APPORTS DES THEORIES SUR LE DEVELOPPEMENT DE LA COMMUNICATION: leurs limites d'application dans l'intervention logopédique auprès d'enfants polyhandicapés.

Apprendre à parler c'est d'abord apprendre à communiquer selon des règles à propos ou en vue de quelque chose, dans une culture et une langue données. Il est donc important d'approcher les théories sur le développement de la communication dans notre travail de logopédiste.

Dans la cadre de notre travail en cabinet privé, nous collaborons avec le Service Educatif Itinérant qui regroupe des éducatrices intervenant en éducation précoce, à domicile. Des enfants d'âge préscolaire nous sont annoncés avec un tableau clinique de polyhandicapé. Nous entendons par polyhandicapé: tout enfant ayant plusieurs barrières dans l'accès à son environnement, tant pour son vécu social et affectif que pour son vécu exploratoire. Nous avons abandonné, dans notre intervention en logopédie, la référence à l'étiquetage étiologique qui est, à notre avis, peu stimulant pour l'éducation. Il n'est pas rare en effet que l'absence de performances chez l'enfant soit justifiée par la référence à cette étiologie. Nous préférons regarder chaque enfant dans ce qu'il nous propose comme possibilité pour entrer en communication, pour le connaître et apporter un contexte stimulant. Ces enfants, qui nous sont présentés, ont un retard d'acquisition du langage, c'est-à-dire une absence total de langage verbal ou un début de production écholalique ou stéréotypée.

Dans le cadre du thème de ce colloque, nous aimerions aborder la problématique de la communication au stade pré-verbal avec ces enfants polyhandicapés, à travers notre expérience pratique.

Tout d'abord,nous retracerons succinctement l'apport des théoriciens s'intéressant au développement de la communication chez l'enfant non handicapé.

Pour définir la communication, nous empruntons la définition à Beaudichon (1985, pp. 139-140):

"La communication est une conduite dont le but est d'agir sur autrui, en assertant, créant ou modifiant une opinion ou une attitude, faisant faire,etc. Elle comporte un enjeu qui règle

la motivation. Elle se réalise dans le cadre de conventions pertinentes en une circonstance donnée de règles sociales plus générales, modulées par les caractéristiques personnelles des individus en présence (statut, âge, etc.) et par la situation (...). Elle est déterminée par la situation et les circonstances de l'énonciation et d'abord, par les caractéristiques personnelles respectives des interlocuteurs"

Plusieurs chercheurs, dont Bruner (1983 b, pp. 156-207), envisagent une continuité entre les comportements communicatifs que l'enfant manifeste pendant la période pré-verbale et ceux observables lors du développement de la communication verbale.

Avant que l'enfant puisse communiquer verbalement ses intentions, des comportements variés se développent et remplissent des fonctions de communication. Cependant, il ne serait possible d'attribuer à ces comportements une valeur intentionnelle de communication que relativement tard, à savoir lorsque l'enfant est au stade V sensori-moteur, soit entre 9 et 15 mois. Cependant bien avant cette période l'enfant développe des possibilités de communiquer par des moyens non verbaux (Gremaud,à paraître).

Dès sa naissance, l'enfant va apprendre à utiliser des comportements communicatifs à l'aide de la mise en place par la mère, de situations d'interactions à caractère social et affectif. Ce sont ces situations que Bruner appelle "scénario".

Au cours des scénarios, la mère interprète le contexte et les réactions de son enfant, et module son intervention selon l'analyse qu'elle mène de la situation. De plus la régularité des comportements ou des attitudes de l'adulte construit chez l'enfant la mise en place de règles. Il va acquérir progressivement le sens de la convention. Par ailleurs, dès les premières interactions, la mère adopte un langage marqué par la redondance, en focalisant sur ce qui est le plus informatif (Lestage, 1990).

Le regard joue un rôle prépondérant dans le développement des interactions entre la mère et l'enfant. La direction du regard de l'enfant est d'abord suivi par l'adulte; mais dès 4 mois la capacité de l'enfant à suivre le regard de la mère commence, pour devenir plus assurée à 8 mois. Très tôt, le contact oculaire provoque des manifestations vocales chez l'enfant et chez

l'adulte. Kaye (1977) montre que dès la deuxième semaine, une sorte de dialogue s'instaure à partir des productions spontanées de l'enfant. La mère harmonise ses interventions à la périodicité comportementale de l'enfant, utilisant les pauses pour répondre en imitant l'enfant,puis ses arrêts constituent une invitation pour l'enfant à reprendre ses vocalisations. Ces pseudo-dialogues, ou protoconversations, sont considérés comme les précurseurs de l'alternance de prise de tour de parole dans les futurs dialogues verbaux (Gremaud,à paraître)

D'autre part,comme l'énonce Bruner (1983 a, p.111):"le jeu est la culture de l'enfant". Il n'est pas surprenant que les scénarios aient souvent un caractère ludique et enjoué.

Un des premiers scénarios de l'interaction mère-enfant est le jeu de "coucou" ou de "cache-cache", apparition/disparition du visage ou de l'objet. Ces jeux sont ponctués d'énoncés de la mère,de plus en plus élaborés et de plus en plus contextualisés, c'est-à-dire en fonction des réactions réelles ou réactions supposées par la mère.

Un autre type de situation, instauré tôt par la mère et l'enfant, concerne la désignation des objets. Ce modèle d'interaction commence par le contact prolongé des regards, puis d'un objet que la mère introduit entre le regard de l'enfant et le sien, accompagnant ses gestes de vocatifs "capteurs d'attention"("Hou-hou", "regarde").

Progressivement par ces situations, la mère amène l'enfant à signaler son désir de l'objet par le regard (vers 7 mois), puis par le geste de montrer du doigt (entre 9 et 13 mois). C'est ce que Bruner appelle la gestion de l'attention conjointe, puis de l'action conjointe.

Un troisième type de scénario touche la mise en place de la demande. Cette conduite est présente dès la naissance par les besoins physiques et affectifs: signe de faim, de maladie, de désir d'être pris dans les bras, etc. La demande va peu à peu se socialiser vers 8 mois, c'est-à-dire être proférée par l'enfant et reçue par la mère de façon conventionnelle. L'enfant passe de l'indication qu'il veut quelque chose à l'indication de ce qu'il veut (Bruner,1983 a, p. 85)

Bruner identifie trois types de demande:

- demande d'objet, avec une facilité, tout d'abord, pour les objets placés ou rangés dans des endroits bien déterminés, ha-

bituels.

- un autre type de demande est l'invitation à des actions conjointes, ce que Bruner (1983 b, pp. 191-192) appelle:"modalité d'échange", vers 8 à 10 mois, puis à l'acquisition progressive de la "modalité de réciprocité".

- le troisième type de requête est une demande d'aide, soit pour solliciter une précision, soit pour solliciter une manipulation qu'il ne réussit pas, soit pour un changement de position corporelle. Les demandes d'aide exigent un apprentissage par l'enfant des conventions culturelles touchant à la demande et auxquelles il doit se conformer.

Ces différents scénarios retracent comment les comportements communicatifs de la période prélinguistique s'acquièrent et se développent en situation de "dialogue", d'interaction adulte-enfant. Il est évident que dans ces situations, l'affectivité a un rôle fondamental de motivation. A l'opposé, nous savons qu'une carence relationnelle et affective débouche sur une carence linguistique.

Par ailleurs, les interactions vont dépendre aussi du développement psychomoteur de l'enfant. L'enfant acquiert en quelques mois un contrôle de tête et un tonus musculaire qui lui permettent de maintenir des positions ou de contrôler des attitudes corporelles, ce qui facilite le décodage des requêtes de l'enfant par la mère.

La séparation en trois facettes du langage, soit syntaxe, pragmatique et sémantique (Bruner,1983 b, p. 168), soit linguistique, relationnelle et cognitive, ne se justifie que pour la clarté du discours scientifique. Ces trois aspects du langage sont intimement liés, tant dans l'apprentissage que dans les diverses réalisations du langage.

Pour cette raison, nous n'analyserons pas les orientations différentes des chercheurs, à savoir: la continuité entre les comportements prélinguistiques et l'apparition du langage est-elle essentiellement en rapport avec les éléments sociaux et interactifs, ou en étroite liaison avec le développement cognitif?

Dans l'approche de la communication avec les polyhandicapés, il est important de tenir compte du niveau de développement affectif et social, mais aussi du niveau et de la qualité des

conduites exploratoires de l'enfant pour apprécier et stimuler ses représentations, car la communication est liée aux représentations.

Peu de recherches ont été effectuées sur le développement des capacités de communication des enfants handicapés, pendant la période prélinguistique. Alors nous nous référons essentiellement à Mainardi et Lambert qui, dans leur livre:"La relation éducative et handicap mental" (1984), rassemblent une grande partie des informations disponibles actuellement pour guider une intervention avec un enfant polyhandicapé:

- Dans le cadre des enfants polyhandicapés, les interactions mère-enfant se caractérisent par une plus grande passivité des enfants handicapés par rapport aux enfants non handicapés, et une capacité réduite à initier les séquences interactives. De ce fait,les mères seraient plus directives.

- De plus, de nombreuses collisions apparaissent dans les protoconversations:l'enfant n'attend pas son tour, fait des pauses plus courtes et des vocalisations plus longues. Mainardi et Lambert pensent que ce comportement peut être attribué au manque d'inhibition du comportement de l'enfant handicapé.

- D'autre part, l'exploration visuelle est restreinte et l'enfant handicapé passe plus de temps à regarder sa mère que l'objet de l'activité. A 12 mois, un enfant non handicapé interrompt l'attention conjointe, le plus souvent, pour jouer avec un nouvel objet, ce qui permet à la mère de le suivre et de le comprendre dans son exploration. Par contre, l'attention conjointe chez un enfant handicapé est moins longue et ,le plus souvent, la séquence de jeu n'est pas interrompue au bénéfice d'une nouvelle exploration. L'interaction a des ruptures fréquentes.

Dans les différents scénarios d'interactions mère-enfant-milieu environnant, l'enfant non handicapé montre des aptitudes à extraire et à traiter l'information. Il fait preuve de capacités d'éveil, de focalisation, de maintien de l'attention, de mémoire, de compétences discriminatives et associatives. Il peut alors traiter l'information, c'est-à-dire: organiser, comparer, structurer, filtrer, classer, étiqueter et catégoriser l'information perçue par une ou plusieurs voies sensorielles et la mettre en rapport avec les informations traitées antérieurement. Or, chez l'enfant polyhandicapé, dans le processus du

traitement des informations, il faut tenir compte des "barrières" qui empêchent ou freinent l'accès à l'information. Nous ne pouvons pas faire abstraction des facteurs suivants: l'éveil, la maturation du système nerveux central, les limites de discrimination sensorielle et d'intégration intersensorielle. Il faut aussi considérer la présence éventuelle de troubles sensoriels, de troubles de la motricité, de retard psychomoteur, ainsi que la persistance de réflexes archaïques. Il faut aussi prendre en considération d'autres éléments en rapport avec le premier vécu relationnel, par exemple: le vécu relationnel de l'enfant prématuré, ou malade, placé dès la naissance dans un service de pédiatrie.

Les données théoriques qui précèdent donnent le cadre des exigences de la mise en place de la communication.

C'est dans ce cadre d'exigences que se situe notre intervention logopédique auprès d'enfants polyhandicapés d'âge préscolaire.L'enfant doit être observé dans la totalité de ses comportements;aussi une recherche régulière de savoirs et des rencontres enrichissantes, nous ont permis d'améliorer progressivement notre intervention qui garde des zones d'ombres et des incertitudes. Différents courants théoriques et thérapeutiques influencent notre pratique, notamment:

- la connaissance du développement de l'enfant selon Piaget (1964), et tout spécialement la période sensori-motrice;
- la spécialisation "Bobath" nous a permis d'approcher le développement psychomoteur dans le détail et de nous familiariser avec les aides thérapeutiques pour les enfants ayant des troubles moteurs;
- avec Mme Affolter (1980), psycho-pédagogue de St Gall, nous avons appris à observer la dynamique exploratoire de chaque enfant et à prendre en considération l'aménagement de son environnement;
- la rencontre avec le Dr. Fröhlich (1983) et l'apport de sa théorie et de son expérience sur la "stimulation basale", nous ont guidé dans des stimulations indispensables aux polyhandicapés;
- les apports des séminaires du Professeur J.L. Lambert, à l'Université de Fribourg (1984-85), nous ont permis de nuancer nos observations pour améliorer nos interactions éducatives, et notamment en ce qui concerne le développement de la communication et du langage verbal chez l'enfant handicapé.

Le chemin qui conduit un polyhandicapé, de la communication pré-verbale à la communication verbale, est parfois long et tortueux. C'est dans l'acceptation de l'enfant polyhandicapé et de son rythme de développement que nous pouvons trouver la patience d'attendre l'éclosion du langage verbal, sans se décourager de le stimuler.

Il est également très important de faire confiance à l'enfant et de ne pas sentir comme une mise en échec les périodes d'évolution moins flagrantes.

Mainardi et Lambert (1984) et Fröhlich (1983) insistent sur l'établissement d'une relation vraie et chaleureuse avec l'enfant handicapé. Cette même relation de confiance doit s'établir avec la famille.

Dans notre pratique, l'enfant vient à notre cabinet, accompagné d'un des parents ou des deux parents. Leur présence est systématique au début des prises en charge, puis nuancée par la suite. Nous avons choisi de ne pas aller au domicile de l'enfant car c'est un lieu qu'il a déjà investi et où les comportements, parfois des attitudes stéréotypées,sont ancrés. Par contre, la nouveauté du lieu et le contact avec une nouvelle personne provoquent des réactions de l'enfant et souvent une dynamique.

Les situations de communication sont variées, mais se classent en 3 catégories: alimentation, jeux d'exploration, stimulation basale.

Tout d'abord, nous devons trouver avec l'enfant une complicité relationnelle. Cette complicité se situe dans l'accès au plaisir qui est possible par le canal sensoriel privilégié de l'enfant: plaisir d'être porté, d'écouter des instruments de musique ou des jouets musicaux, de se balancer, de regarder.

Suivant notre observation, nous nous fixons des objectifs et nous élaborons les contextes de stimulation. Voici quelques exemples d'objectifs que nous nous fixons au stade pré-verbal:

- développer une possibilité de focalisation et de maintien de l'attention visuelle. Peu de polyhandicapés dirigent spontanément leur regard vers l'adulte pour une amorce de relation, il faut souvent construire cette conduite;

- réinvestir la bouche comme lieu de plaisir pour l'alimentation et pour l'exploration;
- maintenir le plaisir des vocalisations, de la voix et des rires;
- atteindre l'action conjointe avec la prise de tour;
- provoquer des demandes d'objets, des demandes d'aide;
- provoquer des protestations.

1/ Pour développer une possibilité d'attention, nous sollicitons l'enfant dans sa zone sensorielle de plaisir que nous identifions par les observations des parents et les nôtres, en référence au répertoire perceptif proposé par Fröhlich (1983).

Les perceptions somatiques, vibratoires et vestibulaires sont les plus précoces. Fröhlich suppose que chaque personne, aussi handicapée qu'elle soit, est sensible aux stimulations dans ces domaines. Elles sont étroitement liées entre elles et influencées par le contexte affectif et social.

Les perceptions orales, acoustiques, tactiles se développent par la suite. Et c'est encore plus tard que le domaine visuel, le goût et l'odorat gagnent de l'importance.

Les apports de Fröhlich dans la stimulation des perceptions somatiques, vibratoires et vestibulaires méritent d'être rapportés dans ce propos:

- La perception somatique est la perception cutanée transmise par toute la surface de la peau. Nous pouvons favoriser cette perception par des manipulations, des massages, des caresses ou par les stimulations décrites par les sensori-motriciens.
- La perception vibratoire est un intermédiaire entre la perception somatique et acoustique. Ce n'est pas directement de l'écoute, mais de la perception globale des ondes sonores qui sont captées par le corps tout entier. Nous favorisons cette perception avec des instruments de musique ou autre source sonore, ou en prenant l'enfant contre nous pour lui faire sentir les battements de son coeur, son rythme respiratoire, les vibrations de notre voix et de la sienne. Fröhlich a mis au point un caisson sonore sur lequel nous pouvons installer un polyhandicapé alors que des vibrations lui parviennent à travers les parois du caisson.
- La perception vestibulaire se réfère à l'équilibre,aux positions statiques et aux mouvements. Nous pouvons stimuler

cette perception par des mouvements de balancement, de bercement, de rotation (balançoire, ballon "Bobath", hamac, fauteuil basculant, corbeille suspendue etc.). Ce type de stimulation a tendance à motiver l'enfant polyhandicapé pour d'autres activités motrices. Ces moments sont vécus avec beaucoup de plaisir dans la plupart des cas.

Ces trois perceptions existent déjà durant la vie intra-utérine selon Fröhlich.

Nous ne développerons pas dans le détail les autres perceptions mieux connues à travers les étapes de développement.

2/ Pour réinvestir la bouche comme lieu de plaisir pour l'alimentation et l'exploration, nous devons faire face à trois types de problèmes:

- blocage face aux exigences des parents qui ont suivi souvent les conseils d'une tierce personne non compétente,
- peur de tout ce qui est introduit dans la bouche, parfois même la tétine du biberon est refusée. Nous retrouvons souvent dans le passé de ces enfants, un épisode médical ayant nécessité une sonde ou une intubation,
- l'hypersensibilité intrabuccale avec un réflexe de nausée très vif et le réflexe de mordre auxquels il faut ajouter parfois des réflexes posturaux pathologiques liés à une infirmité motrice cérébrale.

Nous conseillons les parents pour l'alimentation afin que ce moment redevienne une situation de plaisir si caractéristique d'un scénario d'interaction positive entre l'enfant et l'adulte dans le développement normal. Il faut tenir compte de la position dans laquelle est placée l'enfant handicapé, afin que les réflexes pathologiques soient inhibés. Il faut préciser la consistance de la nourriture et l'approche des goûts variés. Il faut rendre possible une déglutition facile, une mastication bien dosée, une coordination déglutition-respiration et un contrôle du bavage. Pour ces acquisitions, nous pratiquons les principes de la méthode "Bobath".

Puis de façon ludique, nous initions l'exploration buccale en commençant par inhiber progressivement l'hypersensibilité intrabuccale, c'est-à-dire en normalisant la sensibilité par des massages et des explorations de formes et de matériaux à partir

d'objets divers. Ainsi petit à petit, l'enfant découvre le plaisir de jouer avec sa langue et d'introduire des jouets dans sa bouche.

3/ Pour maintenir le plaisir des vocalisations, de la voix et des rires, nous associons ces stimulations aux situations de perception des vibrations, de perception somatique, d'échanges des regards. Il faut ajuster les positions corporelles si l'enfant a une infirmité motrice cérébrale, car les réflexes d'extension bloquent la voix ou la limitent à de courtes productions. Dans ces situations de jeux vocaux, nous pouvons faciliter les praxies buccales. Il est important de maintenir la voix, car certains enfants sont devenus progressivement silencieux, ne connaissant leur voix qu'à travers leurs pleurs!

Dans ces situations d'échange de vocalisations, nous retrouvons des possibilités de protoconversation que nous pouvons associer à un maintien du regard.

4/ En ce qui concerne l'action conjointe et la prise de tour, elles apparaissent comme suite à l'attention conjointe sur un objet. Dans les situations de jeu avec objets ou événements, nous essayons de faire persister l'attention en limitant les sources de distractions. Il est difficile de contrer les ruptures d'attention chez un enfant polyhandicapé. Il faut éviter le processus d'habituation qui se manifeste par une réduction de l'éveil après plusieurs répétitions d'une stimulation sensorielle. Selon Fröhlich (1983), ce processus d'habituation est toujours présent chez le polyhandicapé s'il n'a pas de possibilité de mouvements. Il s'agit d'une accoutumance à un stimulus et non une adaptation sensorielle.

Une des caractéristiques des enfants handicapés est leurs faibles capacités à tirer profit des expériences d'apprentissage spontané. L'enfant polyhandicapé a besoin d'aide pour expérimenter. Pour bénéficier de l'aide de l'adulte, l'enfant doit comprendre la situation. Le rôle médiateur de l'adulte a une importance essentielle dans l'évolution de l'enfant handicapé.

La situation de jeu est choisie en fonction de l'observation des interactions de l'enfant avec son milieu afin de l'ajuster progressivement et constamment au niveau des capacités de l'enfant.

La base conceptuelle de cette démarche est donnée par Vygotsky (voir Schneuwly et Bronckart, 1985) dans ce qu'il appelle:"zone proximale de développement"qui est la distance entre le niveau de développement actuel de l'enfant tel que nous pouvons le déterminer à travers sa façon de résoudre des problèmes seul,et le niveau de développement potentiel qui est déterminé à travers la façon dont il résout des problèmes avec l'aide de l'adulte ou en collaboration avec des enfants plus avancés .

Le système de support fourni par l'adulte pour stimuler l'enfant est appelé"étayage" par Bruner (1983 b, p. 277): l'adulte restreint la complexité de la tâche pour permettre à l'enfant de résoudre des problèmes qu'il peut accomplir seul. Cet "étayage" consiste en la construction de formats qui encadrent les actions de l'enfant.

Bruner distingue 4 types de formats:

- l'adulte assure la convergence entre son attention et celle de l'enfant dans l'interaction;
- l'adulte fournit des moyens pour le représentation et l'exécution des relations entre moyens et buts;
- l'adulte choisit une situation dans la zone proximale de développement en assurant une mesure constante de succès pour l'enfant et pour l'adulte. Il faut limiter les échecs;
- à travers les formats, l'adulte fournit des occasions de créer des conventions d'interactions par l'utilisation des signes dans le contexte d'actions.

Pour arriver à la reconnaissance par l'enfant de la relation entre moyens et buts, Bruner (1983 b) décrit plusieurs fonctions de la médiation de l'adulte. Le rôle de l'adulte est de focaliser l'attention et l'orientation des investigations perceptivo-motrices sur les éléments de l'objet susceptibles de favoriser l'accomplissement d'un effet, de la manière la plus autonome.

D'autre part,dans l'action conjointe avec un enfant polyhandicapé,l'adulte doit être attentif à na pas intervenir verbalement ou gestuellement, alors que l'enfant ébauche une initiative pour explorer, car il deviendrait alors un élément perturbateur de l'attention.

De plus, la coordination intersensorielle est essentielle si nous voulons l'élaboration d'une action; c'est ce que F.

Affolter (1980)appelle "organiser des intermodalités". Dans l'observation du développement des intermodalités, il faut être très attentif aux données motrices. En effet, un enfant peut avoir acquis la poursuite visuelle de l'objet tombé par exemple, mais ses difficultés motrices l'empêchent d'aller chercher l'objet et de continuer ainsi son action. Dans ce cas, il est fréquent de voir l'enfant handicapé réduire son activité à faire tomber les objets pour le seul plaisir qu'il perçoit :entendre le bruit!

5/Pour provoquer des demandes, il faut aménager la situation pour favoriser ce comportement: il faut que l'enfant manque de quelque chose,soit par rapport à un besoin matériel (la cuiller pour manger), soit par rapport à un plaisir (le jeu favori)ou à un rituel.

Au stade pré-verbal, chez l'enfant polyhandicapé, les demandes sont parfois difficilement décodables. Pour valoriser l'initiative, il faut observer finement les données du contexte pour interpréter au plus près les intentions de l'enfant. Le polyhandicapé a souvent des difficultés motrices et praxiques;il ne pourra parfois pas manifester sa demande. Il est important que tout comportement ayant un degré possible d'interprétation de requête soit valorisé par une réponse de l'adulte.

La demande d'aide ne se manifeste parfois que par le déplacement du regard, ou par une tension et une orientation du corps. Elle peut aussi apparaître sous forme de cris ou de plaintes. Enfin, l'enfant peut nous tendre l'objet qui lui pose problèmes ou prendre notre main.

Dans la démarche d'aide, il est important que l'enfant perçoive notre main comme partie de l'adulte agissant et non comme outil indépendant de l'adulte. Il faut s'assurer de l'orientation du regard. L'adulte veillera à sa position et s'il guide l'enfant, il est préférable qu'il soit en face de lui.

6/Les protestations peuvent être manifestes et facilement interprétables dans le contexte de l'activité ou de la situation sociale. Mais, l'enfant polyhandicapé proteste parfois par des conduites de fermeture à la communication: passivité, "absence", stéréotypies, automutilation . Il faut alors amener l'enfant à montrer son désaccord sur le monde extérieur , par le biais de notre relation et par l'action sur son environnement.

D'autre part, nous pouvons induire nous-mêmes des protestations à partir de frustrations.

Avant de conclure, nous dirons quelques mots sur les gestes stéréotypés qui mettent mal à l'aise l'entourage de l'enfant polyhandicapé. Dans notre pratique, nous distinguons trois situations de manifestations de ces gestes:

- l'enfant est en rupture relationnelle ou en échec dans une tâche. Il a besoin d'être rassuré par notre attitude et notre comportement,
- l'enfant est en rupture d'attention. Il a besoin que nous sollicitions son attention en modifiant la situation: introduction d' nouvel objet, par exemple, ou en présentant à nouveau la même information,
- l'enfant est parasité dans un schéma moteur par ce geste très automatisé: par exemple, un enfant veut atteindre une voiture placée sur la table devant lui. Son schéma moteur amène la main à la hauteur de ses yeux dans un schème de stéréotypie; aussitôt il agite sa main avec fixation visuelle. Si nous plaçons la voiture de telle sorte que sa préhension ne passera pas par le même schéma moteur qu'auparavant, l'enfant peut continuer l'exploration de la voiture.

En conclusion,nous abordons la collaboration avec les parents qui représente une part importante de notre intervention. Nous souhaitons redonner aux parents le pouvoir de l'éveil et de l'éducation de leur enfant. Par ailleurs, une relation authentique permet d'éviter les non-dits et les malentendus. Nous veillons tout particulièrement à faire vivre à la mère notre intervention comme une complicité, une complémentarité, pour qu'elle ne nous situe pas en compétition ou en parallèle avec elle. Nous sommes attentives au rôle du père; celui-ci est souvent démuni face à son enfant qui reste si longtemps au stade d'un bébé. Il accepte souvent volontiers de faire avec son enfant des jeux corporels de stimulation des perceptions somatiques, vibratoires et vestibulaires. Les parents doivent comprendre les objectifs que nous nous fixons progressivement pour

porter ensemble le projet d'éveil de leur enfant. En prenant le temps de leur distribuer les savoirs nécessaires, ils deviennent des partenaires précieux . Il y aurait beaucoup plus à développer sur ce sujet, mais ce n'est pas l'objet de ce colloque.

L'intervention auprès d'enfants polyhandicapés est enrichissante si nous l'envisageons en terme de communication, c'est-à-dire acceptation et reconnaissance à part entière de leur dignité humaine, communiquant autrement, mais souvent courageusement, leur force de vivre et leur attachement. Il faut respecter la confiance qui s'établit avec un enfant polyhandicapé en assumant le plus fidèlement possible notre contrat de relation, en d'autres termes, il faut savoir s'engager parfois pour plusieurs années.

A. TOSCANELLI

Bibliographie

AFFOLTER, F. (1980): "Perceptual processes as prerequisites for complex human behavior", Hans Huber Publishers, Bern, Stuttgart, Vienna.

AUFAUVRE, M.R. (1980): "Apprendre à jouer, apprendre à vivre", Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, Paris.

BEAUDICHON, J. (1985): Que mesure-t-on dans les expériences consacrées au développement de la communication référentielle? In P. Noizet, C. Bélanger & C. Bresson (Eds.), "La communication", PUF, Paris.

BRUNER, J. (1983 a): "Comment les enfants apprennent à parler", Retz, Paris.

BRUNER, J.S. (1983 b): "Le développement de l'enfant: savoir faire, savoir dire", Presses Universitaires de France, Paris.

FRöHLICH, A. (1983): "Probleme der Förderung von Schwerst- und Mehrfachbehinderten. In: HARTMANN, N. (Hrsg.) "Beiträge zur Pädagogik der Schwerstbehinderten. ", Schindele, Heidelberg.

FRöHLICH, A.,HAUPT, U. (1983): "Förderdiagnostik mit schwerstbehinderten Kinder", Hase und Koehler, Mainz.

FRöHLICH, A., HAUPT, U., BOUVARD, C.M. (1986): "Echelle d'évaluation pour enfants polyhandicapés profonds", In Aspects No 23, Secrétariat suisse de pédagogie curative, Lucerne.

FINNIE, N.R. (1979): "Education à domicile de l'enfant infirme moteur cérébral", Masson, Paris.

GERARD-NAEF, J. (1987): "Savoir parler, savoir dire, savoir communiquer", Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, Paris.

GREMAUD, G. (à paraître): "Aspect de la communication référentielle chez les handicapés mentaux", Delval, Cousset.

KAYE, K. (1977): Toward the origins of dialogue. In H.R. Schaffer (Ed.), "Studies in mother-infant interaction", Academic Press, London.

LESTAGE, A. (1990): "Apprendre à parler, c'est apprendre à communiquer", In Education Enfantine, Nathan, Paris.

MAINARDI, M., LAMBERT, J.L. (1984): "Relation éducative et handicap mental", Secrétariat suisse de pédagogie curative, Lucerne.

MOREAU, M.L.,RICHELLE,M. (1981): "L'acquisition du langage", Mardaga, Bruxelles.

PIAGET, J. (1964): "Six études de psychologie", Denoël, Paris.

RONDAL, J.A., LAMBERT, J.L., CHIPMAN, H.H. (1981): "Psycholinguistique et handicap mental", Mardaga, P., Bruxelles.

SCHNEUWLY, B., BRONCKART, J.P. (sous la direction de),(1985): "Vygotsky aujourd'hui", Delachaux et Niestlé, Neuchâtel.

WYATT, G. (1969): "La relation mère-enfant et l'acquisition du langage", Dessart, Bruxelles.