

Trame relationnelle parents-enfant et absence de langage: implication d'une position théorique sur les indications thérapeutiques

Françoise CORNAZ

Service médico-pédagogique (SMP), Genève, Suisse

Each speech therapist assume a theoretical approach in his clinical field. It's not so obvious to explain this choice, because it is often not at the conscious. If an interactionist approach is choosed by the therapist, then a diagnostical tool is necessary to describe the interactions between a child and his parents. It's necessary to detect if these interactions are able to create or to hold the child's symptom. Therapies of the interactions can be useful to help parents and to make them able to have better relations with their child. More younger is the child, more important is to help both child and parents.

Introduction

Lorsqu'on est amené à travailler en tant que logopédiste avec de très jeunes enfants (à peine plus âgés que trois ans) présentant des troubles langagiers graves, il n'est souvent pas facile d'établir un diagnostic précisant le Trouble spécifique du développement du langage (TSDL) (de Weck, 1996, et avant, de Ajuriaguerra et al., 1963). L'enfant qui est amené par ses parents parle très peu ou pas du tout, et présente, outre le symptôme mentionné, d'autres troubles de la relation et de la communication. Il est difficile d'estimer l'évolution qui peut se produire et de choisir pour ce faire dans les différentes possibilités thérapeutiques:

Dix pour cent (des enfants) environ ont, comme l'on dit, des problèmes de communication et de langage. Heureusement, beaucoup s'en remettent sans trop de mal, même s'ils leur faudra pour cela recourir aux soins d'un orthophoniste. Toutefois, une minorité, dont le nombre est difficile à évaluer, s'avère plus perturbée. (Danon-Boileau, 2002, p. 9)

A la différence de ce qui se passe pour un adulte, le porteur du symptôme, l'enfant, et le porteur de la demande, les parents, ne sont pas la même

personne (Berger, 1995). Cela amène à réfléchir sur le cadre théorique dans lequel va agir le thérapeute.

Dans cet article, je montrerai en quoi, du côté du thérapeute, il y a un lien, implicite ou explicite, entre sa façon de voir le symptôme et de le décrire, et sa façon de poser les indications thérapeutiques pour l'enfant et ses parents. Je parlerai des trois approches – descriptive, développementale et interactionnelle – en privilégiant la troisième qui me semble particulièrement intéressante. En effet, l'approche interactionnelle tient compte des aspects des relations, normales ou dysfonctionnelles, entre l'enfant et son entourage et propose des modalités d'intervention susceptibles d'aider les parents à rétablir des liens suffisamment bons avec leur enfant. Je privilégierai à cet égard le travail en Guidance Interactive qui me semble être une approche très pertinente quand l'enfant est très jeune. Elle permet d'aider directement les parents à jouer pleinement leur rôle parental en rétablissant des relations satisfaisantes avec leur enfant (Cornaz, 2002).

Je présenterai aussi brièvement la Classification diagnostique de 0 à 3 ans qui propose entre autres de prendre en considération les Troubles de la Relation parent-enfant.

Enfin, je dirai quelques mots des représentations parentales et des conflits de la parentalité sur lesquels la Guidance Interactive propose de travailler.

1. Cadres théoriques et implications thérapeutiques

Cadre théorique et thérapeute. Le cadre théorique qui sous-tend les façons d'agir du thérapeute à propos des difficultés d'un enfant et de ses parents reste souvent peu clair, ou en tout cas peu explicite: «Les principes théoriques qui sous-tendent le passage de la plainte des parents au cadre de soins proposés par le thérapeute demeurent souvent très flous» (Berger, 1995, p. 19). Peut-être bien que les «évidences personnelles» du thérapeute, à savoir ce qui lui est si subjectif qu'il ne l'explique jamais, le font agir à son insu. Lors d'une consultation où l'enfant présente une grave pathologie du langage et de la communication, le thérapeute peut être amené alors à agir très rapidement en proposant aux parents un Centre de jour, ou en optant pour un traitement individuel intensif, sans pouvoir apporter une aide spécifique aux parents démunis face aux problèmes de leur enfant.

Importance du cadre théorique. Il me semble important de revenir sur des perspectives théoriques concernant le langage et la communication pour tenter de faire le lien avec les indications thérapeutiques qu'elles vont impliquer par la suite et qui seront proposées aux parents.

On peut voir le symptôme présenté par l'enfant selon plusieurs perspectives.

1.1. Dans une perspective descriptive, l'attention est mise sur la description du langage de l'enfant. Cela permet un diagnostic des dysfonctionnements observés chez l'enfant et de le comparer au développement normal. Si un enfant présente une quasi-absence de langage jusque vers quatre ans, sans qu'il n'y ait ni déficit auditif, ni malformation des organes bucco-phonatoires, ni troubles neurologiques acquis, ni déficit intellectuel patent, ni troubles émotionnels graves, ni mutisme (selon ce que rapporte les parents), le diagnostic de Troubles spécifiques de développement du langage (TSDL) est posé. Restent alors les questions de savoir s'il s'agit d'un retard simple de langage ou d'une dysphasie. Il sera difficile d'analyser les aspects phonologiques, morpho-syntaxiques, lexicaux, sémantiques à cause de la rareté des productions langagières de l'enfant.

Implication thérapeutique. Cet abord théorique est centré sur l'enfant et son symptôme, sans lien explicite avec les interactions de l'enfant avec son entourage. Il est probable que l'indication thérapeutique se centrera elle aussi uniquement sur l'enfant et ses difficultés d'où proposition de traitement individuel de l'enfant. Cette approche ne permet pas en soi de savoir ce qu'il faut proposer aux parents pour aider leur enfant, même si, parfois, il paraît utile de leur proposer quelques entretiens, ou de les associer comme «répétiteur» aux exercices proposés par l'orthophoniste. Sinon, leur aide consiste essentiellement à amener leur enfant aux séances de traitement.

1.2. Dans une perspective développementale, on prend en compte les interactions de l'enfant avec son entourage pour permettre de mettre en évidence comment l'enfant utilise le langage et comment il se fait comprendre. A cet égard, l'Evaluation de la Communication Sociale Précoce (Guidetti & Tourrette, 1993) est un outil d'évaluation précieux. Elle se centre sur les compétences de l'enfant à un moment donné, compétences qui devraient présenter un profil homogène, sauf pathologie. Le même niveau dans les différentes échelles indexant un même degré de complexité cognitive devrait être atteint en principe par l'enfant approximativement au même moment (Guidetti & Tourrette, 1993).

Implication thérapeutique. Selon cette approche, la logopédiste sera attentive à proposer une aide thérapeutique prenant en compte les habiletés conversationnelles utilisées par l'enfant et à mettre celui-ci en contact avec des aspects pragmatiques variés: traitement individuel avec des situations de communication les plus diversifiées possibles ou traitement en groupe de langage où les interactions adultes-enfants changent selon les interlocuteurs. Cependant, cette approche ne permet pas de formaliser sous quelle forme il est possible de collaborer avec les parents, ni comment préciser avec eux la qualité des échanges avec leur enfant.

1.3. Dans une approche interactionnelle, on trouve l'idée d'éco-système, équilibre entre différents individus et leur environnement. Cet équilibre contribue à

les construire mutuellement et les rend inter-dépendants. Si l'on considère les liens parents-enfant comme un éco-système, on se doit de considérer comme très importants pour les uns comme pour les autres les relations qui s'établissent entre eux. Pour le bébé, ces relations sont vitales. Plus l'enfant est jeune, à savoir avant trois ans, moins il paraît pertinent de prendre en compte le bébé seul, sans tenir compte de la trame relationnelle dans laquelle il vit et qui forme tout son univers. Si l'on adopte ce point de vue, il s'agit alors de pouvoir décrire les relations du bébé avec son entourage, de tenter de faire la part de l'un et des autres (les parents) dans ce processus d'équilibres relationnels successifs pour en faire une description susceptible d'en noter également les pathologies (cf. par exemple la «Classification diagnostique de 0 à 3 ans»).

Implications thérapeutiques. Ce n'est que peu à peu que l'enfant s'individualise de son premier milieu relationnel, de ses parents en particulier. A l'âge de quatre ans, l'enfant est encore très dépendant des relations avec ses parents. Si l'on admet cette façon de voir, il est alors normal de proposer une indication pour aider aussi bien l'enfant que ses parents.

Rappelons aussi que, durant l'enfance, et à la différence de l'âge adulte, le porteur du symptôme et le porteur de la demande d'aide ne sont pas les mêmes. Plus l'enfant est petit, plus la demande est portée par les parents. Et plus l'enfant est jeune, plus il sera nécessaire de tenir compte des relations qui se sont établies entre ses parents et lui pour comprendre les difficultés qui amènent ses parents à consulter.

Si l'on revient à la demande de consultation et que celle-ci révèle une inquiétude des parents liée à une quasi-absence de langage à trois ou quatre ans, il est nécessaire de prendre en compte les autres symptômes associés. La communication est touchée dans son ensemble et des difficultés de comportement apparaissent souvent, ainsi que des perturbations relationnelles avec l'entourage.

Selon l'approche interactionnelle, il ne devient plus possible de ne prendre en considération que l'aide à apporter à l'enfant, sans reconnaître le désarroi des parents.

Les parents sont alors considérés comme des partenaires dans l'aide à apporter à leur enfant et sont appelés à faire appel à leurs propres ressources, avec l'aide du thérapeute, pour améliorer les relations avec leur enfant.

La Guidance interactive, en tant qu'outil thérapeutique bien théorisé et expérimenté, peut se révéler utile. Il s'agit en effet d'une approche cognitivo-comportementaliste et systémique dont le but est d'aider les parents à modifier leurs représentations sur les interactions avec leur enfant, qui peuvent être dysharmonieuses ou pathogènes pour le développement de celui-ci. Un travail sur le visionnement de séquences de jeux parent-enfant, filmées en vidéo, permet aux parents de prendre du recul quant aux

interactions avec leur enfant, de percevoir, grâce à la «personne-ressource» qu'est le thérapeute, les aspects positifs de ce qui se passe et d'en retirer une meilleure estime d'eux-mêmes en tant que parents (Rusconi-Serpa, 1992).

2. Qualité des interactions parents-enfant

Implicitement, les deux premières approches citées ci-dessus (1.1 et 1.2) postulent que les interactions langagières ou extra-langagières entre parents et enfant sont satisfaisantes, ou tout au moins qu'il est possible d'en faire abstraction en prenant l'enfant seul en traitement. Qu'en est-il si le thérapeute s'aperçoit que les relations entre parents et enfant sont perturbées et que tout le champ de leurs interactions est dysfonctionnel? On ne peut exclure que les interactions elles-mêmes entre parents-enfant participent au symptôme de l'enfant ou à son maintien, voire même en sont la cause principale. Plus l'enfant est jeune, plus cette hypothèse doit être prise en considération et ne peut être exclue d'emblée. Si c'est le cas, une intervention auprès des parents, très souvent demandeurs d'aide d'ailleurs, devient nécessaire. On est amené à travailler sur le champ relationnel parents-enfant d'une part, avec l'enfant lui-même d'autre part.

3. La «Classification diagnostique de 0 à 3 ans»

Cette classification, qui est connue aussi sous le nom de «Zero to three» (National Center for Infants, Toddlers and Families, 1994), propose une classification diagnostique des troubles précoces et sévères du développement en y incluant la description du Trouble de la Relation. En effet, le groupe de travail, formé par des praticiens qui s'attellent à ce travail dès 1987, propose une classification nosologique qui ne se centre plus seulement sur l'enfant, mais tient compte également des relations familiales et des interactions entre le bébé et ses partenaires. Elle prend en considération le développement du bébé et le tissu relationnel de son entourage avec lui, ceci entre 0 et 3 ans.

L'évaluation doit être faite, et le diagnostic posé, en ayant toujours à l'esprit que tous les bébés participent à des relations. Les relations existent généralement, à l'intérieur des familles et les familles elles-mêmes font partie plus largement d'une communauté et d'une culture. Mais les bébés se développent également à leur propre rythme et manifestent des différences individuelles dans leurs patterns de développement moteur, sensoriel, langagier, cognitif, affectif et interactif. (National Center for Infants, Toddlers and Family, 1998, p.13)

Cette classification diagnostique propose cinq axes aux cliniciens pour structurer leurs observations et en tirer des indications thérapeutiques.

L'Axe 1, dit diagnostique primaire, est centré sur l'enfant et ses symptômes. Il met l'accent sur l'enfant, sa manière d'être et ses difficultés tant sur le plan

des affects, de l'humeur, de l'attachement, de la communication que du comportement.

L'Axe 2 est **centré sur les parents et propose une classification du Trouble de la relation**. Il n'est utilisé que pour diagnostiquer des difficultés relationnelles significatives qui sont alors non seulement prises en compte en fonction de ce qui est observé, mais aussi selon l'expérience subjective des parents. L'intensité, la fréquence et la durée du trouble donne également une indication diagnostique. Trois aspects d'une relation sont utilisés pour décider s'il y a trouble ou non: la qualité comportementale de l'interaction, la tonalité affective et l'implication psychologique de chacun des parents. Chaque relation se caractérise spécifiquement selon des termes précis tel que: relation sur- ou sous-impliquée, anxieuse ou tendue, irritée ou hostile, relation abusive (verbalement, physiquement, sexuellement). Il peut y avoir aussi Trouble mixte de la relation.

L'Axe 3 (Affections médicales et troubles du développement) concerne le côté médical. Les maladies graves précoces, ou les inquiétudes quant à l'intégrité physique du bébé à sa naissance peuvent avoir des effets durables et déformants dans l'évolution de la relation entre les parents et leur bébé. L'impact d'un diagnostic médical posé à la naissance peut avoir un effet à long terme, même en l'absence d'une confirmation de ces craintes (Parmelee, 1993). C'est le cas dans la situation de Sebastian évoquée plus loin.

L'Axe 4 (Facteurs de stress psychosociaux) mentionne différents stress possibles qui bouleversent momentanément ou durablement l'équilibre familial et qui peuvent avoir une influence sur l'apparition des troubles sans en être le facteur majeur. Il s'agit d'événements tels qu'un déménagement, une maladie somatique ou psychique d'un parent, une hospitalisation, un placement en nourrice, la naissance d'un autre enfant, un traumatisme, ou encore la séparation avec l'un des parents.

L'Axe 5 (Niveau fonctionnel du développement émotionnel) permet une classification de la façon dont le bébé organise son expérience, reflétée par son fonctionnement. On l'observe à travers la qualité du jeu de l'enfant et de son interaction avec chacune des personnes, selon le niveau de développement fonctionnel attendu à son âge: y a-t-il attention mutuelle possible? intentionnalité interactive et réciproque? quelle est la qualité du jeu et les possibilités d'interaction?

4. Représentations parentales

L'accès à la parentalité réveille des conflits dans le développement psychique de l'individu. Le fait de se retrouver parent pose au jeune adulte deux tâches psychologiques:

- ◆ renoncer à la place de l'enfant qu'il a toujours été pour ses propres parents;
- ◆ mobiliser les identifications à ses propres parents afin d'assumer à son tour son rôle de parent à l'égard de son enfant.

Il peut surgir alors des conflits de parentalité (Palacio Espasa, 2002), liés au type d'identifications projectives et à la nature de celles-ci. Ces identifications projectives ne sont pas pathologiques, mais jouent au contraire un rôle structurant pour le développement psychique. Elles ne le deviennent que lorsqu'elles sont rigides et unidirectionnelles.

5. Cas clinique d'un enfant

Sebastian est un enfant de quatre ans dont les parents consultent deux mois avant son entrée à l'école. Il ne parle quasi pas, hormis quelques énoncés de deux ou trois mots, qui sont apparus quelques semaines auparavant. Il utilise le français et ne dit pas un mot en espagnol, pourtant langue parlée en famille et qui est la langue utilisée par sa mère.

Les parents rapportent une forte inquiétude pendant la grossesse, liée à une toxoplasmose de la mère détectée au sixième mois de grossesse seulement. A la naissance, les médecins ont levé les doutes quant à des séquelles possibles sur l'enfant. Par ailleurs, la mère de Sebastian rapporte sa solitude au moment de la naissance, liée à l'activité professionnelle de son mari qui travaillait loin de son pays d'origine à lui et loin du pays d'origine de sa femme.

5.1. Première consultation. La première fois que je vois Sebastian, il se sépare de sa mère sans manifester la moindre réaction et me suit sans rien dire. Son visage est très peu expressif. Pendant toute la séance, il est très silencieux, intéressé cependant par le jeu-puzzle que je lui propose. Aux sollicitations directes, il répond par un «oui» à usage plus phatique qu'à usage d'acquiescement.

Sa grande passivité, son manque d'expressivité générale, son peu d'appétence pour la communication me rendent perplexe sur la complexité du trouble et sur des aspects psychotiques sous-jacents. Une consultation par un médecin psychiatre de l'institution est proposée et acceptée tout de suite par les parents. Celui-ci ne confirmera pas le fonctionnement psychotique de Sebastian qui a pu montrer une certaine appétence pour la communication et un intérêt pour des activités proposées par l'adulte.

Un diagnostic de Trouble Sévère du Langage et de la Communication (TSLC) ou de dysphasie ne suffit pas à donner des pistes claires sur les indications thérapeutiques souhaitables pour aider l'enfant et sa famille.

5.2. Qualité des relations mère-enfant. Ce qui me frappe dans le rapport entre la mère de Sebastian et ce dernier, c'est le contact distant établi entre eux. La

mère, bien que souriante, échange peu avec son enfant, aussi peu par la parole qu'avec les gestes, bien qu'elle soit attentive à ce qu'il fait. Elle rapporte ne jamais jouer avec lui. Entre eux, les échanges de regards sont aussi très rares. La seule personne de la famille qui partage ses jeux est sa sœur aînée. Sebastian semble n'avoir pas de demande à ce propos et la mère trouve cela normal. Il y a donc peu d'interactions langagières entre mère et fils. Le père, vu lors de la troisième consultation, trouve aussi très bien que frère et sœur jouent ensemble sans l'intervention des parents. Il est inquiet, lui aussi, du peu de langage de son fils, mais le trouve intéressé par beaucoup de choses et très sociable avec ses camarades de jardin d'enfants.

5.3. Hypothèse de travail sur l'indication thérapeutique. Je me rends compte qu'en proposant un traitement à l'enfant, qu'il soit individuel ou de groupe, ou institutionnel, je vais conforter la mère dans ses sentiments de distance vis-à-vis de son enfant et renforcer l'idée que d'autres qu'elle sauront mieux faire avec son fils. Son rôle de mère s'en trouvera disqualifié. Il me semble primordial de *renforcer les liens* entre cette mère et son fils. Pour cette raison, des séances de Guidance interactive sont proposées.

5.4. Le travail thérapeutique avec les parents. Dans la situation de Sebastian, l'usage de la Guidance interactive a permis un travail de re-narcissisation des relations entre parents et enfant. En ré-investissant le champ relationnel avec son fils, la mère a pu découvrir les potentialités de son fils et les siennes en tant que mère. Le père s'est senti lui aussi concerné et a pu découvrir la plaisir de partager une activité commune avec son fils.

Le travail en Guidance interactive, s'il a permis à Sebastian et à ses parents de rétablir entre eux des relations gratifiantes de part et d'autre, n'a pas suffi à remédier entièrement au problème de langage de Sebastian.

5.5. Le travail thérapeutique avec l'enfant. Une indication de traitement logopédique de groupe a été posée ultérieurement. Sebastian se trouve confronté à diverses situations de communication, tant avec des adultes qu'avec des enfants de son âge. Il y trouve et y prend peu à peu une place d'interlocuteur à part entière.

5.6. Partenariat parents-thérapeute. La pleine compréhension par les parents des indications thérapeutiques et leur collaboration active en font des partenaires à part entière et contribue à l'évolution spectaculaire de Sebastian, tant à la maison, qu'à l'école ou dans le groupe de langage où il prend peu à peu un rôle de leader. Thérapeute et parents poursuivent les mêmes buts pour l'aider. Ce nouvel investissement du champ relationnel à l'intérieur de la famille a permis à une nouvelle dynamique de se faire jour et à Sebastian de découvrir tout un nouvel espace de communication. La Guidance Interactive a permis de soulager Sebastian du poids des troubles relationnels parents-enfant et de lui laisser l'espace nécessaire pour investir normalement le domaine de la communication et du langage.

6. Conclusions

En abordant la réalité clinique avec une approche interactionnelle, les implications au niveau des indications thérapeutiques sont importantes et font une grande part à la collaboration avec les parents. Lors de situations cliniques où un jeune enfant de moins de trois-quatre ans présente une absence de langage, les parents et l'enfant sont fortement impliqués dans un tissu relationnel dont ils n'ont pas idée. Qu'il y ait des troubles de la communication, des difficultés de comportement ou des perturbations relationnelles, il n'est pas possible de poser un diagnostic sans évaluer la qualité des relations qui entourent l'enfant.

Le monde si stable du savoir psychiatrique a été ébranlé parce qu'il a fallu intégrer des modèles dynamiques du comportement dans un univers où la place de chacun était considérée comme définitive... Mais l'étude du développement a montré que les individus changent. Ils peuvent passer d'une étape de vie à une autre en montrant des talents et des capacités d'adaptation entièrement différents. Dans bien des cas les changements mènent à une aggravation, mais dans d'autres cas ces changements apportent une amélioration. (Sameroff & Emde, 1993, p.7)

Il semble indispensable de s'assurer de la collaboration des parents et donc de leur compréhension du processus thérapeutique proposé. Puisque le porteur du symptôme et le porteur de la demande ne sont pas les mêmes, et que tous deux demandent de l'aide, il s'agit de proposer des indications thérapeutiques dans chaque cas. Sans cela, il y a risque de disqualification de part et d'autre, voire de rupture sans pouvoir apporter de l'aide à l'enfant.

La Guidance interactive peut être un outil d'intervention auprès des parents. Ce sont eux alors qui sont des moteurs de changement auprès de leur enfant. Le travail sur les représentations parentales utilisé en Guidance interactive permet de dégager ce qui fonctionne déjà, même très partiellement et momentanément, entre l'enfant et ses parents. L'usage de l'enregistrement vidéo centre l'attention des parents sur les interactions, interactions qu'ils n'ont pas l'occasion d'observer dans le quotidien. Se voir en train d'agir contribue à modifier dans un sens positif leurs représentations de l'enfant et leur rôle de parents.

L'intervention à l'aide de la Guidance interactive, si elle est précoce et si les troubles ne sont pas trop figés, peut suffire dans certains cas à faire disparaître le symptôme. Même dans le cas où cela ne suffit pas, l'enfant est cependant dégagé de la «charge relationnelle» et peut d'autant mieux bénéficier d'une aide spécifique par la suite. En permettant d'associer les parents au processus thérapeutique, la Guidance interactive en fait des partenaires actifs et contribue à ce qu'ils gardent ou acquièrent une bonne estime d'eux-mêmes comme parents.

Bibliographie

- de Ajuriaguerra, J., Friedrich, F., Jaeggi, A., Kocher, F., Maquard, M., Paunier, A., Quinodoz, D. & Siotis, E. (1963). Organisation psychologique et troubles du développement du langage, étude d'un groupe d'enfants dysphasiques. In J. de Ajuriaguerra (dir.), *Problèmes de psycholinguistique*. (pp. 109-142). Paris: PUF.
- Berger, M. (1995). *Le travail thérapeutique avec la famille*. Paris: Dunod.
- Cornaz, F. (2002). *Absence de langage et trame relationnelle: apport de la Guidance interactive dans la collaboration avec les parents*. Mémoire pour le Certificat de Formation Continue en Guidance interactive et Thérapies de l'interaction. FAPSE, Université de Genève (non-publié).
- Danon-Boileau, L. (2002). *Des enfants sans langage*. Paris: Ed. Odile-Jacob.
- Guidetti, M. & Tourrette, C. (1993). *Evaluation de la communication sociale précoce, l'ECSP*. Paris: Les Editions EAP.
- National Center for Infants, Toddlers and Families (1994/1997). *Classification diagnostique de 0 à 3 ans*. Genève: Médecine & Hygiène.
- Palacio Espasa, F. (2002). Les liens parents-enfant. Réflexion sur les conflits de la parentalité dans la pratique psychothérapeutique. In C. Squires & D. Candilis-Huisman (éd.). *Psychothérapies autour de la naissance*. Paris: Collection Enfance & Psy (Erès).
- Parmelee, A. H. (1993). La santé physique de l'enfant et le développement des relations. In A. J. Sameroff & R.N. Emde (éd.), *Les troubles des relations précoces*. (pp. 216-242). Paris: PUF (Coll. *Le Fil rouge*).
- Rusconi-Serpa, S. (1992). La guidance interactive: les points essentiels du traitement. *Psychotrope*, 13, 7-10.
- Sameroff, A. J. & Emde R. N. (dir.). (1993). *Les troubles des relations précoces selon l'approche développementale*. Paris: PUF (Coll. *Le Fil rouge*).
- de Weck, G. (dir.). (1996). *Troubles du développement du langage, Perspectives pragmatiques et discursives*. Lausanne & Paris: Delachaux & Niestlé.