisée et adaptée augmente la participation parentale et favorise une meilleure compréhension des besoins de l'enfant.

- **15.2. L'accompagnement matériel et pratique:** Ce type concerne les aides concrètes permettant à la famille de faire face aux contraintes liées au handicap ou aux difficultés de l'enfant. Il peut inclure : des aides financières, des aides administratives, des aides techniques (matériels adaptés, outils de communication) Supports logistiques (transport, organisation des rendez-vous).
- Selon l'OMS (2012), l'accès à des ressources matérielles est un déterminant majeur du bien-être des familles ayant un enfant en situation de handicap, car il réduit la charge quotidienne et les obstacles à la participation de l'enfant.
- **15.3. L'accompagnement émotionnel et psychosocial:** Ce type d'accompagnement vise à soutenir les parents sur le plan :affectif, relationnel, et psychologique. Il inclut la gestion du stress, le soutien à l'acceptation du diagnostic, l'écoute active, l'aide à la parentalité, et parfois un soutien psychothérapeutique.
- Sheridan et al. (2010) montrent que le soutien émotionnel diminue l'épuisement parental, améliore la résilience et renforce la qualité des interactions parent–enfant.

- **15.4. L'accompagnement éducatif et thérapeutique (ou capacitant):** Il s'agit du niveau le plus actif de l'accompagnement familial. Le professionnel :
 - guide les parents,
 - modélise des stratégies d'intervention,
 - co-construit des objectifs,
 - leur enseigne des techniques pour soutenir le développement de l'enfant.
- Cette approche est souvent appelée coaching parental, guidance interactive ou intervention centrée sur la famille (Roberts & Kaiser, 2011). Elle vise à renforcer les compétences parentales et leur capacité à intervenir de manière autonome dans le quotidien de l'enfant. Elle est particulièrement efficace dans les troubles du langage, les troubles neurodéveloppementaux et les handicaps précoces (Zwaigenbaum et al., 2015).