

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche – “ Médecine et Techniques Médicales ”

Année Universitaire 2008/2009

Mémoire pour l'obtention du **Diplôme de Capacité d'Orthophoniste**

Présenté par

Lucie RIVEMALE

Née le 05/03/1985

L'expérience d'un groupe « <i>Bain de Langage</i> » : Un soutien à l'émergence du langage.

Président du Jury : Monsieur BAUMARD Jean, Orthophoniste,
Enseignant à l'école d'Orthophonie

Directrice du Mémoire : Madame PREAU Marie, Maître de
conférences Université de Nantes

Membre du Jury : Madame DANIEL CHEIKH Elisabeth, Orthophoniste

“ Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu’elle n’entend leur donner aucune approbation ni improbation ”.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	P.1
I/ LE LANGAGE	P.2
A. Le rôle de l'entourage dans les premières interactions	P.2
1. La relation symbiotique mère-enfant	P.2
a) La préoccupation maternelle primaire	
b) Le holding et le handling	
c) La théorie de l'attachement	
d) Les relations sociales	
e) Attachement et qualité de la communication émotionnelle	
2. Le milieu linguistique environnant	P.5
a) La Zone Proximale de Développement	
b) Le langage adressé à l'enfant	
c) Les caractéristiques du langage adapté à l'enfant	
d) Les interactions de tutelle	
3. Séparation et individuation	P.10
a) L'apparition des interdits	
b) La notion de désillusion	
c) La distanciation de l'enfant à la mère	
d) Le stade du miroir comme formateur de la fonction du « Je »	
B. Le développement du langage	P.13
1. Les actes pré verbaux	P.14
a) Des cris au babil	
b) L'attention conjointe	
c) Le regard	
d) L'utilisation de gestes à visée communicative	
2. Les premières interactions conversationnelles	P.17
a) L'alternance des tours de parole	
b) Les formats dialogiques : les jeux de nourrice	
c) Les reprises imitatives et les interprétations	
3. Etapes de l'acquisition du langage	P.21
a) Les capacités perceptives précoces	
b) Maturation des organes effecteurs	
c) La période pré verbale	
d) La période verbale	
e) L'évolution de la compréhension du langage oral	
4. La construction d'un individu social	P.28
a) Du langage socialisé au langage intériorisé	
b) Relations entre langage et pensée	
c) Le devenir de la compétence communicationnelle	
d) L'imitation : base prédominante de la communication avec les pairs	
e) Relations sociales avec les pairs	

C. Les troubles de l'évolution du langage oral	P.33
1. Aspects neuropsychologiques du langage	P.33
a) La neuropsychologie du langage	
b) Modélisation neuropsychologique du langage	
2. Classification des pathologies en fonction de l'atteinte des niveaux fonctionnels	P.35
a) Niveau primaire (sensori-moteur) : niveau des « instruments de base »	
b) Niveau secondaire : niveau gnoso-praxique	
c) Niveau tertiaire : niveau linguistique	
d) Niveau intellectuel	
e) Niveau affectif	
 II. LE GROUPE, Du groupe social au groupe thérapeutique	 P.41
A. Définitions et concepts	P.41
1. Définitions du groupe social	P.41
a) Evolution et analyse du terme	
b) L'histoire des idées	
c) Différents groupes sociaux	
2. Le concept de « groupe »	P.43
a) En psychanalyse	
b) En psychologie	
c) En sociologie	
3. le groupe à visée rééducative et thérapeutique	P.45
B. Les fonctions d'une prise en charge de groupe	P.46
1. La fonction socialisante	P.46
a) La socialisation	
b) La compétence sociale	
c) L'apprentissage sociocognitif par observation	
2. La fonction contenant	P.50
a) L'immutabilité du cadre	
b) Le rôle des adultes	
3. La fonction d'individuation	P.52
a) La séparation	
b) La notion d'intérieur et d'extérieur	
4. La fonction dynamisante	P.54
a) La facilitation sociale	
b) Les transferts	
C. Place du langage dans le groupe thérapeutique	P.56
1. Langage et relation	P.56
2. Langage et plaisir	P.57
3. Langage et jeu	P.57

A. Le cadre institutionnel : P.59
Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce**1. Le cadre législatif P.59****2. Les axes de travail des CAMSP P.59**

- a) La prévention, le dépistage et l'orientation
- b) Accompagnement de l'enfant et de sa famille
- c) Information auprès des professionnels de la Petite Enfance

3. Les règles de vie P.60

- a) Le respect de la confidentialité
- b) Consultation des informations personnelles
- c) Bien-être et sécurité

B. Le cadre situationnel P.61**1. Présentation du site P.61****2. L'équipe pluridisciplinaire P.61**

- a) Le pôle médical
- b) Le pôle social
- c) Le pôle administratif
- d) Le pôle soignant

3. Les étapes de la prise en charge des enfants suivis P.63

- a) Les premiers contacts
- b) La mise en place du suivi
- c) La prévention surveillance

C. Le cadre de l'étude P.66**1. Le groupe « Bain de Langage » P.66**

- a) Histoire de ce groupe
- b) Le projet
- c) Les objectifs
- d) Le cadre spatio-temporel

2. Déroulement de la séance P.71

- a) La mise en place de l'espace
- b) La séance de groupe
- c) Après la séance

3. Les participants P.76

- a) Les adultes
- b) Les enfants

IV/ METHODOLOGIE SUIVIE POUR L'OBSERVATION	P.83
A. La problématique	P.83
B. Hypothèses	P.83
C. Les outils d'analyse	P.83
1. Le recueil des données	P.83
2. La retranscription dans une grille d'observation	P.84
3. Les indicateurs sur le plan quantitatif	P.85
a) Les critères individuels	
b) Les critères de relation enfant / enfant	
c) Les critères de relation enfant / adulte	
4. Les indicateurs sur le plan qualitatif	P.88
a) Les critères individuels	
b) Les critères de relation enfant / enfant	
c) Les critères de relation enfant / adulte	
V/ RESULTATS	P.92
A. Résultats pour E	P.93
B. Résultats pour J	P.94
C. Résultats pour G	P.95
D. Résultats pour R	P.96
E. Résultats pour D	P.97
F. Représentation graphique : Synthèse	P.98
VI/ DISCUSSION	P.99
A. Les enfants	P.99
B. Le groupe « Bain de Langage »	P.122
1. Les participants	P.123
2. Le déroulement	P.123
3. Les pré-requis à la communication et au langage oral	P.125
CONCLUSION	P.126
BIBLIOGRAPHIE	P.127
ANNEXES	P.128

INTRODUCTION

Dès sa naissance, l'enfant vit dans une grande proximité avec sa mère et en étroite relation avec son entourage familial. Il instaure là des échanges fondamentaux pour la suite de son développement. A travers ces interactions, il apprend à devenir un véritable acteur dans les échanges langagiers. L'enfant a besoin de partager ce qu'il est, pense et ressent. Il a donc un objectif social en apprenant le langage.

L'évolution du langage chez l'enfant n'est pas indépendante de l'environnement verbal auquel il est exposé.

En grandissant, l'enfant va se socialiser, ses relations vont s'élargir et se diversifier. Il va apprendre à vivre en groupe (crèche, école...) et le langage constitue un instrument privilégié des échanges interindividuels. Cet instrument de communication est acquis en situation sociale.

Le langage se développant d'abord au sein d'un groupe, dans un réseau de communication privilégiée, notre intérêt et notre curiosité se sont naturellement portés sur la prise en charge des enfants en groupe.

Les projets des groupes thérapeutiques abordent différentes dimensions : socialisation, découverte de soi, relation à soi-même et à l'autre, communication et éveil à l'environnement. Ils permettent d'appréhender sous un aspect différent les efficacies et les déficiences des enfants grâce à la complémentarité des professionnels et aux multiples interactions possibles dans ces situations.

La première partie de cette étude est consacrée à la théorie et au développement du langage oral chez l'enfant. Puis, nous décrirons le groupe social avant d'aborder le groupe thérapeutique. Enfin, nous mettrons en application ces réflexions au sein d'un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP).

I/ LE LANGAGE

A. Le rôle de l'entourage dans les premières interactions

1. La relation symbiotique mère-enfant

A partir de sa naissance, le bébé prend une place d'individu, à part entière dans la famille. Durant la grossesse, il a existé dans le psychisme de ses parents qui ont créé un bébé imaginaire. Celui-ci est la représentation de toutes leurs projections (désirs, angoisses...).

La dyade mère-enfant est essentielle. « *Le comportement de l'un affecte celui de l'autre et est affecté par lui* »¹

a) La préoccupation maternelle primaire

Dès la naissance, l'enfant se trouve dans un environnement humain spécifique, marqué par l'état psychique très particulier de la mère, qui consiste en un repli total sur elle-même, WINNICOTT² appelle cette période « *la préoccupation maternelle primaire* », « *Cet état organisé pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus* ». Cette hypersensibilité peut être assimilée à une maladie normale dont la femme guérit progressivement et oubliée par la suite. A ce stade, il existe une sorte d'adéquation totale entre la mère et l'enfant. Grâce à une identification inconsciente et consciente elle sent les besoins et le ressenti de son bébé. La préoccupation maternelle primaire permet l'étayage du moi de l'enfant, en lui offrant la possibilité d'évoluer dans un milieu sécurisant, parfaitement adapté à ses besoins. Selon WINNICOTT, il ne suffit pas d'être une bonne mère, mais d'être avant tout « *une mère ordinaire, normalement dévouée* ». Toutes les femmes ne parviennent pas à cet état où tout est centré sur leur bébé.

b) le holding et le handling

Le holding est un terme proposé par WINNICOTT pour signifier l'environnement stable, le maintien, la façon dont est porté l'enfant physiquement et psychiquement (la mère le porte dans son psychisme comme dans ses bras).

¹ Watzlawick, P (1972) *Une logique de communication*.

² Winnicott, D.W. (1969). *La mère suffisamment bonne*.

Les soins maternels soutiennent le « Moi » de l'enfant encore immature, incapable de maîtriser les expériences, bonnes ou mauvaises. WINNICOTT dit que la plupart des mères sont « *suffisamment bonnes* ».

En étant « *bonne* », elle entretient une « illusion positive » vis-à-vis de l'enfant qui croit créer lui-même la réalité extérieure.

Cette illusion positive permet à l'enfant d'émerger de la fusion, WINNICOTT distingue :

- L'étape de dépendance absolue : l'enfant tire profit ou souffre des soins apportés par la mère et là s'arrête sa participation.
- L'étape de dépendance relative : l'enfant est capable de se rendre compte des soins dont il a besoin et il ne peut pas s'en passer.
- L'étape d'indépendance : l'enfant possède une certaine compréhension intellectuelle et une confiance en l'environnement. Il a introjecté les soins antérieurs et peut projeter ses besoins sur autre chose. Il est capable de différer. Ainsi, il pourra répondre, investir le langage.

Cette notion est centrale car elle aboutit à la construction du Moi de l'enfant à condition que la mère lui assure et lui offre de façon satisfaisante et continue une sécurité affective et une chaleur protectrice tant physiologique que psychique. Le holding met en place chez l'enfant le sentiment d'exister et de se sentir comme une unité différenciée.

Le handling signifie le maniement. C'est la manière dont l'enfant est traité, soigné et manipulé par sa mère. Les conditions et effets du handling participent au développement du fonctionnement mental, ainsi qu'à la reconnaissance de l'interaction entre soma et psyché.

c) La théorie de l'attachement

Les travaux de SPITZ³ tendent à montrer comment la mère acquiert au cours de la première année de vie de l'enfant le statut d'objet : objet au sens psychanalytique du terme, c'est-à-dire par quoi ou par qui les pulsions peuvent être satisfaites. Dans le jeu des frustrations et des gratifications liées à la tension et à la quiétude éprouvée au niveau de la zone orale, l'enfant identifie le sein puis la mère. En même temps, il devient capable de prendre en compte les autres attributs maternels, ceux relevant de l'établissement des relations sociales, comme le visage, la voix, la manière de le tenir, etc.

³ Spitz, R.A. (2002). *De la naissance à la parole : la première année de vie.*

Dans la perspective psychanalytique, la relation privilégiée de la mère à l'enfant s'établit secondairement à la satisfaction des besoins fondamentaux et elle constitue le prototype des relations sociales ultérieures. L'établissement de ce lien privilégié avec une des personnes de l'entourage semble, en effet, l'une des conditions d'un développement sensori-moteur, cognitif et social normal.

Les études de cet auteur, sur la carence affective et l'hospitalisme, attirent l'attention sur l'importance de cette relation objectale, pour que le moi du sujet puisse se constituer et que puisse se développer un système de communication et d'échanges avec le monde extérieur. C'est de la qualité de cet attachement précoce que dépendent ses capacités de détachement et de prise d'autonomie.

d) Les relations sociales

Selon BOWLBY⁴, l'enfant est prédisposé génétiquement à avoir des relations sociales. Le besoin de contact social apparaît comme un besoin primaire. La satisfaction des besoins alimentaires est nécessaire à la survie de l'individu et ceux relatifs au contact social sont propices au développement de sa personnalité et de sa capacité à établir des relations sociales. Ces besoins indépendants doivent être satisfaits séparément.

BOWLBY estime que l'enfant humain est également pourvu d'un ensemble de schèmes d'actions qui permettent au bébé d'établir et de maintenir le contact avec les personnes de son entourage. Ces conduites évoluent avec l'âge et ont comme particularité de s'adresser de façon privilégiée et différenciée à « *la figure d'attachement* » : la personne élue par l'enfant pour établir et maintenir un contact particulier, généralement la mère.

Ce comportement d'attachement a une première fonction de demande de protection : l'enfant recherche le contact pour réduire ses sentiments de crainte et d'insécurité, particulièrement quand il connaît des états de besoin. A l'inverse, crainte et insécurité peuvent résulter de l'éloignement de la figure d'attachement.

La seconde fonction est la socialisation : l'enfant apprend à communiquer avec sa mère de telle façon qu'elle identifie ses besoins et y répond. Ce premier système de communication sert de base au développement des autres systèmes de communication qui évolueront avec l'âge et se diversifieront en fonction des partenaires des interactions sociales.

⁴ Bowlby, J., cité par Cartron, A., Winnykamen, F. (1995). *Les relations sociales chez l'enfant*.

e) Attachement et qualité de la communication émotionnelle

Un attachement sécurisé permet à l'enfant d'avoir des contacts plus fréquents et plus faciles avec les personnes de son entourage. Il a été démontré que de la qualité de l'attachement à la mère dépend la qualité de l'exploration active de l'environnement physique et des objets qui le constituent. Ces mécanismes expliquent donc les différences individuelles dans le développement social. « *L'attachement à la mère serait donc, suivant sa qualité, un des moteurs essentiels du développement des compétences sociales mises en jeu dans les relations avec les pairs.* »⁵

L'absence de sensibilité de la mère aux besoins de son enfant et ses difficultés à y répondre de façon adaptée est l'une des caractéristiques que l'on retrouve chez des enfants ayant des troubles de l'adaptation sociale.

La compétence sociale des enfants ayant un lien d'attachement sécurisant ne se limite pas aux capacités à établir et entretenir des relations, mais s'étend aussi aux modes de communication avec autrui et plus particulièrement dans le registre de la communication émotionnelle. En effet, savoir manifester au cours d'une interaction sociale des états émotionnels positifs est une compétence sociale : l'enthousiasme, la satisfaction, ou même le sourire, peuvent inciter autrui à participer à l'activité en cours ou signifier une réponse favorable à une demande.

2. Le milieu linguistique environnant

Le groupe humain auquel l'enfant appartient, dès sa naissance, est façonné de façon particulière par son histoire et sa culture. Ainsi, à travers les interactions directes, socio-affectives, c'est un ensemble d'influences sociétales qui agissent. L'enfant découvre son environnement et s'initie à agir sur les objets. A travers ses interactions sociales, il apprend à utiliser le principal système de signification : le langage, pour la régulation des activités.

a) La Zone Proximale de Développement (ZPD)

Les interactions avec des partenaires plus compétents s'avèrent nécessaires au développement d'une pensée plus autonome à l'issue du processus. La notion de « *zone proximale de développement* », avancée par VYGOTSKI, rend compte des rapports entre le niveau de développement actuel, et les apprentissages possibles au cours d'interactions sociales de guidage.

⁵ Howes, (1987) cité par Cartron, A., Winnykamen, F. (1995). *Les relations sociales chez l'enfant.*

Face à une activité donnée, le sujet agissant seul a un niveau de performance : son niveau actuel. Lors d'une tâche identique, il est possible d'évaluer son niveau potentiel : son niveau de performance avec guidage approprié de l'adulte.

Le dernier degré caractérise la performance dont il sera capable seul après ce guidage.

Les progrès réalisables, grâce au soutien de l'adulte, dépendent du niveau de développement actuel de l'enfant. Si l'activité proposée se trouve trop éloignée de ses compétences, la progression ne pourra se réaliser. Les acquisitions dépendent donc du niveau déjà atteint et de l'apport d'une aide instrumentale.

VYGOTSKI donne lui-même la définition suivante de la « zone proximale de développement » : « ... l'élément central pour toute la psychologie de l'apprentissage est la possibilité de s'élever dans la collaboration avec quelqu'un à un niveau intellectuel supérieur, la possibilité de passer, à l'aide de l'imitation, de ce que l'enfant sait faire à ce qu'il ne sait pas faire. C'est là ce qui fait l'importance de l'apprentissage pour le développement et c'est là aussi précisément le contenu de ce concept de zone proche de développement. »⁶

Cette ZPD est donc délimitée par un niveau inférieur et un supérieur. L'enfant ne peut atteindre le degré suivant que par l'intermédiaire d'un format. Les adultes, vont en effet, créer des situations pour le faire évoluer. BRUNER pense que les mères se construisent intuitivement un système d'évaluation des possibilités de leur enfant et adaptent leurs sollicitations, elles calibrent spontanément la ZPD. Grâce aux formats, elles le poussent à utiliser un niveau plus élevé linguistiquement.

L'apprentissage dépend largement du cadre social. Le développement cognitif est tributaire des interactions sociales, particulièrement dans les situations fortement asymétriques adulte-enfant. Les instruments de l'instruction que l'expert apporte au novice sont massivement constitués par la communication interpersonnelle, la démonstration et la modélisation, toutes trois sous-tendues par le langage.

⁶ Vygotski, L.S. (1984), P.272-273 cité par Cartron, A., Winnykamen, F. P.121

b) Le Langage Adressé à l'Enfant (LAE)

Quand un adulte s'adresse à un enfant, son langage est une véritable adaptation du langage maternel. Dès la naissance, les parents adoptent inconsciemment un langage spécifique pour parler avec leur bébé. Le « *motherese* »⁷ ou *Langage Adressé à l'Enfant* résulte du souci permanent de maintenir un degré de cohérence dans la communication.

Ainsi, le discours des parents est à la fois plus intelligible grâce à une articulation soignée, plus rythmée, structurellement plus simple, plus clair, plus bref et surtout très redondant. On remarque aussi une élévation de la hauteur tonale, une forte accentuation sur les mots à contenu sémantique. Dans les aspects sémantiques, on s'aperçoit que le lexique est surtout concret, peu diversifié, faisant apparaître beaucoup d'expressions d'émotions et de sentiments. Le thème conversationnel est principalement « l'ici et maintenant. »

Et en terme pragmatique, la mère fait surtout des requêtes d'information, d'action, de description et de déclaration.

De plus, grâce à la clarté gestuelle concomitante et au contexte, l'enfant reçoit un langage transparent dans sa forme mais aussi dans son sens. Cette synchronisation des gestes, du regard, des mimiques, renforce la clarté et l'interprétation du LAE.

Cet étayage de l'adulte évolue avec l'âge de l'enfant, avec son développement cognitif et avec son statut (d'interlocuteur potentiel, il devient participant, conversant).

Si jusqu'à 6 mois, le LAE s'adresse à des enfants qui ne comprennent pas véritablement le sens, dès 8 mois, ces derniers réalisent des acquisitions importantes sur les plans cognitif et moteur et participent activement à la conversation. L'enfant acquiert une autonomie plus importante, passant d'un statut « *d'other's regulation* » (régulé par ses parents) à un statut de « *self regulation* » (où il s'auto-régule). Le langage devient une quête propre.

Ce concept théorique montre que l'adulte joue un rôle actif dans la construction langagière de l'enfant. Ainsi, on peut dire que le milieu socio-culturel dans lequel baigne l'enfant mais également la fréquence et le genre de stimulations qu'il reçoit contribuent en grande partie à l'aider à développer ses outils communicationnels.

⁷ Newport, E.L. (1976) *Motherese : The speech of mothers to young children*.

c) Les caractéristiques du langage adapté à l'enfant

L'analyse du langage adapté à l'enfant révèle que les parents ne communiquent pas simplement avec lui, ils adaptent leur langage pour faciliter cette communication. Ils réagissent verbalement et non-verbalement aux productions linguistiques, ils approuvent ou désapprouvent les énoncés, ils répètent tout ou une partie de ce que dit leur enfant, et spontanément ils mettent en œuvre des procédés et des stratégies spécifiques. Le langage adressé à l'enfant change à mesure que ses capacités linguistiques se développent.

- Selon RONDAL⁸, « *il s'agit d'un enseignement implicite qui procède par adaptation progressive de l'input aux capacités du jeune interlocuteur et par feed-back approprié contingent aux productions de celui-ci.* »

Dans ses publications, RONDAL insiste sur le fait que ces principes généraux de modification et d'adaptation du comportement verbal adressé à l'enfant sont très répandus. Il insiste sur l'hétérogénéité des parents : aussi bien entre, qu'à l'intérieur des classes sociales.

Ces caractéristiques auraient des répercussions sur les apprentissages langagiers des enfants : « *Ces variations parentales interindividuelles constituent vraisemblablement un déterminant important des notables différences interindividuelles entre enfants dans la chronologie de l'ontogenèse du langage* ». ⁹

RONDAL s'est également penché sur le langage des pères, il montre qu'il n'y a aucune différence significative entre les pères et les mères du point de vue de la capacité d'adaptation. En revanche, il a décrit que les mères parlent plus et reprennent plus (feed back correctif) et les pères demandent plus de précision ; ce qui laisse supposer que les pères auraient une moins bonne compréhension du langage ou alors qu'ils seraient plus soucieux des détails ou enfin que les pères seraient plus exigeants quant au degré d'élaboration.

- Selon ESTIENNE¹⁰,

Le langage des parents adressé à l'enfant est adapté à son âge, il se complexifie avec les années et devient semblable à celui adressé à l'adulte, quand l'enfant a 12 ans environ.

Le vocabulaire des mères comprend une sur-représentation des mots faciles à prononcer par les enfants (commençants par des labiales : b, f, m, v). Les requêtes d'actions et d'informations ainsi que les descriptions sont très nombreuses.

⁸ Rondal, J.A. (1995). *L'interaction adulte-enfant et la construction du langage*. P.173

⁹ Rondal, J.A. (1995). *L'interaction adulte-enfant et la construction du langage*.

¹⁰ Estienne, F. cité in « *Dialogoris* »

De plus, grâce aux comportements de dénomination, l'enfant acquiert peu à peu le langage référentiel (mots se référant à des représentations d'objets ou d'événements).

Concernant le langage des pères, ESTIENNE énonce qu'il serait comparable au langage des mères et un peu plus complexe, « *tel un pont entre le langage maternel et le langage des adultes entre eux* ».

Elle explique également que l'adulte présente les informations à l'enfant sous une forme simplifiée et assimilable, prenant en compte la ZPD, décrite par VYGOTSKI. Peu à peu, l'adulte s'efface, laissant l'initiative et le contrôle de ses productions à l'enfant, lui permettant ainsi d'acquérir un auto-contrôle.

d) Les interactions de tutelle

Ce processus d'étayage se met en place spontanément dans des échanges adulte-enfant. L'adulte est qualifié d'« expert », il va proposer une situation avec un problème à l'enfant, « le novice ». Ces interactions reposent essentiellement sur des conventions langagières. L'adulte va l'aider dans ses acquisitions et va s'organiser pour que l'enfant acquière des procédures d'attention, de communication, de résolution de problèmes.

Six variables interviennent dans ce procédé :

- L'enrôlement du sujet dans la tâche : nécessité d'éveiller et d'engager l'intérêt de l'enfant dans cette tâche et donc le faire renoncer à ses jeux d'imagination.
- La réduction de la difficulté : simplification de la tâche en réduisant les actions consécutives menant aux solutions. L'adulte crée des sous-tâches.
- Le maintien de l'orientation : le tuteur doit aider l'enfant à maintenir cette poursuite de l'objet défini, à aller au bout et ne pas rester à une sous-solution. Il est nécessaire de maintenir la motivation et de laisser l'enfant faire seul, ne pas faire à sa place.
- La signalisation des caractéristiques déterminantes : le rôle de l'expert est aussi de faire prendre conscience à l'enfant des écarts entre la production réalisée et la production correcte, mais aussi de lui fournir l'information utile à la poursuite.
- Le contrôle de la frustration : le risque majeur du tutorat est l'instauration d'une relation de dépendance où l'enfant n'agit que accompagné. L'adulte doit savoir se mettre en retrait.
- La démonstration : le tuteur imite un essai de solution tentée par l'enfant, dans le but que celui-ci re-imite sous une forme plus pertinente et adéquate. L'adulte essaye de lui montrer ses erreurs.

3. Séparation et individuation

« *Le langage ne peut advenir que là où il y a séparation entre la mère et l'enfant.* »¹¹

a) L'apparition des interdits

À l'âge de 8-9 mois, le bébé entre dans la période de confrontation aux interdits.

ANZIEU décrit le premier comme étant celui du « *toucher* »¹² car dès qu'un enfant commence à se déplacer par lui-même et qu'il explore activement le monde extérieur, il est aussitôt confronté aux restrictions posées par les parents (interdit de toucher les objets, de faire du mal aux autres...) Ces interdictions visent à le protéger de sa propre agressivité et de celle des autres. L'interdit du toucher contribue à séparer le monde en deux zones : la première familière, protégée et la deuxième étrangère, inquiétante et dangereuse.

L'interdit oedipien mentionne à l'enfant d'assumer d'avoir un corps séparé pour explorer le monde extérieur. L'interdit secondaire a pour fonction de faire sortir l'enfant de la toute puissance. Il entre alors dans la logique de désillusion qui dure environ deux ans.

b) La notion de désillusion

Quand le bébé devient capable de supporter la frustration et quand la mère guérit de la préoccupation primaire maternelle, apparaît la phase de « *désillusion* »¹³. La mère retrouve d'autres intérêts, différents de l'enfant (relationnel, professionnel, artistique...). Ils ne forment plus une unité, c'est le début de la différenciation.

Entre 6 mois et 2 ans, l'enfant passe d'une dépendance absolue à une dépendance relative et de l'omnipotence absolue à la conscience de la dépendance.

A l'inverse, une adaptation étroite et persistante à ses besoins le perturberait.

Si cette période de désillusion fonctionne bien, sans heurts ni traumatismes, elle sera suivie d'une double croyance chez l'enfant.

- La croyance en l'existence du monde extérieur et la possibilité d'une relative maîtrise sur lui. S'il n'arrive pas à accéder à cette croyance, il y a un risque de psychose.

- La croyance en sa propre réalité personnelle dans un corps limité, et la possibilité de la connaître, en partie par des échecs sonores et visuels que renvoie l'entourage. Là aussi, en l'absence de cette croyance, l'enfant peut souffrir d'état-limite ou de névrose narcissique.

¹¹ Golse, B. (2006). *L'être-bébé*.

¹² Anzieu, D. *Le moi-peau*.

¹³ Winnicott, D.W. (1956) *La mère suffisamment bonne*.

c) La distanciation de l'enfant à la mère

D'une part, en grandissant, l'enfant développe, en lui-même, des représentations de l'espace. Elles lui permettent non seulement de se situer par rapport aux êtres et aux choses mais de les situer les uns par rapport aux autres. Cette organisation de l'espace est primordiale pour l'individuation de l'enfant.

D'autre part, il existe un espace imaginaire construit à partir de la distanciation de l'enfant à sa mère. Il est vrai qu'au début de sa vie, le nourrisson et sa mère vivent dans une très grande proximité, le sentiment d'existence de l'enfant se construit dans cette relation physiquement proche. Lorsqu'elle s'éloigne ou disparaît de sa vue, c'est la voix qui joue un rôle important, « *C'est ainsi qu'entre la mère et l'enfant le langage est à la fois production et possession commune, comme une partie d'eux-mêmes projetée hors d'eux-mêmes pour leur plaisir mutuel.* »¹⁴ La parole est comme un prolongement de soi et un prolongement de l'autre. Plus tard, il intègre l'image de sa mère dans ses représentations. Il acquiert alors l'existence d'une réalité extérieure, il se construit des représentations de l'espace qui sont sous-tendues par ses désirs et ses craintes.

Après la station debout, il acquiert l'autonomie motrice, ces moments sont accompagnés d'une extrême jubilation, il découvre un espace inconnu et expérimente la séparation. L'enfant peut la provoquer alors qu'il la subissait. De plus, l'objet transitionnel l'aidera à mieux vivre cet éloignement (c'est-à-dire l'image mentale de sa mère). C'est un objet matériel (et non un fantasme ou une hallucination), qui sera le plus souvent doux, mou, chaud ... réconfortant pour l'enfant. L'enfant le serre, le sent, le suce, s'en caresse les lèvres ou la joue. Il est source de plaisir et de réassurance. Ce qui est transitionnel ce n'est pas l'Objet lui-même mais son utilisation : il représente le passage entre la mère et l'environnement et rétablit la continuité menacée par la séparation.

De même que les objets transitionnels, les productions sonores et verbales suppléent la présence maternelle. Une grande partie des activités langagières se situent dans la zone transitionnelle du jeu, de l'illusion, de la fiction. « *La parole est le plus fidèle, le plus universel et le plus maniable des objets transitionnels. L'enfant peut en conserver les traces indélébiles, les mobiliser, les recréer à volonté. Il peut organiser progressivement son usage du langage, contrôler activement la situation.* »¹⁵ L'enfant assume sa réalité d'individu autonome, contrôle le jeu, la fiction, le symbolique.

¹⁴ Aimard, P. (1981). *Le langage de l'enfant* P.36

¹⁵ Aimard, P. (1981). *Le langage de l'enfant* P.37

L'acquisition de la marche est un élément majeur qui renforce cette distanciation, c'est aussi un moment essentiel dans l'acquisition du langage. Annie ANZIEU considère que « *les premières tentatives de parole s'établissent en fonction de la distance corporelle* ». ¹⁶

Elle décrit trois références spatiales qualitatives de la situation d'où naît le langage :

- La distance, c'est-à-dire le fait de quitter sa mère. C'est un événement fondamental dans l'acquisition de la pulsion à parler.
- La direction reflète les déplacements de son corps dans l'espace, l'enfant quitte la main de sa mère pour aller vers un tiers. Il devient l'objet qui relie le père et la mère et c'est dans cet espace que la parole va être émise. Un jeu d'opposition va commencer (quitter le père pour aller vers la mère et inversement). Il acquiert la possibilité du refus, du « non », c'est un moment important dans la structuration.
- Le sens signifie les déplacements entre le dedans et le dehors, avec la parole qui doit être dirigée vers l'extérieur, qui prend sens en allant vers l'extérieur. S'il n'y a pas de distanciation possible, le langage risque de ne pas apparaître.

d) Le stade du miroir comme formateur de la fonction du « Je »

Dans les premiers stades de son développement le nourrisson est dans l'indifférenciation intérieur/extérieur, il vit l'environnement comme un prolongement de lui-même, il ne se voit pas distinct de sa mère et n'a pas conscience de son propre corps.

Vers 4 mois, il réagit à une image reflétée par le miroir.

Puis, vers 7-8 mois, apparaît un stade important pour son développement, LACAN le nomme « *stade du miroir* ». Cette étape doit permettre au bébé d'identifier ce corps qui est à lui et qui est différent de l'Autre, le premier Autre : la mère. Quand il se voit dans le miroir, il attend une réaction de cet Autre devant lui. Le visage de la mère est le premier miroir de l'enfant : « *Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit.* » ¹⁷

La mère qui le tient dans ses bras (ou qui est placée derrière lui) va lui nommer cette image et lui dire « c'est l'image de ton corps, c'est toi que l'on voit dans le miroir ». Cette parole lui fait prendre conscience de leur existence distincte. Il va chercher confirmation en se retournant pour voir sa mère derrière (ou à côté de) lui.

¹⁶ Anzieu, A.

¹⁷ Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité* P.155.

C'est dans ce bain d'affects et de dialogues que l'enfant va se sentir être et s'organiser. Peu à peu sa personnalité va se développer et cela passe par l'acquisition du « je ». Beaucoup de malades mentaux ne sont pas « sujet de leur discours ». Quand on parle, on affirme un « je », c'est-à-dire que l'on se distingue de l'Autre. Parler, c'est affirmer son individualité, c'est se poser comme sujet de son discours.

Mais finalement qu'est-ce que le langage ?

B. Le développement du langage

Le langage n'est pas seulement un moyen d'encoder les significations ; il est aussi un instrument qui permet la communication entre les individus. Par son intermédiaire, le sujet agit sur autrui et il est soumis à l'action d'autrui.

Le langage ne relie pas seulement un contenu et une forme, il installe aussi une relation entre deux ou plusieurs individus, qui, tour à tour, se font locuteurs et auditeurs, au sein de cet échange très structuré qu'est le dialogue.

Les fonctions du langage posent questions depuis longtemps, elles ont intéressé tant les linguistes que les psychologues. En linguistique, la classification la plus généralement retenue est celle de JAKOBSON¹⁸ qui proposa de distinguer les six fonctions suivantes :

- ◆ La fonction expressive : le locuteur est centré sur ses besoins et ses émotions.
- ◆ La fonction référentielle : le locuteur décrit son environnement.
- ◆ La fonction conative : le sujet tente d'agir sur autrui par le langage.
- ◆ La fonction phatique : le langage sert à assurer le maintien de la communication.
- ◆ La fonction poétique : la destination du langage est ludique ou artistique.
- ◆ La fonction métalinguistique : le langage devient objet d'analyse.

Ces six fonctions sont solidaires et se combinent entre elles.

¹⁸ Jakobson, R.O, cité par Moreau, M.L., Richelle, M. *L'acquisition du langage*. P.113

1. Les actes pré verbaux

GORI situe « *l'acte de parole en un lieu oscillant entre le langage (code linguistique, parlé) et le cri (décharge motrice du corps)* ». ¹⁹ Le langage, dans ce discours, est le code, le système de la langue, la convention commune, modèle proposé et imposé à l'enfant.

Le cri, lui, sort du corps, spontané, sans modèle, dans une décharge motrice, comme un geste naturel. Il y a donc d'un côté la communication codifiée et d'un autre la communication spontanée, et c'est là toute l'éternelle ambiguïté du langage. L'enfant parle à la fois avec son corps et avec le code, ou plutôt grâce à un compromis qui allie les deux.

a) Des cris au babil

Dès la naissance, l'enfant est doté de capacités cognitives, sensorielles et motrices qui lui permettent d'interagir avec son environnement. Loin d'être passif, il réagit à tous les stimuli qu'il reçoit et agit sous la force de ses pulsions ou de ses réflexes.

La première émission de l'enfant est le cri, qui se différencie en quatre sortes : les cris de faim, de colère, de douleur, de frustration. L'adulte ne comprend pas toujours la raison. Pour lui, ces cris et pleurs résultent d'une situation d'inconfort, de faim, d'ennui, de tension. Le bébé intériorise rapidement la réponse de ses parents qui est systématique et identique. Il découvre un usage particulier qu'il va utiliser comme signal d'appel et moyen de contrôle sur l'extérieur.

C'est ce que BRUNER appelle « *la socialisation des pleurs.* » L'enfant se tourne vers le langage pour apprendre à vivre dans un monde social. « *Le langage est le moyen d'interpréter et de réguler la culture : l'interprétation et la négociation commencent au moment où le petit enfant pénètre sur la scène humaine.* » ²⁰

Progressivement, la quantité de cris diminue au profit d'émissions sonores : le babil. Au début, il y a une part de hasard : le bébé est étonné par ces sons.

Le babil est, en partie *auto-imitation* ²¹, (reproduction des sons émis) et *hétéro-imitation* (l'enfant essaie d'imiter les sons produits par l'adulte). Le parent exerce alors un renforcement positif quand l'enfant émet des sons reproduits.

« *Le babil est à la fois jeu et dialogue, mais le dialogue est en partie un jeu à cet âge.* » ²²

¹⁹ Gori, R. cité par Aimard, P. (1981). *Le langage de l'enfant*. P.35

²⁰ Bruner, J.S. *Comment les enfants apprennent à parler*.

²¹ Aimard, P. (1981). *Le langage de l'enfant*. P.60

²² Aimard, P. (1981). *Le langage de l'enfant*. P.61

« C'est aussi le plaisir de fonctionner à deux, un plaisir partagé, un début de dialogue, une proto-conversation. »²³

b) L'attention conjointe

Dès le début de la première année, COLLIS et SCHAFFER²⁴ ont montré que le regard de la mère suit celui de l'enfant, surveillant le déplacement de son attention pour situer son centre d'intérêt et mieux interpréter ses demandes. Le regard et le geste de pointer ont une place de choix dans la réalisation de cette situation interactionnelle. Progressivement, l'enfant devient lui aussi capable de suivre le regard de l'adulte, surtout quand ce regard se porte sur un objet invisible pour lui. Peu à peu, le bébé va être capable d'écouter sa mère (son père ou une autre personne) en même temps qu'ils regardent ensemble le même objet. L'enfant et la mère ont tendance à produire simultanément regard, pointage et vocalisations. Il existe donc très tôt un système partagé assurant l'attention conjointe entre eux. *« Dès lors, la mère peut parler de cet objet/aspect, ou peut le nommer, proposant ainsi à l'enfant un cadre dans lequel la signification du mot a de bonnes chances de devenir accessibles à l'enfant. »*²⁵ L'attention conjointe est en conséquence un événement pertinent aux premières acquisitions lexicales.

Pour BRUNER, « prêter attention à ... » est déjà une routine interactive qui va être progressivement enrichie par les commentaires et les interprétations de la mère. Très vite, les deux protagonistes suivent le regard de l'autre et focalisent sur le même objet. Cette attention est renforcée par les commentaires surajoutés par la mère. Ils sont omniprésents et sont divisés en deux catégories :

D'une part, les interprétations ou commentaires qui visent à donner au bébé des intentions d'action et qui attribuent à la mère un rôle de soutien pour que le bébé obtienne le résultat voulu. Elle intervient dans le but de favoriser l'action. L'action conjointe est un processus d'assistance qui se développe entre un expert et un novice.

D'autre part, les interprétations qui portent sur l'attention. L'enfant se renseigne sur l'objet alors la mère va le commenter, le nommer mais aussi le déplacer, le manipuler. De cette façon, elle donne un sens au désir de son enfant : elle lui offre un signifiant.

²³ Bateson, G. cité par P.Aimard

²⁴ Collis, G.M, Schaffer, H.R. (1975), cités par Veneziano, E. P.235 in Kail, M., Fayol, M.

²⁵ Veneziano, E. in Kail, M., Fayol, M. *L'acquisition du langage*

c) Le regard

À la naissance existe la perception des formes et de la lumière. La poursuite oculaire n'est possible que sur un angle réduit. Vers 1 mois, apparaît la fixation du regard. A 3 mois, la poursuite oculaire est parfaite sur 180° avec une coordination oculo-céphalogyre. A 9 mois, l'espace est exploré du regard dans toutes les directions. Peu à peu, le champ visuel s'élargit et les capacités d'accommodation de l'enfant s'améliorent.

L'investissement de cette capacité sensorielle est nécessaire au bon déroulement de l'évolution de la communication. Le regard soutient le dialogue. De plus, beaucoup de sentiments, d'émotions passent par le non-verbal et sont transmis entre autres par le regard (yeux froncés de désapprobation, clin d'œil, yeux grands ouverts d'étonnement...).

d) L'utilisation de gestes à visée communicative

Au fil des mois, l'expérience interactionnelle, l'attention conjointe entre la mère et l'enfant évolue. Ce sont les indications vocales et gestuelles qui permettent à l'enfant d'acquérir cette conduite appelée par BRUNER « *l'indication primitive* »²⁶. A partir de 9-12 mois,²⁷ l'enfant commence à utiliser lui-même le geste de pointer dans le but d'attirer l'attention de l'adulte sur un objet : c'est « *la monstration* ». Ce geste, peut être accompagné d'un regard vers l'adulte. Ce pointage est une conduite fondamentale pour le développement linguistique car il n'existe pas en dehors de la présence d'autrui, et il a une fonction bien précise, celle de se référer. Du point de vue interactionnel, la mère peut maintenant prendre plus d'initiatives pour attirer l'attention de l'enfant sur des objets ou aspects. Grâce à l'imitation réciproque, les deux partenaires instaurent une réciprocité dans l'action qui devient le point de départ de l'échange. Cependant, à ce stade, il s'agit plutôt d'interactions avec les objets que de relations interpersonnelles.

Le bébé devient progressivement capable d'utiliser des gestes à visée communicative et des gestes symboliques. L'enfant développe cette capacité pour ajouter de l'information à ses propos (par exemple, tirer sur la manche pour amener maman chercher un gâteau) ainsi que des gestes ayant une valeur de symbole (faire coucou de la main, envoyer un baiser...). L'enfant en grandissant, enrichit ses comportements non-verbaux et affine ses gestes, il développe le pointage (avec le doigt ou avec la main) pour désigner.

²⁶ Bruner, J.S. *Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire*.

²⁷ Masur, (1983) cité par Veneziano E. in Kail, M., Fayol, M.

L'apparition des premiers mots est précédée de cette fonction déictique. Ce geste permet de localiser l'objet pointé et de le séparer des autres. L'enfant est alors capable d'interpeller un interlocuteur pour lui signifier quelque chose sur un objet, un référent.

2. Les premières interactions conversationnelles

Dès les premiers moments de la vie, les échanges, les communications qui s'établissent entre la mère et l'enfant servent de support à la genèse de la parole et du langage. La mère amène l'enfant à la langue du groupe dont elle fait partie. La famille, relayée par l'école assure en principe les débuts de l'initiation à la vie sociale par le langage. C'est une phase d'apprentissage extrêmement importante car elle installe chez l'enfant les rudiments langagiers utiles à l'entrée à l'école. L'enseignement primaire fait comprendre à l'enfant que la langue parlée est objectivée par l'écrit.

a) L'alternance des tours de parole

Le babil du bébé apparaît au départ comme une réponse à des stimuli non spécifiques. Néanmoins, ces sons vocaliques vont progressivement être investis de manière plus coordonnée et plus intentionnelle. En effet, par imitation globale et mutuelle entre la mère et l'enfant, un genre de dialogue commence à s'établir : on parle de « synchronisation » ou de « proto-conversation ». La mère s'adapte au rythme naturel du bébé et réciproquement.

Peu à peu, l'enfant semble répondre à la parole de sa mère par une sorte de mélodie vocalique : ce sont les fameux « *areuh areuh* » qui constituent le cadre conversationnel. STERN²⁸ a montré à partir d'enregistrements filmés que les vocalisations sont désordonnées au départ et peu à peu, elles se transforment en conduite interactive pour laisser la place à la réciprocité. Au début, la mère parle seule, puis elle se met à insérer des pauses dans des groupes de « areuh ». Lors des prémices, rien ne se produit, puis progressivement, les « areuh » déclenchent des vocalisations. Par la suite, les vocalisations du bébé ne sont plus occasionnées par les « areuh » mais par les pauses. Ce jeu a une structure simple mais à la fois rigide et évolutive. L'alternance des tours de parole se construit ainsi chez le bébé tout en lui donnant le plaisir de l'échange à deux. La mère attribue un statut de conversant à son enfant.

²⁸ Stern, D.N. (1975) Le monde interpersonnel du nourrisson.

Il n'est pas prouvé la part d'intentionnalité du nourrisson lors de ces premiers échanges, mais elle devient plus grande (l'enfant initie de plus en plus), ce qui permet de parler de communication adulte-enfant et non plus seulement d'interaction.

b) Les formats dialogiques : les jeux de nourrice

BRUNER et ses collaborateurs relèvent dans l'interaction mère-enfant des situations récurrentes qui constituent des schémas d'action structurés appelés « *formats* »²⁹. Leur intérêt est de créer des microstructures avec un haut degré de prédictibilité. Les formats constituent des cadres permettant beaucoup de liberté, d'adaptations et donc la possibilité de nouvelles acquisitions.

L'enfant segmente ces situations en unités car il connaît le commencement et la fin. Il les mémorise, les reproduit et les anticipe. Le format est la structure organisatrice de base qui règle l'échange mère-enfant. Il peut être de différentes natures : verbal, matériel, perceptif, gestuel. « *Cela permet à l'enfant de fonctionner d'une manière qui converge avec les attentes de l'adulte et d'interpréter les comportements de la mère même s'il ne comprend pas entièrement les instanciations particulières de ces comportements.* »³⁰

Grâce au soutien de la mère qui crée un contexte facilitateur, l'enfant se libère des contraintes cognitives, lui permettant ainsi de se centrer sur les paroles de sa mère et d'explorer « *des hypothèses linguistiques.* ». L'enfant peut construire des clefs pour établir des relations de signification entre des signifiants langagiers et leurs signifiés.

BRUNER³¹, à la suite de STERN, a mis en évidence l'un de ces formats dans les jeux de nourrice. « *Ce qui est particulier aux formats dialogiques est le fait que le cadre est langagier et que les contenus peuvent l'être aussi.* »³².

BRUNER attire en effet, l'attention sur les interactions précoces verbales et non-verbales entre adultes et enfants. Pour lui, cette ritualisation des jeux à deux est le moyen d'assurer le développement des structures formelles du langage. « *Le dialogue naquit entre des êtres à la recherche l'un de l'autre* ».³³

²⁹ Bruner, J.S. (1975), Garvey (1974) cités par Veneziano, E in Kail, M., Fayol, M.

³⁰ Veneziano, E. in Kail, M., Fayol, M. *L'acquisition du langage*. P.236

³¹ Bruner, J.S. *Comment les enfants apprennent à parler*.

³² Veneziano, E. in Kail, M., Fayol, M. *L'acquisition du langage*. P.239

³³ Lhote, E. (1996) *La parole oubliée, la parole retrouvée in la parole oubliée, bulletin d'audiologie*.

- Le coucou – caché

Ce jeu existe dans toutes les sociétés, il se met en place spontanément à 6-7 mois et s'étend jusqu'à 18 mois. Un événement naturel (bain, habillage) provoque ce divertissement. Il y a une notion de rigidité car il est assez répétitif et se met en place lorsque le contact est explicite (regard, contact, face à face visuel). L'ordre est précis, quatre éléments se succèdent : la mère cherche à canaliser l'attention du bébé (en utilisant des attrapeurs ou des vocatifs, en le nommant), puis elle attire l'enfant vers l'objet, elle lui demande où est l'objet dissimulé, puis enfin elle ôte le cache.

Avant 12 mois, BRUNER constate que la maman enlève le cache. Cet amusement évolue dans le temps : après 15 mois, les objets et les contextes sont élargis. C'est une routine conversationnelle qui fonctionne avec un ensemble restreint d'outils sémantiques, ce qui facilite la mémorisation et l'automatisation. La finalité de ce jeu est l'installation de la réciprocité des émissions : l'enfant passe du statut de destinataire à celui d'agent et la mère inversement.

- Le donner – recevoir

C'est un échange entre un adulte et un enfant de 4-5 mois.

Le déroulement se passe en trois temps :

- l'adulte tend la main paume vers le bas et dit « donne » : c'est le jeu de prendre.
- l'adulte tend la main paume vers le haut et attend, il insère une pause.
- l'adulte dit « donne », il attend, l'enfant lâche l'objet dans la main de l'adulte.

Avec la répétition, l'enfant devient capable de donner. Ce donner – recevoir permet la construction d'un savoir-faire qui est l'échange d'un objet.

- Le jeu de dénomination : le « qu'est-ce que c'est ? »

Ce jeu se pratique de l'âge de 1 à 3 ans environ. La structure est très rigide et redondante, elle tourne autour d'une question.

Les adultes posent la question « qu'est-ce que c'est ? » en désignant un objet et donnent la réponse rapidement. Au fil du temps, ils insèrent des pauses de plus en plus longues où l'enfant peut intercaler ses réponses. Dans le dernier temps de ce jeu, l'enfant qui pose les questions, devient l'initiateur du jeu. Cette routine est fondamentale car elle permet une importante exploration de vocabulaire (les thèmes varient au fil du temps et s'élargissent : le corps, les vêtements, les lieux ...)

Ainsi, grâce à la répétition et à sa structure inchangeable, le jeu de nourrice est facilement automatisé et mémorisé par l'enfant qui en apprend les règles de l'échange.

Ces jeux maternels sont des routines d'enseignement sans qu'il y ait la moindre volonté consciente d'enseigner. Les mères ne raisonnent jamais en terme pédagogique. Le Langage Adressé à l'Enfant et ces routines conduisent à l'établissement d'un système interactif et dynamique. La dyade est à considérer comme un système évolutif. Au départ, elle constitue un système complexe et dynamique au sein duquel chacun va apprendre ce qu'il peut attendre de l'autre. « *On n'apprend pas à parler à l'enfant, l'enfant s'approprie le langage en fonction de son passé* ». ³⁴

c) Les reprises imitatives et les interprétations

Dans la continuité des échanges alternatifs entre la mère et son enfant, on observe une centration progressive sur la production vocale de l'autre. Deux types de comportements se dégagent : la reprise imitative du comportement du partenaire et la tendance de la mère à interpréter les productions de l'enfant en termes langagiers.

Les études de PAWLBY (1977) et MASUR (1987) montrent que, « *Contrairement à ce que l'on pourrait croire, pendant la première année de vie du bébé, la mère est dans la dyade la principale imitatrice des productions vocales.* » ³⁵ Tandis que l'enfant imite plus souvent les gestes et expressions faciales de la mère. Porté par la mère « *sur le devant de la scène* », ce comportement imitateur permet à l'enfant de la voir à la fois locuteur et interlocuteur.

L'enfant imite plus les productions de sa mère quand c'est une imitation des siennes, ce qui amène la dyade à réaliser des échanges de nature plus langagière.

Vers la fin de la première année, et plus fréquemment dans la deuxième année, la mère commence à traiter certaines des productions vocales de l'enfant comme des approximations de mots de la langue. Celle-ci reprend et intègre l'élément produit par l'enfant pour lui fournir, à la fois, une reformulation grammaticale de son énoncé, un lien sémantique avec ce qu'il semble vouloir exprimer, et cela à un moment où l'attention commune porte sur l'un de ses référés.

³⁴ Diatkine, R. (1991). *Orthophonie et psychiatrie in Rééducation orthophonique n°168.*

³⁵ Veneziano, E. in Kail, M., Fayol, M. *L'acquisition du langage.* P.238.

Cette attitude interprétative est centrale pour l'émergence du langage : en interprétant, l'adulte donne une signification « *avant que l'enfant ait pu signifier lui-même une telle signification.* »³⁶

Toutes ces caractéristiques marquent bien le début d'une signification langagière partagée.

3. Etapes de l'acquisition du langage

Le langage humain suppose des organes périphériques et un système nerveux central appropriés. Exposé à un entourage linguistique constant, le jeune enfant ne parle pas d'emblée, et le développement du langage se réalise à travers une succession d'étapes.

Divers arguments rassemblés et développés par LENNEBERG³⁷ portent à penser que le développement du langage dépend de facteurs maturationnels, et il se situe dans une période limitée, au-delà de laquelle l'acquisition d'une langue ne pourrait plus s'appuyer sur les mêmes facilités. On pourrait donc parler, à propos de l'apparition du langage, de « *période critique* », ou de « *période privilégiée* ».

a) Les capacités perceptives précoces

L'acquisition des phonèmes suppose que l'enfant différencie auditivement les multiples sons entendus. Chez le nouveau-né, il a été démontré que pour certains contrastes, une discrimination catégorielle des sons du langage est possible (comme chez l'adulte). Ceci a pu être établi grâce aux études de EIMAS³⁸ et ses collaborateurs (1971 et 1981). Ils ont conclu que le rythme de succion chez l'enfant exposé à un stimulus acoustique tend à diminuer si le stimulus ne varie pas ; en revanche lorsqu'on fait entendre un stimulus différent du premier, le rythme de succion connaît une accélération.

De plus, concernant la perception auditive, il a été démontré que le bébé, dès sa troisième semaine de vie, a découvert la plupart des nuances de la voix humaine. Il manifeste une préférence pour la voix de sa mère parmi plusieurs voix.

Le bébé peut, dès ses premières semaines de vie, être sollicité par des stimuli visuels et auditifs variés. Or le visage de la mère, objet d'une attention sélective, regroupe précisément l'essentiel des stimuli auxquels il est sensible : la brillance et le mouvement des yeux, les contrastes de couleur entre les différentes parties du visage (peau, sourcils), les mouvements de la bouche qui sourit et émet des sons de mille manières.

³⁶ Dore cité par Veneziano E. in Kail, M., Fayol, M. P.45

³⁷ Lenneberg, cité par M.L Moreau et M. Richelle. *L'acquisition du langage*. P.37

³⁸ Eimas cité par M.L Moreau et M. Richelle. *L'acquisition du langage*. P.48

La mise en évidence de tels faits éclaire de manière très précieuse les mécanismes sur lesquels se fondent l'acquisition du système phonologique. Toutefois, l'interprétation des données au niveau théorique doit s'entourer d'un certain nombre de précautions. Par exemple, la discrimination des sons n'équivaut pas à leur identification dans des séquences significatives.

b) Maturation des organes effecteurs

L'activité vocale du bébé est largement influencée par l'anatomie de ses voies aéro-digestives. A la naissance, le nourrisson a des structures physiques différentes de celles de l'adulte, son conduit vocal n'est pas mature. Pour pouvoir parler, il doit être capable de maîtriser, contrôler et coordonner les mouvements du larynx, de la glotte, de la langue ... Il doit aussi synchroniser et combiner la respiration et la déglutition.

Au niveau de la morphologie, on décrit un tractus vocal plus court, une cavité buccale plus courte et plus large qui est occupée presque complètement par la langue dont la mobilité est restreinte vers le haut. Cela facilite la déglutition mais complique l'articulation de certains phonèmes. Le larynx, situé très haut, réduit l'espace pharyngé et limite l'espace entre l'épiglotte et le voile du palais qui se trouvent ainsi presque en contact. Au niveau de la respiration, on sait que la cavité respiratoire, le contrôle du flux aérien et la pression sous-glottique sont limités. Au niveau tonique, on retrouve une faiblesse du voile et de la musculature mandibulo-faciale. Tout cela est donc responsable des qualités acoustiques du bébé avec une fréquence fondamentale très élevée.

A partir de 3 mois, le nourrisson entre dans une phase d'évolution et de maturation. Pendant cette période, des éléments majeurs se mettent en place : l'épiglotte quitte le voile du palais et bascule sur le larynx (ce qui permet une ventilation orale courante), le palais s'avance permettant la protection des voies aériennes, les piliers du voile s'allongent, la langue passe de la position horizontale à une configuration angulaire, la base de langue vient ainsi limiter la partie antérieure de l'oropharynx.

Ces aménagements structurels consécutifs à l'ontogenèse de l'oropharynx entraînent des conséquences fonctionnelles : la déglutition n'est plus concomitante à la respiration et au niveau de la phonation, l'apparition de l'oropharynx permet d'avoir un résonateur qui modulera les sons laryngés. Les productions vocales dépendent donc de l'anatomie du conduit vocal.

c) La période pré-verbale

Le bébé devient conscient de l'utilité de ses cris et de ses pleurs car la mère apporte des réponses adaptées à ses besoins.

Par la suite, le gazouillis, duquel émergeront les phonèmes, débute dès la fin du deuxième mois dans des situations de confort. Ces vocalisations sont des émissions à caractère principalement vocalique émises bouche fermée ou presque. Elles ont un rôle de réconfort pour l'enfant qui les produit en réponse aux sourires, à la voix de son entourage et il essaye d'imiter les mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche.

On a noté la coïncidence chronologique de ces énoncés vocoïdes avec l'apparition du sourire. Ces deux phénomènes jouent un rôle capital à l'origine de la socialisation de l'individu. Le moment commun de leur apparition marque une étape importante dans le développement.

Le jeu vocal émerge aux alentours du quatrième mois. Ce sont des sons vocaliques et consonantiques, il explore en même temps les caractéristiques de l'intonation. Le bébé commence alors à jouer avec la hauteur, l'amplitude, la mélodie ... Cette période d'expansion correspond à l'apparition des premiers rires et des premiers cris de joie.

A 6 mois environ, les vocalisations sont de plus en plus maîtrisées et le babillage canonique apparaît. Ce sont des productions répétitives avec une alternance de consonnes et de voyelles, Il s'agit d'un événement primordial durant cette phase pré-linguistique. Les consonnes sont plutôt antérieures et bilabiales (b, p) et associées à des voyelles antérieures également (pa pa pa). L'enfant vocalise face à son image dans le miroir ou face aux jouets. Il commence à chantonner et son rire devient adapté à la situation.

Après l'âge de 10 mois, le babillage varie en séquences longues et intonnées. L'enchaînement des syllabes est diversifié, il modifie les consonnes ou les voyelles en les sélectionnant dans un répertoire adapté à la langue maternelle. L'enfant utilise de façon stable des modèles d'accentuation et d'intonation. On parle alors de proto-mots.

Néanmoins, tout babillage n'évolue pas systématiquement vers du langage articulé, c'est une condition nécessaire mais pas suffisante. Il n'y a pas de relation entre la quantité de babillage et la qualité du langage ultérieur, mais la présence de consonnes différentes est un indicateur précoce et fiable de l'entrée dans le langage.

Durant cette période pré-verbale, les différents modes d'échange avec l'enfant vont être ritualisés avec des temps de communication importants (toilette, coucher). Cette ritualisation par répétition de situations connues développe les facultés d'attention et d'anticipation de l'enfant, il intègre les stimuli auditifs et visuels. Petit à petit, la fonction langage est intégrée dans son répertoire de comportements, même s'il ne parle pas, il écoute. Le bébé s'imprègne des éléments qui caractérisent les structures de sa langue. Si les échanges sont confortables, ces ritualisations vont être source de plaisir. Au contraire, sans ritualisation, les acquisitions seront plus aléatoires, l'enfant va se décourager et être moins attentif. De plus, la vocalisation seule ne suffit pas, une visée communicative est nécessaire. C'est pourquoi les réactions de l'entourage sont essentielles pour favoriser l'installation des proto-conversations.

d) La période verbale

Un enfant produit ses premiers mots à l'âge de 12 mois environ. Il est capable d'émettre des formes stables en relation avec des situations, c'est la création de la fonction sémantique. L'enfant attache du sens aux proto-mots qui persistent la deuxième année. Le langage verbal et non verbal sont étroitement imbriqués, le geste (ou la mimique) associé à la verbalisation constitue un seul message intentionnel.

Les premiers mots produits véhiculent un sens que l'enfant généralise à plusieurs objets ou situations avec des caractéristiques communes. Par exemple, le mot « dodo » peut signifier « je vois un lit », « mon frère dort » ou encore « je veux aller au lit ». A ce stade du mot-phrase, le langage ne peut se suffire à lui-même : la signification du mot dépend du contexte (gestes, environnement). Le langage accompagne toujours l'action mais ne s'y substitue pas encore. Ce phénomène régresse au fur et à mesure de l'augmentation du stock lexical, l'accroissement du capital linguistique ayant pour conséquence un gain de précisions dans le sens des mots.

De plus, à cette étape, le stade symbolique émerge : l'enfant semble autant se parler à lui-même qu'aux autres, cela le rassure et l'aide à gérer les situations anxiogènes. Cette intériorisation lui permet également de se répéter les modèles linguistiques, de prendre un peu de distance avec sa mère pour créer son propre univers.

Petit à petit, le mot va lui permettre de parler de quelque chose de passé ou d'absent. Il développe également des méta-représentations, comme la conscience de soi différent des autres, la conscience des objets nommés qui nous entourent, y compris des « objets » abstraits comme le langage.

Le langage permet à l'enfant de réfléchir et de prendre du recul par rapport à son propre corps et au contexte.

A partir de 3 ans, l'enfant entre à l'école, il va s'imprégner du langage, devenir plus autonome et faire des progrès considérables dans beaucoup de domaines.

Son système phonologique devient plus complet, il s'auto-corrige spontanément en comparant ses productions à celles des adultes. Au niveau lexical, on assiste alors à une brusque extension du vocabulaire qui passe à plus d'une centaine de mots vers 20 mois, pour atteindre près de 300 à 2 ans, non loin de 1000 à 3 ans. Les mots s'organisent en catégories et ne sont plus forcément liés à l'action, s'ajoutent de nombreux mots à connotation sociale.

La phrase grammaticale est maîtrisée avec un bon ordre des mots (sujet, verbe et complément). L'enfant peut alors comprendre et produire des énoncés car il acquiert l'intonation et la surgénéralisation, c'est-à-dire qu'il n'apprend plus par imitation, il tente d'établir des principes qu'il surgénéralise, il essaye des règles et expérimente.

C'est l'âge aussi où apparaissent les pronoms et l'utilisation du « je », cette introduction est décisive dans la séparation avec la mère.

Les stratégies de communication dépendent de sa personnalité, du contexte de vie et de son histoire personnelle. Différentes attitudes sont repérées : l'enfant observateur, l'enfant acteur, l'enfant beau-parleur, l'enfant mutique. Il est en âge de découvrir un « savoir parler » comme un instrument de pouvoir sur l'autre pour argumenter, séduire, imposer...

A 6 ans, période incontournable et primordiale pour son avenir, il entre en primaire et se familiarise peu à peu avec le langage écrit. Il s'initie aux notions de graphème et de phonème, ce qui lui permet d'affiner son équipement phonologique. Il accède au vocabulaire abstrait.

Au niveau du développement de ses capacités pragmatiques, il apprend à se distancier et à prendre la place de son interlocuteur. Il enrichit son aptitude à faire la différence entre sa perception et celle des autres. Il est aussi capable d'adapter son langage en fonction du contexte ou de la place de son interlocuteur. Son discours devient informatif car il est en mesure de moduler ses intentions de communication.

De plus, ses facultés méta-linguistiques s'enrichissent et induisent des possibilités spéculatives qui engendreront un développement supérieur de la pensée.

Pour finir, il est important de préciser que les acquisitions ne se font pas de manière si linéaire. L'acquisition du langage oral est un processus global, intimement lié à la maturation du système neurobiologique (moteur et sensitif) mais aussi au développement cognitif, affectif et social, chaque individu ayant sa propre évolution.

e) L'évolution de la compréhension du langage oral

De multiples compétences permettent à l'enfant de comprendre le langage oral dès son plus jeune âge. Toutefois, en fonction du stade évolutif et des stimulations de l'environnement, certaines modalités de traitement de l'information sont plus particulièrement repérables. Longtemps avant de savoir parler, les enfants comprennent beaucoup de choses.

Vers 6 ou 7 mois, le bébé sait très bien si on le gronde, si on lui interdit quelque chose ... et autour d'un an, il comprend immédiatement si l'adulte parle de promenade, de coucher, de repas ... (dans des domaines le concernant directement). *« Le plus souvent, l'enfant ne comprend que les adultes familiers, ceux avec lesquels s'est élaborée une sémiotique précoce. Il a l'habitude de recevoir les informations qui ponctuent de façon répétitive les contacts, informations multisensorielles dans lesquelles les éléments verbaux ont une place, mais sans doute pas la place la plus importante au début. »*³⁹ Ce qui est accessible au bébé appartient toujours à la situation présente, à l'univers concret immédiat. Il est rivé au présent, à la situation « hic et nunc », puis il s'éloigne légèrement du présent dès qu'il établit des relations et organise une petite marge de prévisible. La répétition des mêmes séquences interactionnelles ponctuées par les mêmes formes de discours, l'utilisation de gestes associés, facilitent la compréhension. L'enfant s'appuie également sur les intonations et les éléments prosodiques du discours.

Ainsi, vers l'âge de 2 ans ½ - 3 ans, la compréhension est à dominance « lexicale ». Pour comprendre le langage, l'enfant identifie un mot et le met en rapport avec le contexte dans lequel le message est produit. Par exemple, dans l'énoncé « bébé va aller au lit », il interprète la phrase en traitant le mot « lit » en fonction du contexte horaire (heure du coucher, de la sieste).

³⁹ Aimard, P. (1981). *Le langage de l'enfant*. P.62

A partir de 3 ans ½ - 4 ans, les capacités de compréhension deviennent plus performantes : elles prennent en compte les aspects morphosyntaxiques du langage oral. Le traitement morphosyntaxique, qui tend à dominer jusqu'à 6-7 ans, implique la mise en relation du thème du message et de son contenu. L'enfant peut alors interpréter un énoncé hors-contexte du type « Demain, nous irons jouer au parc ». Ce traitement aboutit à la construction d'une représentation mentale du lieu évoqué et des actions possibles (balançoire, toboggan).

Dès l'âge de 4-5 ans, en relation très probable avec des expériences de lecture de textes narratifs par l'adulte (à l'école ou à la maison), et de façon plus tardive, en lien avec l'apprentissage de la lecture, l'enfant investit progressivement la compréhension du langage oral selon une modalité narrative. Cette modalité est mise en œuvre pour la compréhension des récits. Elle implique de sa part la prise en compte de la successivité temporelle des événements et des relations causales qui les lient.

Enfin, et bien précocement repérables, les capacités pragmatiques se manifestent « en surface » tardivement. C'est seulement entre 6 et 7 ans que l'enfant est en mesure de se distancier dans une situation de communication et de concevoir les représentations de l'interlocuteur. Le langage enfantin est égocentrique : il ne contient pas toutes les informations nécessaires pour la bonne compréhension par l'auditeur. En exemple : un enfant décrit un objet au téléphone « tu vois, c'est cassé » sans plus de précisions pour son interlocuteur. Progressivement, l'enfant acquiert les indicateurs qui déterminent le type de langage associé à un contexte donné. De plus, il doit apprendre à atténuer ses requêtes exprimées sur un mode impératif qui ont peu de chances d'aboutir « je veux un jouet ». Il doit alors moduler les effets d'une telle demande, en ajoutant une formule de politesse ou en adaptant son intonation. En d'autres termes, l'enfant apprend à socialiser son langage.

4. La construction d'un individu social

La place du langage dans le développement de la personnalité est incontestable. De multiples théories essayent d'expliquer ce processus.

a) Du langage socialisé au langage intériorisé

Dans la construction de la personne, un rôle primordial est accordé à l'appropriation du langage comme outil à usage strictement privé, en quelque sorte de communication avec soi-même.

Ce langage intérieur, implicite représente vraisemblablement la part la plus importante du comportement verbal de la plupart des personnes. Il intervient dans l'anticipation de nos actes, dans la remémoration de nos expériences, dans la réflexion sur nos actes, notre vécu et sur les conduites d'autrui. C'est à VYGOTSKI que nous devons les intuitions et les observations les plus fines sur ce processus d'intériorisation. Il s'y est intéressé en réexaminant les thèses de PIAGET sur le langage égocentrique de l'enfant.

PIAGET⁴⁰ décrit les caractéristiques du langage égocentrique en l'opposant au socialisé : « *Il s'agit, d'un langage dans lequel la fonction de communication, la fonction conative tient une place très réduite, au profit des fonctions expressives et cognitives.* »⁴¹ PIAGET distingue trois catégories de productions égocentriques : les répétitions écholaliques, les monologues, les monologues collectifs. Il minimise leur importance dans la structuration du langage de l'enfant, et corrélativement, accentue leur caractère non socialisé.

L'usage du langage chez le jeune enfant reflète donc son organisation cognitive. Le caractère égocentrique cède peu à peu grâce à la socialisation. Les conduites verbales sont à l'origine, peu orientées vers la communication. Le souci de communicabilité intervient quand l'enfant est capable d'opérer les décentrations qu'implique la réciprocité des échanges interindividuels.

VYGOTSKI a repris le problème du langage égocentrique en portant son attention non seulement sur son aspect fonctionnel mais sur ses particularités structurales. Alors que pour PIAGET, le langage égocentrique, lui-même reflet de la pensée égocentrique, évolue peu à peu vers la pensée et le langage socialisé.

⁴⁰ Piaget, J. (1923) *Le langage et la pensée chez l'enfant*, cité par Moreau, M.L et Richelle, M.

⁴¹ Moreau, M.L., Richelle, M. *L'acquisition du langage*. P.214

Pour VYGOTSKI, le langage est, dans ses premiers usages, essentiellement communication avec autrui donc social, puis il devient un instrument de communication avec soi-même, égocentrique pour évoluer vers un langage intériorisé.

Ce dernier remplit une fonction d'instrument de la pensée car il assure le contrôle des activités de l'enfant, leur régulation, la planification et la direction des actions. Le langage égocentrique n'est donc qu'une étape intermédiaire, il est selon ses termes « *intériorisé psychologiquement mais non physiquement* ». Le langage évolue de l'interpsychique vers l'intrapsychique.

b) Relations entre langage et pensée

De plus, VYGOTSKI insiste sur la dépendance et les influences réciproques, entre le langage et le développement cognitif. Leurs relations sont bidirectionnelles, dans un processus qui va de la pensée au mot et du mot à la pensée. Le langage et la pensée sont intimement liés, si la pensée se réduit, le langage peut se réduire. Quand un enfant n'a pas les mots pour décrire ce qu'il éprouve, le développement psychique peut se restreindre. La construction du système de pensée, de la culture et du langage vont de pair, et sont en perpétuelles interactions, chacun se nourrissant de l'autre.

L'activité de penser consiste à mettre en lien, à établir une relation de sens (cause, but...) entre tout ce que nous percevons par l'intermédiaire de notre corps, à l'enregistrer sous forme de représentations mentales (contenus) et à prendre en compte les relations établies par les autres. Comprendre, c'est pouvoir faire un lien entre notre perception d'une nouvelle réalité et nos anciennes représentations qui alors s'enrichissent, c'est un mouvement sans fin.

c) Le devenir de la compétence communicationnelle

Grâce à toutes les stimulations qu'il reçoit et tous les échanges langagiers qu'il expérimente depuis sa naissance, l'enfant accumule un savoir pragmatique du dialogue et peut désormais répondre aux différents types d'actes de langage. Il s'agit donc pour lui de faire la différence entre une question, une affirmation, des ordres... En somme, l'enfant comprend que le langage appelle différentes réponses : l'acquiescement, le refus, l'acceptation ou le rejet. Mais dialoguer, ce n'est pas seulement savoir réagir à propos. L'enfant doit apprendre à interpréter la forme et la fonction de l'énoncé de son interlocuteur mais aussi à entretenir la conversation en suscitant d'autres réponses et en établissant des liens avec les énoncés.

« Communiquer c'est mettre en commun ce qu'on a d'unique. »⁴²

La compétence communicationnelle évolue avec le langage et permet à l'enfant d'acquérir deux fonctions :

- La fonction informative traduit l'idée que l'on communique pour transmettre des informations. L'enfant apprend via le langage des conceptions sur le monde qui l'entoure.
- La fonction de contrôle de l'auditeur par le locuteur : Quand une personne parle, elle regarde ses auditeurs afin de guetter leurs réactions (soupir, ennui, froncement de sourcils) et s'assurer de la compréhension de ses objectifs.

Un enfant doit en conséquence apprendre à sélectionner des informations pertinentes en fonction de son objectif de communication, de la situation et de son public. Il doit apprendre à ajuster. Ce rôle de régulation est massif, puis peu à peu à partir de 2 ans il internalise cette fonction, il s'autogère et s'autorégule. Il prend alors conscience de ses propos, de ses actes et maîtrisera ce savoir-faire dans le quotidien et surtout dans la vie sociale et scolaire.

Toutes ces compétences sont essentielles dans la vie d'un enfant, sans quoi il peut être mis en échec dans sa relation aux autres.

BEAUDICHON⁴³ analyse les mécanismes mis en jeu dans la communication sociale chez l'enfant à partir de 5 ans et conclut en faveur de la thèse de la compétence précoce à communiquer et des capacités à adapter son message en fonction des réactions de l'interlocuteur. Cette capacité est celle qui permet à l'enfant d'avoir une conduite socialement adaptée tout en se comportant dans un premier temps de façon égocentrique.

d) L'imitation : base prédominante de la communication avec les pairs

Au départ, les interactions avec des pairs de même âge sont essentiellement dues aux objets. Effectivement, l'enfant devient objet d'attention entre 1 et 2 ans par le biais des objets que le pair manipule et qui attire l'attention de son partenaire : l'attention est d'abord focalisée sur l'objet puis vers le pair. Pour MUELLER et LUCAS⁴⁴, les enfants de 1 an ne sont pas capables de coordonner leurs actions et leurs contacts ne peuvent donner lieu à une interaction.

⁴² Le Cardinal, G. (1989) *L'homme communique comme unique*.

⁴³ Beaudichon, J. (1982), cité par Cartron, A., Winnykamen, F. in *Les relations sociales chez l'enfant*.

⁴⁴ Mueller, Lucas, (1975), cités par Cartron, A., Winnykamen, F. in *Les relations sociales chez l'enfant*.

Cependant, les échanges entre enfants se font par l'intermédiaire de l'objet qui permet le développement d'une attention conjointe et donne ainsi l'occasion de s'intéresser à l'autre qui manipule de façon semblable ou différente, un objet connu ou nouveau. En grandissant, vers 2 ou 3 ans, les enfants en groupe manifestent de fréquentes conduites d'imitation immédiate, ce qui nous fait penser que l'imitation est à la base des relations entre pairs à cette période du développement.

Ainsi l'imitation immédiate apparaît bien comme ayant la fonction d'établir et de maintenir le contact entre enfants, par le biais d'un intérêt mutuel des deux partenaires, durant la période pré-langagière. NADEL et BAUDONNIERE⁴⁵ ont pu observer que les contacts sociaux et les ports d'objets sont beaucoup moins nombreux chez les enfants scolarisés en école maternelle que ceux, encore à la crèche. A ce moment du développement, le groupe classe, d'une taille plus importante, semble réduire les conduites sociales au lieu de les favoriser.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que cette conduite d'imitation immédiate tend à diminuer à partir de 3 ans pour laisser plus de place aux échanges verbaux.

e) Relations sociales avec les pairs

La qualité du lien primaire, l'attachement qui lie la mère et l'enfant est primordial pour l'établissement des conduites sociales. L'étude de SROUFE et WATERS⁴⁶ met en évidence que les enfants d'âge pré-scolaire bien sécurisés ont des conduites de leader (initiatives et régulations dans la réalisation de jeux collectifs) et moins de conduites d'hésitation et de retrait. Ces enfants-là sont évalués comme ayant plus de compétences sociales vis-à-vis de leurs pairs. Les auteurs sont d'accord sur cette relation constatée entre la qualité du lien d'attachement et les caractéristiques de l'établissement et du maintien de la relation avec leurs pairs pendant la période qui va de 18 mois à 5 ans.

⁴⁵ Nadel, Baudonnière, (1988) in *Psychologie française*.

⁴⁶ Sroufe, Waters (1977), cités par Cartron, A., Winnykamen, F. in *Les relations sociales chez l'enfant*.

Pour HARTUP⁴⁷ un développement social optimal de l'enfant nécessite deux types de relations, l'une ne pouvant compenser les effets de l'autre :

- La relation parent-enfant, relation verticale se caractérisant par l'asymétrie des compétences et des pouvoirs existant entre les deux.
- L'enfant et ses pairs, relation horizontale car symétrique, c'est-à-dire marquée par la réciprocité des compétences et des attentes de l'un des partenaires par rapport à l'autre.

Il pose aussi le problème des relations amicales : les enfants qui n'ont pas d'amis présentent des troubles comportementaux provoquant le rejet de leurs pairs. Généralement, les pratiques éducatives familiales se révèlent défailtantes.

VITARO, GAGNON et TREMBLAY⁴⁸ ont constaté que ces enfants ont tendance à s'affilier avec des pairs connaissant les mêmes difficultés d'insertion sociale, ce qui les prive d'interactions fréquentes avec des pairs bien adaptés, d'occasions de trouver d'autres figures d'attachement et donc d'apprendre d'autres formes de conduites sociales.

Un attachement sécurisé permet à l'enfant d'avoir des contacts plus fréquents et plus faciles avec son entourage.

Un enfant met en œuvre des savoir-faire spécifiques pour entrer en relation avec ses pairs. Il doit donc user d'habiletés particulières pour se faire comprendre. Trois d'entre elles semblent avoir un rôle déterminant au niveau de la communication, aussi bien verbale que non verbale : - La capacité à initier l'acte de communication en tant qu'émetteur.

- La capacité à émettre un message clair, décodable.
- La capacité à répondre de façon contingente et adaptée aux demandes du récepteur.

Pour un enfant, les contacts avec ses semblables sont quotidiens, que ce soit sa fratrie, ses amis de la crèche puis de l'école. Il passe en général beaucoup de temps avec eux. Nous avons vu que, avant d'être langagiers, ces échanges sont plus moteurs.

Parfois, malgré l'importance de ces échanges, l'acquisition du langage peut être perturbée.

⁴⁷ Hartup, (1989), cités par Cartron, A., Winnykamen, F.

⁴⁸ Vitaro, Gagnon, Tremblay, (1992), cités par Cartron, A., Winnykamen, F.

C. Les troubles de l'évolution du langage oral

1. Aspects neuropsychologiques du langage

Outre leurs conséquences sur la capacité de l'enfant à communiquer, les troubles du langage peuvent constituer la première manifestation de diverses pathologies. Ils précèdent également les difficultés d'apprentissage scolaire. Il existe en effet un consensus sur le fait que les enfants présentant un trouble précoce du langage oral ont un risque plus élevé, par rapport aux enfants dont l'évolution langagière a été normale, de rencontrer des difficultés dans les acquisitions scolaires, en particulier dans l'apprentissage du langage écrit. On peut dès lors concevoir l'utilité d'un dépistage précoce des troubles de l'évolution du langage.

a) La neuropsychologie du langage

Il s'agit de « *la discipline qui a pour objet l'étude des relations entre structures cérébrales et fonctions cognitives (le langage)* »⁴⁹. Cette discipline s'est développée depuis plus d'un siècle en se fondant sur l'observation de troubles langagiers d'adultes atteints de lésions cérébrales. Toutefois, les données neuropsycholinguistiques observables chez l'adulte ne sont pas strictement transférables à l'enfant. D'une part, le cerveau de l'enfant est le siège d'évolutions morphologiques et fonctionnelles (alors que la maturation du cerveau de l'adulte est achevée) et, d'autre part, les connaissances relatives à la maturation du cerveau sont encore fragmentaires.

Le cerveau est le siège d'une série de processus qui permettent la compréhension et la production du langage oral et du langage écrit. La compréhension d'un message verbal oral ou écrit suppose une première étape de réception ; au niveau des organes périphériques que sont l'oreille pour le langage oral et l'œil pour le langage écrit.

Les informations recueillies au niveau périphérique sont transmises au cerveau. A ce niveau "central", la réception se traduit par l'émergence d'une sensation sonore et/ou visuelle donc une perception, puis à l'interprétation de cette dernière.

b) Modélisation neuropsychologique du langage

Les modèles neuropsycholinguistiques essayent de dépasser l'observation et proposent des hypothèses sur les mécanismes dans le cadre d'un fonctionnement normal ou pathologique.

⁴⁹ Chevrié-Muller, C., Narbona, J. (1999). *Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques*.

Concernant le langage oral, ces modèles comportent trois niveaux :

- Un premier niveau périphérique “d’entrée” auditive et de “sortie” orale. Il correspond en “entrée” aux mécanismes de réception périphérique (l’oreille) et de réception centrale (aire auditive primaire qui rend compte de la sensation sonore). En “sortie”, il équivaut à la commande motrice et au contrôle régulé de la musculature phonatoire.
- Un niveau d’intégration gnosique, processus de perception au niveau de l’aire auditive secondaire et un niveau d’intégration praxique, c’est-à-dire, la programmation des aspects moteurs de la parole au niveau de l’aire de Broca.
- Le niveau des opérations intellectuelles langagières : sur le plan fonctionnel, il s’agit du traitement des aspects formels (phonologie, lexique et morphosyntaxe) et des aspects sémantiques et pragmatiques du langage. A ce niveau, le langage reçu investit la pensée (aspect “réception”) et la pensée programme la réalisation linguistique (aspect “réalisation”). Sur le plan anatomo-fonctionnel, ce niveau de traitement correspond aux aires linguistiques du cortex associatif tertiaire.

D’une façon générale, les aires primaires se développent avant les aires secondaires qui se développent, elles-mêmes avant les aires tertiaires.

La lente maturation du cerveau rend compte des difficultés à modéliser les aspects neuropsycholinguistiques de l’enfant. Le système nerveux de l’enfant se caractérise par une importante plasticité anatomo-fonctionnelle : des capacités d’adaptation particulièrement performantes aux événements imprévus peuvent venir modifier le programme génétique en enrichissant celui-ci ou bien en diminuant les conséquences négatives d’éventuelles agressions.

2. Classification des pathologies en fonction de l'atteinte des niveaux fonctionnels

Le langage est structuré selon un pôle réceptif, nécessaire à la compréhension et un pôle expressif qui contribue à la réalisation du langage. De plus, entre en jeu un processus intellectuel qui permet le décodage et l'encodage du message.

Ces structures spécifiques vont permettre le développement et le fonctionnement de différents niveaux hiérarchisés qui vont contribuer au langage. Les troubles du langage sont la conséquence de l'atteinte d'un ou plusieurs niveaux fonctionnels.

a) Niveau primaire (sensori-moteur) : niveau des « instruments de base »

(Déficits secondaires à une altération fonctionnelle des aires primaires)

Le versant réceptif :

L'intégrité du système sensoriel auditif assure la première étape de la compréhension. En cas de déficit sensoriel auditif, on peut acquérir un langage mais ce n'est donc pas spontané.

Les surdités peuvent être d'origine transmissionnelle, c'est-à-dire, dues à une malformation de l'oreille externe et/ou moyenne ou causées par des otites à répétition. Elles peuvent être également provoquées par un déficit de perception, donc une anomalie ou une infection de l'oreille interne.

On distingue quatre niveaux de surdité en fonction du seuil de perception auditive :

Les surdités légères (seuil auditif situé entre 20 et 40 dB), sont souvent diagnostiquées assez tard car ce déficit retentit sur la compréhension de la parole chuchotée et sur la perception des sons lointains. Le handicap est certes minime, mais il peut être très préjudiciable à l'enfant pendant la période du développement du langage. Les qualités d'écoute doivent en effet être parfaites pour permettre l'élaboration du langage. Si l'analyse acoustique est perturbée, le langage oral se développe lentement, il est mal articulé et l'apprentissage du langage écrit risque de s'en trouver compromis.

Les surdités moyennes (seuil auditif compris entre 40 et 70 dB) sont repérées le plus souvent avant l'entrée à l'école. Dans ce type de surdité, le langage n'est perçu que s'il est émis à forte intensité. L'enfant s'appuie spontanément sur la lecture labiale pour tenter de compenser son déficit mais, en l'absence d'appareillage prothétique et d'éducation auditive, se développe un tableau de retard sévère de parole et de langage.

Les surdités profondes (seuil de perception auditive supérieure à 90dB) ou *sévères* (seuil auditif compris entre 70 et 90dB) sont en moyenne diagnostiquées avant l'âge de deux ans dans le cadre d'un bilan de dépistage ou grâce aux inquiétudes des parents qui sont assez précoces tant ce déficit a un impact sur l'acquisition du langage. En l'absence de diagnostic et de prise en charge précoces, les surdités sévères et profondes ont pour conséquence des difficultés de communication.

Le versant expressif :

Ils peuvent être de deux ordres :

Les déficits anatomiques, ce qui signifie que les organes phonatoires ne sont pas fonctionnels. Les causes de ces malformations congénitales sont essentiellement développementales, dues à un problème lors de l'embryogenèse. L'enfant peut naître avec des *fentes labiales, linguales et vélo-palatines*.

Les conséquences sur l'alimentation du bébé sont parfois majeures (notamment reflux par le nez) avec risque de sous-alimentation.

La non-intégrité des organes va engendrer des perturbations dans la production effective de la parole (phonation et articulation des phonèmes) engendrant une rhinolalie ouverte ou hyperrhinophonie. De plus, la présence d'une hypoacousie peut être détectée lorsque le manque de mobilité du voile du palais entraîne un dysfonctionnement tubaire.

Les troubles de la commande et du contrôle de la motricité pharyngo-buccale :

Ces déficits de la commande et du contrôle entraînent *des dysarthries, des paralysies labio-glosso-pharyngées, des troubles graves de la parole, des athétoses et dystonies*. Celles-ci s'intègrent le plus souvent dans un tableau d'infirmité motrice cérébrale (IMC), mais elles peuvent être aussi isolées dans le cas des syndromes pseudobulbaires corticaux. Elles résultent de lésions cérébrales précoces et irréversibles mais aussi d'atteintes paralytiques acquises au cours de l'enfance. Centrales ou périphériques, elles peuvent s'inscrire dans un contexte traumatique ou chirurgical.

b) Niveau secondaire : niveau gnoso-praxique

(Déficits secondaires à une atteinte des aires associatives secondaires)

Le versant réceptif :

Les déficits gnosiques engendrent dans les formes légères des conséquences sur l'articulation et sur l'orthographe. L'enfant a en effet, des difficultés à découper les éléments significatifs dans une chaîne d'événements sonores, il ne perçoit que tardivement les différences entre plusieurs sons et a donc du mal à les intégrer.

Dans les formes sévères ces déficits constituent un tableau *d'agnosie verbale* : la compréhension du langage oral est impossible, alors que l'audition est normale. Ces formes ont été le plus souvent décrites dans le cadre de pathologies acquises associées à l'épilepsie sous le terme de syndrome d'aphasie acquise avec épilepsie (syndrome de Landau-Kleffner).

Le versant expressif :

Les déficits praxiques, affectant l'organisation des gestes de la parole (ou praxies articulaires) ne se manifestent le plus souvent que par l'acquisition retardée d'un ou plusieurs gestes articulaires. Les praxies demandent une précision extrême et parfois la capacité de programmation d'un geste fait défaut. On parle alors de *dyslalias*. Mais il existe aussi des formes sévères : *les apraxies verbales*. Dans une forme complète, l'apraxie verbale n'autorise aucun développement de l'expression orale.

c) Niveau tertiaire : niveau linguistique

La notion de trouble spécifique du développement du langage est définie par toute apparition retardée et tout développement ralenti du langage qui ne peuvent être mis en relation avec un déficit sensoriel, des troubles moteurs des organes de la parole, une déficience mentale, des troubles psychopathologiques, des carences socio-affectives graves, un dysfonctionnement ou une lésion cérébrale évidente.

Ces troubles sont dits « bénins », dans la mesure où ils se combrent entre les âges de trois et cinq ans environ sans laisser de séquelle particulière.

Le cadre explicatif de ces troubles serait celui d'un simple retard de maturation.

Le langage est une activité intellectuelle de type symbolique produisant de la signification. Il est constitué de deux étapes : les sons s'associent en mots, puis, les mots s'associent en phrases. Chacun des deux niveaux peut être perturbé dans son développement :

Au niveau des sons, on parle de *retard de parole*, il s'agit d'une forme phonologique pure dans laquelle la programmation, donc le choix des phonèmes, ainsi que leur mise en séquence correcte est perturbée. Il peut exister indépendamment de tout autre trouble du langage. Le son n'est pas toujours modifié de la même façon, il varie en fonction des mots et du contexte. Par exemple, le mot /gato/ peut être prononcé /tato/ ; en revanche, chez le même enfant, le phonème /g/ du mot « gare » peut être produit correctement.

Au niveau des mots et des phrases, on parle de *retard de langage*, le déficit est à la fois phonologique et syntaxique. Aux symptômes du retard de parole s'ajoutent des difficultés à associer les mots en phrases et à manipuler les composantes grammaticales. La sévérité du retard de langage est variable : au minimum des maladroites syntaxiques et, au maximum, d'un tableau proche de l'agrammatisme avec des élisions et l'absence de flexions verbales. Il s'agit de perturbations normales au cours de l'évolution du langage, mais dont la persistance au-delà d'un certain âge conduit à poser le diagnostic de retard de développement.

Contrairement aux retards simples de parole et de langage, *les dysphasies développementales* constituent des troubles significatifs, sévères et durables de l'évolution du langage oral. L'origine étiologique est probablement multifactorielle.

La dysphasie constitue un handicap sévère sur le plan de la communication. Pour distinguer un retard de langage de la dysphasie de développement, c'est le critère de la durabilité qui permet de poser le diagnostic. En effet, les déficits linguistiques observables chez l'enfant dysphasique tendent, à des degrés variables, à persister à l'âge adulte. De plus, les troubles associés sont fréquents. Ils concernent en particulier la motricité fine, la mémoire verbale à court terme (mémoire phonologique de travail) et le comportement qui peut être altéré avec, à des degrés variables, une instabilité motrice (hyperkinésie) et psychique (irritabilité, intolérance aux frustrations, agressivité parfois).

d) Niveau intellectuel

Les aptitudes langagières d'un enfant n'ont de sens que si l'on considère en même temps ses aptitudes intellectuelles.

La notion de *déficience mentale* implique des déficits de la capacité de la personne à répondre aux normes correspondant à son âge et à son environnement culturel dans des domaines tels que la communication, l'indépendance professionnelle, l'autonomie, la vie sociale, les échanges interpersonnels et les apprentissages scolaires.

En se référant au critère psychométrique, est déficient mental tout individu dont le score à des tests normalisés d'efficience intellectuelle correspond à un quotient intellectuel inférieur à 70.

On distingue quatre degrés de déficience : *déficience légère* (Q.I entre 69 et 50), *moyenne* (Q.I entre 49 et 35), *sévère* (Q.I entre 34 et 20) et *profonde* (Q.I inférieur à 20).

Les déficiences intellectuelles peuvent être homogènes ou dysharmoniques avec une déficience verbale plus marquée qu'une déficience cognitive non verbale.

Les déficiences mentales peuvent être congénitales ou une pathologie acquise peut être incriminée : il peut s'agir d'une pathologie prénatale (ex : rubéole congénitale), néonatale (ex : détresse respiratoire), post-natale (ex : traumatisme crânien).

Lors d'un dépistage, la découverte d'une *déficience mentale légère* est une éventualité fréquente pour au moins deux raisons : d'une part, sa prévalence est relativement élevée (environ 20 ‰) et d'autre part, les aptitudes langagières sont les plus fragiles chez l'enfant déficient mental. Il acquiert la complexité morphosyntaxique du langage oral ainsi que le langage écrit. L'enfant reste dans une logique concrète, il n'a pas accès aux opérations abstraites et donc ne pourra pas prendre de décisions d'ordre abstrait.

Son évolution langagière se fait à un rythme très lent et nécessite un soutien spécifique d'où l'importance du diagnostic précoce. Cette assistance a pour mission d'aider le sujet déficient à acquérir des connaissances scolaires et un langage oral suffisamment développé pour qu'une vie professionnelle adaptée puisse être envisagée.

Le déficient mental moyen n'accède pas aux opérations logiques concrètes, ses acquisitions correspondent à un niveau préscolaire. L'utilisation du langage se limite à la gestion des situations vitales et sociales habituelles.

Le déficient mental sévère n'a pas accès aux schémas de compréhension de type comparaison et relation. Il fonctionne uniquement sur des schémas de routine.

Le déficient mental profond ne maîtrise pas le langage élémentaire, il a d'importantes difficultés de communication. Il n'a pas acquis la permanence de l'objet.

e) Niveau affectif

Les troubles du langage peuvent également s'inscrire dans un contexte psychopathologique. Nous avons vu précédemment l'importance des interactions adulte-enfant dans le développement du langage. Les premiers échanges se font grâce aux sourires, aux regards ... C'est ce cadre, ce climat qui va conditionner le style de communication.

Des perturbations affectives et comportementales peuvent alors entraîner des pathologies de la communication. En effet, une carence de l'environnement en quantité et en qualité ainsi qu'un manque de stimulations verbales induisent fréquemment des *retards d'acquisition du langage* où l'expression est plus atteinte que la compréhension.

Cette carence entraîne la non-participation de l'enfant à un système affectif de communication. Il en résulte des inadaptations émotionnelles et sociales, l'enfant est en effet désinhibé, ignorant les différences qui existent dans les relations sociales et n'arrive pas à nouer de véritables relations affectives.

Les troubles du niveau affectif coexistent souvent avec d'autres déficits : retard mental, retard de croissance, inadaptation émotionnelle et sociale. Mais si l'enfant est placé rapidement dans un environnement affectif sécurisant et stable, certains retards peuvent être compensés car l'enfant redécouvre une nouvelle référence satisfaisante à un adulte, il retrouve des liens forts. La modification du milieu peut contribuer à la récupération parfois rapide et totale du langage.

Parmi les troubles de la communication, *l'autisme infantile* se définit comme un trouble congénital du comportement pouvant se manifester dès les premières semaines de la vie ou n'apparaître que pendant la petite enfance.

L'autisme est caractérisé, à des degrés divers et dans des proportions variables, par l'association de troubles des interactions sociales marqués par une tendance à l'isolement, d'anomalies des conduites motrices (gestualité inhabituelle pour l'âge, stéréotypies motrices, anomalies du tonus...), de troubles des fonctions intellectuelles (la plupart des sujets autistes présentent un déficit intellectuel), de troubles affectifs (oscillations rapides de l'humeur, crises d'angoisse aiguës...) et de troubles du langage. Le langage peut être totalement absent ou développé de façon déviante avec des anomalies portant sur les aspects formels, sémantiques et pragmatiques. Quelle que soit la nature des troubles du langage, l'élément significatif est que le langage n'a pas une véritable fonction de communication avec l'autre. Dans tous les cas, cette communication n'est pas source de plaisir.

Nous allons à présent continuer notre réflexion en cherchant la façon dont chaque individu peut trouver dans un groupe un moyen d'améliorer cette fonction de communication.

II. LE GROUPE : Du groupe social au groupe thérapeutique

A) Définitions et concepts

1. Définitions du groupe social

a) Evolution et analyse du terme

Le concept de groupe est récent dans l'histoire des langues.

Le mot « groupe » vient de l'italien « groppo » ou « gruppo », terme technique des beaux arts, désignant plusieurs individus peints ou sculptés formant un sujet. Il fait son apparition en Français, vers la fin du XVII^{ème} siècle, et c'est seulement au XVIII^{ème} siècle qu'il est employé pour désigner une réunion de personnes.

Devenu l'un des termes les plus courants du vocabulaire quotidien, il possède un sens très large. L'extension du terme est imprécise tout comme les mots qui lui sont synonymes : masse, foule, communauté, organisme ...

Aussi, afin de mieux saisir la complexité de la nature et de la notion de groupe, il convient de définir le terme de groupe. Il signifie, d'après les définitions données dans le « petit Robert » :

1. La réunion de plusieurs personnes dans un même lieu.
2. L'ensemble des personnes ayant quelque chose en commun indépendamment de leur présence au même endroit (association, collectivité).
3. Un ensemble de choses, en mathématiques par exemple.
4. Dans une classification, l'ensemble de personnes, de choses, ayant un caractère commun (espèce, famille, ordre).

De ces définitions, nous pouvons donc dire d'un groupe :

- Qu'il est d'abord un ensemble de personnes réunies. Pour le composer il faut au moins trois personnes, sinon il s'agit d'un couple, et quatre pour que les phénomènes de groupe se manifestent pleinement, pour que « *le nombre de relations possibles deux à deux dépasse le nombre des membres du groupe* »⁵⁰

⁵⁰ Entre 4 personnes A B C D, il y a six relations possibles : AB, AC, AD, BC, BD, CD.
Anzieu, D. *La dynamique des groupes restreints*.

- Que cet ensemble de personnes est réuni autour de quelque chose en commun. Cette chose en commun peut être un objectif, un projet, une tâche à réaliser.
- Enfin, la réunion des personnes dans un même endroit fait référence au réel des corps, rassemblés dans une conjonction de temps et d'espace, et matérialise le groupe lui-même.

b) L'histoire des idées

L'histoire des théories du fonctionnement des groupes est jalonnée d'apports de nombreux auteurs, chacun d'eux ayant fait ressortir une propriété exemplaire des groupes.

- Charles Fourier, selon lequel l'organisation savamment pensée d'un groupe constitue celui-ci en cellule de la société idéale.
- Gustave Le Bon pour qui le phénomène de groupe procède d'une « mentalité collective ».
- Sigmund Freud souligne la puissance des liens affectifs dans les groupes et le rôle majeur de la figure paternelle du leader.
- Jacob Levy Moreno propose une technique d'analyse des relations interindividuelles.
- Elton Mayo met en évidence certains facteurs agissant sur la productivité des groupes.
- Kurt Lewin, à qui l'on doit l'esquisse d'une théorie dynamique des groupes. Il définit le groupe comme un organisme constitué de personnes interdépendantes.

c) Différents groupes sociaux

Nous sommes tous, depuis notre naissance, « immergés » dans toutes sortes de groupes. Nous formons et subissons les groupes, nous nous affilions à certains et en rejetons d'autres. Nous sommes à ce titre tous concernés par la vie des groupes de nos sociétés.

ANZIEU et MARTIN⁵¹ distingue cinq grandes catégories :

- la foule, caractérisée par un degré d'organisation très faible, un grand nombre de participants et sujette à la contagion des émotions.
- la bande, caractérisée par un degré d'organisation faible, un petit nombre de participants et animée par la recherche du semblable.
- le groupement, caractérisé par un degré d'organisation moyen, un nombre de participants variable et marqué par des relations humaines superficielles.
- le groupe primaire, caractérisé par un degré d'organisation élevé, un petit nombre de participants et orienté vers des actions importantes et novatrices.

⁵¹ Anzieu, D., Martin, (1968) cités par Blanchet, A., Trognon, A. *La psychologie des groupes*.

- le groupe secondaire, caractérisé par un degré d'organisation très élevé, un nombre variable de participants et déterminé par des buts et des actions planifiés.

Les groupes sont donc des « objets » de complexité variable qui évoluent dans le temps et dont le degré d'organisation est l'indicateur essentiel de leur mode spécifique de fonctionnement. Les groupes sont des entités intermédiaires entre l'individu et la société, ils sont un lieu d'échange et de construction psychologique et sociale.

2. Le concept de « groupe »

L'étude des groupes s'est élaborée à la croisée des chemins de plusieurs disciplines. La notion de groupe, en effet, est située à l'articulation du psychologique et du social. De ce fait, la connaissance de ce domaine procède de théories diversifiées, provenant de disciplines variées comme la psychologie sociale, la psychanalyse et la pragmatique. C'est donc un ensemble d'approches parfois concurrentes qui compose la psychologie des groupes.

A la base de tout groupe, on retrouve le concept clé de l'interaction. « *Le groupe n'est en un sens qu'une multiplicité de relations et de relations entre ces relations* »⁵² Chaque « produit » du groupe (les normes, les rôles, etc.) est une résultante qu'on ne peut inférer à partir de situations individuelles. Il faut aussi introduire les caractéristiques propres du processus d'interaction particulier qui se déroule. En effet, dès lors qu'un individu est placé dans une situation collective, il ne subit pas un simple « bain de groupe », il s'insère au contraire dans un système d'interactions plus ou moins denses, plus ou moins égalitaires. Le fonctionnement de ce système interactif doit être connu pour expliquer les effets du groupe sur l'individu.

a) En psychanalyse

Le groupe peut être appréhendé comme « *un miroir à deux faces* »⁵³, l'une tournée vers la réalité extérieure physique et sociale, l'autre vers la réalité interne des membres du groupe. Ainsi l'existence du groupe en tant que réalité sociale est le point de départ de toute la problématique du développement des personnalités, de l'évolution des relations individuelles dans le groupe.

⁵² Sartre, J.P. (1960), cité par Cerclé, A., Somat, A. *Psychologie sociale* P.24.

⁵³ Anzieu, D. *La dynamique des groupes restreints*.

A l'espace réel, support nécessaire à la réunion du groupe, vu précédemment, s'articule un espace imaginaire commun. ANZIEU⁵⁴ définit ainsi la structure inconsciente du groupe : « *Un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. Tant que cette enveloppe n'est pas constituée [...] il n'y a pas de groupe. Une enveloppe vivante, comme la peau qui se régénère autour du corps comme le Moi qui s'efforce d'englober le psychisme, est une membrane à double face. L'une tournée vers la réalité extérieure physique et sociale [...]. L'autre face est tournée vers la réalité intérieure des membres du groupe. [...] Par sa face interne, l'enveloppe groupale permet l'établissement d'un état psychique transindividuel que je propose d'appeler un Soi de groupe. Ce soi est imaginaire. Il fonde la réalité imaginaire des groupes. Il est le contenant à l'intérieur duquel une circulation fantasmatique et identificatoire va s'activer entre les personnes. C'est lui qui rend le groupe vivant.* »

Si le groupe est associé à l'idée de force, on se le représente généralement comme une aliénation de la personnalité et de la liberté individuelle. A la fois rassurante et menaçante, la situation de groupe est ressentie de manière ambivalente par l'individu.

b) En psychologie

Pour le psychologue, le groupe est avant tout « le laboratoire » dans lequel se forment les éléments de la construction sociale d'une part et de la personne d'autre part. Il tente de comprendre comment des relations entre individus édifient un groupe, c'est-à-dire un ensemble d'êtres de natures différentes, possédant ses propres lois et sa propre évolution ; comment, par exemple, la mise en commun d'informations, de sentiments, d'émotions ou de projets individuels contribue à créer cette totalité qui semble ressentir, penser, agir, naître et mourir comme une personne. Il tente aussi de comprendre comment cette totalité rétroagit sur ses membres.

c) En sociologie

Pour DURKHEIM⁵⁵, Le groupe est « *un objet* » à étudier *comme « une chose »*.

LEWIN, initiateur de la dynamique des groupes définit le groupe comme un tout dont les propriétés sont différentes de la somme des parties.

⁵⁴ Anzieu, D. (1999). *Le groupe et l'inconscient*.

⁵⁵ Durkheim, cité par Cerclé, A., Somat, A. *Psychologie sociale*

Il caractérise le groupe, non par la proximité et la ressemblance de ses membres, mais comme un ensemble de personnes interdépendantes, c'est-à-dire comme un organisme à l'intérieur duquel, le système est composé de ses membres, des normes, des buts, des rôles et des statuts qui lui sont propres. Il s'exerce alors une combinaison de tensions, tantôt positives ou attractives, tantôt négatives ou répulsives, responsables de l'action ou de l'inertie du groupe.

Le comportement de tout groupe dépend ainsi d'un système de tension qui se développe et en explique son fonctionnement ; aussi bien son fonctionnement interne que son action sur la réalité extérieure.

3. Le groupe à visée rééducative et thérapeutique

La première expérience du groupe vécue par l'individu, la première communauté sociale à laquelle il participe est la famille. C'est le groupe humain le plus répandu, à l'intérieur duquel entre père et mère, l'enfant instaure des échanges fondamentaux pour la suite de son développement. C'est sur ces bases de communication pré-verbale que le langage prend forme. Le groupe thérapeutique peut être considéré comme le moyen pour certains enfants en difficultés de modifier leur relation avec le monde extérieur, d'évoluer tout en structurant leur langage.

L'espace groupal nous permet de mieux saisir l'enfant dans sa globalité. Ainsi peut-on mettre en lien les difficultés langagières avec la manière d'aborder les objets, la relation aux autres, le fonctionnement corporel et les blocages de l'activité symbolique et fantasmatique.

La mise en groupe, comme toute situation nouvelle, induit chez l'enfant une certaine excitation, et, de ce fait, suscite un mouvement régressif. Si l'individu peut se raccrocher à sa propre histoire, le groupe thérapeutique, lui, n'a ni histoire, ni limite corporelle. Chacun se sent donc, d'emblée menacé. Le groupe est ainsi perçu comme inquiétant dans son organisation, dans son absence de limites. Il réveille la peur de l'inconnu.

Les objectifs du groupe sont définis par l'ensemble des thérapeutes, et sont propres à chaque groupe. Ils dépendent de la personnalité et des spécificités professionnelles des adultes, des enfants et de leurs troubles.

Le but principal du groupe consiste à favoriser l'évolution de l'enfant, à aider à son développement psychique. La vie de groupe, par la multiplicité des échanges qu'elle offre, lui permet de progresser au niveau relationnel : Tout d'abord, se situer par rapport aux autres, apprécier la place qu'il occupe dans le groupe, et par extension dans sa famille par rapport à ses frères et sœurs, auprès des adultes. Puis, faire l'apprentissage de la vie sociale en prenant en compte les autres, leurs souhaits, leurs opinions, leurs sentiments, et faire des concessions, comprendre la règle de réciprocité et de tour de rôle. Et enfin, saisir le plaisir des échanges et découvrir la solidarité, l'entraide et la complicité.

B) Les fonctions d'une prise en charge de groupe

1. La fonction sociale

a) La socialisation

Le groupe facilite l'instauration et la valorisation des relations entre les enfants, lesquelles sont fondées sur la sympathie, l'antipathie, les affinités de geste et de langage. L'enfant se construit en déchiffrant et en apprenant les règles du jeu social, sous le regard de l'adulte, en prenant conscience de son existence en tant qu'individu distinct des autres. Le groupe permet la découverte de soi en complémentarité et en opposition avec la découverte de l'autre ; c'est pourquoi on peut donner au groupe une fonction « sociale » ou « socialisante ». L'enfant est témoin de l'action des autres (paroles et mouvements) et également acteur car il peut faire des expériences en miroir. Dans une interaction didactique avec l'adulte, l'enfant agit alors comme un individu différent des autres, original, tout en se percevant comme unifié à l'intérieur du groupe, donc conforme. L'ensemble de ces expériences, au milieu de ses pairs et avec le soutien de l'adulte, vise à éveiller chez l'enfant, le plaisir d'échanger avec autrui à travers le jeu, support de communication.

« L'identification est un processus par lequel le sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications. »⁵⁶

⁵⁶ Laplanche, Pontalis (1968), cités par Blanchet, A., Trognon, A. *La psychologie des groupes*.

La socialisation s'accomplit selon un double mouvement continu :

- la personnalisation, qui est le processus par lequel un individu devient une personne, un être humain comme les autres et parmi les autres, semblable à eux sans être eux.
- l'individuation, qui est le processus par lequel une personne se singularise d'autrui.

b) La compétence sociale

L'enfant compétent est celui qui, ayant bénéficié d'un lien d'attachement suffisamment sécurisant avec la mère ou un substitut, continue à rechercher auprès d'autrui protection et sécurité. Il le fait, en particulier, auprès de pairs d'âge avec lesquels il entretient précocement des relations privilégiées sur un mode préfigurant la relation amicale, celle-ci devenant stable dès l'âge scolaire.

La compétence sociale de l'enfant apparaît alors dans ses habiletés à établir et maintenir le contact avec l'autre, à solliciter autrui mais également à répondre aux sollicitations de l'autre : dans sa petite enfance, l'enfant compétent a appris à émettre des signaux, à négocier ses propres désirs avec ceux des autres. La situation d'interaction sociale implique donc négociation entre ses désirs propres et ceux d'autrui.

L'enfant compétent est également motivé à interagir avec autrui pour coopérer ou entrer en compétition avec : les interactions entre enfants s'organisent autour des différentes modalités de jeux propres aux différents moments du développement. Certains enfants apparaissent capables, beaucoup plus que d'autres, de contribuer à l'organisation et au déroulement de ces activités communes et de communiquer dans ce contexte, c'est-à-dire à comprendre autrui et à se faire comprendre.

c) L'apprentissage sociocognitif par observation

L'imitation est considérée actuellement comme un mécanisme d'apprentissage sociocognitif, au même titre que la tutelle et la co-construction.

Pour BRUNER⁵⁷, l'imitation assure une fonction d'apprentissage par observation du congénère. Ce mode d'apprentissage constitue une condition nécessaire, mais non suffisante, de la transmission de la culture.

⁵⁷ Bruner, J.S. (1972/1983) cité par Cartron, A., Winnykamen, F. *Les relations sociales chez l'enfant*. P.123

La position de BANDURA⁵⁸, qui a donné lieu à de nombreuses études, tant théoriques qu'empiriques, est fondée entièrement sur l'explication des acquisitions par l'imitation.

L'apprentissage social peut donc être défini comme le façonnement de nouvelles conduites, de nouveaux comportements, par des processus faisant appel à l'environnement social dans lequel est plongé le sujet. Le sujet prélève des informations en observant le modèle ; il construit des représentations symboliques du modèle, représentations intériorisées qui permettent ultérieurement une évocation du modèle en son absence, et des activités de référence à ce modèle pour le guidage des conduites.

Deux processus fondamentaux vont intervenir dans cette théorie :

- L'apprentissage par observation : c'est une modification d'un comportement, consécutive à l'observation du comportement d'un autre. Ici, le modèle est présent pendant l'observation, caractéristique nécessaire à la modification du comportement du sujet.

- L'apprentissage vicariant, appelé aussi modelage est le degré suivant.

Ici, le sujet modifie un comportement, après l'observation d'un modèle placé dans des conditions similaires, mais comme s'il avait expérimenté les conséquences du comportement du modèle. Ici, la présence du modèle n'est plus nécessaire pendant la modification du comportement.

Par ailleurs, le sujet n'a plus besoin d'être toujours plongé dans l'expérience des conséquences d'une action, pour les percevoir. Ce processus d'apprentissage fait appel à un traitement cognitif spécifique au sujet humain, qui fait l'originalité de cette théorie.

BANDURA⁵⁹ développe la thèse selon laquelle les renforcements fournis au sujet par les personnes de son entourage lui fournissent des indices sur la valeur de ses actions. Ces indices de signification ont valeur de renforcements et contribuent donc à la réalisation d'apprentissages mais ils permettent aussi au sujet de construire un ensemble de connaissances relatives aux conséquences de ses actes.

En fonction de tels acquis, un sujet confronté à une tâche donnée choisira de fournir tel type de réponse plutôt que tel autre en fonction de la valorisation ou de la dévalorisation des conduites possibles, apprises dans des situations antérieures (soit par lui-même, soit produit par autrui et observé par le sujet qui a pu constater les réactions suscitées par cette conduite).

⁵⁸ Bandura, A. (1976). *L'apprentissage social*.

⁵⁹ Bandura, A. (1986), cité par Cartron, A., Winnykamen, F. *Les relations sociales chez l'enfant*.

Quatre processus de base sont en effet nécessaires pour permettre l'acquisition des informations données par le modèle, et leur utilisation dans la modification du comportement, éventuellement en l'absence du modèle :

- l'attention discriminative est une condition nécessaire au prélèvement des informations utiles, l'exposition à un modèle ne suffisant pas.
- la mémoire s'avère particulièrement importante, l'acquisition suppose la rétention sous une forme symbolique.
- la reproduction motrice renvoie au guidage par les représentations symboliques des performances en cours de réalisation.
- la motivation du sujet et les renforcements jouent un rôle très important.

Dans sa perspective, BANDURA en effet, accorde une place importante à l'auto-renforcement qui suppose la régulation de ses actions par le sujet en fonction de ses attentes aussi bien en ce qui concerne son efficacité personnelle que les conséquences de ses actes.

En ce qui concerne le sentiment d'efficacité personnelle, il s'agit de l'ensemble des connaissances que le sujet a acquies, toujours au cours de ses expériences antérieures, de ses capacités à exécuter et à contrôler une tâche, en fonction des moyens dont il peut disposer et qu'il est capable d'utiliser pour y parvenir. Au cours de la réalisation d'une tâche, et après celle-ci, le sujet s'auto-évalue et évalue s'il a atteint les objectifs qu'il s'était fixés. Il détermine aussi dans quelle mesure il satisfait aux attentes d'autrui. L'ensemble de ces évaluations semble avoir des incidences sur la manière dont le sujet fait évoluer sa motivation par rapport à sa tâche. En résumé, c'est donc l'ensemble des jugements portés par les individus sur leurs propres compétences.

La croyance des individus en leur efficacité a plusieurs conséquences. Elle influence à la fois leur comportement, et la quantité d'énergie qu'ils vont investir dans l'effort, en particulier, de changement. Cependant, la notion d'efficacité personnelle influe aussi sur le niveau de persévérance face à un échec, en particulier sur la résilience, et sur le niveau de stress ressenti.

On pourrait résumer, mais de manière un peu simpliste, l'effet de la croyance en l'efficacité personnelle par ce schéma : une efficacité personnelle forte va induire un comportement combatif ou offensif face à la difficulté, une efficacité personnelle faible va induire une attitude de retrait, d'évitement, d'abandon.

2. La fonction contenante

a) L'immuabilité du cadre

L'objectif premier d'un groupe concerne la mise en place du cadre thérapeutique. L'espace créé doit s'assimiler à un « *environnement simple et fiable* »⁶⁰ qui puisse offrir aux enfants, bienveillance et sécurité, afin que se dégage l'envie de travailler ensemble, de réaliser une tâche commune.

Ce cadre thérapeutique est avant tout un cadre psychique. Organiser la prise en charge d'un groupe demande de mettre en place auparavant un dispositif, qui devra recouvrir tous les éléments concrets et délimiter le champ de l'activité thérapeutique pour être le plus opérant possible. La mise en place d'invariants est le support nécessaire à l'existence d'un cadre psychologique au groupe. L'espace groupal, contenu par le cadre, permet à l'espace psychologique d'être apparenté à « *l'espace transitionnel* » de WINNICOTT.

*« Le cadre est un contenant, une matrice à l'intérieur desquels les enfants pourront déverser leurs pulsions, leurs désirs, leurs craintes, leurs fantasmes, leurs projections, leurs sensations ; bref leur vie psychique à quelque niveau qu'elle se situe. C'est aussi une bordure limitative, comparable à celle qui limite une surface au-delà de laquelle on ne se situe plus dans le champ de la convention, elle joue un rôle capital dans la structuration du Moi de l'enfant. »*⁶¹

Ces deux aspects du cadre thérapeutique font référence aux images parentales : la fonction contenante faisant référence à l'imago maternelle, la fonction limitative, à l'imago paternelle.

Le cadre doit être le même tout au long des séances, les enfants apprécient cette régularité. La permanence du cadre devient un repère fixe, une possibilité d'accéder à un monde plus ordonné pour de jeunes enfants.

⁶⁰ Winnicott, D.W. *Jeu et réalité*.

⁶¹ Decherf, G. *Œdipe en groupe*.

*« L'absence, la séparation, l'abandon, la perte, sont des thèmes d'autant plus présents que dans ces groupes fermés, la permanence du cadre s'appuie sur la stabilité du dispositif. Ce sont ces mêmes capacités contenant, sollicitées chez les thérapeutes et dans l'institution, que nous voyons d'emblée à l'œuvre dans la préparation du groupe et dans la mise en place du dispositif. Le couple institution-thérapeutes sera donc le premier contenant auquel devra être associé un travail avec les parents ou les familles d'accueil, dans les structures qui pratiquent la cure ambulatoire avec des enfants. C'est au prix de ces emboîtements gigognes que chacun pourra se sentir contenu, et assurer auprès des enfants la garantie minimum d'une continuité, pour éviter de les confronter, une fois de plus, à des angoisses. »*⁶²

La régularité du fonctionnement et sa répétition au cours des semaines constituent l'architecture d'un espace (lieu) et d'un temps, nécessaires supports au cadre psychique d'un groupe. Il est important de préciser dès le départ la fréquence du groupe, les horaires, la durée, les vacances scolaires, et d'insister sur l'assiduité des enfants.

La permanence et l'immuabilité offrent une bonne enveloppe maternelle dont l'enfant devient lui-même un élément constituant. C'est seulement dans ce climat fiable que peuvent s'instaurer des relations latérales et par là même, que le groupe va vivre. Apparaît alors la possibilité de jouer, et la découverte du plaisir d'être ensemble.

b) Le rôle des adultes

Ils sont généralement deux, parfois plus. La présence d'un couple d'adultes auprès des enfants va induire une situation familiale.

D'une part, les adultes en exposant les règles du groupe, se désignent comme *« support d'une image parentale phallique énonciatrice des limites et garante de la loi »*.⁶³

D'autre part, dès le début des séances, ils vont être investis par les enfants comme image maternelle contenant et protectrice, en réponse à l'inconnu du groupe qui les renvoie à des fantasmes de perte d'identité, de perte des limites individuelles. Ainsi, les thérapeutes devront pouvoir changer leur image de façon souple à tout moment, mais également faire preuve d'une grande mobilité entre une attitude d'observation et une participation au groupe.

⁶² Privat, P., Quelin-Souligoux, D. (2005). *Travailler avec des groupes d'enfants*. P.119

⁶³ Decherf, G. (1981). *Œdipe en groupe*.

La complémentarité des thérapeutes est donc nécessaire : les rôles s'échangeant en fonction des qualités propres de chacun et de ce qui se joue dans le groupe.

Le rôle de l'adulte dans un groupe thérapeutique à orientation rééducative nécessite une mise au point. Le piège serait « *d'occuper d'emblée le rôle de leader, de maintenir la communication centrée sur lui, et en fait reproduire une "classe" d'où une communication latérale, interindividuelle serait exclue* ». ⁶⁴ Ce modèle correspond à la démarche pédagogique traditionnelle, où l'adulte est là pour transmettre un savoir, il n'est pas de mise si on veut profiter de l'effet thérapeutique du groupe. Néanmoins, si les thérapeutes ne doivent pas occuper de façon stable et figée le rôle du leader, ils ne doivent pas non plus rester en retrait.

Outre l'avantage d'être un modèle d'identification au couple parental, être deux permet d'être plus attentif à chaque enfant, mais également à la dynamique générale du groupe : les relations, les échanges interindividuels. Les adultes sont donc présents et à la disposition complète des enfants : ils accompagnent sans cesse, soit en étant intégrés dans le jeu, soit par le regard, la parole. Sans interpréter, les mots sont mis sur ce qui est fait, dit, vécu, afin que le vécu du groupe prenne sens pour l'enfant et que, petit à petit, ce groupe prenne corps, que les événements inscrivent l'histoire du groupe.

3. La fonction d'individuation

Le groupe thérapeutique permet progressivement la mise en place d'une enveloppe collective. Sa fonction limitante, mais aussi d'échangeur entre le dedans et le dehors, aménagera une véritable aire transitionnelle, où pourra s'élaborer une activité groupale de pensée, le groupe est bien, alors, un véritable médiateur.

a) la séparation

Le premier obstacle dans un travail de groupe est la séparation entre la mère et l'enfant. Pour les enfants mal individués, le travail de séparation est le premier objectif à atteindre. Petit à petit, la parole viendra combler cette absence par des mots qui permettront à l'enfant de jeter un pont entre la séparation et les retrouvailles.

Le groupe représente un lieu d'alternance où l'enfant fait l'expérience d'une certaine continuité, retrouvant régulièrement dans un espace et un temps déterminé les mêmes personnes et à l'inverse fait aussi l'expérience de la séparation, de l'absence, de la rupture.

⁶⁴ Privat, P., Quelin-Souligoux, D. *Travailler avec des groupes d'enfants*.

La séparation des membres du groupe en fin de séance, l'absence d'un enfant ou d'un thérapeute représente une rupture du cadre qui entraîne une certaine perturbation en réactivant, parfois, des angoisses. Mais cette déstabilisation est rendue peu dangereuse par l'étayage solide et structurant qu'offre le cadre thérapeutique.

Ainsi, le travail en groupe se basant pour une grande part sur la relation à l'autre, va non seulement favoriser les identifications mais aussi mettre en travail le rapport adulte enfant. En effet, si l'enfant naturellement acquiert son autonomie psychique en investissant le groupe des pairs, tout en se dégageant de l'emprise familiale, il sera donc intéressant d'utiliser le groupe thérapeutique pour aider l'enfant à acquérir cette autonomie vis-à-vis des adultes, et plus tard, vis-à-vis de ses pairs.

b) La notion d'intérieur et d'extérieur

« Si un groupe fonctionne de lui-même, il fonctionne naturellement dans l'ordre de l'illusion »⁶⁵ La réalité extérieure est mise entre parenthèses le temps de l'existence d'un groupe, il est la seule réalité du moment présent.

ANZIEU élabore donc le concept de l'illusion groupale. Définie comme un processus inconscient contre l'angoisse et la menace pour l'identité du moi que suscite la situation groupale, elle consiste à substituer au moi idéal individuel, un moi idéal commun. Cet état psychique particulier qui s'observe aussi bien dans les groupes naturels que dans les groupes thérapeutiques joue deux rôles dans le fonctionnement groupal : tout d'abord, un rôle de défense collective contre l'angoisse persécutrice commune, mais également un rôle de transition entre la réalité psychique interne et la réalité naturelle et sociale extérieure, assignant au groupe le rôle d'objet transitionnel pour chacun de ses membres. « *L'illusion groupale permet la constitution de l'être du groupe comme objet transitionnel.* »

WINNICOTT insiste sur le fait que « *Le phénomène transitionnel apporte à l'individu quelque chose qui reste important dans toute la suite de son développement, à savoir la présence d'un champ neutre, entre la réalité extérieure et la réalité intérieure qu'il appelle le champ de l'illusion.* »⁶⁶

⁶⁵ Anzieu, D. *Effets et formes de l'illusion*. (1971)

⁶⁶ Winnicott, D.W. *Jeu et réalité*.

Lors de séances de groupe, les enfants vont peu à peu admettre qu'il y a deux espaces distincts : l'intérieur, lieu d'interactions entre enfants et avec les thérapeutes et l'extérieur où l'on retrouve ses parents. Les règles de vie diffèrent en fonction de là où l'on se trouve.

Le travail sur le groupe, sur sa constitution en tant qu'espace ayant un dedans et un dehors, participe à ce mouvement de mise en place d'une enveloppe limitante qui va alors permettre d'aménager un espace de pensée, une aire de symbolisation.

« L'aire transitionnelle est aussi importante au groupe qu'au petit enfant car elle restaure un espace de créativité et participe à la reconstruction de nouvelles identifications narcissiques et symboliques. »

*« Elle restitue à chaque sujet individuel du groupe une aire de jeu entre ce qui lui est propre et ce qui le traverse, entre ce qui lui est singulier et ce qu'il a ou ce qu'il est en commun avec d'autres. Le groupe est alors une expérience où le Je et le Tu et le Nous et le Ils peuvent advenir dans leurs espaces distincts ».*⁶⁷

4. La fonction dynamisante

Dans le groupe se développent des pratiques qui visent à la conservation de celui-ci et des conduites de progression qui aboutissent à la transformation des relations sociales internes et des buts choisis par le groupe.

a) La facilitation sociale

Le groupe propose et permet un étayage sur les pairs, il donne la possibilité de se sentir plus fort et renforce le sentiment d'existence. Il peut ainsi donner aux enfants la possibilité d'être moins sur la défensive.

C'est pourquoi, le processus de facilitation sociale, ou « *l'effet de groupe* » est à prendre largement en compte dans des situations groupales. Il désigne « *le phénomène par lequel la performance d'un individu à une tâche donnée est améliorée par la présence d'un ou plusieurs autres individus. Cette réaction peut se produire même en l'absence de tout rapport de compétition. La facilitation sociale ne résulte pas d'un apprentissage* ». ⁶⁸

ZAJONC⁶⁹ de par ses différents travaux a largement contribué à la compréhension de la facilitation sociale, il démontre que nos performances peuvent subir une modification, dans le sens d'une amélioration ou d'une diminution en présence d'un groupe ou d'un individu.

⁶⁷ Kaes, R. (1988). *Revue de psychothérapie psychanalytique du groupe*.

⁶⁸ Allport, F. (1924) cité par Aissani, Y. *Psychologie sociale*.

⁶⁹ Zajonc. (1966) cité par Aissani, Y. *Psychologie sociale*.

Par la suite, d'autres psychologues sociaux ont insisté sur une des propriétés fondamentales des conduites humaines : la dimension symbolique. Cela signifie en fait que toute conduite humaine est en effet porteuse de significations, et ce n'est donc pas tant la simple présence d'autrui qui déclencherait la facilitation sociale, mais plutôt le sens que revêt cette présence pour le sujet. COTTREL⁷⁰ considère « *qu'autrui n'est ni neutre, ni passif, même s'il n'intervient pas de façon active. Il serait perçu par le sujet comme un évaluateur potentiel, susceptible de réagir favorablement ou de façon critique à la performance réalisée* » Il a donc reproduit une expérience de ZAJONC mais cette fois-ci les observateurs avaient les yeux bandés, les résultats sont conformes aux prévisions, il n'y a pas d'amélioration des résultats, l'effet de facilitation sociale a donc bel et bien été neutralisé.

b) les transferts

Le thérapeute endosse tour à tour ou simultanément, les différents transferts positifs ou négatifs. Le cadre groupal est fait pour accueillir les transferts groupaux pré-objectaux et non les transferts individuels pris indépendamment les uns des autres, ce qui suppose un type d'écoute différent de la prise en charge individuelle.

Le transfert conditionne les relations de la communication dans le groupe. Au sein du groupe existe « *un clivage du transfert* »⁷¹ c'est-à-dire qu'il se fait des transferts latéraux des enfants entre eux, aussi actifs que le transfert central, dirigé vers l'adulte.

La situation groupale favorise considérablement les identifications multiples, au niveau de leur identité: chaque enfant va prendre conscience de ce qu'il est : fille/garçon, et de toutes les différences qui le font dissemblable des autres. De plus, grâce à un processus d'identification (base essentielle de la constitution de la personnalité), « *l'enfant assimile, s'approprie des aspects ou des qualités de l'objet, rejetant celles qu'il ne veut pas retenir. Ces identifications multiples et ces jeux avec les objets intériorisés permettent un remaniement, une réorganisation de la relation d'objet* »⁷² Ainsi, le groupe offre la possibilité à l'enfant de projeter les différentes parties de son Moi sur les autres participants. Il peut trouver dans les membres du groupe, des qualités qu'il désire acquérir ou au contraire combattre en lui certaines caractéristiques.

⁷⁰ Cottrel. (1972) cité par Aissani, Y. *Psychologie sociale*.

⁷¹ Anzieu, D. *Le groupe et l'inconscient*.

⁷² Decherf, G. (1981). *Œdipe en groupe*.

Le groupe à visée rééducative permet de « diluer » le transfert et d'éviter un investissement transférentiel massif comme cela peut être le cas en situation individuelle.

Dans ces prises en charge de groupe, quelle place et quelle fonction donne-t-on au langage ?

C) Place du langage dans le groupe thérapeutique

1. Langage et relation

Le langage qu'il soit verbal ou non-verbal est à la base de toute relation. Il s'apprend en situation : ce n'est pas la forme linguistique qui permet aux enfants de comprendre les énoncés, mais la situation dans laquelle les énoncés sont insérés. Les différents comportements sociaux ne véhiculeront de signification que si quelqu'un est là pour entendre, pour donner du sens.

Le rôle particulier de l'orthophoniste dans un groupe thérapeutique, hormis celui de garant du cadre, du contrat et de la loi, réside dans sa qualité même d'intervenant au niveau du langage, dans sa fonction de guidance et de feed-back auprès de l'enfant en tant qu'individu agissant dans le groupe. L'orthophoniste ne va pas s'attaquer au symptôme : il n'y a pas de contrainte particulière, dans tout groupe à visée rééducative, l'enfant s'exprime comme il peut, le but étant de susciter le désir de communiquer.

L'orthophoniste peut utiliser des stratégies imitatives basées sur l'énoncé de l'enfant afin d'y redonner à la fois une forme et un sens. Elle ne se contente pas de parfaire le langage de l'enfant mais elle lui donne aussi une pertinence.

D'autre part, le thérapeute du langage, sans interpréter les productions, met des mots sur ce qui est fait, vécu pour que le groupe prenne sens pour l'enfant.

La communication passera par la verbalisation des événements, la gestion de la dynamique du groupe par rapport aux échanges : permettre à l'enfant de respecter les règles et l'écoute des autres. Dans ce contexte-là, la spécificité de l'orthophoniste est d'aider à l'élaboration du langage et de la communication en tant que tels.

2. Langage et plaisir

Dans un groupe, l'enfant n'est jamais confronté à un apprentissage systématique mais il est amené à élaborer progressivement son accession à la connaissance. Cette accession est très liée au plaisir que l'enfant peut avoir à communiquer avec autrui. Ici, la dimension de plaisir est primordiale. Avant même de faire de la parole de l'enfant un acte social, les thérapeutes amènent l'enfant à éprouver du plaisir à travers diverses activités.

*« Le caractère expressif du langage, donc affectif, avant d'être le vecteur de la communication d'un message rationnel, nous incite avant tout à susciter chez l'enfant l'envie de parler plutôt que de lui inculquer les rudiments d'une langue qui lui est extérieure ».*⁷³ Il est important d'amener l'enfant au plaisir du langage reçu et donné, au désir d'échanger avec les pairs et les adultes. Les activités sont des supports proposés comme médiateurs à cette rencontre des enfants entre eux, ils représentent la tâche commune à réaliser pour éliminer l'angoisse.

Le jeu est une des activités privilégiées à l'émergence de ce plaisir.

3. Langage et jeu

*« Le jeu devrait être considéré comme l'activité la plus sérieuse des enfants ».*⁷⁴

Au sein de la dyade mère-enfant, le dialogue s'instaure au travers du jeu et du plaisir partagé qui en découle. Le plaisir ressenti et l'activité de jeu sont, d'après BRUNER absolument primordiaux pour un développement harmonieux du langage. Si la dimension ludique n'existe pas, que les relations deviennent trop sérieuses, la communication se situe « à un niveau de demande et de compte à rendre, et perd son esprit de jeu, générateur de pactes et de multiples modalités ». ⁷⁵

La situation de jeu permet d'innover, de construire de nouvelles conduites, dans la mesure où les activités pratiquées ne sont pas sanctionnées dans le réel. L'enfant est à l'abri des conséquences possibles de ses actes. Il peut rejouer des scènes de sa vie, de façons différentes, provoquant une dédramatisation et une maîtrise avant de les revivre dans la réalité quotidienne. Grâce à cette activité, l'enfant mime et répète l'information nouvelle jusqu'à ce qu'il en ait une compréhension complète et complexe.

⁷³ Fabry-Nelis, M. *Liens entre psychomotricité et langage chez l'enfant de 4 à 5 ans in Bulletin d'audiophonologie.*

⁷⁴ Montaigne, M.

⁷⁵ Bouvet, D. (1981). *La parole de l'enfant sourd.*

Le jeu de faire-semblant, tout comme le langage, fait appel aux symboles : c'est pourquoi on le nomme aussi « jeu symbolique ». Dans ce cadre, les objets que les enfants trouvent, servent de symboles représentant les objets absents. Avec le temps, les enfants développent une telle compétence dans le maniement des symboles qu'ils finissent par ne plus avoir besoin des objets symboliques : ils font « comme si » ou se servent du langage pour faire semblant. Cet amusement est essentiel au développement cognitif, car il favorise la pensée abstraite, la résolution de problèmes, la maîtrise de soi et la créativité. Il a généralement lieu individuellement au départ puis à plusieurs ensuite.

Ce que dit BRUNER à propos du jeu offre un grand éclairage quant à l'utilisation du jeu dans la pratique orthophonique car elle en constitue l'argument théorique. Ainsi, ce n'est pas parce que l'enfant est jeune et qu'il a un langage oral pauvre ou parce que ce serait le seul support dont l'orthophoniste disposerait que le jeu est un matériau privilégié mais bien parce que c'est une condition primordiale et nécessaire à l'émergence du langage.

Jouer est une façon de faire avec, de s'arranger avec la réalité. Jouer enrichit et complexifie les relations avec le monde extérieur, diversifie les expériences sociales. Le jeu c'est l'action, l'outil de la croissance intellectuelle. Le jeu est dynamisant car il est partagé avec les autres, il procure du plaisir à rivaliser avec ses pairs et avec les adultes.

Au moment où les enfants risquent de perdre leur identité dans le groupe, ils récupèrent par le jeu une sécurité de base à leur sentiment d'existence, le temps que le cadre crée une aire transitionnelle dans le groupe et se fonde comme une structure d'accueil, de réparations des traumatismes et des ruptures subis par l'enfant.

A ce moment-là, l'angoisse peut faire place au plaisir. L'aire de jeu est « *une zone intermédiaire entre le moi et le non-moi, le dedans et le dehors, le rêve et la réalité* ». ⁷⁶

Voyons comment nous pouvons mettre en application cette réflexion, au sein d'une structure donnée, c'est-à-dire un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP).

⁷⁶ Myguel, M. *Le jeu dans l'histoire de l'enfant*.

III/ LE CADRE D'ANALYSE

A. Le cadre institutionnel : Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)

1. Le cadre législatif

C'est à partir de la loi d'orientation sur les personnes handicapées, en 1975, que les CAMSP ont vu leur fonctionnement technique précisé par le décret n°76-389 du 15 avril 1979, réactualisé par la loi de 2002. En France, ils sont au nombre de 250.

Leur rôle est ainsi défini : « *Les centres d'action médico-sociale précoce ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel avec la participation de celui-ci.* »

Les CAMSP accueillent des enfants de la naissance à 6 ans.

Les frais de prises en charge sont assurés par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM).

2. Les axes de travail des CAMSP

a) La prévention, le dépistage et l'orientation

Les CAMSP reçoivent des enfants présentant ou susceptibles de développer des pathologies du fait de leurs antécédents. Ils prennent en charge des enfants avec des retards psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, avec ou sans difficultés relationnelles associées. Leur objectif est aussi de prévenir l'aggravation du déficit ou du handicap, pour cela des rééducations par cure ambulatoire sont proposées.

Les CAMSP ont un rôle de dépistage des déficits ou handicaps dans la mesure où les professionnels évaluent les difficultés des enfants sur le plan physique, psychologique et social. Certains assurent le suivi spécifique annuel des anciens prématurés.

Et pour finir, l'équipe pluridisciplinaire explique, aide et accompagne les familles lors de l'orientation vers d'autres structures de soins.

b) Accompagnement de l'enfant et de sa famille

Si le suivi s'effectue au CAMSP, les professionnels et la famille élaborent ensemble le projet thérapeutique de l'enfant, éducatif et social.

L'objectif principal est de favoriser l'insertion du jeune enfant dans son milieu familial et social, et de soutenir un développement harmonieux de ses capacités.

L'évolution des habiletés et des savoir-faire de l'enfant ne peut se réaliser qu'en étroite collaboration avec la famille. Il est indispensable de créer un lien avec les parents ou l'entourage car idéalement tous doivent avoir les mêmes ambitions et la même ligne de conduite. Les parents sont complètement intégrés et acteurs dans le projet de leur enfant.

L'équipe peut également proposer à l'entourage une aide dans le vécu quotidien avec l'enfant face aux évolutions possibles de sa pathologie. Souvent, cette relation de soutien existe dans le cadre d'un accompagnement parental, rencontre où les professionnels donnent des pistes, des idées, des conseils dans le but de prolonger le travail fait au CAMSP et en retour, les parents rapportent leur vécu, leurs expériences, leurs difficultés. Les thérapeutes n'ont pas toutes les réponses à leurs questions, ils n'ont pas la suprématie, le cheminement se fait conjointement. L'équipe se veut être toujours disponible en cas de besoin.

De plus, le CAMSP peut si les parents ou accompagnants le souhaitent assurer l'organisation et la coordination d'un projet d'intégration dans des structures d'accueil de la petite enfance. (Halte-garderie, crèche, école...).

c) Information auprès des professionnels de la Petite Enfance

Les CAMSP ont une mission de sensibilisation concernant le handicap auprès des structures de la Petite Enfance, professionnels libéraux et services médicaux, afin de les mobiliser en tant qu'acteurs de prévention et d'insertion.

3. Les règles de vie

a) Le respect de la confidentialité

Les données médicales sont protégées par le secret médical, les autres informations par le secret professionnel auquel sont tenus les professionnels soignants, sociaux et administratifs. L'équipe du CAMSP s'engage à respecter cette confidentialité.

Par ailleurs, les accompagnants s'engagent à ne pas aller consulter des documents confidentiels.

b) Consultation des informations personnelles

Les responsables légaux de l'enfant ont la possibilité de consulter les informations les concernant. Pour cela, une demande doit être faite auprès du médecin du service. La communication des documents et données s'effectue dans le respect des lois et réglementations en vigueur, des préconisations prévues par « la charte des droits et des libertés de la personne accueillie ».

c) Bien-être et sécurité

L'équipe du CAMSP informe des modifications éventuelles d'emploi du temps du patient et demande aux responsables de l'enfant de prévenir le secrétariat en cas d'annulation de rendez-vous.

Par souci de sécurité, les accompagnants doivent rester attentifs à l'enfant, dans la salle d'attente en particulier.

Il est interdit de fumer dans les locaux et de venir avec des animaux.

B. Le cadre situationnel

1. Présentation du site

Le lieu de notre analyse est le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) de Béziers. C'est une ville de 72 000 habitants environ, sous-préfecture du département de l'Hérault, dans la région Languedoc-Roussillon.

A Béziers, plusieurs structures sont regroupées dans le « Centre d'Education Motrice » :

- Un C.A.M.S.P
- Un Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP)
- Un Institut d'Education Motrice (IEM) accueillant des enfants handicapés physiques
- Deux Services d'Education et de Soins Spécifiques A Domicile (SESSAD), l'un pour des enfants en situation de handicap moteur et l'autre pour des enfants présentant une déficience intellectuelle légère et/ou des troubles des conduites et du comportement.

2. L'équipe pluridisciplinaire

La directrice technique du CAMSP de Béziers est un Médecin Pédiatre.

Autour d'elle, s'organisent quatre pôles pour répondre au mieux aux besoins des patients.

a) Le pôle médical

La Médecin Pédiatre a pour rôle d'examiner régulièrement l'enfant, afin d'évaluer son développement global et rechercher la cause d'éventuelles difficultés.

La Neuropédiatre participe aux bilans diagnostiques et étiologiques en effectuant une consultation neurologique.

La Pédopsychiatre évalue le développement psychique de l'enfant et ses capacités relationnelles. Elle lui propose ainsi qu'à son entourage un lieu d'écoute, d'échange et de soutien.

b) Le pôle social

L'Assistante Sociale propose aux familles des rendez-vous pour aborder leurs droits et ceux de leur enfant. Par le biais d'une écoute, d'informations et d'orientations, elle peut concourir à l'amélioration de leur situation sociale. Si l'entourage le souhaite, elle peut également les accompagner dans certaines démarches d'ordre administratif, financier et relationnel.

c) Le pôle administratif

La secrétaire a un rôle d'accueil, elle est chargée de fixer ou modifier les rendez-vous au CAMSP ou lors de consultations à l'extérieur. Elle assure aussi la liaison entre les responsables de l'enfant et les différents professionnels.

d) Le pôle soignant

Il s'agit du pôle regroupant les professionnels étant en contact régulier avec les enfants lors des prises en charge individuelles ou de groupes.

Deux psychologues proposent à l'enfant et au(x) responsable(s) de l'enfant de venir ensemble ou séparément exprimer leurs sentiments, leurs difficultés et comprendre ce qui se vit au quotidien. Elles proposent un lieu et des activités adaptées pour répondre à ce besoin. De même, elles peuvent effectuer une évaluation des capacités cognitives et affectives de l'enfant afin d'avoir un aperçu de l'évolution de son développement intellectuel et affectif.

Les deux psychomotriciennes aident l'enfant à se sentir plus à l'aise dans son corps, à mieux maîtriser ses gestes et ses déplacements. Cela va lui permettre de développer son autonomie et enrichir ses capacités d'expression.

La kinésithérapeute examine l'enfant pour déceler d'éventuels désordres structurels et qualifier sa fonction neuromotrice. Elle met alors en place un programme d'aide à l'amélioration de la qualité de ses mouvements et de ses déplacements.

L'orthophoniste évalue les compétences et les difficultés de l'enfant (sur le plan du langage et de la déglutition) et propose une prise en charge individuelle ou en groupe, afin de favoriser l'émergence de la communication et de soutenir le développement du langage et des fonctions supérieures.

Les deux éducatrices, en lien avec l'entourage, aident l'enfant à grandir, à s'exprimer, à réaliser des expériences et à apprendre. Pour cela, elles proposent des activités variées et ludiques chez l'enfant, au CAMSP ou à l'extérieur. Elles ont un rôle important dans l'accompagnement à sa socialisation (crèche, école...).

3. Les étapes de la prise en charge des enfants suivis

a) Les premiers contacts

La prise de contact initiale avec le CAMSP doit être effectuée par les parents. Il est important qu'ils effectuent cette démarche téléphonique. En tant que responsables légaux, ils doivent signifier leur intention de consulter pour leur enfant, de s'engager, de reconnaître leurs besoins. L'entourage a été informé de la nécessité d'une consultation au CAMSP par un médecin (scolaire, de PMI, pédiatre, neurologue...) qui rédige un courrier.

Lors de l'entretien téléphonique, la secrétaire va essayer de répondre aux interrogations des parents, de leur expliquer brièvement l'organisation de la structure et leur proposer un rendez-vous avec l'assistante sociale.

Durant ce premier rendez-vous d'accueil, l'assistante sociale reçoit les parents ou les tuteurs et leur remet le livret d'accueil qui présente l'établissement. Elle tente de comprendre la situation sociale familiale, la situation médicale, les antécédents, les difficultés et capacités de l'enfant ... Elle collecte également les comptes-rendus médicaux. Son but est de déterminer si l'enfant a besoin du CAMSP ou pas.

A la suite, pendant les réunions du jeudi matin, lors du temps d'informations, elle fait un compte-rendu à l'équipe en présentant la situation de l'enfant. Les professionnels décident alors s'il doit être reçu en consultation.

Si c'est le cas, les parents ou responsables légaux sont invités à se rendre à la première consultation pédiatrique. La pédiatre les reçoit conjointement avec la pédopsychiatre ou une psychologue. Puis, elles programmeront si nécessaire des rencontres avec différents professionnels (neuropsychologue, pédopsychiatre, psychologue, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricienne) qui effectueront des bilans médicaux et paramédicaux pour avoir une vision précise sur l'enfant dans chaque domaine et essayer parfois de poser un diagnostic. Quand les bilans sont terminés, la date de synthèse est fixée.

b) La mise en place du suivi

Au cours des réunions du jeudi matin, il y a en effet le temps des synthèses, moment où les professionnels concernés par un enfant en bilan exposent leurs conclusions. Ce temps d'échange formel est primordial car chacun confronte ses idées et l'équipe essaye d'élaborer ensemble des hypothèses diagnostiques et de créer un projet thérapeutique adapté. De plus, il permet aussi de présenter cet enfant aux éducatrices qui ne l'ont généralement pas reçu, elles pourront par la suite le rencontrer et lui proposer un suivi individuel ou en groupe.

A la suite de cette synthèse, les parents sont convoqués par la pédiatre et un intervenant concerné (celui qui sera le référent) et leur présentent le projet et envisagent avec eux les priorités, les réajustements possibles. Leur demande est à écouter et à prendre largement en compte dans le choix du projet thérapeutique.

Les explications données aux parents doivent être claires et précises, ils sont souvent sous le coup de l'annonce du handicap, les enfants sont jeunes, il est important qu'ils soient acteurs aux côtés de l'équipe. Eux aussi, auront la plupart du temps besoin d'un suivi, de rencontres ponctuelles avec les psychologues ou la pédopsychiatre.

Les parents doivent comprendre que le CAMSP est là pour les aider dans les difficultés de différentes natures qu'ils rencontrent avec leur enfant. Leur volonté et leur engagement sont la garantie d'un suivi régulier et à fortiori bénéfique pour l'enfant.

Les parents signent le DIPC (Document Individuel de Prise en Charge) sur lequel figure l'emploi du temps de l'enfant. C'est un contrat entre le CAMSP et la famille, chacun devant respecter ses engagements.

Le suivi ambulatoire est mis en place, les prises en charge peuvent commencer. Elles peuvent être de trois ordres : individuelle, en binôme ou en groupe. Au sein du CAMSP de Béziers, en effet, différents groupes peuvent être proposés aux familles en fonction des besoins de l'enfant et des objectifs thérapeutiques. Huit groupes existent cette année, ils sont encadrés par deux ou trois professionnels et ont tous un dessein spécifique : en fonction de l'âge, des déficits, des pathologies ...

Tous les groupes sont réétudiés et réajustés chaque année par l'équipe en fonction des enfants et de leurs besoins. A chaque fin d'année scolaire, de nouveaux groupes apparaissent et d'autres ne sont pas reconduits s'il n'y a pas d'enfants dont les besoins correspondent aux objectifs de ce groupe là. Cela dépend aussi des intervenants et de leurs priorités. Cette possibilité de prise en charge a séduit l'équipe, car elle fait ses preuves au fil des années, elle est enrichissante pour les professionnels et largement profitable à la plupart des enfants.

Pour informer les parents des enfants suivis en groupe, les thérapeutes leur transmettent toujours une feuille explicative. Sur ce document sont exposés : le nom et la profession des intervenants, le rythme et le lieu, la période, la composition, les objectifs et le déroulement des séances en groupe.

c) La prévention surveillance

Certains n'ont pas un suivi régulier au CAMSP. Après les différents bilans médicaux et paramédicaux, il n'est pas apparu nécessaire à l'équipe que l'enfant ait des prises en charge hebdomadaires. Celui-ci viendra donc tous les 6 mois ou une fois par an environ pour une consultation pédiatrique et des bilans. Ce sont des enfants qui sont à surveiller, ont des seuils limites, ont des antécédents de grande prématurité ou de difficultés néo-natales ou qui n'auraient pas tiré profit encore des rééducations.

C. Le cadre de l'étude

1. Le groupe « Bain de Langage »

a) Histoire de ce groupe

L'idée d'une prise en charge de groupe autour de l'émergence du langage dans ce CAMSP avait été évoquée par les membres de l'équipe, il y a quelques années. Cette réflexion est née du constat que beaucoup d'enfants suivis n'avaient pas encore développé de langage oral, certains n'étaient pas socialisés et parfois étaient trop jeunes pour être pris en charge individuellement. C'est pourquoi, il paraissait important de mettre quelque chose en œuvre pour eux.

L'appellation « Bain de Langage » traduit l'idée que les adultes mettent des mots sur des objets concrets et des situations. Ce nom fait référence à ce que vit généralement chaque enfant dans ses premiers mois.

Ce projet a vu le jour en janvier 2007 pour cinq enfants, le groupe était animé par une psychologue clinicienne et une orthophoniste. Le bilan de ces six mois était plutôt positif mais les thérapeutes ont compris certaines limites des enfants, il était donc important d'amener des modifications. Elles ont insisté sur un élément fondamental : les enfants ont besoin d'appréhender le concret au travers d'expérimentations et de passer par le canal corporel, le kinesthésique.

Le groupe évolue au fil des années et des intervenantes car chacune apporte son professionnalisme et des connaissances plus spécifiques. Le choix des thérapeutes est décidé lors d'une réunion d'équipe en fonction des objectifs du groupe, des disponibilités et des motivations des professionnels ainsi que de leurs domaines de compétences. L'orthophoniste reste le pilier de ce groupe, seul le second intervenant peut changer d'une année à l'autre.

Durant l'année 2007-2008, 5 enfants y ont participé pris en charge par l'orthophoniste et la psychomotricienne. Le groupe a alors pris une tournure plus corporelle et sensorielle de par sa présence et sa perception du corps.

Pour l'année 2008-2009, l'orthophoniste est à présent accompagnée par la pédopsychiatre. Toutes deux ont accepté ma présence et ma participation aux séances de ce groupe à l'occasion de mon stage. Le déroulement, les objectifs du groupe ont peu évolué, la pédopsychiatre étant elle aussi, attentive aux pré-requis du langage oral et aux comportements sociaux des enfants.

b) Le projet

Ce groupe accueille des enfants avec un important retard de parole et/ou de langage. Ces derniers nécessitent une stimulation générale, un éveil global avant de pouvoir effectuer avec une orthophoniste un travail plus analytique et plus ciblé. Ces enfants ont besoin d'être "baignés par le langage des adultes" pour pouvoir imiter et ainsi avoir des productions verbales variées et adéquates.

Il est important qu'ils soient pris en charge précocement pour éviter l'accroissement du déficit. Ces enfants requièrent une attention particulière étant donné leur jeune âge. C'est en effet, le moment le plus propice pour agir car les progrès peuvent être importants et il y a des possibilités de compensation grâce à la plasticité du cerveau.

Malgré la présence d'une déficience quelconque ou d'un handicap avéré, les professionnels essayent de favoriser au mieux l'intégration et l'autonomie de ces enfants. Il est aussi primordial de veiller à leur équilibre psychique, de les assister dans l'apprentissage des relations sociales et de leur offrir un moyen de communication adapté.

Pour ces raisons, le couple pédopsychiatre-orthophoniste semble intéressant pour mener ce projet. Leurs compétences réunies leur permettent d'avoir une vision précise des enfants et en conséquence, elles mettent en place des conduites et des pratiques qui se complètent pour les aider au mieux.

La prise en charge de groupe paraît donc essentielle pour certains enfants car elle leur permet d'acquérir des modèles verbaux et des habiletés relationnelles avec des adultes et des pairs de leurs âges. Elle les ouvre vers l'extérieur dans un but de socialisation.

c) Les objectifs

Ce groupe peut être qualifié de groupe rééducatif mais aussi thérapeutique car la frontière entre les deux est mince, il y a des allers-retours constants. Au départ, toute situation d'apprentissage peut être qualifiée d'éducative, de rééducative mais elle peut aussi réconcilier l'enfant avec une difficulté, le faire évoluer et entrer donc dans une relation de soins plutôt thérapeutique. Pour les intervenantes du groupe « Bain de Langage », il y a toujours de l'éducatif et du thérapeutique dans ces prises en charge.

Le groupe « Bain de Langage » a comme visée principale le travail des pré-requis au langage oral et l'émergence du langage en favorisant l'autonomie, le désir de communiquer, le plaisir d'échanger et le développement des habiletés motrices.

Le programme du groupe avec la progression en fonction des objectifs est établi par les deux thérapeutes à la rentrée des vacances estivales.

La séance est organisée autour d'une histoire de « Petit Ours Brun » qui donne le thème des activités. Le nombre de séances en fonction de la thématique n'est pas vraiment fixé, la pédopsychiatre et l'orthophoniste ajustent en tenant compte de l'intérêt, de la participation des enfants, du besoin de renouveler ces expériences, d'enrichir les activités, de changer de médiateur...

Au total, sept histoires ont été sélectionnées, chacune permettant de travailler des notions concrètes et importantes dans le développement de l'enfant.

Par exemple, « Petit Ours Brun et le carton » nous sert à aborder le jeu du coucou-caché et la permanence de l'objet. En lisant, « Petit Ours Brun se déshabille » et « Petit Ours Brun se déguise » la perspective est de travailler le schéma corporel et l'autonomie. Avec « Petit Ours Brun joue à la dînette » nous essayons de favoriser les capacités d'imitation et d'initier les enfants au faire-semblant.

En parallèle, l'accent sera mis sur le respect du cadre, des consignes et des autres. Cela signifie que derrière tout groupe, il y a des règles et des interdits à respecter.

Chaque protagoniste du groupe a en effet, les siens :

Tout d'abord, les parents sont mis à contribution dans cette tâche, les thérapeutes insistent sur la ponctualité et sur la régularité car elle est essentielle à l'évolution de l'enfant et au bon déroulement du groupe. Ils ont pour obligation de prévenir en cas d'absence.

Les enfants, quant à eux doivent respecter les adultes, les pairs du groupe et le matériel proposé. Nous leur demandons d'être présents avec nous et de se conformer à nos consignes et nos demandes. Ils ont tendance au début à se confronter aux règles, à aller au devant d'elles comme pour s'assurer de la validité du cadre. L'angoisse importante que provoque l'entrée dans un groupe est, sans doute, en partie responsable de la manipulation des interdits.

Concernant les thérapeutes, en accord avec leur éthique et leur déontologie professionnelle, elles offrent aux enfants et à leurs familles les prises en charge adaptées et mettent tout en œuvre pour aider et répondre à la demande.

d) Le cadre spatio-temporel

Le groupe « Bain de langage » se déroule dans la salle de psychomotricité du « Centre d'Education Motrice » tous les lundis matins de 9h15 à 10h15 à l'exception des vacances scolaires. Cette période d'arrêt permet aux intervenantes d'avoir un temps de réflexion sur le groupe : elles songent aux réajustements possibles, notent les évolutions, les régressions des enfants, elles font ensemble des comptes-rendus de prises en charge trimestrielles et prévoient les séances à venir en fonction du programme et de l'avancement de ce dernier.

Le groupe « Bain de langage » a débuté le lundi 8 septembre 2008 et s'est terminé le lundi 30 mars 2009 en raison du début de congé maternité de l'orthophoniste. Il y a eu 22 séances au total.

La salle de psychomotricité est voisine de la salle d'attente du CAMSP. C'est un espace d'environ 40 m², ajouré par une fenêtre équipée d'un volet roulant et située face à la porte.

Les éléments de psychomotricité sont toujours rangés aux mêmes emplacements :

- ◆ A droite de la porte, sont disposés deux bancs à hauteur d'enfants.
- ◆ Sur le mur du côté droit, est fixé un espalier en bois. A côté, sont empilés six modules en plastique (un escalier, un triangle, une poutre et trois ponts) près de huit grands tapis souples.

Les modules en plastique ne font pas partie du matériel principal utilisé mais du fait de leur proximité et de leur visibilité, ils sont souvent intégrés à nos jeux. Les enfants n'hésitent pas à s'en saisir durant la période de jeux en les amenant au milieu de l'espace d'activités, pour les utiliser comme banc, table, berceau de poupée... Toutefois, ces éléments peuvent aussi entraîner dispersion et éloignement de l'objet d'attention central. Les enfants les déplacent, montent dessus, se cachent dedans et ils peuvent être source de conflit et de convoitise. Quand ces jeux sont sans lien, qu'ils sont uniquement une échappatoire ou un moyen de franchir les règles, les thérapeutes n'hésitent pas à intervenir en les rangeant dans le coin et à en prohiber l'accès. De la même manière, la poubelle en plastique, posée dans un coin de la pièce a pu être parfois l'occasion de jeux ou de tests pour braver les interdits.

♦ Sur le côté gauche de la pièce un long miroir orne le mur.

Au départ, les intervenantes avaient prévu de le cacher par un rideau, puis n'ayant pas été un élément perturbateur pour les enfants, cela n'est pas apparu nécessaire. Il a donc fait partie intégrante des éléments de la pièce et a été largement utilisé dans certaines séances, notamment lors de la thématique du déguisement avec « Petit Ours Brun se déguise ».

Néanmoins, il est vrai que tous les enfants n'ont pas eu le même rapport avec le miroir : Quelques uns n'y ont jamais prêté attention. Pour certains, le contact physique avec le miroir était un jeu amusant : le toucher, le lécher, l'embrasser. Pour d'autres encore, voir son reflet était source d'excitation et d'éclats de rire. Mais tout cela ne durait qu'un temps, le miroir n'ayant jamais monopolisé toute l'attention.

La disposition fixe des éléments dans la pièce contribue à la régularité du cadre, cela crée des repères importants pour les enfants. Ils ne l'explorent, ne la découvrent que lors des premières séances. Par la suite, ils l'investissent réellement car ils connaissent le lieu et ses interdits. Ils ont appris le trajet pour s'y rendre et ont intégré la limite entre la salle d'attente avec les parents et l'espace commun du groupe.

La lecture de l'histoire et les activités de jeux sont encadrées par des rituels sonores et corporels. Ces habitudes sont contenantes pour des jeunes enfants, elles leur permettent de se situer dans le temps et de repérer les différents moments du groupe plus facilement. Ils s'orientent peu à peu dans le temps. Grâce à cette immuabilité de déroulement, ils peuvent mieux s'investir dans les activités proposées car ils ont pris conscience qu'elles ne durent qu'un temps et que la séparation d'avec leurs parents n'est que de courte durée.

Les rituels du début et de fin sont sonores, ce sont des chansons enregistrées sur CD, ils ponctuent la séance. C'est donc le lecteur CD qui devient l'objet de toutes les attentions. Il est posé au sol dans un coin de la pièce proche des deux bancs, certains enfants restent assis au départ puis se lèvent pour participer, entraînés par la musique. Cet appareil n'est manipulé que par les adultes, il crée donc un interdit de plus et donne à certains l'envie de l'enfreindre. De plus, ces voix ne sont pas familières, elles diffèrent de celles des adultes qui « baignent et bercent » leurs oreilles durant cette heure ensemble. Elles sont sources de curiosité au départ, puis deviennent un élément commun et constituant du groupe. Les enfants se l'approprient et prennent du plaisir à agir en les écoutant.

De même, les rituels sont aussi corporels puisqu'il y a l'étape où les enfants et les adultes se déchaussent en arrivant et se rechaussent avant de partir. C'est une obligation due à des raisons d'hygiène et de propreté pour les tapis de psychomotricité.

2. Déroulement de la séance du groupe « Bain de Langage »

Dans une institution, une prise en charge de groupe dure 2h, répartie en trois temps :

- la préparation du matériel et l'installation de la salle dure environ 30 minutes.
- le temps du groupe, 1h
- le temps de discussion, de prise de notes (30 minutes)

a) La mise en place de l'espace

L'orthophoniste, la pédopsychiatre et moi-même, nous nous réunissons à 8h45 pour préparer la salle en fonction des activités prévues. Nous amenons le matériel choisi en fonction du thème. Certains objets sont utiles à toutes les séances comme le livre « *Les trésors de Petit Ours Brun* », le lecteur CD et les deux CD.

Nous installons l'espace lecture sous la fenêtre, il est matérialisé au sol par trois tapis, les autres étant empilés dessous. C'est un coin agréable où l'on peut s'asseoir confortablement pour écouter l'histoire.

Au milieu de la pièce, nous disposons les jeux nécessaires aux activités mais uniquement posés, nous n'installons et n'ouvrons rien, les enfants pourront ainsi manipuler, découvrir et laisser libre court à leur imagination.

Les enfants se rendent au CAMSP avec un taxi-ambulance ou accompagné par un parent. En attendant l'heure du groupe, ils jouent dans la salle d'attente avec les tricycles, les porteurs, les jeux mis à disposition. Ils sont déjà ensemble avant le groupe, ils s'amusent, se parlent, se disputent ... Ce temps d'activités est libre, les accompagnants sont les seuls responsables, ce sont eux qui prononcent les interdictions en cas de besoin. Certains enfants sont encore endormis, blottis contre leurs parents, d'autres sont très actifs, ils manipulent les jouets ou se contentent simplement d'observer leurs copains.

En organisant la salle, en amenant le matériel pour le groupe, nous faisons des allers-retours devant eux, ils nous voient et comprennent que la séance va pouvoir bientôt commencer. En même temps, ces va-et-vient nous permettent de voir quels enfants sont déjà arrivés et nous pouvons observer leurs attitudes (souriant, énervé, en retrait, en pleurs ...).

b) La séance de groupe

La séparation : A 9h15, nous allons chercher les 5 enfants dans la salle d'attente, si certains sont en retard, ils nous rejoindront. C'est le moment de la séparation : certains se précipitent pour nous donner la main, d'autres pleurent en s'agrippant à leurs parents. Généralement au bout de quelques minutes, nous sommes tous entrés dans la salle.

L'entrée, c'est le moment où les enfants découvrent les jeux, le matériel installé au milieu de la pièce. Ils ne sont pas autorisés à y toucher mais sont invités à s'asseoir sur les bancs pour poser leurs chaussures.

Le déchaussement, étape importante qui permet de verbaliser les gestes à effectuer et de travailler l'autonomie. Nous les sollicitons beaucoup pour qu'ils fassent le maximum mais nous les aidons en leur simplifiant la tâche (en dénouant les lacets, en desserrant les chaussures, en leur positionnant les mains...) Nous secondons les enfants en grande difficulté avant de nous déchausser à notre tour.

Le fait de marcher en chaussettes offre un contact différent avec le sol mais le revêtement est adapté, il est assez souple. Certains enfants ont été un peu gênés au départ.

Le rituel de début est le temps d'accueil autour de l'écoute d'une histoire audio, « Justin le petit lapin ». Le lecteur est posé à même le sol à côté des deux bancs.

Il s'agit d'une petite comptine sur fond musical qui raconte l'histoire d'un petit lapin qui se réveille et fait sa toilette en nommant les parties de son corps.

Le but de ce rituel de début est de lancer la séance, de se réveiller comme Justin. Elle permet de faire des gestes tout en les verbalisant car les termes employés sont simples. Le thème est concret, proche de leur univers avec des bruitages connus. Les enfants s'appuient d'abord sur le corporel, sur le mime : ils se frottent le ventre, les oreilles, les yeux... avant de pouvoir mettre des mots, répéter les parties du corps. Les enfants regardent et imitent beaucoup les adultes qui symbolisent ce que dit Justin.

La lecture de l'histoire a lieu sur les grands tapis qui définissent cet espace. L'orthophoniste s'installe avec le livre, c'est toujours elle la conteuse. Les enfants s'assoient autour d'elle pour écouter la lecture de « Petit Ours Brun ». L'histoire est courte, elle comporte toujours sept vignettes.

Cette histoire va servir de support au thème abordé dans la séance. En fonction de l'aventure de Petit Ours Brun, nous ferons des expériences semblables à lui dans le temps suivant.

L'orthophoniste explique les mots, mime certaines actions, joue avec sa voix et son intonation, la lecture est vivante. La pédopsychiatre, assise au milieu des enfants rappelle ceux qui ont tendance à se disperser, elle sollicite leur attention et essaye de les raccrocher à l'histoire lue. A la fin de la première lecture, l'orthophoniste pose la question récurrente : « encore ? » avant d'aborder la seconde lecture. Les réponses des enfants sont variables.

Les activités de jeux débutent après la seconde lecture quand nous suggérons et autorisons les enfants à aller découvrir les objets, les jeux, les accessoires installés au milieu. Les activités proposées sont en lien avec l'histoire racontée. A travers différents médiateurs, les intervenantes organisent et partagent des scènes de jeux, des situations de communication, elles sollicitent les enfants et échangent avec eux. Il n'y a pas de réelle consigne, les enfants sont libres d'agir tout en respectant les règles du groupe et en étant présents avec les autres. Les intervenantes sont les garantes du cadre.

Les enfants manipulent, explorent les objets, interagissent, « testent la solidité du matériel ». Les thérapeutes mettent en mots ce qui se passe dans cet espace de jeux, de relations, d'interactions. Certains jouent ensemble, d'autres restent à l'écart, différentes attitudes peuvent être observées. Les activités proposées sollicitent leur habileté motrice et parfois même la motricité fine. Elles favorisent le développement des pré-requis au langage oral et le jeu de faire-semblant.

Pour illustrer ces activités de jeux, les différents objets mis à disposition dans certaines séances sont :

- Des poupées (filles et garçons), des barbies, des vêtements, des chaussures, des chapeaux, une brosse à cheveux, un peigne, un pot pour « Petit Ours Brun se déshabille ».
- Un coffre avec des déguisements très variés et des accessoires (bijoux, sacs, casquettes, chapeaux, lunettes, épées...) pour « Petit Ours Brun se déguise ».
- La dînette, une cuisinière, des aliments en plastique, trois peluches pour « Petit Ours Brun joue à la dînette ».

Le rangement s'effectue après 20-25 minutes d'activités. Tous aident selon leurs capacités à remettre la pièce en ordre. Le passage est quelquefois difficile pour des enfants qui ont du mal à mettre fin au jeu qui les a occupés intensément durant une partie de la séance. Il est important que tous participent, cette transition les situe dans le temps, ils prennent conscience que la fin de la séance approche. Le fait de ranger signifie que l'on va laisser la salle propre et ordonnée pour le groupe suivant. Le rangement est une étape qui aide à passer au rituel de fin.

Le rituel de fin est une chanson à gestes, « Le moulin ». Elle est entraînante et rythmée, les enfants apprécient ce moment et prennent du plaisir à bouger et danser avec les adultes et les autres enfants. C'est une chanson avec des paroles simples et très répétitives, ce qui permet une meilleure mémorisation. Elle est composée de trois couplets, avec trois temps à l'intérieur : « *Tourne le moulin..., frappe dans tes mains..., fais un petit tour...* ». Cette redondance amène une chorégraphie rituelle que tous acquièrent peu à peu en imitant les adultes. Les enfants font des mouvements, rient aux éclats et essayent de chanter. Le but étant de mimer par des gestes les différents moments de la chanson même lorsqu'il n'y a que le fond musical, le texte d'un couplet n'étant pas chanté. Tout comme le rituel de début, cette chansonnette met en parallèle la correspondance parole-geste, elle développe les capacités d'écoute et d'imitation et favorise l'expression corporelle et verbale. Elle fait prendre conscience aux enfants de leur corps dans l'environnement, de leurs capacités à bouger, à agir, à prendre du plaisir avec les autres.

Ce rituel de fin conclut la séance de groupe sur une note joyeuse et dynamique. Tous les participants applaudissent à la fin de la chanson : tout d'abord, en guise de félicitations pour la participation à ce jeu chanté, et peut être aussi implicitement pour la participation à cette séance de travail de groupe et ainsi signifier la fin de l'heure passée ensemble.

Les chaussures doivent être ensuite remises, les 5 enfants s'assoient sur les bancs pour les renfiler. Chacun doit retrouver sa paire et essaye de se rechausser seul, les adultes sont là pour les aider car la plupart ont de grandes difficultés dans cette tâche. Nous insistons pour qu'ils collaborent au maximum si nous les assistons.

Le départ est signifié par un adulte qui autorise l'ouverture de la porte, les enfants rejoignent alors leurs accompagnants. Les thérapeutes les suivent, parlent et répondent aux questions des parents puis tous se saluent en se donnant rendez-vous la semaine suivante.

c) Après la séance

Quand chaque enfant a rejoint son accompagnant ou un thérapeute du CAMSP pour une prise en charge individuelle, nous retournons dans la salle pour ranger le matériel utilisé et fermer la salle. Nous nous retrouvons ensuite dans la salle de travail pour la prise de notes. Ce moment est un temps clé lors d'une prise en charge de groupe, il ne doit pas être négligé.

Dans un premier temps, dans le dossier du groupe, nous notons les enfants présents et en cas d'absence la raison et nous répertorions le déroulement de la séance. Cela donne des pistes pour la suite et nous permet de faire des ajustements si nécessaire (voir s'il faut changer de thème si on sent une certaine lassitude, ou aborder le thème sous un autre aspect en modifiant les objets, les jeux, les accessoires)

Dans un second temps, nous réfléchissons ensemble sur chacun, nous notons son comportement langagier, son attitude avec les autres, sa participation ... Chaque intervenante apporte son point de vue en fonction de son domaine professionnel et confronte ses observations aux autres.

Ce temps de réflexion permet de noter les progrès, les faiblesses de chacun. Ces résumés serviront de base aux comptes-rendus de prise en charge trimestrielle, aux réunions de suivis, aux réunions d'équipe pédagogique et nous éclairent sur les conduites des enfants dans un groupe de pairs.

De plus, certains points peuvent être repris lors des rendez-vous d'accompagnement parental avec la pédopsychiatre ou l'orthophoniste. Elles peuvent, en effet, pointer les progrès de l'enfant que certains parents minimisent ou au contraire les aider à mieux comprendre les difficultés et dans ce cas soumettre des comportements, des idées, des conseils.

Ce moment de prise de notes est par ailleurs un temps de réflexion sur nous-mêmes, nous pouvons réfléchir à certaines de nos attitudes et cela peut nous aider à nous remettre en question, à modifier notre façon de faire. Nous pouvons discuter ensemble sur la façon d'aborder un enfant qui nous pose question, avec qui nous nous sentons en difficultés et élaborer des stratégies à tester la séance suivante, pour être en relation avec lui par exemple.

Cependant, pour des raisons d'emploi du temps, d'organisation de prise en charge, les thérapeutes ne sont pas toujours disponibles et ce moment de dialogue peut être reporté à un autre moment de la journée ; ou encore, il peut être dans certains cas effectué par une seule. Dans l'idéal, la prise de notes est réalisée conjointement et juste après le groupe mais dans la pratique il n'est pas toujours aussi évident de disposer de ces conditions optimales.

3. Les participants

a) Les adultes

Le rôle de chacune durant la séance n'a pas été fixé à l'avance. Il a été décidé d'un commun accord, que l'orthophoniste assurerait la lecture de l'histoire de « Petit Ours Brun ». Leur participation se fait en parallèle, en étroite collaboration, il y a une connivence au fil des séances. Chacune, avec son regard professionnel apporte sa spécificité et apprend à connaître les enfants. Elles sont complémentaires et sur un même pied d'égalité, leur contribution est commune. Leur travail est de veiller au bon déroulement du groupe et leur volonté est l'évolution positive des enfants.

En ce qui me concerne, après un temps d'acclimatation durant lequel j'ai découvert le fonctionnement, les objectifs, les supports utilisés, j'ai pu ensuite collaborer activement. Les thérapeutes m'ont laissé agir avec les enfants qui ont appris à me connaître peu à peu. J'ai ainsi apporté une petite contribution à la réalisation de ce projet. En étant trois, nous étions plus disponibles pour les enfants et également plus attentives à leurs agissements.

b) Les enfants

Concernant la constitution des groupes, les décisions sont prises lors des réunions de fin d'année visant à préparer la rentrée.

Dans ces choix, outre le fait que l'équipe pense que cette prise en charge soit bénéfique pour l'enfant, entrent aussi en jeu les questions de nombre de places, d'organisation d'emploi du temps, de disponibilité des thérapeutes...

Le nombre d'enfants pour le groupe « Bain de Langage » est fixé à quatre ou cinq.

Certains enfants sont proposés et pressentis à la vue de leurs bilans et de leurs besoins spécifiques. L'équipe étudie les prises en charge individuelles qu'il aura en parallèle et examine si cette éventualité est justifiée et réalisable.

Cette année, le groupe n'a commencé qu'avec trois enfants, les deux autres étant en attente de synthèse. Ainsi, les trois premières séances n'ont pas eu lieu avec l'effectif complet. Les deux nouveaux enfants ont été bien accueillis et se sont facilement intégrés au groupe. Ils ont simplement eu besoin à leur tour de quelques séances d'adaptation pour connaître les participants, s'approprier les lieux avant de profiter pleinement de cette prise en charge. Les autres n'ont pas été trop perturbés par cette arrivée tardive car ils commençaient à s'habituer au déroulement du groupe.

Au demeurant, la première séance de groupe a été une prise de contact avec les trois enfants et les deux mamans présentes dans la salle d'attente. Après s'être présentées, la pédopsychiatre et l'orthophoniste ont exposé les objectifs, le déroulement, le rythme et la durée du groupe. Elles ont également répondu aux interrogations des parents.

Elles ont ensuite interrogé les mamans sur leur perception du langage de leur enfant. Une fois cet échange terminé, les intervenantes sont restées dans la pièce avec les enfants pour la lecture d'une histoire et des jeux de balles.

Ensuite, lors de l'arrivée des deux derniers, nous avons fait en début de séance une présentation de tous, pour que les enfants se sentent en confiance et apprennent à faire connaissance.

Le groupe « Bain de Langage » est composé d'une fille et de quatre garçons âgés de 3 à 5 ans. Ils possèdent tous des suivis réguliers au CAMSP.

E est une fille née le 16 avril 2003 (5 ans 5 mois en septembre 2008)

Fratrie : Dernière d'une fratrie de quatre filles. Naissance gémellaire mais décès par mort subite de sa sœur jumelle.

Antécédents familiaux : sœur aînée, retard mental avec épilepsie et troubles du comportement.

Situation familiale et professionnelle : vit avec ses parents et ses deux sœurs.

Mère : sans activité / *Père* : employé

Autonomie et développement psychomoteur :

Marche autonome : 2 ans 8 mois.

Alimentation : Ne mange pas seule mais mange de tout. Peut se nourrir seule avec les doigts. Ne boit qu'au biberon.

Propreté : non acquise, elle peut aller sur le pot mais uniquement à la maison.

Habillage / Déshabillage : impossible

Diagnostic : Retard global du développement homogène avec déficience mentale sévère.

Le diagnostic est sûrement génétique mais rien n'a encore été validé.

Entrée au CAMSP : novembre 2004 à l'âge de 18 mois, adressée par un pédiatre de la PMI.

Les parents ont collaboré dès le départ, ils ont apprécié ce soutien et ont encouragé les suivis pour E car ils avaient été peu entourés et très démunis face au handicap de leur fille aînée.

Année 2008-2009 :

Scolarisation : mi-temps en Grande Section avec Auxiliaire de vie scolaire.

CAMSP : - Groupe hebdomadaire éducatif, « la petite compagnie ».

- Accompagnement parental mensuel en pédopsychiatrie et en orthophonie

En libéral : orthophoniste depuis deux ans et kinésithérapeute.

Conclusions du bilan orthophonique (février 2008) :

Retard de langage massif de plus de trois ans en compréhension et en expression.

Retard au niveau des aptitudes non verbales de deux ans environ.

Certains pré-requis à la communication et au langage sont possibles : attention conjointe, contact oculaire, imitation.

Intégration dans le groupe « Bain de Langage » : septembre 2007

Bilan positif pour E avec quelques évolutions visibles. Elle a profité de ce groupe.

Objectifs : Prolonger d'une année, pour lui laisser le temps de faire des acquisitions à son rythme. Observer l'évolution du décalage entre niveau de langage et aptitudes non verbales.

J est un garçon né le 22 mars 2005 (3 ans 6 mois en septembre 2008)

Fratrerie : fils unique

Situation familiale et professionnelle :

Mère : sans activité, perçoit l'Allocation d'Adulte Handicapé / *Père* : n'a pas reconnu J

J et sa mère ont habité chez les grands-parents maternels jusqu'au mois de mars 2009 car la maman a souhaité trouver un logement indépendant pour y élever son fils.

Autonomie et développement psychomoteur :

Station assise : vers 7 mois ½ *Marche autonome* : 20 mois

Alimentation : refuse encore les morceaux et ne boit pas au verre, seulement au biberon

Propreté : acquise à l'âge de 3 ans ½.

Diagnostic : Retard global de développement (moteur, langage, éveil) dans un contexte de déficience intellectuelle familiale et de manque de stimulations.

Entrée au CAMSP : octobre 2006, adressé par un pédiatre mais suivi interrompu six mois plus tard par manque de collaboration et de demande de la famille

Avril 2008 (1 an après l'arrêt) adressé par un pédiatre, la maman est revenue ayant pris conscience des difficultés de son fils.

Année 2008-2009 :

Scolarisation : mi-temps en classe de petite section.

CAMSP : - suivi hebdomadaire en psychomotricité

- accompagnement parental et suivi hebdomadaire, éducatrice et psychologue

En libéral : kinésithérapeute

Conclusions du bilan orthophonique (juillet 2008) :

Retard de langage en compréhension et en expression d'environ 18 mois.

Trouble de parole de type nasonnement instable, sur de nombreux phonèmes consonantiques.

Difficultés importantes au niveau des praxies bucco-faciales, liées à une hypotonie marquée.

Niveau d'aptitudes non verbales homogène, retard d'acquisition d'environ 1 an.

Intégration dans le groupe « Bain de Langage » : octobre 2008

Objectifs : Stimuler l'émergence du langage et l'utilisation du canal verbal comme mode de communication privilégiée et soutenir les pré-requis qui sont bien présents.

Développer sa socialisation, lui permettre d'être en relation avec un groupe restreint de pairs de son âge, l'éveiller et travailler la séparation d'avec sa mère.

G est un garçon né le 7 janvier 2005 (3 ans 8 mois en septembre 2008)

Fratrie : dernier enfant d'une fratrie de quatre.

Antécédents familiaux : Son frère (le troisième) est suivi au CAMSP pour retard global.

Situation familiale et professionnelle : Vit avec ses parents, ses frères et sa sœur.

Mère : en activité / *Père* : sans activité

Ses parents le décrivent comme un enfant têtu, colérique, qui touche à tout et n'arrête pas de bouger alors qu'au CAMSP, il est plutôt passif, inhibé.

Autonomie et développement psychomoteur :

Station assise : vers 11 mois

Marche autonome : 2 ans 10 mois

Alimentation : commence à manger seul

Propreté : non acquise, pas de demande

Diagnostic : Retard global du développement (psychomoteur, langage) avec des troubles du comportement à type d'inhibition. Syndrome du « X fragile » évoqué mais pas de validation génétique encore.

Entrée au CAMSP : novembre 2006, avec son frère, tous deux, adressés par un pédiatre pour décalage global des acquisitions et un retard psychomoteur.

Année 2008-2009 :

Scolarisation : mi-temps en classe de petite section

CAMSP : - suivi hebdomadaire éducatif et en psychomotricité

En libéral : kinésithérapeute depuis 1 an

Conclusions du bilan orthophonique (juillet 2008) :

Retard massif de parole et de langage tant en compréhension qu'en expression, s'inscrivant dans un retard plus global. Son niveau d'aptitudes non verbales se situe à l'âge de 3 ans.

Cependant, les pré-requis au langage sont présents. Malgré son silence il ne refuse pas la relation et, après un temps d'adaptation il semble désireux de communiquer.

Intégration dans le groupe « Bain de Langage » : septembre 2008

Objectifs : Stimuler l'émergence du langage et l'utilisation du canal verbal comme mode de communication privilégiée et soutenir les pré-requis qui sont bien présents.

Développer sa socialisation, lui permettre d'être en relation avec un groupe restreint de pairs de son âge, l'éveiller et travailler la séparation d'avec sa mère.

R est un garçon né le 14 septembre 2005 (3 ans en septembre 2008)

Fratrerie : second enfant de la maman, premier du papa.

Situation familiale et professionnelle : Vit avec ses parents et sa sœur aînée, âgée de 19 ans.

Mère : en activité / *Père* : en activité

La grossesse s'est déroulée normalement mais au 5^{ème} mois, la maman a perdu sa propre mère. Elle dit avoir du mal à faire le deuil et cela interférerait sur les relations et l'attachement qu'elle porte à son fils. Les interactions mère-enfant sont pauvres et essentiellement basées sur du maternage.

Autonomie et développement psychomoteur :

Station assise : 9 mois

Marche autonome : 15 mois

Alimentation : mange tout seul au début puis se lasse et demande de l'aide pour finir.

Propreté : pas de contrôle sphinctérien nocturne et un refus d'aller sur le pot la journée.

Diagnostic : Retard de développement non fixé et sans étiologie retrouvée avec une immaturité psychoaffective et un retard de langage sévère.

Entrée au CAMSP : janvier 2008 adressé par un pédiatre

Année 2008-2009 :

Scolarisation : temps plein en petite section de maternelle

CAMSP : - suivi hebdomadaire en psychomotricité

- accompagnement parental mensuel avec la pédopsychiatre

En libéral : depuis février 2009, suivi par une orthophoniste en séances bi hebdomadaires.

Conclusions du bilan orthophonique (juillet 2008) :

(Parents très inquiets par la communication et le langage de R ainsi que par son bavage.)

Retard de langage en compréhension et en expression de 18 mois environ.

Niveau d'aptitudes non verbales homogène et subnormal.

R est très en communication avec l'adulte, il se fait comprendre de façon très expressive au moyen de gestes, mimiques, sons... Des échanges non-verbaux riches existent.

Intégration dans le groupe « Bain de Langage » : septembre 2008

Objectifs : stimuler l'émergence du langage et l'aider à investir le canal verbal comme mode de communication privilégiée. Travailler les pré-requis à la communication et au langage car le tour de rôle est difficile à accepter pour R. Travailler la séparation avec sa mère.

D est un garçon né le 9 novembre 2004 (3 ans 10 mois en septembre 2008)

Fratrie : unique enfant du père, dernier d'une fratrie de trois pour la mère.

Situation familiale et professionnelle : Parents séparés depuis ses 18 mois. D vit avec sa mère, son frère et sa sœur, son père le garde un week-end sur deux et la moitié des vacances.

Mère : en activité / *Père* : en activité

Autonomie et développement psychomoteur :

Station assise : vers 7 mois *Marche autonome* : 18 mois

Alimentation : commence à manger seul (fourchette et doigts) mais a souvent besoin d'aide

Propreté : non acquise *Habillage / Déshabillage* : commence à participer

Diagnostic : Retard global du développement avec des troubles autistiques.

Principaux signes : La fuite du regard (mais il peut regarder l'adulte un bref instant), l'impossibilité de maintenir une attention conjointe, la pauvreté et la stéréotypie de ses intérêts : il est attiré par les stimulations sensorielles, visuelles et kinesthésiques.

Les parents ont conscience des difficultés et du diagnostic de leur enfant.

Entrée au CAMSP : novembre 2007 adressé par un neuropédiatre.

Année 2008-2009 :

Scolarisation : une matinée par semaine en petite section + assistante maternelle chez lui

CAMSP : - suivi hebdomadaire en psychomotricité

- groupe « Les petits lutins » encadré par la pédopsychiatre et la psychologue.

Enfants avec des troubles à risque autistique ou des troubles avérés. Les objectifs sont le travail sur la relation, sur les capacités d'imitation et l'attention conjointe.

- accompagnement parental bimestriel avec la pédopsychiatre

Conclusions du bilan orthophonique (janvier 2008) : Retard de langage massif (environ 2 ans)

Semble correspondre à son âge global de développement. Il y a une production de sons vocaliques, environ 3 mots identifiables et quelques répétitions. Pour communiquer ou demander quelque chose, il prend la main et emmène la personne mais il n'y a pas de pointer du doigt. Pour échanger et se faire comprendre il utilise essentiellement les pleurs, les sourires, les cris et les gestes. Il comprend certains ordres simples.

Acquisitions et comportement : il manipule beaucoup les objets sans les utiliser dans leur fonction, mais de façon récente peut essayer d'imiter après démonstration. Il passe vite d'une activité à l'autre sans rien structurer.

Intégration dans le groupe « Bain de Langage » : septembre 2008

Objectifs : Travailler les pré-requis. Respecter un cadre et les autres. But de socialisation.

IV/ METHODOLOGIE SUIVIE POUR L'OBSERVATION

A. La problématique

La prise en charge de groupe travaillant les pré-requis à la communication et au langage oral, apparaît comme un élément favorisant l'émergence et le développement du langage chez des enfants ayant un retard global de développement.

B. Hypothèses

La proximité avec des enfants et des adultes de différentes professions semble plus prégnante pour certains enfants qui nécessitent des stimulations riches et variées. Cette relation triangulaire favorise la rencontre, les échanges et facilite l'émergence du langage.

Les interactions vécues dans une situation de groupe et les activités adaptées mises en place semblent soutenir l'apparition d'une communication verbale.

Grâce aux médiateurs proposés, les enfants au sein de cette « mini-collectivité » appréhendent la relation aux adultes et à leurs pairs. Pour ces raisons, nous souhaitons étudier différentes attitudes relationnelles existant en situation groupale. Quelques indicateurs objectivés théoriquement vont nous permettre d'analyser l'évolution des compétences langagières de ces enfants. En effet, les pré-requis à la communication et au langage paraissent logiques comme critères d'analyse.

C. Les outils d'analyse

1. Le recueil des données

Pendant la première partie de l'année, mon attitude au sein de ce groupe était participative. Puis, à partir du mois de janvier, en accord avec les thérapeutes, je me suis mise en retrait, en position d'observatrice afin de recueillir des éléments pour mener l'étude présentée dans ce document. Nous avons expliqué aux enfants qu'à présent je n'allais plus jouer avec eux malgré ma présence et ma proximité.

L'observation débutait dès la salle d'attente au moment crucial de la séparation. Prendre en compte les attitudes des enfants dès l'entrée en relation avec les intervenantes me paraissait intéressant. Durant la séance, je prenais des notes en étant assise à côté des participants, j'observais les cinq enfants et je relevais les éléments pertinents pour l'étude. Je suivais les enfants et les adultes dans les espaces occupés de la salle pour examiner leurs attitudes aux différents moments de la séance. Cette position devait être proche pour être au cœur des situations et des échanges, mais, ma vision globale afin de suivre les comportements de chacun. Le recueil des données a duré trois mois avec au total sept séances d'observation rigoureuse pouvant être analysées quantitativement et qualitativement. Notre objectif consistait à avoir une vision précise quant à l'évolution comportementale et langagière de ces cinq enfants dans cette prise en charge particulière.

2. La retranscription dans une grille d'observation

Nous avons vu précédemment que le développement du langage oral est largement influencé par les actes pré-verbaux et les premières interactions. Ces compétences-socles constituent des bases pour la construction du langage et de la communication et sans lesquelles, l'enfant ne peut développer son langage de façon harmonieuse. En conséquence, les pré-requis sont les éléments choisis pour observer ce groupe « Bain de Langage ». Grâce à ces fondements, notre objectif consiste à créer des profils, à analyser les comportements verbaux et non-verbaux ainsi que les attitudes conversationnelles de chaque enfant en situation de prise en charge de groupe.

A l'issue de chaque séance, les notes étaient décomposées, classées et retranscrites dans une grille d'observation. Cet outil a été choisi car il facilite le comptage des données, il donne une vision précise et chiffrée de chaque enfant en fonction des indicateurs mais aussi une comparaison entre enfants.

La grille utilisée est composée de douze items séparés en trois groupes :

- Quatre traitant des aspects langagiers et comportementaux individuels.
- Trois concernant les critères relationnels avec un autre enfant.
- Cinq se rapportant aux critères relationnels avec un adulte.

3. Les indicateurs sur le plan quantitatif

L'analyse quantitative va nous permettre d'avoir des résultats chiffrés. Grâce à ces données, il nous sera possible de dire quels pré-requis au langage, quelles attitudes communicatives et quels comportements un enfant adopte en situation groupale. Nous pourrons suivre son avancée ou sa régression au fil des séances. De plus, nous serons en mesure d'effectuer une comparaison entre les enfants.

Pour ce qui est des indicateurs de relation à l'intérieur du groupe, nous pourrons également effectuer une comparaison en prenant les mêmes critères mais en les analysant en fonction du partenaire de l'enfant : un adulte ou un pair de son âge. Nous confronterons donc le nombre de contacts physiques, d'imitations et de tours de rôles pour chaque enfant en fonction du partenaire. Nous aurons ainsi les moyens de définir le type de relations privilégiées pour chacun.

a) Les critères individuels

Dans cette première sous-partie, vont être quantifiés à chaque séance, le nombre de :

- productions sonores
- mots
- prises d'initiative de l'échange
- activités de faire-semblant

Les productions sonores sont les émissions vocaliques et/ou consonantiques qu'un enfant peut réaliser. Chaque son produit ne pouvant pas être qualifié de mot a été pris en compte.

Les mots produits ont été répertoriés. L'absence ou la présence d'émission de mots va nous permettre de classer les enfants.

Cet indicateur se devait d'être dissocié des productions sonores car ces dernières sont en général l'étape précédente à la véritable élaboration de mots. Il était donc primordial d'avoir une vision précise sur la quantité de l'une et de l'autre en fonction des enfants.

La prise d'initiative de l'échange traduit la situation où un enfant vient spontanément vers une autre personne, adulte ou enfant, dans le but d'interagir, d'entrer en relation avec elle.

Cet indicateur va nous permettre d'avoir une idée précise sur le fonctionnement des enfants de ce groupe, nous verrons ceux qui sont plutôt passifs, qui attendent l'échange et ceux qui au contraire, le provoquent et amorcent des situations de communication.

Le jeu de faire-semblant regroupe les activités ou les jeux, mêlant le réel à l'imaginaire, solitaires dans un premier temps, et exécutés à plusieurs ensuite. Ils permettent l'appropriation et la décomposition de rôles et de situations auxquels l'enfant a été confronté, comme par exemple, des scènes quotidiennes de la vie familiale. Le jeu symbolique s'inscrit dans une progression : d'abord l'enfant imite puis, il imite en différé pour accéder au jeu symbolique et au « faire-semblant ». Il s'agit donc de savoir s'il est capable de jeux où il fait « comme si » donc de faire semblant.

Cette activité participe à la formation de la pensée symbolique et à l'émergence du langage. Il est donc intéressant de qualifier les activités des cinq enfants et de faire ainsi un parallèle avec leur niveau langagier.

b) Les critères de relation enfant / enfant

Dans cette deuxième sous-partie, vont être quantifiés à chaque séance :

- les imitations
- les tours de rôles et les échanges d'objets
- les contacts physiques

L'imitation est la capacité pour un enfant de reproduire les agissements moteurs ou les productions verbales d'un autre enfant.

Il est intéressant d'aborder cette notion d'imitation motrice ou langagière car dans le cadre d'une prise en charge de groupe, les enfants se nourrissent des mouvements, des activités, des gestes que les autres réalisent, mais également de leurs productions verbales. Cette capacité d'imitation est à prendre largement en compte, elle est considérée comme un pré-requis à la communication et au langage. Nous avons vu précédemment à quel point les enfants s'inspirent des agissements de leurs pairs, c'est un élément fondamental dans leurs expériences d'apprentissage. Ils peuvent s'identifier pleinement à ce modèle.

Il est donc primordial d'analyser cette compétence chez les enfants du groupe.

Le tour de rôle et l'échange d'objets expriment l'habileté d'un enfant à renvoyer un objet, à faire des activités « chacun son tour », il s'agit d'observer s'il est capable d'attribuer une place et de l'importance à l'autre, en attendant par exemple qu'on lui renvoie la balle.

Les contacts physiques regroupent toutes les situations où le sens du toucher a été utilisé par un enfant sur un autre enfant. Cet indicateur nous renseignera sur la nature des contacts entre enfants et nous permettra de voir si ce genre de relations existe entre eux.

Dans tout contact physique, il y a la notion de proximité et donc d'entrée dans l'espace privé de l'autre. Les réactions de l'enfant « touché » peuvent être variables, il peut mal vivre cette irruption car dans les règles sociales, toucher quelqu'un est possible mais ce comportement a une intention précise, ce n'est pas anodin. Les enfants n'ont pas encore vraiment conscience des conventions sociales mais cela peut expliquer leurs différentes réactions en retour.

c) Les critères de relation enfant / adulte

Dans cette dernière sous-partie, vont être quantifiés à chaque séance :

- les attentions conjointes
- les pointages
- les imitations
- les tours de rôles et les échanges d'objets
- les contacts physiques

L'attention conjointe est, pour un enfant, la capacité d'écouter un adulte en même temps qu'ils regardent ensemble le même objet. Les regards sont dits décroisés.

En établissant l'attention conjointe, l'enfant crée les conditions de base idéales pour son apprentissage langagier, car il est très probable qu'à chaque désignation, l'adulte lui réponde en lui donnant le nom de cet objet.

Le pointage est une habileté en lien avec l'attention conjointe. Il s'agit donc de savoir si l'enfant utilise ce pointage (avec le doigt ou avec la main) pour désigner.

L'imitation est la compétence qu'un enfant possède quand il peut reproduire des actes verbaux, des mouvements, des gestes moteurs, effectués par l'adulte devant lui qui sert de modèle. L'enfant imite obligatoirement les adultes de son entourage, ses parents.

Reproduire les conduites d'un autre adulte peut leur rappeler l'identification à leurs proches et peut-être les rassurer.

Le tour de rôle et l'échange d'objets avec un adulte s'acquièrent parallèlement aux notions d'alternance et d'échange dans le dialogue et donc au tour de parole.

Cette possibilité d'être dans le « chacun son tour vocal » débute dès les premiers mois de la vie, il s'agit des premières interactions. L'enfant, par la suite, devient participant et initie les tours pré-conversationnels. En grandissant, cette compétence va se diversifier avec les objets de l'environnement.

Il est donc intéressant de noter pour chaque enfant si ce tour de rôle est possible et sa fréquence car il nous renseigne sur sa capacité à être dans l'échange avec une personne plus âgée.

Le contact physique permet de rendre compte des contacts provoqués par un enfant vers un adulte. Le toucher étant un sens qui peut être défini comme intime, nous pourrions ainsi mettre en évidence les enfants qui osent approcher, qui ont cette capacité à être dans l'échange avec un partenaire adulte. Cette contiguïté n'est en effet, pas perçue de la même manière selon l'âge de la personne en face.

4. Les indicateurs sur le plan qualitatif

a) Les critères individuels

Les productions sonores : Il s'agit de savoir si l'enfant a des facilités à la sonorisation, s'il accompagne spontanément ses gestes de productions sonores.

Il faut également prendre en compte la nature de ses émissions, s'il produit généralement des bruits de gorge, jasis, lallations, ou plutôt un babillage canonique, diversifié ou pas, fréquent ou pas. Il y a de nombreuses variantes en fonction des enfants et des situations.

Les mots produits : S'il y a production de mots, alors l'analyse va nous permettre d'établir le profil de chacun. L'enrichissement ou l'appauvrissement des énoncés vocaux au fil des séances sera un bon indicateur de l'évolution de l'enfant dans ce groupe.

Nous prendrons en compte la richesse du stock lexical ainsi que la possibilité de faire des associations de plusieurs mots.

L'intelligibilité sera un élément qui nous donnera un complément d'information.

La prise d'initiative de l'échange : Cet élan à l'interaction est un élément à prendre largement en compte car il nous apprend beaucoup sur la personnalité et le genre de relations que ces enfants entretiennent.

Lors d'une prise en charge de groupe, les enfants sont dans un espace clos avec d'autres enfants mais aussi avec des adultes.

C'est pourquoi, d'une part, il est intéressant d'analyser la nature des relations privilégiées en fonction du type d'interlocuteur (adulte ou enfant) et, avec qui en particulier, en fonction des interactions. D'autre part, l'amorce d'un échange peut être de deux types : verbal (par la parole) ou non-verbal (par le geste, les cris, les vocalisations, le regard). Les moyens utilisés par l'enfant évolueront progressivement (le tonus, des mouvements, des mimiques, des vocalisations, des mots, des phrases...)

L'enfant cherche à communiquer pour différentes raisons, en outre, derrière toute intention d'interaction se cache un but. Il y a plusieurs situations de demandes possibles : d'attention, d'objet, d'aide et d'information.

La capacité de jeu symbolique : le faire-semblant : Si l'enfant est capable de jeux où il fait « comme si », s'il est capable de faire-semblant, il est possible d'étudier à quel niveau il semble se situer :

- Il utilise simplement les objets de façon adaptée.
- Il applique des gestes en faisant semblant sur son corps propre.
- Il applique l'acte de faire semblant à un enfant, un adulte, une poupée.
- Il coordonne deux actions dans le jeu.
- Il est guidé par un véritable projet intérieur d'action.

Cette chronologie peut nous donner des pistes d'analyse et de comparaison inter-individuelles.

b) Les critères de relation enfant / enfant

L'imitation : Elle peut être de différentes natures : motrice ou verbale.

La capacité d'imitation motrice est l'action de reproduire des gestes et des mouvements. Si l'enfant imite en face à face, c'est une imitation immédiate, s'il imite juste après un autre enfant, l'imitation est alors différée. Celle-ci s'acquiert plus tardivement (à 2 ans ½ environ, soit 1 an après l'imitation immédiate).

L'imitation verbale peut également revêtir deux formes : tout d'abord l'enfant s'intéresse et imite ce qui se passe au niveau de la bouche : claquer la langue, sortir la langue, souffler, faire des onomatopées, des bruitages, des cris d'animaux, des bruits d'objets. Il jargonne ensuite pour imiter le discours avant de reproduire des mots et des phrases. Dans l'imitation verbale, le facteur « temps » entre également en compte dans l'analyse. Il est profitable de savoir si l'enfant intègre la production d'un de ses pairs pour pouvoir la reproduire plus tard ou s'il l'imité immédiatement.

Pour finir, nous distinguerons le pair pris pour modèle privilégié, si tel est le cas.

Le tour de rôle et l'échange d'objets : Avec cette compétence, la notion de plaisir est inhérente. Si l'enfant, en effet, aime l'alternance et en comprend le fonctionnement, il aura tendance à solliciter pour recommencer. Il sera essentiel de noter s'il initie ce tour de rôle ou s'il se contente d'attendre une proposition. Mais aussi, s'il accepte volontiers ce tour de rôle entre enfants ou au contraire, s'il doit être contraint par un adulte pour le réaliser.

Ici également, nous prendrons en compte les partenaires favorisés et les sous-groupes qui se forment en situation ludique.

Le contact physique : Cet indicateur doit être analysé précisément car sous cette appellation se cachent différentes attitudes. Le contact peut aussi être intentionnel ou non intentionnel, dans ce dernier cas, il est fortuit donc avec de moindres conséquences.

Si le contact physique est avec intention cela signifie que l'enfant qui le provoque a prémédité son geste. Sa volonté peut donc être de différentes natures : faire une caresse, faire mal, attirer l'attention, faire une demande sur un objet ... Les attitudes avec mauvaise intention seront au contraire, réprimées et auront donc une résultante pour cet enfant.

De plus, il sera intéressant d'étudier vers quel enfant principalement cette conduite est dirigée.

Nous analyserons les mêmes constituants de cette action pour les critères de relation enfant / adulte.

c) Les critères de relation enfant / adulte

L'attention conjointe : Si elle est possible pour un enfant, il est enrichissant d'analyser comment il agit précisément, à quel moyen il a recours. Il peut alterner le regard entre l'objet et la personne, donner ou pointer un objet pour partager son intérêt ou encore attirer l'attention avant de partager son intérêt pour quelque chose.

Nous pourrions noter si l'enfant a des préférences pour des objets, des jouets, des médiateurs utilisés dans ces séances groupales (livres, jeux...)

Le pointage : Il en existe deux types : le proto-impératif pour demander et le proto-déclaratif pour nommer les choses.

L'enfant qui a acquis le pointage peut donc s'en servir vers un objet pour le demander, le nommer. Il peut aussi le diriger vers un adulte pour attirer son attention, lui demander sa participation, son aide ou une information, pour qu'il lui fasse un commentaire ou qu'il lui donne l'objet convoité.

Nous observerons ainsi quels enfants se sont appropriés ce moyen de communication et de quelle manière ils l'utilisent.

L'imitation : Nous avons distingué précédemment l'imitation motrice de l'imitation verbale, et l'imitation immédiate de l'imitation différée.

Nous ajouterons à présent des éléments concernant la relation d'imitation particulière qui peut exister entre un enfant et un adulte pris pour modèle.

Il s'agit alors de mettre en évidence ce que l'enfant imite : les mouvements de la bouche, les vocalisations, les mots durant les chansons, les histoires, les routines, mais aussi s'il le fait spontanément, sur demande ou avec une ébauche orale.

Le tour de rôle et l'échange d'objets : Cette question de la mise en place des tours de rôle est au cœur de la relation entre enfants et adultes. Nous pouvons déjà nous demander de quelle façon les enfants, au sein d'un groupe, appliquent ou non ce principe d'alternance.

L'enfant tire généralement un grand plaisir de cette alternance avec l'adulte, surtout lors des routines sociales ou lorsqu'il partage des jouets.

Pour ces raisons, il sera bon de noter qui initie cette activité et si l'adulte doit solliciter l'enfant, entretenir la relation afin que cet échange dure.

V/ RESULTATS

- ◆ Dans un premier temps, les résultats pour chaque enfant sont présentés dans un tableau à double entrée :

- En ligne sont recensés les 12 indicateurs de la grille d'observation.
- En colonne sont mentionnés les résultats obtenus aux 7 séances d'observation (S1 à S7).

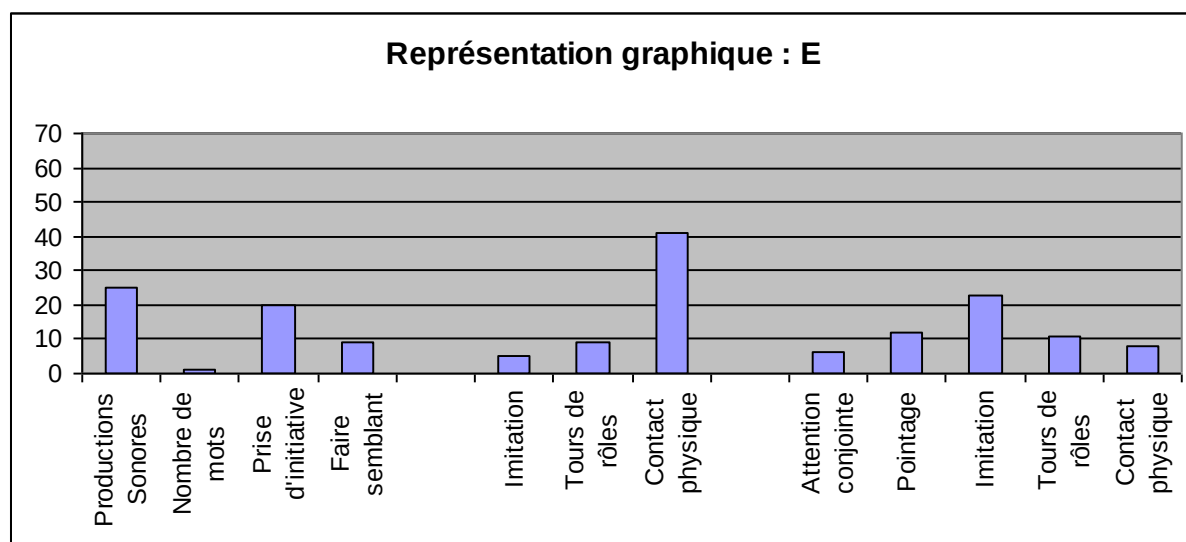
La dernière colonne est le total de chaque indicateur.

Les absences sont marquées par des « / » qui barrent la colonne. Les cinq enfants ne sont donc pas évalués et analysés sur le même nombre de séances. Toutefois, nous avons choisi de garder ces sept séances d'étude car les absences ne sont pas significatives, elles diminuent seulement les résultats quantitatifs et ne changent en rien le profil, les comportements, les observations qualitatives de ces trois mois de recherche.

- ◆ Ensuite, un histogramme individuel retranscrit le total de chaque indicateur.
- ◆ Enfin, un graphique « Synthèse » comportant 5 courbes, représente les résultats de chacun.

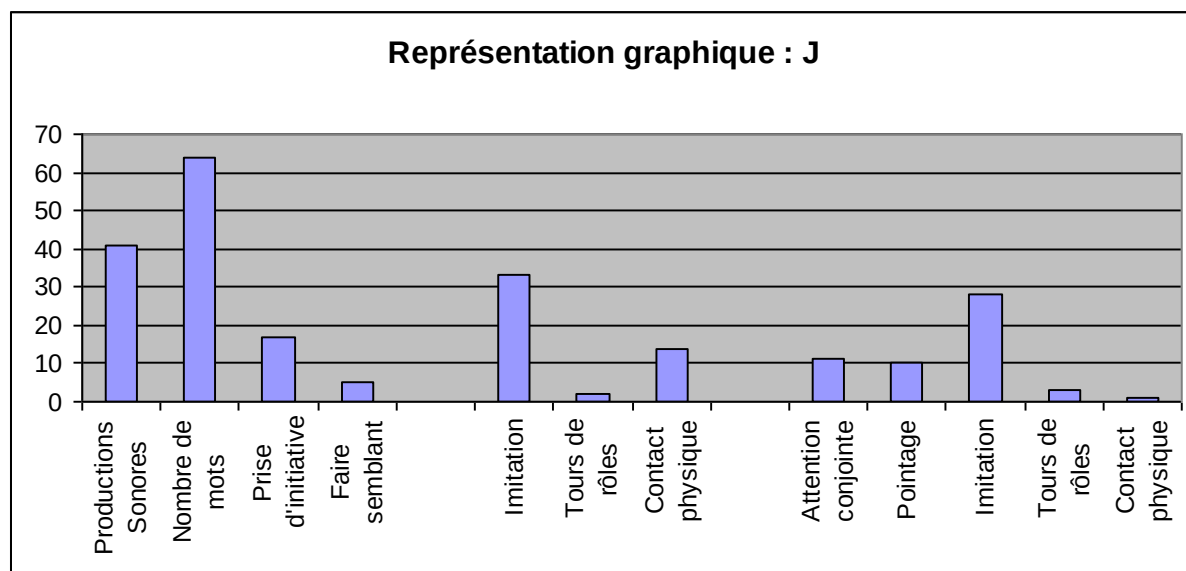
A. Résultats pour E

	S.1	S.2	S.3	S.4	S.5	S.6	S.7	
Individuel								Total
Productions sonores	1	7	3	7	4	3	/	25
Nombre de mots	0	0	1	0	0	0	/	1
Prise d'initiative de l'échange	1	7	3	5	3	1	/	20
Faire semblant	1	6	0	0	0	2	/	9
Enfant / Enfant								
Imitation	0	2	2	1	3	1	/	9
Tour de rôle / Echange d'objet	1	2	0	1	1	0	/	5
Contact physique	4	9	8	7	6	7	/	41
Enfant / Adulte								
Attention conjointe	1	2	0	1	2	0	/	6
Pointage	2	2	1	1	4	2	/	12
Imitation	4	3	2	3	5	6	/	23
Tour de rôle / Echange d'objet	1	6	0	2	1	1	/	11
Contact physique	0	1	1	1	0	5	/	8



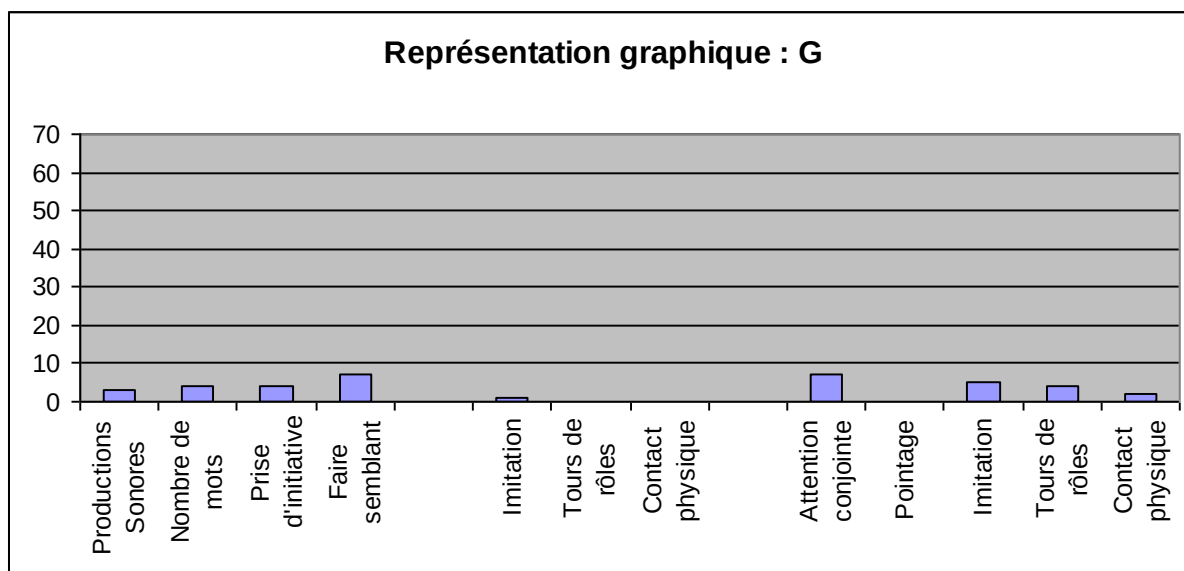
B. Résultats pour J

	S.1	S.2	S.3	S.4	S.5	S.6	S.7	
Individuel								Total
Productions sonores	6	4	0	2	14	4	11	41
Nombre de mots	1	0	1	2	20	18	22	64
Prise d'initiative de l'échange	0	1	2	2	5	6	1	17
Faire semblant	0	2	0	0	0	2	1	5
Enfant / Enfant								
Imitation	4	5	3	4	8	5	4	33
Tour de rôle / Echange d'objet	0	0	0	0	1	0	1	2
Contact physique	0	1	0	0	6	2	5	14
Enfant / Adulte								
Attention conjointe	1	0	0	2	1	4	3	11
Pointage	0	0	1	0	1	7	1	10
Imitation	6	4	1	2	4	4	7	28
Tour de rôle / Echange d'objet	1	1	0	0	0	0	1	3
Contact physique	1	0	0	0	0	0	0	1



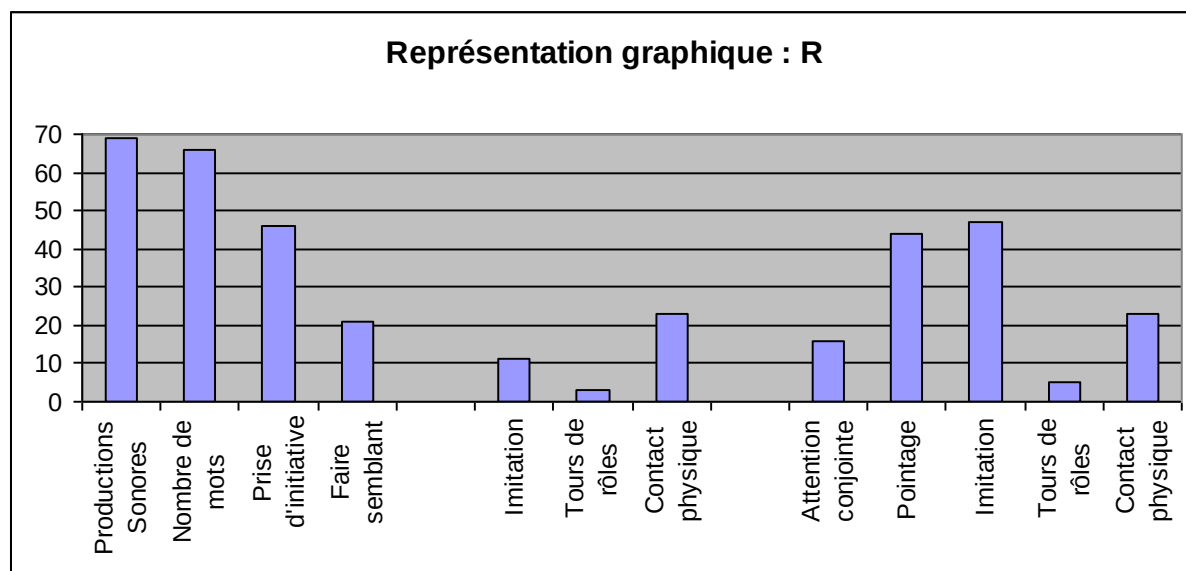
C. Résultats pour G

	S.1	S.2	S.3	S.4	S.5	S.6	S.7	
Individuel								Total
Productions sonores	/	0	0	0	0	/	3	3
Nombre de mots	/	1	0	1	0	/	2	4
Prise d'initiative de l'échange	/	1	0	2	0	/	1	4
Faire semblant	/	6	0	0	0	/	1	7
Enfant / Enfant								
Imitation	/	0	0	0	0	/	1	1
Tour de rôle / Echange d'objet	/	0	0	0	0	/	0	0
Contact physique	/	0	0	0	0	/	0	0
Enfant / Adulte								
Attention conjointe	/	2	0	0	2	/	3	7
Pointage	/	0	0	0	0	/	0	0
Imitation	/	1	0	0	1	/	3	5
Tour de rôle / Echange d'objet	/	2	0	1	1	/	0	4
Contact physique	/	0	0	1	0	/	1	2



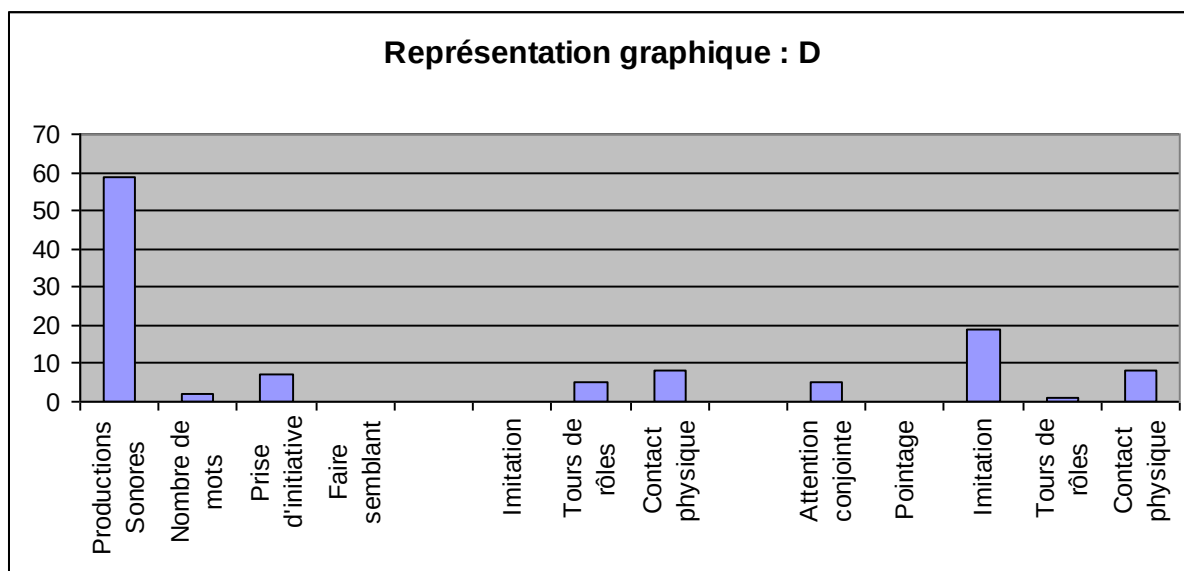
D. Résultats pour R

	S.1	S.2	S.3	S.4	S.5	S.6	S.7	
Individuel								Total
Productions sonores	9	/	11	14	9	9	17	69
Nombre de mots	11	/	12	8	12	13	10	66
Prise d'initiative de l'échange	8	/	10	10	11	3	4	46
Faire semblant	5	/	2	1	4	5	4	21
Enfant / Enfant								
Imitation	2	/	1	1	4	2	1	11
Tour de rôle / Echange d'objet	1	/	0	0	1	0	1	3
Contact physique	10	/	4	2	3	3	1	23
Enfant / Adulte								
Attention conjointe	2	/	3	1	1	5	4	16
Pointage	8	/	11	6	13	3	3	44
Imitation	10	/	6	11	7	5	8	47
Tour de rôle / Echange d'objet	0	/	0	1	0	2	2	5
Contact physique	1	/	7	1	8	5	1	23

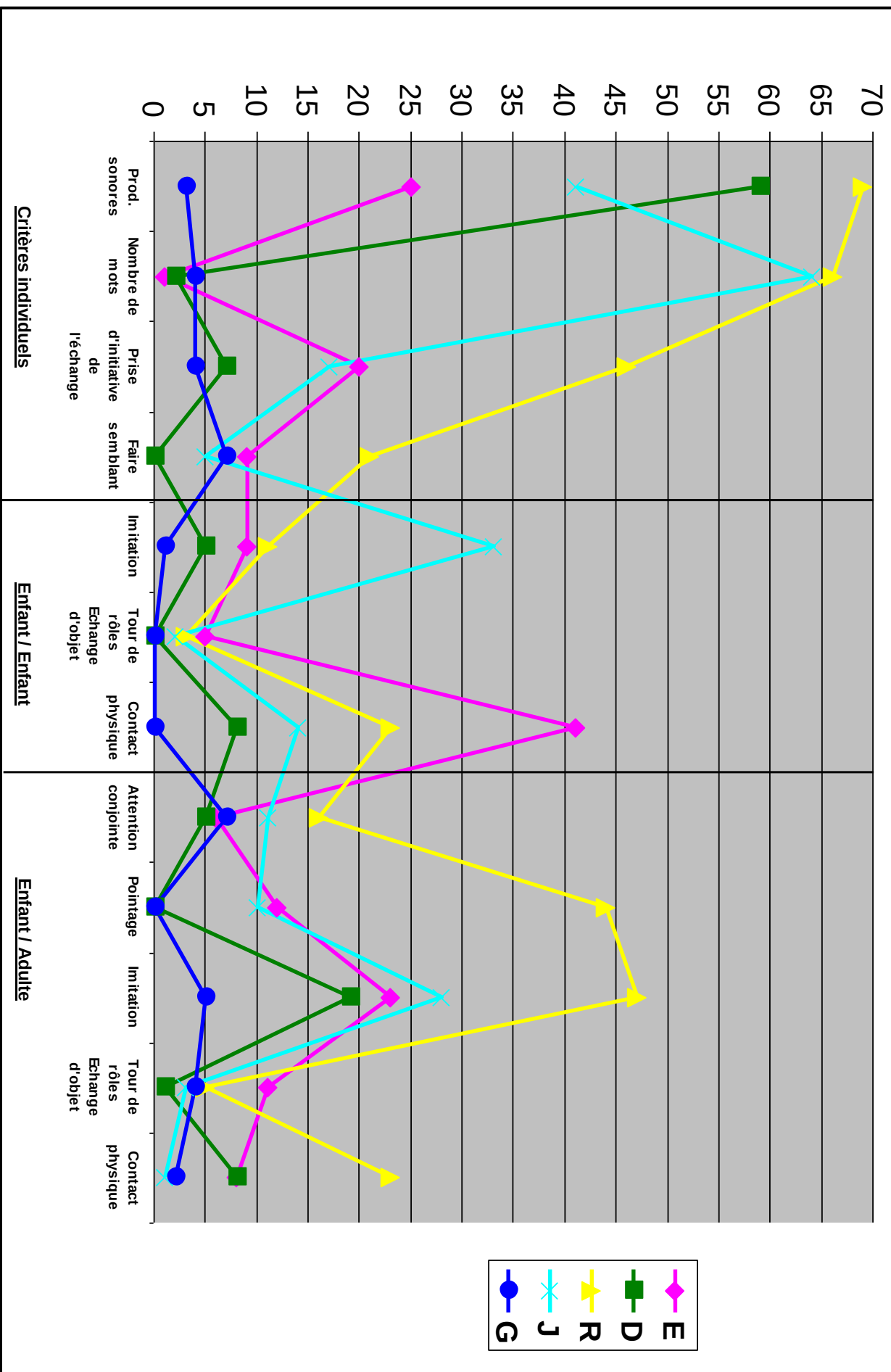


E. Résultats pour D

	S.1	S.2	S.3	S.4	S.5	S.6	S.7	
Individuel								Total
Productions sonores	10	11	9	7	8	6	8	59
Nombre de mots	0	0	0	0	0	2	0	2
Prise d'initiative de l'échange	0	1	3	1	0	1	1	7
Faire semblant	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfant / Enfant								
Imitation	2	0	1	0	2	0	0	5
Tour de rôle / Echange d'objet	0	0	0	0	0	0	0	0
Contact physique	4	1	1	0	1	0	1	8
Enfant / Adulte								
Attention conjointe	1	0	0	0	1	0	3	5
Pointage	0	0	0	0	0	0	0	0
Imitation	4	2	2	2	2	3	4	19
Tour de rôle / Echange d'objet	0	0	0	0	0	0	1	1
Contact physique	2	3	2	0	0	0	1	8



SYNTHESE



VI/ DISCUSSION

A. Les enfants

E : 5 ans 9 mois en janvier 2009

Son attitude dans le groupe :

La séparation avec sa mère n'a posé aucun problème cette année.

E a été très présente tout au long de l'année pour le groupe « Bain de Langage » (20 séances sur 22). Néanmoins, accompagnée par sa maman, elle arrive souvent en retard et nous rejoint directement dans la salle, ce qui peut expliquer ses difficultés à prendre part et à s'investir dans l'activité en cours, ayant manqué le rituel d'introduction.

E est très souriante, mais son sourire figé et inexpressif ne traduit pas réellement ses sentiments et émotions. Elle fixe beaucoup les personnes qui l'entourent. De plus, E est une petite fille qui a d'importants déficits moteurs : se lever ou descendre des tapis peut s'avérer compliqué. E se déplace souvent à quatre pattes.

Elle a toutefois gagné en autonomie et devient plus volontaire. Elle commence à se déchausser seule et n'attend plus passivement l'aide d'un adulte.

Elle a repéré les différents temps du groupe surtout les rituels musicaux (ayant eu l'expérience de l'année passée). Cependant, elle a quelques difficultés aux moments des changements d'activités : il faut la solliciter à plusieurs reprises pour qu'elle rejoigne l'espace de lecture ou de jeux. Sinon, elle reste assise et regarde de loin. Elle a besoin de l'appel d'un adulte pour oser se mêler aux autres.

Ses productions orales : Son langage est très réduit, elle ne prononce que « papa » et « maman ». Lors de nos observations, nous avons noté seulement un « maman » à la troisième séance. Néanmoins, E peut maintenant être à l'initiative d'un échange et manifeste un désir de communiquer plus important, malgré une utilisation quasi inexistante du langage comme vecteur de communication. Ses productions sonores se limitent à « mmmmh », elles lui permettent d'attirer l'attention. E a un fonctionnement systématique : elle initie un échange en vocalisant et pointe simultanément l'objet convoité. E communique non-verbalement principalement pour des demandes, elle peut prendre un air autoritaire, être exigeante. Ses interactions sont donc ritualisées, elle entre en contact généralement en commandant les autres pour obtenir les objets, pour qu'on fasse à sa place.

Elle a tendance à être passive, en retrait. Ceci se traduit dans nos observations par 25 « productions sonores » et 20 « prises d'initiative de l'échange ». Nous notons donc que E initie ses échanges uniquement par « mmmmh » et ils sont adressés à un adulte la plupart du temps.

Dans chaque séance, le nombre de « productions sonores » est presque égal au nombre de « prises d'initiative de l'échange ». En moyenne, dans une séance d'une heure, E entame un échange 3 ou 4 fois. Comparativement aux autres enfants du groupe, elle est la deuxième à en initier le plus, c'est donc en voie de progression.

Le faire-semblant : E a progressivement investi le temps du jeu et a pu évoluer d'une observation simple des participants du groupe à une manipulation active des différents objets proposés voire à un jeu de faire-semblant (9). Elle est capable de l'appliquer à un autre enfant. Elle est devenue de plus en plus active au fil de l'année, elle prend du plaisir à jouer et semble à l'aise quand les médiateurs proposés sont des poupées, des éléments de dînette ...

Toutefois, en situation de jeu, elle a tendance à porter les jouets à la bouche (balles, colliers, aliments en plastique...). Est-ce de la provocation, une attitude régressive, un plaisir ?

Ses relations avec les enfants :

L'imitation : E s'appuie peu sur les comportements des autres enfants, seulement 9 comportements de copie sont relevés sur les 6 séances d'observation. Ses imitations sont motrices et immédiates.

Les contacts physiques : E se montre moins jalouse, moins provocatrice et agressive. Elle recherche le contact avec des objectifs plus larges et tape de façon plus rare les autres enfants. C'est E qui a le plus grand nombre de « contacts physiques ». Ils sont toujours intentionnels mais moins agressifs et deviennent des caresses amicales (pour dire bonjour, pour attirer l'attention, pour rassurer un copain...).

De plus, E a créé une relation privilégiée avec J. De temps en temps, ils s'assoient à côté, se tiennent la main, se font des bisous, dansent ensemble.

Le tour de rôle et l'échange d'objets : Cette notion est en cours d'acquisition pour E. Elle peut réaliser un échange d'objet avec un autre enfant mais il devra être encadré, contraint par un adulte. Elle a plutôt tendance à voler les objets de ses copains et a du mal à partager les siens.

Toutefois, E est celle qui en a effectué le plus comparativement aux autres enfants. On en note 5 pour 6 séances, ce qui reste faible.

Ses relations avec les adultes :

Sa relation aux adultes a évolué, E a gagné en socialisation, elle est plus à l'aise du fait de son âge. Elle n'a pas d'adulte privilégiée dans cette prise en charge de groupe.

L'attention conjointe est possible mais uniquement avec des objets ou des jouets. Lors de la lecture de l'histoire, E ne manifeste pas d'intérêt pour le livre ou les images, elle observe les autres participants et peut même être dos au livre. Si les adultes attirent son attention sur l'album, elle ne regardera que l'orthophoniste en train de lire. Cette attitude se retrouve aussi dans sa famille, lorsque un parent souhaite lui raconter une histoire.

Le pointage d'E est essentiellement proto-impératif. E a bien intégré cette pratique et y a recours plusieurs fois par séance. Ce pointage fait partie intégrante de sa communication, il complète et précise sa demande trop imprécise verbalement. Elle désigne principalement les objets désirés.

L'imitation : E imite beaucoup plus les adultes (23) que les enfants (9). Ces imitations sont motrices et immédiates. E a commencé à copier les gestes des adultes durant les rituels musicaux, auxquels elle s'est montrée de plus en plus participante. Elle a pris du plaisir dans ces activités et elles ont eu un effet déclencheur dans l'évolution de son comportement.

Pour « Justin », elle a au départ imité les gestes des adultes désignant les parties du corps, puis elle en a mémorisé quelques uns et les a spontanément réalisés seule sans soutien visuel.

Après le rangement de la salle, E s'approche du lecteur CD, commence à se dandiner et à tourner ses mains avant le début de la musique « le moulin ». Elle est très active, très souriante, en relation avec les autres enfants.

En outre durant la séquence d'activités et de jeux, E est capable d'imiter un adulte mais cela reste plus furtif.

Le tour de rôle et l'échange d'objets : On remarque qu'E prend part à cet échange plus fréquemment avec un adulte (11) qu'un enfant (5).

Il est important de noter qu'E est rarement l'initiatrice : elle répond et poursuit facilement une alternance quand elle est initiée et entretenue par un adulte qui l'encourage verbalement.

Nous remarquons également qu'E a le plus grand nombre d'échanges d'objets (avec un enfant ou un adulte) à la deuxième séance (S2) où le matériel proposé était une dînette. E a été au centre des interactions, elle était active et distribuait les couverts, les aliments.

Les contacts physiques : E a plus de contacts physiques avec ses pairs qu'avec les adultes du groupe. Néanmoins, ces contacts sont toujours intentionnels et ils sont un signe de protestation et d'opposition. Si sa relation avec les enfants s'est adoucie, avec les adultes E a recours à des gestes brusques pour marquer son mécontentement, sa frustration. Ces attitudes sont réprimées, elle connaît les interdits. E utilise encore ce moyen d'expression.

Conclusion :

Au niveau des séances d'observation, les résultats d'E sont plutôt homogènes : nous ne notons pas d'évolution ni d'augmentation d'un indicateur. Toutefois, son comportement et ses attitudes ont évolué. Grâce à ce suivi au groupe « Bain de Langage », E a été confronté à des adultes et des enfants nouveaux, ce contact lui a permis de progresser dans ses relations avec les pairs qui sont devenues plus amicales, plus respectueuses et moins conflictuelles. Elle a parfois tendance à taper les autres enfants, parce qu'elle désire un jeu qu'ils possèdent ou par jalousie mais elle a repéré les interdits (par exemple, elle tape en guettant la réaction des adultes présents). De plus, elle a gagné en socialisation, E est plus à l'aise dans sa relation aux adultes et ne les sollicite plus uniquement pour des demandes d'aide.

Sa participation aux activités reste variable d'une séance à l'autre, et en fonction des activités. En revanche, elle investit les temps des chansons gestuées et y est alors partie prenante. L'élaboration du jeu reste sommaire mais E a nettement plus envie de faire.

Concernant son langage, nous n'avons pas noté d'émergence significative, nous nous heurtons sûrement à sa limite « physiologique », E n'a peut être pas les compétences de base nécessaires à l'établissement d'un langage verbal. Elle est néanmoins dans la relation, elle peut maintenant être à l'initiative d'un échange, et manifeste un désir de communiquer plus important. Elle peut solliciter les adultes et les enfants, malgré une utilisation quasi-inexistante du langage comme vecteur de communication. Elle communique par gestes et mimiques expressives. Elle semble comprendre les ordres simples.

La situation de groupe lui a permis de développer ses capacités d'attention, d'imitation et d'apprendre peu à peu le tour de rôles et l'échange d'objets.

En septembre 2009, E va intégrer à temps partiel un Institut Médico-Educatif et va en complément continuer l'école, assistée d'une auxiliaire de vie scolaire.

J : 3 ans 10 mois en janvier

Son attitude dans le groupe :

J n'a pas assisté aux trois premières séances car l'équipe n'avait pas validé son projet thérapeutique en synthèse, il a ensuite été présent à toutes.

Pendant les premières séances, J pleurait dans la salle d'attente avant le groupe, mais il était déjà calmé quand une thérapeute allait le chercher. C'est un petit garçon qui a beaucoup évolué en quelques mois. Il vient maintenant volontiers et avec plaisir à la séance de groupe, il est plus actif et cherche à entrer en relation.

Il a vite repéré les différents temps du groupe et veut être participant : à la fin de « Justin » il a pris pour habitude d'aller chercher le livre de « Petit Ours Brun » et de l'apporter vers l'espace lecture. Il s'est chargé de cette tâche aux 6 dernières séances du groupe. J est en recherche d'un lieu cadrant avec une stabilité, des habitudes et des rituels. Cette organisation du groupe lui convient, il s'y est vite habitué et a pu faire des apprentissages et des évolutions langagières importantes.

J a également gagné en autonomie : il essaie d'enlever son pull seul, il aide à l'enfilage de ses chaussures et à ranger la salle, mais il garde des attitudes d'enfant jeune : il se déplace souvent à quatre pattes.

Ses productions sonores : J a toujours babillé durant les séances mais celles-ci n'avaient pas de réelle visée communicative. Ses émissions sonores étaient essentiellement un jeu avec sa voix pour lui ou un signe de protestation. Elles devaient être à son initiative car si un adulte le sollicitait, l'encourageait il y avait un blocage et J s'enfermait dans son silence. Il y a donc de grandes variations numériques en fonction des séances.

D'autre part, son langage a explosé : J est passé en deux mois environ d'une communication essentiellement non-verbale à une expression orale faite d'associations de mots, fréquentes et variées. Son stock lexical s'enrichit. Nous notons dans nos observations ce rapide accroissement : 1 mot produit à la première séance et 22 mots produits à la septième. Son vocabulaire est varié : « à moi, attends, encore, par terre, ah le bébé !, fait pipi, veux boire, moi ouvrir la porte, ça ferme pas, t'as vu ! »

Ses prises d'initiative de l'échange ont tendance à augmenter au fil des séances. J est de plus en plus souvent à l'initiative de la communication et cherche la relation avec les autres enfants de façon adaptée. Il entre plus fréquemment en interaction par le canal verbal et il joue, rigole avec eux. Ses relations sont plus rares avec les adultes et peu à son initiative, il entre en contact dans un but précis et intéressé : obtenir de l'aide, un objet ou pour qu'on l'amène aux toilettes.

Il a depuis le début de nos observations (donc 7 séances environ) instauré un nouveau rituel durant la séquence d'activités : il dit « pipi » en regardant un adulte et désigne la porte en verbalisant le mot « porte ». Un adulte sort donc de la pièce pour l'accompagner mais peu à peu nous avons compris que J n'avait pas besoin d'y aller, parfois il n'arrivait même pas aux toilettes, il se retournait dans le couloir. A chaque séance, J a réitéré sa demande et en l'accompagnant l'adulte lui précisait qu'il n'ouvrirait pas les portes et que ce n'était pas un jeu de sortir mais par crainte de l'accident (qui s'est produit une fois) les adultes préférèrent l'amener aux toilettes par précaution.

La valeur de ce rituel n'a pas été comprise par les thérapeutes : a-t-il réellement envie ? Veut-il simplement jouer avec les portes ? Se rassurer que la porte soit bien ouverte ? Montrer qu'il est capable de sortir du groupe ?

Le jeu de faire-semblant : J a investi progressivement le temps de jeu, il a montré beaucoup d'intérêt avec la dinette et la cuisinière. Médiateur que l'éducatrice lui a proposé en parallèle lors des séances individuelles. J a accès au faire-semblant et il applique cet acte sur un enfant ou une poupée mais n'y a pas souvent recours. Il a en effet tendance à se disperser et passe facilement d'un jeu à l'autre ou se lève en abandonnant son occupation du moment, c'est pour ces raisons que la présence d'un adulte est importante pour l'encourager verbalement à poursuivre, le recentrer sur l'activité.

Ses relations avec les enfants :

L'imitation : J observe et imite beaucoup les autres enfants du groupe. Nous avons relevé 33 comportements de copie durant nos observations. Il est celui qui se nourrit le plus des activités des autres, il s'identifie à ses pairs. Au début de l'année, J était très passif, il avait tendance à imiter G, à rester assis à ses côtés, sans aucun mouvement puis il a commencé à explorer la pièce et le matériel en copiant les déambulations de D.

J continue à le suivre, à aller tester les limites et interdits du groupe avec lui en jouant avec la poubelle, les chaussures, déplaçant les modules de psychomotricité ... J mime également les amusements de D devant le miroir : il rit, crie en voyant son reflet, touche, embrasse le miroir. En se sentant plus à l'aise et en s'intégrant dans le groupe il s'est ouvert et a pu imiter R qui verbalise beaucoup.

Les imitations de J sont riches, elles peuvent être motrices et immédiates ou différées. C'est un enfant qui a besoin de s'identifier à des pairs de son âge en effectif réduit car il a toujours vécu seul entouré d'adultes, sa scolarisation étant récente, elle lui a permis de découvrir le monde enfantin mais il peut se sentir noyé dans ce grand groupe. Nous avons vu précédemment que l'imitation immédiate a pour fonction d'établir et de maintenir le contact entre enfants. J cherche donc à tisser des liens, à interagir avec ses pairs.

Le tour de rôle et l'échange d'objets sont les points faibles de J, seulement 2 interactions de ce type ont pu être observées. Elles ont eu lieu grâce à l'intervention et à l'encadrement d'un adulte. De lui-même J ne prête pas ses objets ou jouets, il a du mal par exemple à accepter l'aide d'un enfant pour porter le livre sur les tapis en vue de la lecture. C'est sa mission et il n'accepte pas de la partager.

Il attend difficilement son tour et ne tient pas compte de l'ordre de passage. Par exemple, lors des dix dernières séances, J a décidé qu'il devait être le premier à sortir de la salle à la fin de la prise en charge groupale. La chanson de fin à peine terminée et ses chaussures mises, il se précipite vers la porte et saisit la poignée. Si un autre enfant s'approche trop près ou essaye de lui prendre la place il n'hésitera pas à lui crier « attends » sur un air très autoritaire. A-t-il besoin d'occuper un rôle de décideur ? De donner des ordres ?

Le contact physique : La majorité des contacts physiques (10 sur 15) de J sont tournés vers E avec qui il a lié une relation privilégiée et particulière. Ces gestes sont des marques d'affection. Les deux enfants ne passent pas toute l'heure du groupe ensemble, ils se retrouvent en général quelques minutes côte à côte pendant les jeux et sont proches plus longtemps durant la chanson de fin « le moulin » où ils rigolent et dansent ensemble.

Ses relations avec les adultes :

L'attention conjointe est possible mais elle est de courte durée. J reste difficilement assis et concentré, il bouge et se détache de l'objet d'attention.

Nous relevons 11 situations d'attention conjointe, elles ont lieu essentiellement pendant l'activité de jeux, et donc grâce à des médiateurs ludiques. Il peut se mettre très en retrait du groupe, resté seul, les adultes doivent alors le solliciter, l'inviter à s'inclure pour qu'il puisse à nouveau se joindre à nous.

Pendant la lecture de l'histoire, J ne reste pas longtemps près de l'orthophoniste il s'éloigne peu à peu et écoute rarement l'intégralité de l'histoire. J a pris pour habitude de rejoindre les modules de psychomotricité, d'où il semble écouter la fin de l'histoire, ce rituel est revenu à toutes les séances pendant les trois derniers mois. Est-ce une dimension d'opposition ?

De plus, s'ajoute à cet usage le déplacement d'un module en plastique, J apporte au milieu de l'espace de lecture, le même élément, la poutre pouvant lui servir de banc.

Le pointage est une compétence que J a acquise, il l'utilise pour attirer l'attention d'un adulte, pour lui demander de l'aide ou un objet. Il peut désigner un enfant qui lui a volé un jouet ou un enfant qui attire son attention de par son comportement (un enfant qui pleure, un enfant qui a besoin d'être mouché...). Son pointage est associé à un mot ou une émission sonore.

L'imitation : Nous avons observé que J avait moins de relation avec les adultes qu'avec ses pairs, cette attitude se ressent donc dans ses comportements d'imitation (33 avec un enfant et 28 avec un adulte). Il observe et se saisit des gestes des intervenantes uniquement dans les rituels musicaux. Dans ces périodes de plaisir et de détente qu'il semble apprécier il copie la chorégraphie. A ce moment-là il a besoin d'un adulte pour le guider, sinon il s'identifie et s'imprègne plus des agissements de ses copains. J peut aussi répéter des productions verbales en imitation immédiate, « *coquin, voilà* ». Cette capacité est très favorable au développement de son stock lexical en expression.

Le tour de rôles et l'échange d'objets : sont plus faciles à accepter et à réaliser avec un adulte. Pour J, en effet, nous avons noté à 3 reprises qu'il tendait sans contrainte un objet (un téléphone, un aliment en plastique, une poupée) à un adulte, cela reste rare mais signifie que J est volontaire pour partager un moment de jeu. Il différencie donc les relations avec les enfants de celles avec les adultes.

Les contacts physiques avec un adulte sont considérés comme inexistant : un seul lors de nos observations. J semble ne pas avoir confiance dans les adultes qui l'entourent, son histoire personnelle explique sûrement cette mise à distance pour se protéger. J entretient en effet, des relations compliquées et parfois dangereuses avec les adultes de son entourage, ses références sont pauvres, ses repères sont faussés.

Conclusion :

J est un petit garçon qui s'est beaucoup épanoui depuis son entrée au CAMSP. Il s'est ouvert au niveau social et langagier, il est très intéressé par tout ce qui est proposé. C'est un enfant qui a besoin de se rassurer en instaurant des rituels, il en est de même dans ses prises en charge individuelles. J cherche également les interdits, il est impératif que le thérapeute pose un cadre avec des limites. L'accompagnement éducatif et psychologique tend à aider sa mère dans la gestion des conflits et à réagir à ses attitudes provocatrices.

J a largement bénéficié des effets du groupe, il a appris à entrer en relation avec ses pairs de façon adaptée, à s'identifier à eux, à lier des affinités, à se servir de leurs agissements moteurs et verbaux pour les réutiliser, à oser jouer avec eux. Fils unique et n'étant jamais entouré d'autres enfants, il a besoin d'apprendre à se socialiser peu à peu, sans être brusqué. L'intégration dans un groupe restreint a favorisé l'émergence et le développement de son langage dès le moment où J a trouvé sa place, son équilibre, ses repères. Il a pu être enfin disponible, ouvert aux apprentissages et ainsi avoir le désir de communiquer et le plaisir d'échanger. J utilise de façon fréquente le langage verbal comme vecteur de communication. En parallèle, il a pu apprécier et établir des relations riches et sûres avec les intervenantes et donc commencer à faire évoluer ses rapports à l'adulte. J a donc enrichi ses capacités d'imitation et d'attention conjointe avec eux.

En septembre 2009, J va continuer sa scolarité en maternelle. Il sera pris en charge en parallèle par le CAMSP pour l'aider dans ses acquisitions. J intègrera probablement un groupe éducatif qui prolongera le travail du groupe « Bain de Langage » avec pour objectifs la socialisation et la relation aux autres. De plus, face à la récente émergence de son langage, une prise en charge individuelle en orthophonie lui sera proposée pour soutenir ce développement.

G : 4 ans en janvier 2009

Son attitude dans le groupe :

La séparation avec sa mère a été marquée par des pleurs à la première séance, puis il n'y a pas eu de difficultés. Cependant, à partir de la troisième séance de groupe, G est venu au CAMSP, en taxi sans sa mère, et il est devenu plus silencieux, inhibé et passif. La présence de G aux séances de groupe a été régulière (18 séances sur 22).

C'est un enfant qui vient avec plaisir et qui s'est montré plus souriant au fil des séances. Toutefois, il adopte une attitude très statique et figée. Il peut rester droit debout pendant la durée totale du groupe. Il a besoin de sollicitations constantes, d'appels pour rejoindre les participants et l'occupation en cours. Il ne va pas spontanément à la découverte de cet environnement, même s'il est facile d'accès et de manipulation. Il faut l'accompagner.

G est en difficulté lors des changements d'activité, il ne suit pas les autres et ne se déplace pas seul, il semble avoir besoin d'une « autorisation » pour s'insérer et s'investir. G est un garçon qui ne peut pas rentrer spontanément dans le groupe et dans l'action, il se contente d'observer, son regard est fixe, mais le contact oculaire est possible. Le soutien constant d'un adulte est nécessaire pour le faire participer aux activités.

G est peu autonome, il a besoin d'un adulte pour enlever et remettre ses chaussures. Assis sur le banc, il attend passivement l'intervention d'une thérapeute.

Ses productions sonores sont très rares, nous avons pu observer seulement trois émissions à la dernière séance. Elles n'étaient pas adressées à un interlocuteur particulier, elles ont eu lieu en situation de jeux quand G manipulait des poupées.

Sa mère rapporte que G n'a jamais babillé même plus jeune.

Sa production de mots est également réduite, nous avons noté 4 mots (oui, tomber, « cakette » = casquette, « igolo » = rigolo,) sur toute la durée de l'observation. Ce relevé nous indique que G a accès au langage verbal, qu'il possède un stock lexical varié, mais il ne l'utilise comme moyen privilégié de communication. Ces échanges verbaux ont eu lieu pendant la séquence de jeux, G faisait des commentaires en lien avec son occupation. Ils n'étaient pas dirigés vers quelqu'un précisément, mais un adulte était assis proche de lui et cela le rassurer sûrement.

G a un visage très expressif, à travers son regard et son sourire nous pouvons comprendre ses envies et ses émotions. Néanmoins, il nous arrive d'avoir des difficultés de communication : quelquefois son visage se ferme, il semble attristé et malgré notre bienveillance, G ne répond pas à nos questions, il est compliqué d'avoir une simple approbation par un hochement de tête. Certaines prémices de communication sont restées sans suite à cause de sa passivité.

Ses prises d'initiative de l'échange sont proportionnellement faibles (4). G ne refuse pas la communication mais il ne cherche pas à l'engager.

Quand il ose interagir avec une personne du groupe, c'est toujours vers un adulte qu'il se tourne. A l'origine de cette initiative il y a généralement un échange d'objets, G utilise un médiateur pour attirer l'attention : il tend un jouet, il met une casquette à une intervenante ...

Nous supposons que grâce à cet objet, G a un prétexte, il se sent plus sûr de lui, il vainc sa timidité. Dans le dernier mois du groupe, G a pu tendre la main vers un adulte durant le rituel de fin « le moulin », ce geste traduisait son envie de danser, de faire la ronde avec un adulte.

Le jeu de faire-semblant : G accède à cette compétence, il peut appliquer cet acte sur un enfant, un adulte, une poupée ou une peluche. A la deuxième séance, nous avons noté 6 comportements de faire-semblant. Le matériel proposé était un jeu de dînette avec des couverts et des aliments fictifs. Au début, G tenait les objets dans ses mains mais n'en faisait rien, puis peu à peu, il s'est ouvert et un échange s'est installé avec l'orthophoniste. Il a pris beaucoup de plaisir à faire « comme si » il mangeait, il coupait les fruits et les légumes... C'était une relation duelle, une relation de proximité où G se sentait contenu et en confiance. L'orthophoniste le sollicitait, l'encourageait sans cesse, elle verbalisait ses actions et relançait l'interaction. G avait l'air très content de cette activité car s'il se retrouve seul, il ne joue pas, n'explore par le matériel spontanément. Il prend les objets que les adultes lui tendent mais il n'en fait rien, il les garde dans ses mains sans les regarder. E s'est insérée dans le jeu avec eux et le faire-semblant s'est poursuivi à trois. Mais aucun échange entre enfants n'a eu lieu, les interactions étaient uniquement de l'ordre enfant-adulte.

Ses relations avec les enfants :

Le contact physique et le tour de rôle : G n'a presque pas de relation avec les autres enfants participant au groupe. Sur la durée de l'observation, nous ne relevons ni contact physique ni tour de rôle avec ses pairs. G est souvent seul à l'écart, il se contente d'observer leurs agissements. Si un contact physique existe il est provoqué par un autre enfant.

Nous avons observé à plusieurs reprises quelques incidents de ce type : un enfant est tombé involontairement sur lui, un autre lui a coincé les doigts dans le coffre à jouets ...

Lors de ces événements, G n'a pas réagit, il est resté statique sans aucune réaction malgré la douleur. Il a une faculté impressionnante à retenir ses pleurs, nous avons pu voir ses yeux brillés mais il s'est arrêté avant que les larmes ne coulent. C'est un enfant qui reste impassible quoiqu'il se passe, il ne signifie pas sa gêne. Nous retrouvons les mêmes attitudes de G quand des enfants lui arrachent ses jouets ou objets des mains, il les regarde sans repartie malgré sa tristesse.

Nous remarquons que les autres enfants n'engagent pas d'échange verbal ou physique (mis à part les événements précités) avec lui. Ils peuvent être très proches physiquement mais ils ne prennent pas en considération leur voisin, seul le contact oculaire ébauche une relation. Ainsi, G n'a pas l'occasion de les prolonger, il semble pourtant désireux de communiquer mais paraît bloqué.

L'imitation : une seule a été relevée. G imite J qui s'active autour du coffre à jouets, il ouvre et ferme le couvercle. G reproduit cette scène après lui, il s'agit donc d'une imitation motrice immédiate. Ce défaut d'imitation traduit bien son manque d'intérêt pour ses pairs, il les observe mais ne se nourrit pas de leurs expériences au sein du groupe, peut être que G les emmagasine afin de les reproduire plus tard ?

Ses relations avec les adultes :

L'attention conjointe est largement possible pour G. Les médiateurs peuvent être de différentes natures : livre, objets, jouets ... G est assez attentif à l'histoire mais encore une fois le soutien de l'adulte est nécessaire, il est souvent loin du livre ou caché derrière un enfant, il n'est donc pas en mesure de suivre l'histoire et de voir les images. Si une intervenante s'adresse à lui et lui propose de se déplacer pour s'installer plus confortablement, G applique ce conseil et devient plus attentif à la lecture. Durant la période de jeux, l'attention conjointe est réalisable par J mais à condition que cela se déroule en comité restreint avec un adulte le stimulant.

Le pointage n'a jamais été observé, G n'emploie pas cette attitude communicative. C'est un enfant qui ne transmet pas d'informations, de demandes par l'intermédiaire des gestes, il ne supplée pas son langage oral à des signes explicites.

L'imitation : G s'est bien saisi des rituels musicaux durant les dernières semaines. Grâce à ces chansons gestuées il a commencé à imiter (à 5 reprises) les mouvements des adultes : taper dans les mains, faire un tour sur soi-même, faire une ronde... Il est devenu moins statique sur cette séquence, plus souriant et a aimé y participer. Ses imitations sont donc motrices et immédiates. G semble avoir compris le déroulement des séances malgré son incapacité à aller spontanément vers l'activité suivante. Dans les dernières semaines, il a pu ébaucher la danse « le moulin » et s'est laissé solliciter.

Le tour de rôle : Contrairement à l'absence de cette situation avec un enfant, cet échange d'objet est présent avec un adulte, il reste rare (4 occasions), mais a pu être réalisé par G. Dans la deuxième séance, les 2 tours de rôles effectués avec des objets de la dînette ont eu lieu dans la situation de jeu de faire-semblant précité. La plupart du temps, G n'initie pas aisément cette interaction, c'est une adulte qui l'encourage à agir.

Le contact physique : A l'instar du tour de rôle, les contacts physiques pour G sont plus accessibles avec un adulte. Ces deux moments observés sont survenus pendant la période de jeux, G touchait un adulte volontairement pas l'intermédiaire d'un objet (une casquette). De la même manière que pour les prises d'initiative de l'échange, G utilise un médiateur pour attirer l'attention et entrer en contact. Il n'est pas capable d'aller toucher une personne volontairement pour lui demander de l'aide par exemple. Par ailleurs, si un adulte le déguise, lui enfle une cape notamment, G ne réagit pas, il se laisse faire et regarde la personne qui l'habille. Il ne manifeste pas de sursaut ni de réponse. Il ne refuse pas le contact physique.

Conclusion :

G est un petit garçon qui apparaît comme gêné et très perturbé par la nouveauté, il a besoin de régularité et de permanence. Un temps d'adaptation est donc nécessaire en cas de nouvelle situation. Nous remarquons que G s'est peu à peu ouvert, il a pu prendre du plaisir et être plus actif pendant les différents temps du groupe mais avait besoin d'être fréquemment sollicité et stimulé par l'adulte. G n'est pas capable de faire des choix, de jouer seul. Son manque d'assurance et ses difficultés relationnelles sont telles que G est également en difficultés pour traduire ses sentiments : il ébauche un sourire mais ne rigole jamais, son visage se ferme, il semble triste mais ne pleure pas.

Il a commencé à imiter les adultes dans certaines séquences, notamment lors des rituels de début et de fin qui l'ont beaucoup captivés. Cependant, ses relations aux pairs restent encore rares et ne sont jamais à son initiative. Avec les intervenantes, les relations étaient possibles si elles avaient lieu autour d'un objet ou d'un jeu de faire-semblant.

L'inhibition de G en groupe n'a pas permis d'observer l'évolution de son langage, qui a cependant émergé, il l'utilise en prise en charge individuelle (psychomotricité et éducative). D'après ces thérapeutes, G a la volonté de dire des mots et il essaye de les associer. En relation duelle, G serait plus actif et participant. Il posséderait un stock lexical assez riche et varié mais il utiliserait fréquemment les mêmes mots, expressions et intonations que son frère.

G semble en conséquence avoir tiré bénéfice du groupe concernant l'émergence de son langage et son investissement dans les jeux même si une prise en charge de groupe n'est pas à réitérer. En septembre 2009, G va continuer sa scolarité en maternelle. Il sera pris en charge par le CAMSP avec un suivi individuel en orthophonie qui semble plus adapté pour cet enfant souffrant d'une grande inhibition.

R : 3 ans 4 mois en janvier 2009

Son attitude dans le groupe :

La séparation a été fréquemment marquée par des pleurs, même si ceux-ci se calmaient vite. A la dernière séance, R a fait une grosse colère dans la salle d'attente, il ne voulait pas venir et il a tordu ses lunettes, cet incident se reproduirait souvent à la maison et ses lunettes seraient souvent cassées. La pédopsychiatre l'a pris dans ses bras, elle a repris cette difficulté et cet incident avec lui. Une fois dans la salle, R est souriant, dans le plaisir des activités proposées et très actif.

La présence de R a été très régulière (18 séances sur 19). Il n'a pas assisté aux trois premières séances car l'équipe n'avait pas validé son projet thérapeutique en synthèse.

Il s'est adapté à cette prise en charge et il a rapidement dynamisé l'ensemble du groupe. C'est un petit garçon très sociable et bien dans l'échange, il prend beaucoup de place dans l'espace sonore et physique du groupe.

R est volontaire, il a gagné en autonomie, il arrive à se déchausser seul à présent.

Il s'est très vite repéré dans le groupe, a compris le déroulement et l'organisation dès la deuxième séance.

Ses productions sonores : d'après sa maman, R n'a pas babillé quand il était bébé.

Lors de l'observation, nous avons pu noter 69 émissions verbales sur 6 séances. R sonorise donc beaucoup. Son babillage est essentiellement vocalique et peu diversifié. Il pousse souvent des cris « aah », « ooh » pour attirer l'attention sur lui.

Ses productions de mots : R dit en parallèle de nombreux mots mais il ne les associe pas. Son stock lexical reste simple : « *bonjour, au revoir, coucou, bravo, maman, papa, oui, non, d'accord, encore, tiens, regarde, arrête, cassé, moi* ».

De plus, R interpelle et nomme tous les adultes par « *maman* ».

Sur la durée de l'observation sa production de mots (66) est équivalente en quantité à sa production sonore, R est donc très loquace, il a investi le langage comme vecteur de communication privilégié et son stock lexical en expression évolue. Cependant, il reste parfois peu intelligible.

Ses prises d'initiative de l'échange sont nombreuses (46 pour 6 séances). R est l'enfant qui cherche le plus le contact mais ses relations sont essentiellement avec les trois adultes. Il entre en interaction en s'approchant physiquement et en utilisant le canal verbal.

R amorce souvent la communication pour attirer l'attention sur lui, il est assez jaloux et cherche l'exclusivité de l'adulte. Il a pris pour habitude de s'insérer, se mêler à un échange enfant-adulte qui ne le concerne pas, il se met au milieu et monopolise l'attention. Il cherche à avoir les compliments et les regards sur lui, il se permet de dire « et moi » pour montrer qu'il existe aussi, il a tendance à être égocentrique. R n'est pas un enfant unique mais sa sœur étant plus âgée, elle s'occupe beaucoup de lui, il a l'habitude que l'attention soit centrée sur lui.

R peut également ébaucher une interaction pour d'autres buts : il peut demander de l'aide pour réparer un jouet cassé, pour l'enfilage d'un déguisement ... Il n'hésite pas à solliciter les adultes s'il a besoin d'eux.

R est aussi celui qui lors de mes observations, est venu régulièrement me voir, il s'approchait et voulait toucher mon stylo et ma feuille de papier. Il était curieux de me voir faire ainsi.

C'est un enfant qui est très observateur, qui explore beaucoup la pièce, le matériel mais aussi les participants même s'il n'entretient pas des relations conjointes avec eux.

Le jeu de faire-semblant : R est capable de faire « comme si », il est entré spontanément dans ces jeux et a pris du plaisir. Il s'est saisi des différents médiateurs mis à disposition : les téléphones, la dînette, les accessoires des déguisements, les poupées. Toutefois, son intérêt pour les jeux est souvent de courte durée. Dans les séances, R joue à de nombreux jeux variés mais peu élaborés (il vide, remplit le coffre à jouets, il essaie différents déguisements...) il a besoin de nouveautés sans cesse. Il se déplace beaucoup dans la salle afin de tout explorer et est à l'affût de nombreuses expériences.

Ses relations avec les enfants :

L'imitation : R observe largement les activités des autres enfants. Nous avons constaté qu'il était capable de copier les agissements des enfants à chaque séance (11 au total). Ses imitations sont toujours motrices et immédiates. R reproduit principalement les déplacements, les mouvements de J et D explorant un nouvel espace de la pièce, un nouveau jeu. Il va les suivre et faire comme eux (s'asseoir, s'allonger sur les tapis, aller voir les modules de psychomotricité, découvrir le contenu du coffre...) et il imite quelquefois J et E dans leurs manipulations d'objets, il souhaite avoir le même jeu qu'eux.

Le tour de rôle et l'échange d'objets : R a beaucoup de mal à accepter le partage des jouets ou des objets en présence. Il n'en réalise que 3 en 6 séances, et ces derniers ont du être encadrés et contraints par les adultes. Spontanément, il ne partage rien, il veut tout pour lui. R n'accepte pas le tour de rôle également, il ne respecte pas l'ordre de passage, au toboggan par exemple, il n'hésitera pas à pousser l'enfant qui le précède pour lui prendre sa place.

Le contact physique : R ne cherche pas directement la relation avec les autres enfants mais à chaque séance nous pouvons noter des contacts physiques en direction de ses pairs. R est en réalité plus intéressé par l'activité, l'objet, le jeu d'un autre que par l'enfant lui-même. Nous venons de noter précédemment que R n'était pas capable d'échange de jouets volontairement, toutefois il n'hésite pas à voler les objets des autres violemment.

Tous ces échanges corporels sont intentionnels et ont une visée précise, R cherche à obtenir ce que les autres possèdent (le téléphone, le livre, le pistolet) et il défend ce que lui détient, il ne veut pas prêter.

Ses relations avec les adultes :

L'attention conjointe : R est l'enfant du groupe qui quantitativement a le plus de comportements d'attention conjointe (16). Son attention sur l'histoire est variable, mais en général, il est assis devant, il prend et garde bien sa place, proche de l'orthophoniste et du livre, et il est attentif au moins pendant la première lecture. Sa dispersion peut s'expliquer par son problème de vision car lors de colères il casse ses lunettes et vient donc en séance sans correction visuelle.

C'est un garçon qui accepte bien la relation avec les adultes, il est pour ces raisons capable de partager un objet d'attention avec un adulte. R peut avoir recours à différents moyens : il alterne le regard entre l'objet et la personne, il donne ou pointe un objet pour partager son intérêt ou encore il attire l'attention avant de partager son intérêt pour quelque chose.

Durant ces relations duelles, R se nourrit des productions langagières de l'adulte, il n'hésite pas à intervenir et ainsi enrichir l'échange.

Le pointage : R a constamment recours à ce comportement (44 pour 6 séances d'observation). Son pointage est en partie proto-impératif car il l'utilise pour désigner un objet convoité ou pour demander de l'aide. De même, par l'intermédiaire du pointage, R nous indique : les parties de son corps et celles des autres participants sur « Justin », les images du livre de Petit Ours Brun, les enfants autour de lui ou encore l'action qu'il vient de réaliser. R a

bien compris l'utilité de ce moyen de communication non-verbal et pour attirer l'attention il complète son geste par une production sonore (babil ou mots).

Ses imitations sont fréquentes (47), elles sont généralement immédiates et variées. R observe beaucoup les adultes qui l'entourent et reproduit leurs agissements sur les rituels de début et de fin (bâiller, s'étirer, désigner les parties du corps) et il commence à les dénommer en même temps. Durant la séquence d'activités il s'imprègne aussi des jeux proposés avant de se les approprier. Il commence à imiter de plus en plus de mots (« c'est qui ? », « chut », « chapeau », « par terre »). Ce comportement le stimule et favorise son développement du langage. R est très éveillé, il guette ce qui se passe et s'en saisit facilement.

Le tour de rôle et l'échange d'objets reste compliqués, nous en dénombrons 5. De façon similaire, même avec un adulte, R ne partage pas spontanément et volontairement ses objets. Le soutien et l'insistance sont nécessaires pour lui faire comprendre cette notion.

Les contacts physiques avec les adultes sont identiques en quantité (23) avec ceux échangés avec un enfant, toutefois, ils ne sont pas comparables en matière d'intention. Ces relations corporelles ne sont pas basées sur un mode conflictuel mais plutôt sur une relation d'échange agréable en situation de jeux : il touche les oreilles, le ventre, les mains des adultes pendant « Justin », il met un chapeau à l'orthophoniste, coiffe la pédopsychiatre ... Ces contacts physiques ont un but interactionnel et de partage du plaisir en situation ludique.

Conclusion :

R est un enfant qui a tiré parti du groupe « Bain de Langage », il s'est saisi de toutes les séquences, de tous les médiateurs proposés. Il est très attentif et observateur, il s'est nourrit des interactions et des situations visant à travailler les pré-requis au langage. Etre en comité restreint a eu sur lui un effet positif, d'autant plus qu'il était l'élément moteur.

Grâce à la situation de groupe, R a pu commencer à initier davantage d'échanges avec les autres enfants, même si cette relation reste moins riche et plus conflictuelle qu'avec les adultes. R cherche beaucoup l'exclusivité et la relation avec les intervenantes. Il a toujours du mal à accepter le tour de rôles et le partage des jouets. Il a enrichi ses capacités d'imitation et d'attention conjointe. R est entré dans le faire-semblant, sa capacité symbolique émerge.

Au fil des séances, R a investi le langage comme vecteur de communication privilégié et son stock lexical a explosé. Il a bien évolué et grâce à la prise en charge individuelle en orthophonie, R va pouvoir parfaire et accroître ses productions et entrer pleinement dans la communication verbale.

En septembre 2009, R va continuer sa scolarité à plein temps en maternelle. Il sera également suivi par le CAMSP : face à la persistance des difficultés de séparation d'avec sa mère et des problèmes relationnels avec les enfants, un groupe éducatif semble indiqué et adapté pour lui. R est un enfant qui progresse bien et qui a des chances de normaliser son retard.

D : 4 ans 2 mois en janvier 2009

Son attitude dans le groupe :

D arrive au CAMSP accompagné par un taxi. Il vient sans difficultés dans la salle pour le groupe et saisit à plusieurs reprises la main d'un adulte pour aller ensemble dans la pièce adaptée. Sa présence à cette séance est très régulière (21 sur 22 séances).

D est un enfant calme mais qui ne peut pas se poser avec les autres, il déambule beaucoup dans la pièce, sa présence avec les autres est donc intermittente. D est un « électron libre » mais il se laisse interpeller par les bruits et parfois par l'appel de son prénom. Il a tendance à toucher, à déplacer, à jouer avec les objets interdits (la poubelle, le lecteur CD, les chaussures...) et à y revenir malgré le rappel oral d'un adulte.

Concernant l'autonomie : il ne sait pas se chauffer et se déchauffer seul, il est capable de tendre un pied puis l'autre si on le lui demande.

De plus, il est difficile de savoir si D a intégré le déroulement de l'heure, il est nécessaire de l'appeler dès son entrée dans la salle pour qu'il vienne poser ses chaussures. A chaque activité, un adulte doit le solliciter pour qu'il se joigne au groupe. Le ton doit être ferme sinon D continue à vaquer à ses occupations solitaires.

Ses productions sonores : D babille en permanence, nous observons 59 émissions pour les 7 séances. Son babillage est canonique et peu diversifié. Il utilise essentiellement des sons vocaliques. D n'a pas de volonté communicative, il produit ces séquences uniquement pour lui, il les adresse souvent à son reflet dans le miroir.

Sa production de mots est restreinte mais à deux reprises D a pu spontanément en situation de jeu prononcer « bravo » et imiter « voilà » en disant « ala » Ces mots sont constitués des voyelles A et O, largement utilisées dans ses productions vocales. Ces mots employés se rapprochent beaucoup de son babillage.

Ses prises d'initiative de l'échange se manifestent par une préhension de la main de l'adulte. L'amorce de l'interaction est en conséquence uniquement non-verbale car il guide la personne vers l'objet ou le lieu désiré. D y a eu recours 7 fois pendant la durée de l'observation. Par ce moyen, D cherche à attirer l'attention pour qu'un adulte l'aide, lui ouvre la porte, lui installe les modules de psychomotricité pour jouer ...

Le jeu de faire-semblant : D n'a pas accès à cette compétence malgré son intérêt pour les objets. Ses jeux se limitent à de la manipulation simple (tourner les pages du livre), à des déplacements d'objets dans la salle, à les cogner entre eux (taper l'épée contre le sol). De plus, pendant cette séquence, il a tendance à porter les jouets à la bouche. Cela peut être assimilé à un plaisir d'un enfant plus jeune, en rapport avec son âge supposé de développement.

D joue seul et réagit à ses stimulations solitaires : il sourit à sa propre image dans le miroir, danse devant le miroir, joue avec ses mains ...

Ses relations avec les enfants :

Les contacts physiques avec les autres participants du groupe ne sont pas fréquents (8 pour 7 séances). D peut être dans une relation physiquement proche avec eux mais ne semble pas s'en rendre compte. Il s'intéresse beaucoup aux objets mais peu aux personnes, leur présence ne change en rien ses activités. La majorité des contacts physiques sont spontanés : D s'appuie sur R pour s'asseoir, il s'appuie sur G pour se lever, il s'accroche à E pour ne pas tomber ... Par ailleurs, à deux reprises, nous avons pu constater que D avait une proximité corporelle avec un enfant car il voulait lui voler un jouet. Il s'approchait et le lui arrachait. Ces relations n'ont pas de volonté communicative, elles sont simplement « utiles ».

Le tour de rôle et l'échange d'objets n'ont pas pu être observés. D n'accède pas à cette capacité, il ne tient pas assez compte des enfants qui l'entourent, il reste trop centré sur lui. Cette observation est à mettre largement en correspondance avec sa pathologie.

L'imitation de ses pairs est possible (5 comportements notés). Il copie les déplacements physiques : quand un enfant s'éloigne du groupe, qu'il part seul explorer le coffre à jouets, les modules en plastique ... D le suit à distance pour découvrir à son tour.

Ses relations avec les adultes :

L'attention conjointe : D commence peu à peu à être capable d'attention conjointe. Principalement au début de la lecture de l'histoire, il est attentif, regarde les images du livre et l'orthophoniste.

Durant les premières séances, la pédopsychiatre a instauré un rituel avec lui : elle le fait s'asseoir dans ses jambes, D est ainsi contenu, plus présent dans l'activité et moins déconcentré par le matériel et l'environnement de la pièce. Au fil des semaines, D est venu prendre sa place spontanément auprès d'elle. Toutefois, il ne parvient toujours pas à rester assis toute l'histoire mais au moins durant la première lecture. Nous avons remarqué que D était d'autant plus concentré si les enfants autour l'étaient aussi. Le médiateur livre permet ainsi de capter son attention, contrairement aux objets avec lesquels cela reste compliqué. Cependant, D a pu au cours de la dernière séance du groupe jouer avec la pédopsychiatre à « coucou-caché » par l'intermédiaire d'un panier. D prenait du plaisir dans cette activité, il était très souriant.

Le pointage reste un geste de communication non-verbale impossible pour D. Il n'accède pas à ce symbole.

Les imitations de D sont motrices et immédiates. Il copie la gestuelle des adultes pendant les deux rituels musicaux : il s'étire, touche son ventre, sautille, tourne, essaye de tourner ses mains ... Il n'imité que les mouvements simples et ne peut désigner toutes les parties du corps précisément mais cette ébauche est importante et traduit l'ouverture, l'observation de D sur les autres participants, c'est un premier pas. D semble apprécier ces moments entraînants, son visage s'ouvre, il est très souriant. Durant ces séquences, D est bien présent dans le groupe, il continue ses déambulations mais reste plus attentif et participe avec les autres.

De plus, D a pu au cours d'une séance imiter un adulte qui pianotait sur les touches du téléphone, décrochait, raccrochait ...

Le tour de rôle et l'échange d'objets avec un adulte reste irréalisables. Néanmoins, il est bon de noter qu'à la dernière séance de l'année D a tendu un objet volontairement à la pédopsychiatre. Ce geste était volontaire et spontané, aucune contrainte ou demande quelconque n'ont encadrées cet échange.

Les contacts physiques sont au nombre de 8, nous avons vu précédemment que D initiait ses échanges et ses demandes en prenant la main de l'adulte pour le guider vers un objet, un jeu ou un lieu voulu. D s'est également approché de moi, m'a pris la main à quatre reprises pour toucher et me prendre ma feuille de papier et mon stylo. Ces comportements ne sont pas assimilés à des prises d'initiative de l'échange car D ne souhaite pas avoir de relation, il ne me regarde pas, il cherche simplement à obtenir cet objet.

En conséquence, ses contacts physiques ne sont pas toujours un moyen d'entrer en interaction avec autrui. Ils peuvent être fortuits et non menés par une volonté communicative. Il est intéressant d'ajouter que D a bien compris les rôles de chacun, la différence entre enfant et adulte, car il va automatiquement prendre la main d'un adulte pour satisfaire sa demande et si une des trois refuse de lui ouvrir la porte ou de lui installer les jeux (différents du but de la séance) il n'hésitera pas à aller saisir la main d'une autre pour l'amener et réitérer sa demande, toujours sans émission sonore. D n'a pas de relation privilégiée avec un adulte, il ne fait pas de distinction particulière.

Conclusion :

D est un enfant qui à cause de son trouble de la communication ne peut pas participer aux activités du groupe de la même façon que les autres. Ses troubles autistiques se traduisent par des troubles des interactions sociales et des troubles du langage. Le langage n'a pas de véritable fonction de communication pour lui et il n'éprouve pas de plaisir à échanger. Pour ces raisons précitées, D cherche rarement à entrer en contact avec les participants du groupe. Toutefois, il est important de souligner qu'une relation aux adultes commence à émerger, il s'ouvre à certains échanges et il devient souriant. Le contact oculaire devient envisageable, il reste à son initiative et bref mais cela marque une évolution positive.

D est très sonore, il babille énormément, les mots identifiables sont des redoublements de syllabes porteurs de sens en contexte (« *allo, bravo, voilà* »). En prise en charge individuelle, D est beaucoup plus silencieux. Ses émissions sonores, ses émergences sont portées par le phénomène du groupe. Il est plus loquace en situation de groupe car il imite, il est baigné par les productions des adultes et des enfants, et les siennes font écho à cet environnement sonore qui l'entoure. Il s'agit du paradoxe autistique. D a en conséquence tiré parti de cette relation groupale pour certains points.

A travers ces séances D a commencé à acquérir les notions de respect du cadre : il a appris à respecter le déroulement, à être présent par moment et à rester assis le temps de la lecture. Grâce à cette activité D a pu développer et maintenir un peu plus longtemps son attention sur le livre et les images et essaye même de toucher les images ou tourner les pages, mais il reste difficile de savoir si ces comportements sont intentionnels ou s'il recherche le plaisir simple de la manipulation.

L'objectif visant à développer sa socialisation est en partie atteint car D a appris à être contenu dans un espace durant une heure avec des enfants et des adultes. En étant scolarisé qu'une matinée par semaine et en étant gardé individuellement le reste du temps, ces situations lui sont peu familières.

En septembre 2009, D va intégrer le service de pédopsychiatrie d'un hôpital de jour et ainsi bénéficier de prises en charge adaptées à ses besoins.

B. Le groupe « Bain de Langage »

Les participants

Les enfants participant à cette prise en charge avaient tous un retard global de développement mais des profils très hétérogènes. Cependant, le langage n'avait pas émergé pour tous. Concernant les pré-requis, pour certains ils étaient en voie d'acquisition alors que pour d'autres, ils étaient inexistantes.

L'éventail des âges était très large (3 ans pour R et 5 ans 5 mois pour E) mais l'âge n'est pas significatif du niveau moteur, psychique et langagier.

Cette variabilité a permis un meilleur échange, une complémentarité et un enrichissement pour les enfants. Ils ont avancé ensemble, chacun ayant tiré plus ou moins partie des situations proposées.

Les enfants ont été rapidement partie prenante dans cette expérience, ils ont pris beaucoup de plaisir à y assister. Chacun a trouvé sa place et son rôle au fil des séances.

Le plus actif était incontestablement R qui a occupé beaucoup de place et parfois la fonction de leader. En son absence, nous avons pu noter que certains comme G paraissait plus actif, peut être se sentait-il moins bloqué et étouffé par son omniprésence ?

R, J et D en effet, durant la période d'activités libres, occupent en grande partie l'espace et envahissent « l'espace sonore ». Ces garçons babillent, parlent, se déplacent et explorent beaucoup la pièce, contrairement à E et G qui sont plus calmes et silencieux et peuvent donc se sentir limités dans leurs mouvements et leurs expressions orales. De plus, absorbés par les agissements des autres, ils passent beaucoup de temps à les observer.

Quant aux adultes, leurs trois statuts étant différents, elles ont interagi avec les enfants, les ont sollicité mais en ayant chacune une sensibilité propre à leurs connaissances et compétences. Il était primordial qu'elles se situent dans la zone proximale de développement. Ce concept clé était à l'esprit des intervenantes qui envisageaient les pas futurs de l'enfant, dans cette dynamique d'évolution possible.

Ces enfants ont besoin de temps et de répétition pour acquérir la sécurité affective qui leur permet de s'investir dans la relation. L'adulte était attentif et devait persévérer dans ses propositions, repérer une expression parfois à peine perceptible, et lui donner un sens communicatif.

L'orthophoniste était en effet sensible aux productions des enfants mais également au langage à utiliser pour s'adapter aux différents niveaux, afin que tous bénéficient positivement de cette expérience. Son langage basé sur la théorie du L.A.E était ajusté afin de favoriser au mieux leurs acquisitions.

La pédopsychiatre, grâce aux médiateurs (jouets, poupées ...) et en créant des situations de jeux à partir des attitudes, du matériel apporté par les enfants, travaillait et introduisait les notions visant à être autonome (ne plus boire au biberon mais au verre, aller sur le pot ...)

En tant qu'observatrice, mes interactions avec les enfants étaient essentiellement par contact oculaire ou physique. Je n'allais pas vers eux, je me contentais de les regarder. En retour, R et D venaient régulièrement observer mon activité de prise de notes et saisissaient mon matériel. Les trois autres ne me prêtaient pas attention. A la fin de la séance, mon statut de témoin me permettait d'échanger avec les thérapeutes, de leur rapporter des attitudes, des situations auxquelles elles n'avaient pas prêté attention, de leur fournir des données chiffrées et ainsi de participer activement à la prise de notes.

Le déroulement :

L'immuabilité de la structure, l'organisation constante des séances contribuait à créer des formats d'action. De cette façon, les adultes offraient à l'enfant un cadre optimisant ses chances de réussite et augmentant son potentiel d'apprentissage.

Cette régularité est primordiale et tous s'en sont saisis, ils ont intégré le déroulement des séances. Une fois le cadre et la trame repérés, les enfants ont pu anticiper et prendre des initiatives plus facilement.

Les rituels gestués ont eu une grande place, ils ont été très appréciés et ont connu un grand succès. Les enfants ont investi ces moments d'introduction et de clôture du groupe. Au fil des séances, ils ont intégré peu à peu la structure rythmique et narrative de la comptine qui les a amenés à varier leurs expressions (mimiques, gestes, sons, mots...). Grâce à ces deux périodes, ils ont démarré leurs découvertes, leurs acquisitions.

Les enfants ont pris un plaisir intense durant ces deux périodes et elles ont joué un rôle important dans l'émergence de la communication entre deux partenaires.

C'est un format d'interaction répétitive, rythmée, qui apporte des repères stables, leur permettant d'anticiper le déroulement de l'échange et de prendre une place de plus en plus active dans la relation.

L'histoire bien que facile et brève n'a pas vraiment suscité un réel engouement et un intérêt prolongé. L'attention inconstante pendant la lecture de l'histoire nous a éclairées sur les comportements des enfants et a permis de mettre en évidence les progrès d'attention conjointe et de concentration. De plus, un « effet de groupe » a pu être observé. Ainsi, ils pouvaient, soit se retrouver assis ensemble, calmes et attentifs autour de l'histoire, soit être plus dispersés. Cette situation met en lumière l'imitation de comportement.

Comme nous l'avons vu avec la théorie de Bandura, le sujet prélève des informations en observant le modèle, il apprend en observant. C'est pourquoi une prise en charge de groupe est une situation riche avec de nombreuses imitations possibles et divers modèles.

Les séquences d'activités ludiques, comme les rituels musicaux, ont été des moments très prisés par les enfants. Les possibilités d'actions étaient larges, les thérapeutes prévoyaient uniquement le matériel, n'avaient pas programmé de mises en situation. Elles intervenaient en fonction de l'intérêt porté à certains supports. Cette période a été riche pour l'observation des attitudes individuelles et relationnelles avec leurs pairs ou les adultes. Les enfants étant libres, ils se dirigeaient vers leurs préférences et agissaient toujours de la même manière. Les profils comportementaux ont été vite repérés et cela a permis aux thérapeutes de guider l'enfant, de l'amener vers des objectifs plus larges, de le soutenir dans ses difficultés et enfin de l'ouvrir à d'autres relations.

Les pré-requis à la communication et au langage oral

L'objectif principal de cette prise en charge était de travailler les pré-requis au langage oral et de stimuler l'émergence du langage. Tout le déroulement des séances visait à favoriser des situations ludiques d'apprentissage.

D'ailleurs, lors de cette séquence d'activités, nous avons pu relever que les notions les moins maîtrisées par ces cinq enfants étaient le tour de rôle et l'échange d'objets. Cette difficulté s'explique par la pensée égocentrique qui les anime. Ils sont trop centrés sur eux-mêmes et ont du mal à accepter le partage avec leurs pairs.

Les cinq enfants ont bénéficié concrètement de ces séances de groupe et ont développé leurs compétences langagières. R et J ont fait de gros progrès, leur langage a réellement explosé et leur expression orale est devenue plus riche. Ils vont à présent être suivis en séance individuelle en orthophonie afin de soutenir et parfaire leurs acquisitions.

G s'est largement imprégné de cet environnement et a su s'en resservir en dehors des séances, dans des situations plus intimes. Il commence à s'ouvrir plus facilement à la relation. D a développé ses capacités d'imitation verbales, il a prêté plus d'attention aux autres. En spontané, ses productions restent du babillage. Quant à E, son langage oral n'a pas évolué mais elle a amélioré ses capacités de communication non-verbale.

Le bilan est globalement positif. Bien que la totalité des objectifs n'aient pas été atteints, les participants ont appris à se connaître et à vivre ensemble durant cette heure, ils ont intégré les notions de respect du cadre et de l'autre. Cette prise en charge reste pour les huit participants une expérience enrichissante. Les enfants ont appris à vivre dans un groupe, à partager un espace et des activités communes. C'est une préparation à la vie en société.

En septembre 2009, le groupe « Bain de Langage » sera reconduit. Il accueillera cinq enfants plus jeunes, de deux ans en moyenne, avec des retards globaux de diverses origines. L'objectif principal sera de favoriser l'émergence du langage oral chez ces enfants pour qui la communication reste non-verbale.

CONCLUSION

Le plaisir est à la source d'un appétit de langage. A l'instar de cette notion de plaisir, le langage naît d'un besoin d'échange, de partage.

Le contenu du message verbal est très pauvre au départ mais il va petit à petit se charger de sens grâce à une communication soigneusement entretenue par l'entourage de l'enfant et ainsi devenir une parole. Le langage est donc à la fois la pensée, le comportement, la parole, le passé et les possibilités de l'enfant. La notion d'échange est capitale car les troubles du langage ont pour conséquence d'empêcher ou de perturber cet échange, celui-ci étant à la base de la construction de la parole et de ce langage. La réponse d'autrui est fondamentale tout au long du développement.

Rassembler des enfants dans un même lieu autour d'une activité commune dans un but thérapeutique n'est pas anodin. Le nombre restreint permet à chacun de percevoir chaque membre et de réagir à lui. Le groupe est un espace interactif, il constitue un espace de communication dans lequel l'enfant apprend à reconnaître l'autre. Il expérimente les notions d'échange et de respect d'autrui dans un cadre sécurisant.

Cette expérience très enrichissante, m'a permis de développer des capacités d'observation et d'analyse. Cette attention des uns et des autres est très fondatrice, elle permet de suivre le développement des enfants et d'adapter le matériel en fonction de leurs capacités et de leurs progrès. L'orthophoniste est sensible aux attitudes des enfants et fait preuve d'adaptabilité. Son rôle est d'agir pour le développement de l'enfant toujours au plus près de ses possibilités mais aussi en pleine conscience de ses difficultés. Le travail en étroite collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire permet une meilleure prise en charge globale de l'enfant grâce à des projets variés et évolutifs.

Les conclusions de nos observations et évaluations nous amènent à une réflexion sur la pratique de comptines ou chansons gestuelles en situation groupale. En effet, elles jouent un rôle important dans l'émergence de la communication. Chanter est un acte naturel et spontané où se mêlent plaisir et langage. Faire de la musique donne la possibilité de s'exprimer différemment en alliant paroles et gestes. Cette utilisation peut être un médiateur à exploiter pour des enfants ayant des déficits langagiers.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aimard, P. (1981). *Le langage de l'enfant*. PUF
2. Aissani, Y. (2003). *Psychologie sociale*. Armand Colin.
3. Anzieu, D. (2007). *La dynamique des groupes restreints*. 10^{ème} édition. PUF.
4. Anzieu, D. (1999). *Le groupe et l'inconscient*. 3^{ème} édition. PUF.
5. Bandura, A. (1995). *L'apprentissage social*. P. Mardaga.
6. Blanchet, A., Trognon, A. (2005). *La psychologie des groupes*. Armand Colin.
7. Bruner, J.S., Watson, R. (1991). *Comment les enfants apprennent à parler*. Retz.
8. Bruner, J.S. (1998). *Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire*. 7^{ème} éd. PUF.
9. Cartron, A., Winnikamen, F. (1995). *Les relations sociales chez l'enfant*. Armand Colin.
10. Cerclé, A., Somat, A. (2002). *Psychologie sociale*. Dunod.
11. Chevrié-Muller, C., Narbona, J. (1999). *Le langage de l'enfant*. 2^{ème} édition. Masson.
12. Decherf, G. (1981). *Œdipe en groupe*. Clancier Guénaud.
13. Delahaie, M. (2004). *L'évolution du langage chez l'enfant*. INPES.
14. Dialogoris, 0/4 ans. *Outil pour les professionnels de la santé et de la petite enfance*.
16. Gardner M.A, A. (1986). *Parlons ensemble*.
17. Kaes, R. (2002). *Les théories psychanalytiques du groupe*. 2^{ème} édition. PUF.
18. Kail, M., Fayol, M. (2000). *L'acquisition du langage, le langage en émergence*. PUF.
19. Manolson, A. (1985). *Parler : un jeu à deux*. Centre Hanen. Toronto, Canada.
20. Marie-Paumier, P. (1997). *Le groupe comme support à l'émergence du langage*.
Mémoire d'orthophonie. Ecole de Nantes.
21. Mars, F. (2004). *Etude de la dynamique conversationnelle d'un groupe-conte en orthophonie*.
Mémoire d'orthophonie. Ecole de Nantes.
22. Miriel, E. (1992). *L'expérience transitionnelle du groupe en orthophonie*.
Mémoire d'orthophonie. Ecole de Nantes.
23. Moreau, M.L., Richelle, M. (1997). *L'acquisition du langage*. 5^{ème} édition. P. Mardaga.
24. Privat, P., Quelin-Souligoux, D. (2007). *Quels groupes thérapeutiques ? Pour qui ?* Erès.
25. Privat, P., Quelin-Souligoux, D. (2005). *Travailler avec des groupes d'enfants*. Dunod.
26. Rondal, J.A. (1995). *L'interaction adulte-enfant et la construction du langage*. Mardaga.
27. Spitz, R.A. (2002). *De la naissance à la parole : la première année de vie*. (1965). PUF.
28. Stern, D.N. (1989) *Le monde interpersonnel du nourrisson*. PUF.
29. Weitzman, E. (1992). *Apprendre à parler avec plaisir*. Centre Hanen. Toronto, Canada.
30. Winnicott, D.W. (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. 1^{ère} édition 1969. Payot.
31. Winnicott, D.W. (2002). *Jeu et réalité*. 1^{ère} édition 1975. Gallimard.
32. Winnicott, D.W. (2006) *La mère suffisamment bonne*. Payot

ANNEXE 1 : Paroles des rituels de début et de fin du groupe

Justin, le petit lapin :

(Andrée Huet, Pierre Chêne) *Imaginations 4, pour l'expression corporelle*

Le conteur : Tous les matins, la forêt s'éveille ... et les lapins sortent de leur terrier. Ø

Justin : C'est moi, Justin, le petit lapin. Excusez-moi, je me réveille (il baille)

Je m'étire. Ø C'est bon de s'étirer. Ø

Un peu de toilette : les oreilles, Ø les yeux, Ø

le bout du nez, Ø les pattes, Ø

le ventre, Ø le dos, Ø

sans oublier mon petit bout de queue ! Ø

(il renifle) Hum, ça sent bon !

(Ø : bruitages)

Le moulin :

(Jean Naty-Boyer, Jean-Pierre Favotte)

Tourne, tourne, tourne le moulin
Tourne, tourne, tourne le moulin
Frappe dans tes mains,
Frappe dans tes mains,
Fais un petit tour et choisis ton voisin,
Fais un petit tour et choisis ton voisin.

Tourne, tourne, tourne le moulin
Tourne, tourne, tourne le moulin
Frappez dans vos mains,
Frappez dans vos mains,
Faites un petit tour en vous donnant la main,
Faites un petit tour en vous donnant la main.

Tourne, tourne, tourne le moulin
Tourne, tourne, tourne le moulin
Frappez dans vos mains,
Frappez dans vos mains,
Faites un petit tour et changez de voisin,
Faites un petit tour et changez de voisin.

ANNEXE 2 : Histoire de Petit Ours Brun





Résumé :

Cet ouvrage traite d'une prise en charge de groupe d'enfants avec un retard global de développement dans un C.A.M.S.P. Les objectifs de cette rééducation pluridisciplinaire sont l'acquisition des pré-requis à la communication et au langage oral afin de favoriser l'émergence et le développement du langage. L'étude des différentes attitudes relationnelles existant en situation groupale a permis, à l'aide de plusieurs indicateurs, d'analyser l'évolution des compétences langagières de ces enfants.

Mots clés :

- Prise en charge de groupe
- Pré-requis à la communication
- Développement du langage oral
- Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P)