

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO KINÉSITHÉRAPIE

- BERCK-SUR-MER -

**LE LANGAGE : UN OUTIL PRÉCIEUX AUX
MULTIPLES FACETTES, DANS LA CONSTRUCTION
DU LIEN THÉRAPEUTIQUE AVEC L'ENFANT**

*Language: a precious tool with multiple facets, in the construction of
the therapeutic link with the child*

Directeur de mémoire :

Docteur Jean-Michel HENNEBEL

Enseignant en masso-kinésithérapie

IFMK Berck-sur-mer



Julien BOYEZ

DE Session 2019

REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à remercier le Dr Jean-Michel HENNEBEL d'avoir accepté d'encadrer ce travail de longue haleine. Je le remercie de m'avoir orienté, poussé à la réflexion afin que ce travail soit pertinent et me ressemble.

Je souhaite également remercier ma famille qui a su me soutenir pendant ces quatre années, dont ce mémoire est l'aboutissement. J'adresse une mention spéciale à ma mère pour son implication, ses encouragements et son soutien sans faille.

Enfin merci à Clara, Romain et tous les autres, qu'ils soient de l'institut Berckois ou d'ailleurs, qui ont toujours été là et sur qui je peux compter.

SOMMAIRE

1.	INTRODUCTION	1
2.	CADRE DE REFERENCE	4
2.1.	Neurophysiologie du langage.....	4
2.2.	Notions communes et linguistiques.....	6
2.3.	Le Langage en tant que faculté et système.....	6
2.3.1.	Langage humain, articulé et intérieur.....	6
2.3.2.	Système de signes vocaux et/ou graphiques	8
2.3.3.	Expression de la pensée, de la sensation et du sentiment	8
2.4.	Le Langage comme moyen d'expression et d'usage.....	11
2.5.	Langage thérapeutique	12
2.6.	Langage descriptif, prescriptif et performatif	12
2.7.	Langage et décret de compétence.....	15
2.8.	Relation	17
2.8.1.	Définition.....	17
2.8.2.	La relation thérapeutique	17
2.8.3.	La relation triangulaire	18
2.9.	Concept de besoin.....	19
2.10.	L'enfant	20
2.10.1.	Conception globale	20
2.10.2.	Langage et développement psychomoteur	20
2.10.3.	Les troubles du langage de l'enfant	22
3.	MATERIEL ET METHODE	23
3.1.	Mots clés et croisements	23
3.2.	Critères d'inclusions et de non-inclusions	24
3.3.	Supports consultés.....	24
4.	RESULTATS	26
5.	DISCUSSION	26
5.1.	Apports neurophysiologiques pour le masseur-kinésithérapeute	27
5.2.	Langage et prérequis relationnels.....	27
5.3.	Langage et besoins.....	30
5.4.	Confiance et empathie	33
5.5.	La rencontre	37
5.6.	Anamnèse et contextualisation	38
5.7.	Place du langage au sein du bilan masso-kinésithérapique.....	39
5.8.	Adaptation du langage durant la prise en charge.....	40
5.8.1.	Adaptation verbale et non-verbale de la forme	40
5.8.2.	Adaptation du fond	42
5.9.	Attitude face au handicap communicationnel sensoriel et des versants du langage.....	43
5.10.	Importance du dialogue ludique	45
5.11.	Toucher, porte-parole en pédiatrie	47
5.12.	L'eau, source de communication chez l'enfant	49
5.13.	Communication paradoxale et iatrogénie	49
6.	CONCLUSION	51
7.	BIBLIOGRAPHIE	52
8.	ANNEXES	

RESUME

Le langage joue un rôle souvent sous-exploité dans la pratique masso-kinésithérapique. Il est pourtant un outil multidimensionnel à l'origine de la genèse relationnelle et de la mise en place d'une rééducation adaptée et personnalisée. Il prend toute son importance dans le domaine pédiatrique où la communication se heurte à la triangulation relationnelle masseur-kinésithérapeute-enfant-parents et la nécessité de s'adapter en fonction du développement et de la pathologie de l'enfant. Ignorer ces aspects de la rééducation au profit de la technicité pourrait compromettre l'efficacité du traitement d'où la nécessité d'une utilisation conjointe et réfléchie.

En quoi la dimension pédagogique du langage permet à l'enfant de devenir auteur dans la relation thérapeutique et de participer à l'efficacité de sa prise en charge masso-kinésithérapique ? La question de recherche aborde dans un premier temps les concepts pertinents du langage au regard de la problématique, pour ensuite se focaliser sur la relation dans laquelle il agit en tenant compte des spécificités de l'enfant. Pour y répondre, nous avons réalisé une revue de littérature incluant des considérations éthiques, des réflexions personnelles ainsi que des expériences concrètes professionnelles. Nos recherches sont axées sur la littérature scientifique mais également celle concernant les sciences humaines telles que l'éthique, la philosophie ou la psychologie en lien avec le langage et l'enfant. Les résultats nous ont permis de fixer une trame à ce vaste sujet et d'en dégager des éléments de discussion. Nous proposons ainsi une certaine vision du langage et de son utilisation au sein de la pratique masso-kinésithérapique, considérant les prérequis relationnels, les temps de rencontre, du bilan et son adaptation au jeune patient lors du parcours de soin.

Le but de cette réflexion est d'exposer l'étendue des possibilités qu'offre le langage en soin pédiatrique et comment l'utiliser. Elle offre une vision peu abordée dans le domaine masso-kinésithérapique au sein du cursus scolaire mais aussi dans la pratique professionnelle et la littérature. Elle ne prétend pas explorer de façon exhaustive le concept linguistique mais est une invitation pour l'étudiant ou le professionnel à considérer le langage dans sa pratique comme un outil thérapeutique riche d'utilisation, et en cherchant également à le perfectionner.

Mots clés : besoin, communication, confiance, empathie, jeu, langage, masso-kinésithérapie, pédiatrie, relation triangulaire, toucher.

ABSTRACT

Language is often under-used in physiotherapy practice. However, it is a multidimensional tool at the root of the care relationship and allows for a personalized rehab. It is important in the paediatric ward where communication has to face the triangular relationship between the physiotherapist, the child and his parents. We consider the child whether he has a physiological development or whether some problems already exist. To ignore the interpersonal aspect of the care, in favour of the techniques, could compromise the treatment's efficiency. Both have to be used cleverly and in a complementary way.

The question is what language dimensions can let the child be more than an actor of his care but the author of the therapeutic plan? The research question presents and explores all the pertinent elements concerning language first. Then it is linked to the notion of relationship and childhood.

To answer the question, we did a literature review including some ethical aspects, personal reflexion and concrete professional experiences. Our searches were focused on scientific literature but also human sciences such as ethics, philosophy, psychology linked to the language and the child.

Thanks to the results we have fixed a framework to this large subject and we have brought some elements to discuss. We propose a view of the language and its use through the physiotherapist's practice. We consider relational prerequisites, first meeting, case history and its adaptation during the child's care.

The aim of the reflexion is to expose all the language possibilities in paediatric care and how to use it. It offers a view that it is not so approached during studies and professional practices. It does not claim to be exhaustive but invites the student or the professional to consider his language in his practice by gaining a precious therapeutic tool and by searching to improve it.

Keywords: need, communication, trust, empathy, game/play, language, physiotherapy, paediatrics, triangular relationship, touch.

1. INTRODUCTION

L'abord d'une relation masso-kinésithérapique n'est pas toujours aisée. Le langage joue un rôle prépondérant connu de chacun, mais trop souvent sous-exploité. En termes de connaissances acquises à ce sujet, en institut ou en stage, l'étudiant en masso-kinésithérapie ressent un manque de savoirs et d'expériences évident. Cette lacune ne serait-elle pas susceptible d'entraver la qualité de la relation voulue et de provoquer des sentiments de désarroi face à une situation semblant au premier abord sans solution ? Cette notion de langage a souvent suscité des interrogations lors de mes expériences sur les terrains de stage et d'autant plus lors du dernier effectué en orthopédie pédiatrique qui est mon champ de réflexion pour ce mémoire. En effet, l'enfant présente des spécificités non négligeables lorsqu'il existe l'intention d'établir une relation thérapeutique. La richesse et l'aspect multidimensionnel du langage, s'adressant au thérapeute, à l'enfant et à ses parents constituent un sujet de recherche passionnant car il conditionne la genèse de la relation masso-kinésithérapique, le projet du patient, ses objectifs avec une notion de partenariat fondamentale. C'est le fil d'Ariane de la trame rééducative, qui permet la mise en place et l'émergence d'une rééducation optimisée et de qualité.

Dans sa dimension linguistique, le langage est avant tout une faculté et un système d'une incroyable richesse, médiateur de l'expression de la pensée, des sensations et des sentiments. C'est également un moyen d'expression dont l'usage joue à la fois sur le fond et la forme d'une diversité non exhaustive. Dans la profession de masseur-kinésithérapeute, le langage occupe une place essentielle actée dans le décret de compétence, mentionnée dans les ouvrages de référence dans une dimension relationnelle, à caractère évaluatif ou même en traitement dans le domaine de la pédiatrie.

Le langage est intimement lié à la relation thérapeutique en vue de la création d'une alliance, symbole d'une union, d'un pacte d'intérêts communs établi et consenti que nous pouvons assimiler au projet thérapeutique. Dans le cadre rééducatif, cela passera notamment par l'écoute et l'empathie. La relation pédiatrique est spécifique car au-delà d'un aspect technique, la rééducation de l'enfant prend en compte les capacités, le développement et les perceptions de cet être en croissance. L'importance des parents dans la triangulation parent-enfant-thérapeute implique des besoins supplémentaires et la mise en place d'un équilibre relationnel particulier. Il s'agira avant tout de bâtir ensemble un

langage commun compris de manière communément éclairée : une transdisciplinarité communicationnelle.

Parmi les besoins fondamentaux nécessaires à la relation de soin, nous étudierons la notion de confiance associée à la notion de bienveillance. Par le langage, la confiance se négocie, s'installe et se trouve en remaniement permanent. Il s'agit du « *ciment de notre humanité* » (Michela Marzano, philosophe dans *Eloge de la confiance*, 2012) : il unit, rapproche et permet la création d'un ensemble solide et durable. Mais comment choisir et utiliser de façon optimale les mots afin de démontrer et d'évaluer cette confiance ?

Le langage se limite trop souvent à la notion de parler-verbal, lui ôtant une potentialité si précieuse au masseur-kinésithérapeute : la communication non-verbale. Cette dernière est sous-exploitée en raison de sa complexité. Pourtant son évaluation lors des bilans et la maîtrise de ses interprétations améliorent grandement la qualité du traitement. Nous nous pencherons particulièrement sur le toucher, moyen d'approche privilégié du masseur-kinésithérapeute, qui constitue déjà un modèle de communication intra utérin. La maîtrise du langage non-verbal permet également une synergie communicationnelle « touché-parlé » afin d'émettre un message cohérent, compréhensible et rassurant pour le patient. Nous évoquerons aussi l'importance du jeu, véritable communication ludique et précieux outil thérapeutique au centre de la prise en charge rééducative pédiatrique.

Enfin nous nous pencherons sur la technologie offrant de « nouveaux » langages à tous mais plus particulièrement aux enfants en situation de handicap communicationnel. L'objectif ne sera pas de restaurer une ou des fonctions mais plutôt de réadapter à la fois l'enfant et l'entourage proche. De nombreux moyens existent. Le masseur-kinésithérapeute doit en avoir connaissance, en suivre les évolutions pour les maîtriser et faire ainsi les choix les plus judicieux.

La richesse du langage et ses applications au sein du domaine rééducatif amène la problématique suivante : « en quoi la dimension pédagogique du langage permet à l'enfant de devenir auteur dans la relation thérapeutique et de participer à l'efficacité de la prise en charge masso-kinésithérapique ? ».

Dans un premier temps nous définirons le cadre de référence en abordant les différentes notions de langage, de la linguistique au langage thérapeutique pour qualifier ensuite la

relation de soin pédiatrique et ses conséquences. Enfin nous aborderons les interactions les plus pertinentes entre le langage et la relation de soin chez l'enfant.

Cette production est destinée à l'étudiant en masso-kinésithérapie afin de lui présenter des outils pour optimiser la prise en charge masso-kinésithérapique pédiatrique en utilisant différents langages. S'ajoute à cet objectif celui de sensibiliser à l'importance de bien communiquer, a fortiori dans le domaine de la santé, dans un monde où paradoxalement plus les moyens de communication se développent et plus l'on communique mal.

2. CADRE DE REFERENCE

2.1. Neurophysiologie du langage

Les recherches concernant la structuration neurophysiologique du langage ont été entreprises par Paul Broca (médecin, anatomiste, anthropologue, neurologue, biologiste) dès 1861, en débutant par l'identification des régions du cerveau impliquées [1-4]. Les nombreux travaux s'accordent à caractériser le langage par son « *aspect multipolaire* » [4] évoquant une structuration corticale qui met en jeu l'action concomitante de plusieurs aires cérébrales [3,4]. Parmi elles nous trouvons les zones frontales, temporales, pariétales voir même occipitales et également sous-corticales qui impliquent à la fois l'hémisphère gauche et droit du cerveau. De façon simplifiée et synthétique, afin de poser un cadre de référence anatomique nous pouvons décrire cette organisation selon trois systèmes par hémisphère cérébral : postérieur, antérieur et spécifique (*Figure 1*) [3].

Le système postérieur est impliqué dans le versant réceptif du langage comme la compréhension mais aussi certains aspects de la production orale et écrite. Nous pouvons le décomposer en deux zones : l'aire de Wernicke et le territoire de Geschwind. L'aire de Wernicke (neurologue et psychiatre) située au niveau du lobe temporal supérieur gauche est spécifique au décodage en synergie avec la mémoire (notion de « *lexique mental* » [3]). Le territoire de Geschwind (neurologue et psychiatre) au niveau du lobule pariétal inférieur est composé du gyrus angulaire et du gyrus supramarginal. Ils sont respectivement responsables de la forme visuelle, de la signification du mot et de l'organisation séquentielle d'un point de vue phonologique. La particularité de ce dernier réside en son caractère multimodal et à sa capacité de traiter simultanément des stimuli sensoriels multiples. Ce lobule est au carrefour des différentes intégrations corticales avec des connexions vers l'aire de Wernicke, l'aire de Broca et l'hémisphère droit [3,4].

Les informations du système postérieur sont communiquées principalement par le faisceau arqué et parfois le territoire de Geschwind. Le système antérieur a un rôle de sélection motrice et d'exécution des séquences articulatoires de la parole : c'est le versant émetteur et productif du langage. Au sein de cet ensemble, nous trouvons l'aire de Broca, située dans les parties antérieures et postérieures du gyrus frontal inférieur gauche. À partir des informations phonologiques, elle assure la sélection, la manipulation du mot (en mémoire ou non) et le traitement syntaxique. S'ajoutent à l'aire de Broca, l'opercule Rolandique pour la représentation corticale des organes phonatoires. Enfin des structures sous-corticales

(noyau lenticulaire, noyau caudé...) pour la motricité sont connectées aux structures précédentes par des fibres d'associations [3,4]. Dans les tâches simples ne nécessitant pas d'analyse en terme de sémantique ou de phonologie, il arrive que les aires motrices soient directement sollicitées (structures motrices, prémotrices, motrices supplémentaires) [4].

D'autres zones de l'hémisphère gauche interviennent dans des aspects plus élaborés du langage [3]:

- « Au niveau sous-cortical venant moduler et coordonner le fonctionnement des zones corticales ;
- La région préfrontale pour la planification et la cohérence du discours ;
- Les aires frontales internes impliquées dans l'activation du processus de langage ;
- La base du lobe frontal et la zone inférieure du lobe temporal participant à l'organisation catégorielle des connaissances lexicales (aire de médiation) » ;
- La région occipitale extra striée gauche permettant le stockage du lexique orthographique [4].

L'hémisphère droit implique les mêmes structures que l'hémisphère gauche à la différence qu'il intègre la part non verbale du langage telle que l'émotion, le contexte et la prosodie. Il concerne également les aspects abstraits et figurés de la langue. L'ensemble de l'hémisphère droit est en relation avec le lobule pariétal gauche par l'intermédiaire des fibres du corps calleux [3].

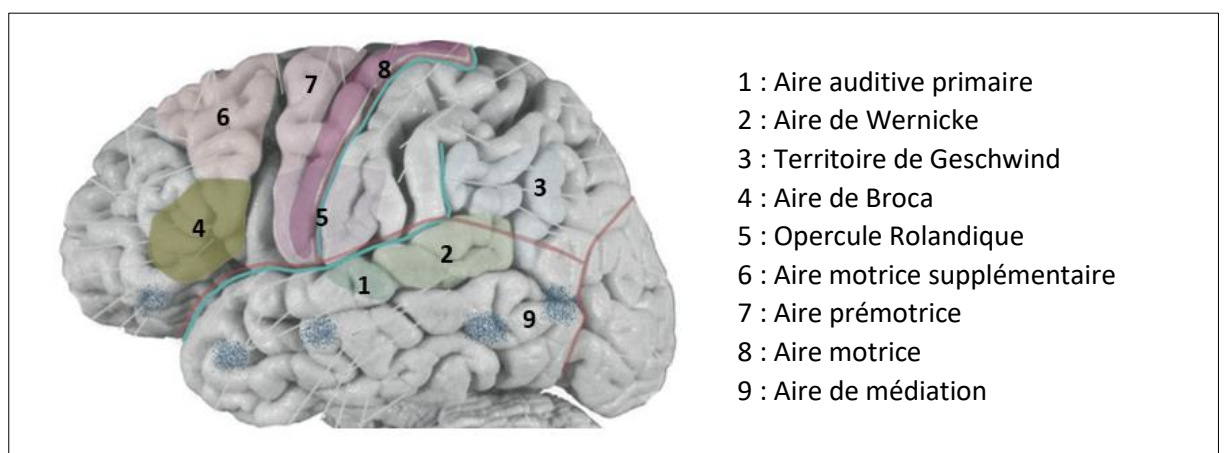


Figure 1 : structures cérébrales impliquées dans le langage [3]

2.2. Notions communes et linguistiques

Le langage est banalisé au quotidien, au point d'attirer peu d'attention. Selon le dictionnaire Larousse : « *le langage est la capacité, observée chez tous les hommes, d'exprimer leur pensée et de communiquer au moyen d'un système de signes vocaux et éventuellement graphiques (la langue)* » [2,5]. En linguistique, il est question d'un message au sein d'un système émetteur/récepteur, sous différentes formes et répondant à des normes sociales [2]. En allant plus loin, la consultation du centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) décrit deux approches du langage : celle d'une faculté-système ainsi qu'un moyen d'expression et d'usage [6].

2.3. Le Langage en tant que faculté et système

2.3.1. Langage humain, articulé et intérieur

Le langage est défini par Ferdinand De Saussure, père de la linguistique, comme « *la faculté naturelle, inhérente et universelle qu'à l'être humain de construire des systèmes servant à la communication ; son étude comporte deux parties, l'une ayant pour objet la langue (le code), l'autre la parole (l'utilisation du code)* » [7]. Il est également considéré comme la « *faculté que les hommes possèdent d'exprimer leur pensée et de communiquer entre eux au moyen d'un système de signes conventionnels vocaux et/ou graphique constituant une langue* » [6]. Le langage est une fonction biologique et innée permettant la construction de codes pour communiquer ; en extrapolant ce versant, nous pourrions évoquer le langage des fleurs, des abeilles ... De là, émerge la notion de langage humain, fruit d'un développement complexe cérébral et psychique, basé sur des mots et des pensées.

Dans la continuité, témoin de notre phylogénèse, est évoqué le terme de langage articulé « *de sons différents, identifiables et signifiants* » [6]. Bien que le langage soit commun à tous les êtres vivants, le langage articulé fait l'originalité de la lignée humaine et constitue une aptitude cognitive, génétique, unique présente dès la naissance voire même la vie intra-utérine. Avant 2 ans l'enfant construit sa langue par la création d'un pré-langage, composé d'une simple juxtaposition de mots. Ce caractère développé au niveau biologique et psychique est influencé par l'environnement de l'enfant, expliquant l'apprentissage spontanée de la langue maternelle. Au-delà d'une fonction communicative, le langage articulé possède la capacité de traiter l'ensemble des stimuli auxquels l'environnement nous confronte en permanence [8].

Le langage articulé amène également la notion de signifiant et signifié décrite par Saussure dans le cadre plus global de l'approche sémantique du langage. Il s'agit de considérer et d'étudier les mots que nous employons à travers leurs significations pour les autres mais aussi pour nous même. Evoquer le signifiant et le signifié permet de considérer les deux faces complémentaires du concept de « *signe linguistique* » : « *la matrice à partir de laquelle peut être générée une sémiologie* ». Ce signe ou référent dans les dénominations linguistiques actuelles peut être défini comme un mot ou tout autre unité inférieure (suffixe, préfixe...). L'accent est mis sur le fait que le signe n'unit pas une chose et un nom mais un signifiant et un signifié. Le signifiant est considéré comme la matière sonore mise en forme, « *l'image acoustique du mot* » que nous devons interpréter comme l'empreinte psychique laissée par celui-ci. D'un autre côté nous avons le signifié représentant le « *concept* », le contenu de la pensée : en somme la représentation mentale du mot [9].

Concrètement, cette notion tend à nous questionner et nous faire réfléchir sur quel type de signifiant/signifié nous utilisons pour communiquer et sur la façon dont nous pouvons l'adapter et l'optimiser en fonction de la situation, du récepteur, de ses conceptions et de ses représentations. Il est question du sens que je donne à mes paroles mais également du sens perçu par mon interlocuteur et de leur possible contradiction. Le type de signifiant/signifié me permet également de moduler l'impact de mon message : le majorer, le minorer, l'atténuer...

Enfin, associé au terme de langage humain et articulé, vient s'ajouter la notion de langage intérieur, une « *activité verbale produite mentalement, mais non exprimée* » [6]. Lev Vygotski (pédagogue, psychologue) la définit comme « *l'expression silencieuse de la pensée consciente, pour soi-même et sous une forme linguistique cohérente* » [10]. Paradoxalement, cette forme de langage non extériorisée et donc silencieuse, occupe une place centrale d'un point de vue cognitif, « *à l'interface du langage et de la pensée* », notamment pour le développement du langage chez l'enfant, la conscience de soi, la mémoire de travail, la résolution de problème, la compréhension situationnelle et émotionnelle, l'encodage de nouvelles informations... [10]. Il constitue un support intéressant dans les situations pédagogiques d'apprentissage de l'enfant.

2.3.2. Système de signes vocaux et/ou graphiques

Avec l'abord de cet aspect systématisé, nous avons deux grandes conceptions à évoquer : le langage naturel et le langage artificiel. Le langage naturel, fait référence aux langues parlées ou écrites dans le monde [6]. Saussure conçoit le langage comme la fondation pour la construction d'un code à vocation communicative. Ce code est la langue, un phénomène acquis à caractère identitaire propre à une société : « *qui dit Homme dit langage et qui dit langage dit société* » selon Claude Lévi-Strauss (anthropologue, ethnologue) dans *Tristes Tropiques (1955)*. Les signes linguistiques s'associent pour acquérir une signification, basée sur des normes socio-culturelles précises [6] : c'est l'approche syntaxique du langage.

Le langage artificiel est relatif aux notions de programmation, de symbolique, de machine et de langage chiffré ou codé [6]. Il est question du domaine de l'intelligence artificielle dans le cadre des nouvelles technologies. Le langage artificiel est constitué de règles et d'objectifs préalablement établis avant utilisation [11]. Il représente un système créé pour être fonctionnel en terme de communication avant même le langage [12]. Au service du langage naturel, il peut constituer un moyen de communication alternatif voire augmenté dans les situations où l'échange est impossible de façon naturelle. Au-delà d'un aspect substitutif, la dimension augmentative implique une notion d'accroissement étymologiquement parlant [13]. Le but poursuivi est d'optimiser l'efficacité du langage dans tous ses versants et dans le mode d'appropriation de l'enfant [14]. En considérant l'aspect lexical du terme, il s'agit pour lui de pouvoir s'élever, se développer et grandir [15].

2.3.3. Expression de la pensée, de la sensation et du sentiment

Le langage peut être considéré comme « *l'expression et la manifestation d'une émotion, un sentiment au travers une gestuelle, une attitude, une mimique* » [6]. Cet « *ensemble vaste et hétérogène de processus aux propriétés communicatives* » peut être représenté sous le terme général de langage non-verbal [16]. Nos interactions avec les autres vont au-delà des mots ; le non-verbal qualifie ce qui n'est pas de la parole, le « *moyen le plus raffiné et évolué à travers lequel les hommes entrent en relation réciproque* » [16]. En dépit de sa faible maîtrise, son impact est prépondérant face aux mots et à la voix dans le langage (*Figure 2*). Notre corps parle, si bien que Michael Argyle (psychologue) surnomme la communication non-verbale de : « *bodily communication* ». Depuis la naissance de l'individu, elle constitue un langage universel, à travers un sourire, l'expression d'une douleur, un regard... Elle

occupe une place importante chez l'enfant dans ses relations avec autrui dans la mesure où les mots apparaissent progressivement dans le temps contrairement au besoin de communiquer [17]. Il est établi que le message verbal importe moins que la façon dont il est transmis avec une répartition de 55% pour le langage corporel, 38% pour le ton de la voix et seulement 7% pour les mots utilisés (Albert Mehrabian, psychologue, 2007) [18].

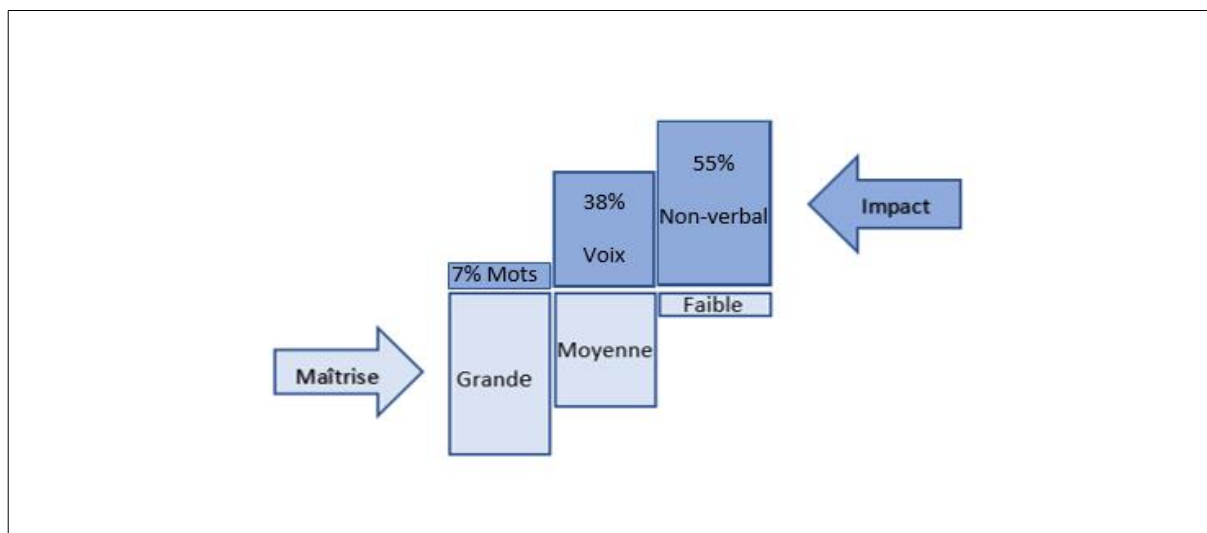


Figure 2 : l'impact de la communication non-verbale d'après Albert Mehrabian [18]

Nous ne pouvons pas lister de façon exhaustive les manifestations non-verbales. Jacques Corraze (psychiatre) en dégage les éléments principaux lorsqu'il définit la communication non-verbale (1980) : « *s'applique aux gestes, à la posture, l'orientation du corps, la singularité somatique naturelle ou artificielle, voire à des organisations d'objets, des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise* ». Il existe de nombreuses classifications des signes non-verbaux mais nous référerons à celle de Marino Bonaiuto (professeur en psychologie) (2007). Cette classification est organisée de façon hiérarchique, décrivant les éléments des plus évidents au plus subtils :

- Aspect extérieur (environnement, salle) et apparence (formation physique, silhouette, vêtement) ;
- Comportement spatial, distance ou proximité relationnelle, contact corporel (le toucher), orientation dans l'espace, parfum/odeur ;
- Comportements cinétiques et posturaux : mouvements du tronc, jambes, tête, main ;
- Visage, regard et contact visuel (qualité/intensité), expressions du visage, mimiques, mouvement des yeux ;

- Signes vocaux aux significations paraverbaux (intonation, rire, prosodie, insistance), silence.

Selon Luigi Maria Anolli (psychologue), ces signes sont influencés par quatre facteurs : biologique, social, intrinsèque (personnalité) et émotionnel [16]. Si nous considérons l'aspect sociologique, le signe verbal est régi par des codes au sein d'une société. Alors que le non-verbal représente un moyen de communication universel, la signification de chaque signe reste indissociable du contexte socio-culturel.

Au sein de la classification la notion de paralangage est évoquée comme partie intégrante du non-verbal. Étudiée par George L. Trager (linguiste), reprise par John Laver (phonéticien) et Peter Trudgill (sociolinguiste), elle est résumée par Argyle selon le ton, l'intensité et la vélocité de la voix [16].

Certains signes non-verbaux ont également été classifiés comme la distance et le silence, constituant des éléments utiles à notre cadre. Edward T. Hall (anthropologue) décrit quatre types de proximité dans le cadre d'une relation de communication [16,19] :

- La distance intime : de quelques cm à 40cm, la présence de l'autre se traduit par un échange sensoriel (chaleur, odeur, respiration) et une implication physique ;
- La distance interpersonnelle : 40-125cm crée un environnement protecteur, isolant et sécurisant. Si la zone est ouverte, elle permet à un 3^{ème} individu de pouvoir se mêler à la conversation ;
- La distance sociale : 125-360cm, séparant deux individus qui se connaissent peu ou pas, permet l'interaction sociale amicale voire formelle ;
- La distance publique : 360-750 cm, correspond à la distance oratoire : les effets de voix et la syntaxe prime sur l'échange sensoriel (contact visuel, visage...).

Concernant le silence, Harvey Sachs (musicologue), Emanuel A. Schegloff (sociolinguiste) et Gail Jefferson (linguiste et sociologue) décrivent trois types de silence au sein de la communication : le « gap » (prise du tour de parole), le « lapse » (interruption de la conversation), la « pause » (retard du partenaire à la demande de l'autre) [16].

Dans le cadre de la communication non-verbale, nous avons également choisi de nous focaliser sur deux supports du langage ; le jeu et le toucher. Le terme de jeu, souvent qualifié du « *propre de l'enfant* » n'apparaît pas directement dans les classifications. Pourtant dès les

premiers temps de la vie, il prend naturellement sa place chez l'enfant et apparaît comme une façon de communiquer et une interface privilégiée [20].

Vient ensuite le toucher. Bien au-delà d'un simple contact corporel (Marino Bonaiuto, 2007), Il est « *le premier moyen de communication dès la naissance mais aussi le dernier en fin de vie* » [21]. C'est un des premiers sens à se développer in utero (dès la 7^{ème} semaine d'aménorrhée). En raison de son apparition dans les premières couches embryonnaires comme le cerveau et le système nerveux, la peau est un terrain privilégié du développement perceptivo-cognitif de l'enfant, à commencer par les contacts avec la paroi utérine maternelle, puis avec ses mains et ses pieds. La répartition non systématisée des récepteurs et leurs implications multiples (tactile, algique, thermique, proprioceptif...) font du toucher un axe particulier en masso-kinésithérapie [22].

2.4. Le Langage comme moyen d'expression et d'usage

La forme du langage reflète la manière de parler, la façon dont nous voulons transmettre un message. Ce rapport de contenant/contenu constitue un ensemble indivisible qui apporte clarté, qualité et pertinence au moyen d'expression utilisé. Le maniement de l'ensemble des règles grammaticales et syntaxiques permet la mise en place d'un langage clair, explicite, simple. Mais pour cela, la forme du langage doit également être adaptée à l'usage, à l'activité, au statut social, à l'âge, au groupe professionnel et culturel. Elle implique les notions de langage courant, ordinaire, vulgarisé, diplomatique, pédagogique, éducatif, voire de langues étrangères. Dans une dimension étroitement liée à l'art nous pouvons évoquer le langage chromatique et musical, « *leur langage ce sont les couleurs, ou les formes, ou les sons* » d'après Germaine de Staël (romancière et philosophe) [6].

Si nous considérons le fond du langage, nous pouvons l'aborder en fonction du contenu et la circonstance du discours donné telle que la situation de soin par exemple. Nous y incluons les notions de langage ambigu, sincère, mensonger, valorisant, prudent. Le contenu peut également traduire l'expression d'émotions par un langage affectif, empathique, rassurant ou évoquant une souffrance [6].

2.5. Langage thérapeutique

D'un point de vue thérapeutique, le langage est avant tout la création d'un collectif ayant pour but d'élaborer un ensemble professionnel identitaire. Nous parlerons de « langue des professionnels de santé » [8]. La notion de langage dans le domaine masso-kinésithérapique est clairement définie dans le dictionnaire de kinésithérapie et réadaptation comme un « *système de communication orale ou écrite propre à une contrée ou un pays [...] fonction symbolique qui utilise des signes verbaux, tactiles (Braille), visuels (lecture), gestuels. La reconnaissance du langage est un élément important de l'examen et du bilan...* » [23]. Tout au long du parcours de soin, du bilan à la phase de traitement, le langage constitue un outil de choix, exploitant l'ensemble des dimensions existantes, sans se contenter d'un abord uniquement verbal et en considérant l'enfant et ses parents dans leur ensemble, avec leurs affects et leurs perceptions symboliques. Au-delà d'un aspect technique le langage en relation de soin est une rencontre, un échange vecteur d'empathie, de sécurité et de confiance. Lorsqu'il est employé dans un but éducatif et pédagogique, le langage peut être tantôt descriptif, prescriptif voir même performatif.

2.6. Langage descriptif, prescriptif et performatif

D'un point de vue lexical, la notion de prescription implique de « *commander expressément, par des ordres extrêmement précis* » [24]. Dans le domaine du soin masso-kinésithérapique, elle ne doit pas se traduire par un ordre ou le fait de dicter une conduite pour imposer un mouvement ou une attitude : nous parlerons plutôt de conseils, de consignes prodiguées à propos d'une conduite à tenir vis-à-vis de la pathologie, de l'hygiène de vie et de l'éducation. Ces recommandations doivent être présentées de sorte à être interprétées comme nécessaires et indispensables par le patient [24]. L'emploi de la deuxième personne du singulier « *tu* » [25] est privilégié chez l'enfant avec son accord ou celui de ses parents. En parlant de langage prescriptif nous pouvons également évoquer la dynamique bénéfique d'incitation du récepteur à modifier ses propres comportements [24]. L'attitude prescriptive représente un outil précieux dans la dimension pédagogique du soin par l'adaptation du langage au récepteur selon les différents aspects socio-culturels qui l'influencent, gage d'une transmission de qualité [24].

Nous pouvons rapprocher cette idée de l'hypothèse Sapir-Whorf (linguistes et anthropologues) et de la relativité linguistique qui ne conçoit pas le langage comme un

simple instrument de description de la réalité [26]. Elle affirme que « *le langage est la traduction, spécifique à une culture donnée, de la réalité sociale ; le monde réel [...] n'existe qu'à travers ce que notre langue nous en fournit comme vision* » [27]. Il est opposé au concept descriptif qui considère le langage comme une réalité à décrire, composé de normes et de variations [26,28,29]. Il est décrit classiquement comme la fonction première du langage.

Le philosophe John L. Austin expose la théorie des actes de langage en 1962. Il décrit la capacité du langage à accomplir des actions et à agir sur la réalité [29,30]. Il évoque l'idée d'énoncés performatifs qui se distinguent des énoncés constatifs et descriptifs dans la mesure où ils accomplissent une action. Austin pose deux conditions à la réussite d'un énoncé performatif : « *il doit s'adresser à quelqu'un* » et « *est compris du récepteur [...] s'il y a une correspondance entre ce qui est dit et ce qui est fait* » [29]. Nous retrouvons cette théorie transposée au domaine du soin, dans les travaux de Ludwig Wittgenstein (philosophe) et Sigmund Freud (neurologue et psychanalyste) présentant le langage comme un élément de soin allant bien au-delà d'une simple production linguistique : « *le langage soigne les maux par les mots* » [31]. L'usage du langage en relation de soin est dit performatif dans la mesure où « *dire, c'est faire* » (Austin) de façon effective. Freud énonce l'ambivalence entre « *la neutralité de l'observation et la puissance de l'action* » [31].

La description des actes de langage et leurs différents types a mené Austin à résumer l'énoncé comme le fruit de trois activités complémentaires [29–31] :

- L'acte locutoire, c'est le fait de dire quelque chose de signifiant dans une langue donnée : « que dit-il ? » ;
- L'acte illocutoire, c'est l'action effectuée en parlant, dont la valeur est conventionnellement établie : « que fait-il ? » ;
- L'acte perlocutoire, ce sont les effets produits de façon volontaire ou non sur l'interlocuteur dans la situation de communication : « pour quoi faire ? ».

L'acte est direct (sens littéral) ou indirect (sens figuré, dérivé), en prenant en compte l'interprétation du destinataire, l'absence d'ambiguïté, l'intonation (prosodie) et le contexte [29].

A partir d'une approche plus globale et pertinente dans le cadre du soin, intéressons-nous à la pragmatique. Si nous prenons la définition originelle de Charles W. Morris (sémioticien et

philosophe) en 1938, « *la pragmatique est cette partie de la sémiologie qui traite du rapport entre les signes et les usagers des signes* ». Le terme de signe renvoie à l'entité linguistique de base déjà évoquée par Saussure. Actuellement, la pragmatique décrit l'abord du langage « *comme un phénomène à la fois discursif, communicatif et social* » (Francis Jacques, philosophe) [32].

La pragmatique ajoute une dimension à l'organisation du langage que nous pouvons qualifier de triadique [30,32] :

- La sémantique, concernant l'étude du sens, de la relation des signes, mots et phrases entre eux ;
- La syntaxe permettant la formation d'expressions pourvues de sens à l'aide de règles établies ;
- La pragmatique s'intéressant à l'emploi du langage dans une situation de communication précise au contexte singulier.

Elle comporte trois éléments fondamentaux. Deux sont déjà cités ci-dessus dans la théorie d'Austin : l'acte, au-delà d'une notion d'agir, donne du sens au propos, amenant à des notions d'interaction et de relation et l'aspect performatif du langage. Il adapte l'acte au contexte de façon compréhensive et en tenant compte des caractéristiques de l'interlocuteur (compétences, savoirs, maîtrises). La notion de contexte se présente comme un ensemble d'informations nécessaires à la compréhension et au bilan de la situation. Sans ces éléments, le discours devient ambigu, isolé et potentiellement biaisé [32].

Il est donc nécessaire, à l'abord d'une situation de communication, de prendre en compte les aspects formels du langage mais aussi la manière et le contexte dans lequel il est énoncé, et ce peu importe l'âge de l'interlocuteur [33]. À l'étude du développement pragmatique du langage chez l'enfant énoncé par Adams en 2002 (*annexe I*), nous pouvons constater que dès 2 ans, l'enfant est influencé par le contexte et s'adapte en fonction du récepteur pour venir vers 3 ans moduler ses intentions via des actes variés, verbaux ou non [30]. Connaître le développement du langage de l'enfant, c'est donc la prise en compte des acquisitions linguistiques mais aussi la capacité à utiliser les informations dans l'environnement au sein d'une situation de communication. Ces capacités sont à la fois le fruit d'une construction pendant l'enfance, de situations, d'expériences (facteurs endogènes) mais aussi dépendantes de l'environnement familial (facteurs exogènes) [30].

Nous pouvons donc résumer l'efficacité d'une situation de communication par la somme de ses aspects formels (sémantique, syntaxe) et de ses aspects pragmatiques [30]. Cette équation est à mettre en lien avec le modèle tridimensionnel de Bloom et Lahey (psycholinguistes) (1978) composé du contenu, de la forme et son utilisation :

- Forme : le « comment », ensemble des moyens verbaux et non-verbaux utilisés pour communiquer ;
- Contenu : le « quoi », informations transmises (besoins, idées, consignes) ;
- Utilisation : le « pour quoi dire », intégration de l'objectif dans un contexte particulier et dépendant des interlocuteurs.

La notion d'utilisation permet de repérer les fonctions du langage dans les comportements et notamment ceux de l'enfant. Parmi ces fonctions, nous retenons pour notre discussion celles décrites par Michael A. K. Halliday (linguiste) en 1973 [30]:

- Fonction phatique : saluer, garder le contact ;
- Fonction informative : répondre à une question, nommer, expliquer, rapporter des faits, indiquer la fin de son action ;
- Fonction personnelle : exprimer ses goûts, accords/désaccords justifier ses choix, dire sa capacité ou son incapacité à ;
- Fonction heuristique : poser une question, « dis-moi pourquoi », réfléchir tout haut ;
- Fonction régulatoire : donner un ordre, demander une action ;
- Fonction instrumentale : demander des objets à des fins personnelles « je veux » ;
- Fonction ludique : faire semblant, jouer, « si on disait que ».

Cette classification nous est apparue comme la plus en adéquation avec notre vécu du soin masso-kinésithérapique en pédiatrie.

2.7. Langage et décret de compétence

Dans le décret de compétence des masseur-kinésithérapeutes [34] et conformément à l'arrêté du 2 septembre 2015 [35], la compétence 5 est entièrement dédiée au langage et à son aspect relationnel dans la prise en charge avec l'intitulé « *établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie* ». L'accent est mis sur l'importance des compétences relationnelles du masseur-kinésithérapeute : à la « *mise en place d'une relation de confiance et de partenariat* », à la

« *pertinence de l'analyse de la dimension relationnelle* » ainsi qu'à la « *cohérence et l'adaptation du mode de communication utilisé à la situation de soin* » [35].

En dehors de cette compétence, le langage intervient lors de l'évaluation clinique (compétence 1) par une écoute, la clarification des besoins, l'analyse de l'impact socio-économique et environnemental. Il intervient également dans l'établissement du diagnostic masso-kinésithérapique (compétence 2) où est figuré le besoin d'informer le patient. Par le langage, nous concevons et conduisons une stratégie d'intervention (compétence 3) en évaluant le niveau de compréhension du patient, de son entourage, en informant la personne et en recueillant son adhésion au traitement. Enfin dans une dynamique éducative et de prévention (compétence 5), le repérage des besoins, la mise en place de conseils et la contribution à rendre les patients responsables de leur santé sont en lien direct avec notre thématique [34].

Au sein du référentiel est mis en évidence six rôles professionnels chez le masseur-kinésithérapeute. Parmi les compétences utilisées pour remplir ses rôles, nous trouvons le statut de communicant efficace « *pour créer des relations professionnelles avec les patients, leur famille, les fournisseurs de soins et autres parties prenantes* ». La relation est basée sur la confiance et l'éthique ; permis par la compréhension et l'adaptation à la sensibilité de chacun (y compris celle du thérapeute), l'échange réciproque, l'écoute et le respect. A l'aide des outils d'évaluation, le masseur-kinésithérapeute recueille les informations du patient pour agir de façon pertinente. Les caractéristiques de l'information à transmettre au patient sont précisées à savoir : « *claire et incite [...] sincère, objective, sensible, empathique et respectueuse* ». Enfin l'accent est mis sur une utilisation efficace des communications verbales, non verbales et écrites, toujours dans l'objectif d'apporter au patient une prise en charge adaptée et personnalisée [33].

Ne perdons pas de vue le fait que le langage en soin s'intègre au sein d'une interaction particulière : la relation. L'identification de la nature de cette dernière, des acteurs qui la mettent en scène ainsi que l'ensemble de ses caractéristiques constituent un cadre à poser. De surcroît, notre étude intéresse une relation d'une spécificité et d'une richesse remarquable malgré sa complexité : la pédiatrie.

2.8. Relation

2.8.1. Définition

Pour Alexandre Manoukian (psychologue), la relation est « *la rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* ». Colette Montet-Aubrée (psychologue) évoque un « *lien tissé entre deux ou plusieurs personnes. Il y a un émetteur et un récepteur, et ce ne sont pas toujours les mêmes, il y a des allers et retours de l'un à l'autre* ». Cependant prenons garde à ne pas confondre la notion de relation et celle de langage et de communication. « *Le langage est un mode d'expression et un moyen de construire, développer une relation* ». La relation s'établit grâce à différents facteurs qui définissent sa nature [36] :

- Les rôles de chacun (hiérarchie relationnelle) ;
- Le contexte (familial, amical, professionnel, thérapeutique...) ;
- La psychologie des acteurs de la relation (personnalité, enjeux, désirs, besoins) ;
- Les facteurs sociaux (sexe, âge, catégorie socio-professionnelle) ;
- L'aspect physique ;
- L'intérêt commun.

2.8.2. La relation thérapeutique

La relation thérapeutique est un « *mode de rapport interpersonnel propre à un thérapeute et son patient, [...] elle se distingue des relations humaines où l'intérêt et l'affectivité sont communs. Elle impose un devoir de réserve basé sur le principe de ne pas nuire, ce qui se caractérise par une attitude empathique. Elle induit l'établissement d'un contrat tacite ou formulé, dans lequel chaque partie accepte et s'engage à jouer un rôle défini dans un but précis* » [23]. Le concept linéaire émetteur/récepteur de C. Montet-Aubrée ne suffit pas à définir la relation soignant-soigné qui a la particularité d'être asymétrique et de constituer un « *élément dynamique* » interdépendant de l'environnement et évolutif au fil des situations [37]. Cette singularité et cette intégration perpétuelle d'informations la rend imprévisible, complexe d'où le développement de procédures pour tenter de la cadrer et ainsi la sécuriser.

2.8.3. La relation triangulaire

La relation de soin en pédiatrie est spécifique car elle dépasse la dualité des relations classiques patient-soignant. L'enfant est forcément accompagné. L'environnement familial occupe toujours une place centrale. Mais Il peut aussi s'agir de proches, voire même d'un tuteur. Le thérapeute doit donc les intégrer dans sa démarche de prise en charge. Nous parlons alors de triangulation ou de triade relationnelle [38].

Dans notre cadre de référence nous considérons la relation soignant-enfant-parents qui est la situation la plus rencontrée dans nos expériences professionnelles. Au-delà d'un cadre légal, les parents constituent des tierces personnes dont il faut se faire les partenaires dans la prise en charge [39]. Ils possèdent un réel savoir et une connaissance de l'enfant qui peut guider le thérapeute [39]. La notion de partenariat implique un objectif commun qui est celui du bien-être de l'enfant. Pour le soignant, il s'agit également d'accompagner et de conforter la parentalité, d'établir une relation de confiance tout en maintenant une distance adéquate. D'autre part, l'aspect affectif et l'attachement parents-enfants est aussi à prendre en compte [38]. Nous retrouvons l'ensemble de ces notions lorsque l'OMS définit le partenariat comme une « *relation de collaboration entre deux ou plusieurs personnes basées sur la confiance, l'égalité et la compréhension mutuelle, pour atteindre un objectif spécifique. Les partenariats comportent des risques comme des bénéfices, rendant cruciale la responsabilité partagée* » [40].

La place des parents est d'ailleurs clairement définie dans la charte de l'enfant hospitalisé et est inscrite dans les recommandations de l'HAS concernant la spécificité de la prise en charge de l'enfant. Leur présence constitue un droit pour l'enfant hospitalisé (article 2). L'écoute et l'information à la fois de l'enfant et des parents dans le respect des références culturelles et éducatives doivent être facilitées par l'ensemble des modalités de communication et compréhension [41]. La circulaire d'août 1993 relative à l'hospitalisation parle d'efforts réels quant à l'implication des parents au sein de la relation thérapeutique, demandant temps, investissement et préoccupations pour apporter confiance, sécurité et un « *développement harmonieux des enfants dans leurs familles* » [42].

Pour aboutir à une véritable triade où chaque acteur est en relation avec l'autre, il y a nécessité à la fois d'évaluer les besoins de l'enfant, des parents et du thérapeute lui-même [38,39].

2.9. Concept de besoin

Le besoin est une « *exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique* » [43]. Outre son caractère apodictique, il est un moyen d'optimisation existentielle de l'être humain dont la non-satisfaction peut être à l'origine de dysfonctionnements [44]. Sa composante est physiologique, relationnelle et rationnelle : il n'est pas basé sur un objet subjectivement déterminé dont la source de plaisir est construite sur l'imaginaire, le fantasme. C'est ce qui le distingue du désir [45]. Les besoins sont à la fois d'ordres naturel et culturel issus de la société. Pour Lacan (psychiatre et psychanalyste), « *aucun besoin ne peut être séparé de son expression, qui passe toujours par le langage* ». Ainsi le besoin dans son expression est une forme de demande, d'appel à l'autre [46].

Quant aux classifications de ceux-ci, nous avons choisi d'évoquer les théories de Virginia Henderson (infirmière chercheuse) (*annexe II*) et d'Abraham Maslow (psychologue). Dans l'énoncé des quatorze besoins fondamentaux, Henderson y inscrit la communication comme la nécessité de pouvoir exprimer et comprendre des messages conscients ou non, des attitudes, des intentions [47]. Maslow décrit une hiérarchie des besoins sous la forme d'un schéma pyramidal (*annexe III*). La théorie, remise en question a fait l'objet d'une révision : les avancés biologiques, anthropologiques et psychologiques sont désormais prises en compte. De plus des interconnexions sont établies : le besoin n'est plus indépendant et sa satisfaction n'engendre plus sa disparition [48]. Bien que le contenu des besoins soient discutables, ce qui nous intéresse est l'appropriation ainsi que la transposition de la théorie dans le domaine du soin et au sein de notre problématique. La métaphore pyramidale est également intéressante : une base solide est nécessaire à l'équilibre de l'ensemble et chaque étage en permet la cohésion et l'interdépendance.

Parmi les besoins évoqués de façon récurrente au sein de la relation thérapeutique, notons celui de la confiance et de l'empathie, deux « leitmotivs » rééducatifs. D'une manière générale, la confiance évoque le fait de se fier à quelque chose ou quelqu'un dans un sentiment de sécurité et d'harmonie [48, 49]. À travers une relation interpersonnelle elle représente « *la croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison et incompétence* » [50]. Quant à l'empathie, Carl R. Rogers (psychologue) la définit comme le fait de « *percevoir avec justesse le cadre de référence interne de son interlocuteur et les raisonnements, émotions qui en résultent* » [51].

2.10. L'enfant

2.10.1. Conception globale

« *Le petit d'homme n'est pas un petit homme* », par cette citation, Jean-Jacques Rousseau (écrivain et philosophe) évoque la singularité de l'enfant et son entité spécifique. L'enfant est un tout, où « *le psychologique, l'affectif, le sexuel, le social, les cultures forment un ensemble indissociable* » d'après Henri Wallon (psychologue et médecin) et repris dans les formations de la Ligue de l'enseignement. Ainsi lorsque nous abordons un enfant, de façon générale et en l'occurrence ici dans un contexte à la fois pathologique et relationnel masso-kinésithérapique, nous devons considérer que [52] :

- L'enfant en tant qu'être social implique un vécu, une histoire, fruit d'un développement influencé par un environnement (familial notamment) et des situations physiques, affectives, intellectuelles, morales propres ; en somme la construction d'une sphère bio-psycho-socio-affective identitaire ;
- L'enfant en tant qu'être global a ses propres besoins qui sont à corrélés à la fois avec son âge mais également avec son évolution. L'âge « civil » n'est en aucun cas un indicateur à utiliser isolément mais bel et bien inscrit dans un développement propre ;
- L'enfant n'appartenant qu'à lui-même : dans la mesure où il n'est pas un bien de l'adulte, l'enfant, même dans l'incapacité de s'exprimer oralement ou explicitement (d'origine physiologique ou conséquences pathologiques), a le droit au respect en fonction de ses besoins. Il a ses propres idées et sa propre personnalité.

Cette conception holistique rejoint celle du concept de santé et particulièrement de sa dimension émotionnelle et contextuelle.

2.10.2. Langage et développement psychomoteur

Dans le domaine pédiatrique, les techniques de rééducation se rapprochent beaucoup de celles employées chez l'adulte. Cependant « *les connaissances du professionnel en contact avec les enfants [...] doivent être plus larges que celles du simple bon sens* » selon Eric Martin (masseur-kinésithérapeute) [53]. Il va jusqu'à parler de la nécessité de conceptualiser cette rééducation spécifique. Une des différences importantes se situe au niveau du développement psychomoteur de l'enfant indissociable du développement psychoaffectif. Il

constitue un outil de travail primordial pour le masseur-kinésithérapeute, qui est privilégié dans ce mémoire. Le thérapeute doit être attentif et s'adapter au développement de l'enfant durant la prise en charge. Ce développement complexe relève à la fois de l'inné et de l'acquis, fruit de la découverte de l'environnement où l'influence familiale joue un rôle prépondérant.

Les différentes étapes du développement psychomoteur de l'enfant sont décrites de 0 à 6 ans [54]. Le développement du langage peut être considéré en tant que fonction organique en lien avec la sphère orale et phonatoire (*annexe IV*) [55]. Cependant, les dimensions du langage sont rattachées et indissociables des autres composantes psychomotrices : la motricité, la préhension, la vision, l'audition, la compréhension et le développement social (*annexe V*) [54]. La concomitance de ces éléments est gage d'une prise en charge riche, mobilisant l'ensemble des modalités communicationnelles utilisables.

Bien que le déroulement du développement psychomoteur soit sectorisé dans des intervalles de tranche d'âge, des variations peuvent survenir d'un enfant à l'autre suivant certains paramètres tels que [56] :

- « *La qualité du potentiel cérébro-moteur de départ ;*
- *L'évolution plus ou moins rapide du système nerveux ;*
- *La qualité du développement cognitif et affectif ;*
- *La qualité des informations extéroceptives et proprioceptives ;*
- *La richesse des expériences motrices permises par la nature du milieu : le langage est un processus actif d'exploration et d'expérimentation de l'environnement ».*

En dehors des facteurs neurophysiologiques, psychoaffectifs et environnementaux, l'acquisition du langage est avant tout dépendante du bon fonctionnement de ses structures mécaniques anatomiques à savoir les organes phonatoires et leurs commandes neuromusculaires dépendantes des structures corticales, sous-corticales spécialisées et du système auditif [57].

Bien que les étapes du développement psychomoteur s'achèvent à 6 ans, notons que l'évolution du langage se poursuit. Elle se traduit par un enrichissement du vocabulaire, une bonne construction syntaxique ainsi qu'une compréhension qui progresse : l'enfant connaît les jours de la semaine, la notion de latéralité par exemple. Aux alentours de 8 à 10 ans, l'enfant n'a généralement plus de mal à se faire comprendre et sa lecture devient plus fluide

[58]. Nous avons volontairement choisi de nous focaliser sur l'enfance et de ne pas évoquer la période de l'adolescence qui suit un développement également complexe, comme le confirme la définition de l'OMS : « *période de transition critique dans la vie qui se caractérise par un rythme important de croissance et de changements qui n'est supérieur que pendant la petite enfance* » [59].

2.10.3. Les troubles du langage de l'enfant

L'enfant peut présenter un trouble du développement psychomoteur qui pourra atteindre l'ensemble des registres définis par les linguistes : la prosodie, la phonologie, le lexique, la syntaxe, la pragmatique et la sémantique [55,60]. Ils pourront être affectés selon les deux versants du langage, à savoir la réception et la production [55,60,61]. L'étiologie de ces troubles est en lien avec de nombreux domaines : génétique, neurophysiologique, psychoaffectif, psychomoteur et cognitif inscrits dans un environnement bio-psycho-social [60].

D'un point de vue mécanique, le trouble du langage s'explique par le développement « *asynchrone et dysharmonique* » des registres évoqués, et l'impact des domaines entre eux du fait de leur interdépendance [60]. Les troubles peuvent alors être qualifiés d'isolés avec une origine fonctionnelle (« *retard simple de parole, langage ou retard d'acquisition de la lecture* ») ou plus rarement structurelle (« *dysphasie, dyslexie et dysorthographe* »). Mais ils peuvent être « *associés ou secondaires à une déficience intellectuelle, une surdité, une paralysie des organes phonatoires, une atteinte cérébrale, des troubles de la communication [...] ou des carences psychoaffectives* » [55]. Nous retrouvons également dans la littérature les termes de « *composante* » pour l'aspect primaire du trouble, et de « *conséquence* » [60].

Il existe de nombreuses classifications des troubles du langage telles que le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ou la CIM-10 (*Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*) qui s'accordent à séparer les troubles selon leur versant expressif, réceptif, phonologique et articulatoire [55] (*annexe VI*). D'une manière différente, ils peuvent être classés par atteinte du langage oral ou écrit, selon une classification qui reste en usage chez la plupart des spécialistes en France (*Tableau I*) [57].

Ces troubles nécessiteront une prise en charge orthophonique. Le masseur-kinésithérapeute doit être sensibilisé à ces atteintes du langage qui seront la plupart du temps secondaires à une pathologie de l'appareil neurologique ou locomoteur et qui pourraient entraver la prise en charge et l'aspect relationnel de celle-ci si elles n'étaient pas comprises et prises en compte.

Tableau I : troubles du langage [57]

Trouble du langage oral	Autres troubles du langage oral	Trouble du langage écrit
<ul style="list-style-type: none"> -Trouble de l'articulation -Retard de parole -Retard simple de langage -Dysphasie 	<ul style="list-style-type: none"> -Surdi-mutité -Atteinte cérébrale – Infirmité Motrice Congénitale (dysarthrie ou 1^{ère} colonne) <ul style="list-style-type: none"> – Aphasie – Syndrome de Landau-Kleffner -Mutisme (total ou électif) -Bégaiement 	<ul style="list-style-type: none"> -Dyslexie -Dysorthographe -Dysgraphie

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. Mots clés et croisements

Mes recherches se sont effectuées à partir de l'utilisation de divers mots clés en rapport avec le langage, ses aspects et son implication en pédiatrie. Ceux-ci ont été utilisés isolément de manière générale ou croisés sous la forme d'équations de recherche en utilisant les différents opérateurs booléens.

Rappel des mots clés : besoins, communication, confiance, empathie, jeu, langage, masso-kinésithérapie, parole, pédiatrie, relation triangulaire, toucher.

Keywords: needs, communication, trust, empathy, game/play, language, physiotherapy, speech, paediatrics, triangular relationship, touch.

Parmi les équations de recherche effectuées, nous pouvons en citer quelques exemples : « langage AND masso-kinésithérapie AND pédiatrie », « langage OR communication AND masso-kinésithérapie », « masso-kinésithérapie AND confiance AND pédiatrie ».

3.2. Critères d'inclusions et de non-inclusions

Notons que notre étude s'oriente vers une réflexion éthique et un travail de recherche qualitatif dans le domaine relationnel. Les grades de recommandations ne sont donc pas adaptés et ne font pas l'objet d'un critère spécifique.

Les critères d'inclusions retenus sont :

- Les références bibliographiques en lien avec le langage et/ou la pédiatrie ;
- Les documents à caractères scientifiques, éthiques, masso-kinésithérapiques et du domaine plus global des sciences humaines ;
- La littérature francophone et anglophone ;
- Une population d'étude de 0 à 10 ans, leur développement physiologique et pathologique (notamment concernant les handicaps communicationnels) ;
- Aucune limite quant aux dates de parutions.

Les critères de non-inclusions :

- Les références à la période de l'adolescence (hors cadre d'étude) ou supérieures à 10 ans ;
- Toute référence ne pouvant être mis en lien avec le domaine rééducatif.

3.3. Supports consultés

Les supports numériques constituent la majeure partie de mes recherches ; l'outil informatique permet l'accès facilité à des sources diverses, variées et plus aisées à répertorier. J'ai utilisé principalement Google comme moteur de recherche ce qui m'a permis d'aborder le sujet de façon large dans un premier temps et de recueillir des informations, sans filtre, qui auraient pu constituer le point de départ ou l'agrément d'une réflexion.

Afin d'affiner ma recherche, basée sur des écrits scientifiques ou des articles reconnus dans le domaine plus spécifique du soin et de la masso-kinésithérapie, j'ai utilisé les bases de données suivantes (classement par priorité et pertinence) :

- PubMed, moteur de recherche donnant accès à la base de données bibliographiques MEDLINE. Il fait état de référence dans la recherche bibliographique dans le domaine

biomédical avec des revues de littérature, des études et articles de différents grades de recommandations ;

- Science Direct, plateforme principale d'Elsevier Masson pour les articles et publications scientifiques examinés par les pairs ;
- Cairn.info, portail référençant des articles, revues, ouvrages en sciences humaines et sociales ;
- HAS, institution française à caractère scientifique et autorité publique indépendante, dans le champ sanitaire, social et médico-social ;
- Google scholar, permettant la recherche d'articles approuvés ou non par des comités de lecture, de thèses, citations ou livres scientifiques ;
- Persee, portail permettant l'accès à des publications scientifiques (articles, revues, livres, actes de colloques...) ;
- Kinedoc, base de données masso-kinésithérapique francophone, source de références documentaires indexées (articles, littératures grises...) ;
- HAL, archive ouverte pluridisciplinaire et plateforme scientifique liée au CNRS, d'articles de niveau recherche et de thèses.

Revue consultées :

- Kinésithérapie la Revue ;
- Kinésithérapie Scientifique ;
- Enfance ;
- Enfance & Psy.

Ouvrages papiers consultés :

- Le Care négligé : Les professions de santé face au malade chronique de Eliane Rothier Bautzer, sous la direction de Marie-Ange Coudray ;
- Cahiers de puériculture, chapitre 7 : développement psychomoteur de l'enfant de J. Grassier ;
- La douleur chez l'enfant, sous la direction de Pichard-Léandri E et Gauvain-Piquard A ;
- L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage de Pascale Wanquet Thibault ;
- Enfance et psychopathologie, Marcelli.

Des références en matière de littérature grise ont également été consultées dans les domaines pluridisciplinaires de la santé et en particulier de la masso-kinésithérapie.

4. RESULTATS

Nous avons obtenu de nombreux résultats dont la pertinence a été évaluée. Peu de documents anglophones ont été recueilli. La majorité de nos sources sont basées sur des écrits pluridisciplinaires et provenant préférentiellement de bases de données en sciences humaines. Les concepts linguistique, psychologique, éthique ou rééducatif s'étendent du XIXème siècle à nos jours. La réflexion s'est basée sur des éléments de la littérature mais également des expériences vécues sur les terrains de stages, des réflexions personnelles, des sites internet et tout autre domaine (philosophie, art, formation, éducation...) dans la mesure où il enrichit et alimente la réflexion. L'ensemble des données bibliographiques utilisées ne recouvre pas l'entièreté des données relatives au langage et à la pédiatrie mais reflète plutôt le choix d'un axe de discussion, la proposition d'une certaine vision du langage au sein de la pratique masso-kinésithérapique.

5. DISCUSSION

Nous avons pu observer dans le cadre de référence les dimensions auxquelles se rattachent le langage. Ces richesses offrent une multitude d'applications et une maîtrise complexe au sein d'une relation masso-kinésithérapique triangulaire. Le langage est un des premiers moyens pour aborder une relation, d'en bâtir les fondements, de la contextualiser. Il participe à l'optimisation de la prise en charge. Il est l'outil du thérapeute, de l'enfant et de ses parents. Des prérequis fondamentaux s'imposent pour un bon cheminement thérapeutique. Une maîtrise de la diversité des aspects du langage par le thérapeute permet à l'enfant de devenir plus qu'acteur : il lui offre l'opportunité d'endosser le rôle de co-auteur de sa prise en charge la rendant ainsi plus efficace.

Afin de rendre concrètes les théories exposées précédemment, nous nous proposons d'établir l'implication du langage suivant la chronologie d'une prise en charge masso-kinésithérapique. Nous identifierons les prérequis relationnels nécessaires : leurs genèses et leurs évolutions. Nous pourrions ensuite aborder la première rencontre et la place du bilan masso-kinésithérapique. Enfin nous tenterons de repérer les freins et autres aspects

néfastes de la non et la mal-utilisation du langage, qui potentiellement mèneraient à l'échec notre objectif thérapeutique.

5.1. Apports neurophysiologiques pour le masseur-kinésithérapeute

Il est important pour le masseur-kinésithérapeute d'avoir un regard pratique sur la physiologie et d'en tirer les apports bénéfiques à la clinique. Aborder le langage par sa structuration corticale, permet de prendre conscience de son ambivalence réception/production, sa multipolarité et sa multimodalité au sein d'un ensemble concomitant. Ainsi le langage n'est pas restreint au simple usage du verbe mais s'étend à l'ensemble des canaux sensoriels existants et à leurs connotations émotionnelles. Il offre au thérapeute de nombreux moyens de véhiculer ou d'adapter l'information et se place en tant qu'outil pédagogique de choix. Le masseur-kinésithérapeute a de plus cette faculté d'intégrer tous les sens à sa pratique, et particulièrement le toucher. Grâce à un jeu de sollicitations, de variations voire d'associations de stimuli, le praticien possède une variété d'options thérapeutiques pour assurer une communication riche et optimisée.

5.2. Langage et prérequis relationnels

Un « *trilogie* » aux échanges interdépendants s'instaure : une mauvaise communication entre le thérapeute et les parents entache la relation de soin avec l'enfant et réciproquement [62]. Il est impératif d'établir et de maintenir un équilibre relationnel basé sur le langage. Cela débute par la définition explicite des rôles et de ce qui est attendu de chacun. Vient ensuite la considération du contexte socio-culturel, des connaissances et des besoins permettant de bâtir une communication transdisciplinaire : un langage commun où chacun s'exprime et se comprend [38]. La répartition du temps de parole et la considération individuelle est favorisée par l'adoption d'une équidistance [62]. Le langage rythme le parcours du soin : il l'introduit, le contextualise, lui donne du sens et ce caractère ubiquitaire permet un ajustement permanent de l'équilibre relationnel.

La relation doit être un échange qui prend en considération le thérapeute et l'enfant. Une des premières dimensions du langage utilisée en vue d'une cohésion relationnelle est celle de l'information. Informer l'enfant, « *c'est le respecter et favoriser la bienveillance* » [63]. D'après une enquête concernant leurs vécus en situation de soin, les enfants affirment, à

hauteur de 86% sur 2257 interrogés, qu'ils ont le droit d'être informés sur leur soin et sur ce qu'il va arriver [63]. Au-delà d'un droit, il constitue un moyen de prendre en compte ses besoins, de le rendre acteur et de lui permettre d'anticiper la situation [41,42,63,64]. L'ensemble de ces éléments concourent à un climat de confiance et à une maîtrise de la part de l'enfant. Il est à noter que l'information représente une forme de communication positive influençant bon nombre de facteurs notamment psychosomatiques avec l'atténuation du stress et de la douleur par exemple [42,63,64].

Il est important de pouvoir favoriser et apprécier la compréhension des messages perçus par l'enfant. L'utilisation d'un langage clair, honnête avec des mots les moins anxiogènes possibles et adapté à son âge et sa compréhension participe à ce résultat [41,64]. Le masseur-kinésithérapeute doit inciter l'enfant à l'échange, à l'expression de ses interrogations, de ses peurs, de ses douleurs qu'elles soient physiques ou psychiques. Si cette expression n'est pas spontanée, le thérapeute peut aider l'enfant en lui présentant différents langages verbaux ou non verbaux. L'enfant fera un choix, s'il le souhaite, et s'appropriera ce mode d'expression.

Dans l'élaboration et la mise en place des rôles de chacun au sein de la triade thérapeutique, il est nécessaire d'intégrer les parents en les rendant acteurs de la prise en charge de leur enfant tout en leur apportant un accompagnement, un soutien et de l'information [41,62–64]. Le parent a surtout besoin d'être rassuré et épaulé tout au long du parcours de soin de son enfant. D'après l'enquête menée par l'association Sparadrap, 42% des parents souhaiteraient obtenir plus d'informations sur les soins et examens de leur enfant [63]. En amont de la prise en charge, cela peut se traduire par la présentation du parcours de rééducation et les différents objectifs thérapeutiques mis en place au regard de la pathologie.

Il est nécessaire d'inscrire le parent dans un rôle de partenaire du soin [41,42,62–64]. Sa participation alliée au respect du temps de parole de l'enfant sont la garantie d'une prise en charge optimisée et efficace [62]. Le parent constitue une source d'informations précieuses concernant l'enfant, nous aidant ainsi à comprendre ses besoins, à interpréter ses réactions, et ce d'autant plus lorsque l'enfant est jeune ou en situation de handicap et que l'aspect verbal du langage s'avère difficile à exploiter [64]. Il peut assurer une distraction : par exemple lors de la mise en place d'un plâtre sur un pied bot, ou encore lors d'une posture en décubitus ventral de l'enfant [64]. Dans mon expérience le parent s'est avéré un élément

rassurant lors de la découpe d'une fenêtre sur un corset plâtré d'enfant scoliotique ou lors d'une première verticalisation après des mois d'immobilisation des suites d'une dérotation tibiale par exemple. Enfin le parent a un rôle d'encouragement qui permet une valorisation de l'enfant [64].

Des conseils peuvent être prodigués aux parents assurant une continuité des soins, un relai durant le séjour hospitalier ou en vue du retour à domicile via des conseils sur l'installation et certains exercices à effectuer. Au-delà d'un cadre purement technique, il peut s'agir de conseils sur l'attitude et les mots à employer : apprendre à écouter la plainte de l'enfant, détourner son attention vers quelque chose d'agréable, le rendre actif au lieu de lui demander de nier sa douleur, ou le plaindre et vouloir le rassurer à tout prix [64]. Quelques expressions aux effets potentiellement néfastes ont été répertoriées pourtant elles sont souvent employées et dans l'intention de vouloir bien faire : « *ça ne fait pas mal, tu es grand* », « *oh arrête un peu de t'agiter/pleurer* », « *ne t'inquiète pas* », « *tout va bien, ça va aller* » [64]. Ces recommandations s'appliquent tant pour les parents que pour le thérapeute.

La question de la présence des parents en soin fait l'objet de discussions. Dans mon expérience, les parents étaient présents lors de la première voire la deuxième séance au sein du plateau de rééducation afin de favoriser un climat de confiance et de sécurité. Cette présence est mentionnée dans la charte de l'enfant hospitalisé mais questionne quant à l'altération potentielle du soin face à des parents anxieux [41,42]. La définition non ambiguë du rôle de chacun au sein de la relation permet une présence bénéfique voir adjuvante dans certaines situations [42]. Selon l'étude du Pr Ricardo Carbajal (pédiatre) en 1999, la présence des parents en soin a rendu nerveux 4% des soignants et a aidé l'enfant dans 71% des cas [62,65].

Une relation d'interdépendance existe entre l'enfant et ses parents, qui va au-delà du lien d'attachement maternel [62]. Ce lien précieux permet le développement physique et psychique de l'enfant [38]. La sociologie familiale actuelle met l'accent sur la part affective croissante si bien que E. Durkheim (sociologue) qualifie la famille moderne de « *relationnelle* » [66]. C'est donc un aspect de la triade à ne pas occulter pour le masseur-kinésithérapeute même s'il ne l'implique pas directement. La relation familiale se veut également égalitaire et individualiste avec une volonté d'indépendance et un refus de figer, séparer les rôles père/mère [66]. Il convient pour le masseur-kinésithérapeute de pénétrer

et respecter la relation pour mieux la soutenir et l'inciter dans une mesure raisonnée. Il s'agit de consolider et mettre en valeur le rôle fondamental du parent, de promouvoir l'équilibre triadique et d'améliorer le parcours de soin de l'enfant.

Une liste exhaustive des moyens de communication au sein de la triade thérapeutique ne peut être établie. L'information peut être transmise par l'échange verbal, qu'il soit avec l'enfant seul, avec ses parents ou lors d'échanges avec l'ensemble de l'équipe rééducative. L'utilisation d'une plaquette d'informations lors de l'accueil ainsi que les livrets pédagogiques sont d'autres moyens de communication destinés à l'enfant mais aussi à ses parents. Dans le cadre orthopédique, nous utilisons notamment la bande dessinée pour illustrer le parcours de soin d'un enfant présentant une ostéochondrite primitive de hanche. L'usage de ce genre de support à destination de tous rassure et parfois même davantage les parents que les enfants.

5.3. Langage et besoins

L'équilibre de la relation thérapeutique pédiatrique repose sur la considération des besoins de l'enfant et des parents. Il est la résultante d'une composante biologique, culturelle et environnementale. Le langage possède la capacité d'identification et de compréhension des besoins par la prise en compte des dimensions verbales, non verbales et par une utilisation adaptée de la parole. Dès lors, le besoin peut être satisfait, source de joie et de plaisir. Dans le cadre d'une prise en charge pédiatrique nous avons évoqué les notions primordiales de confiance et de sécurité. À partir de la définition des besoins décrits par Maslow nous proposons une adaptation de la pyramide hiérarchique à la problématique du langage chez l'enfant dans la relation de soin (*Figure 3*). Avant de les aborder une par une, précisons les termes spécifiques d'« alliance thérapeutique » et de « Care ».

La notion d'alliance thérapeutique est définie comme « *la collaboration mutuelle, le partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir des objectifs fixés* » [67]. Il s'agit d'un échange réciproque entre le thérapeute, l'enfant et ses parents. Ce partage aboutit à une union autour d'un pacte d'intérêts communs constitué des différents objectifs et moyens masso-kinésithérapiques menant au projet de l'enfant [68]. L'alliance n'est pas spontanée, et doit faire l'objet d'un travail thérapeutique fait de négociations, de concessions et d'un ajustement permanent aux caractéristiques dynamiques du patient (projet, besoins, évolution pathologique...). Elle demeure un facteur nécessaire dans le

processus thérapeutique (Freud) et est essentielle à toute intervention en soin (Elisabeth Zetzel, médecin et psychanalyste) [67].

Le concept de soin est articulé autour de deux notions importantes à comprendre : le « Care » et le « Cure ». Le Cure est centré sur la pathologie et la dimension curative ; il représente l'aspect technique du soin [69,70]. Le « Care », ne pouvant être littéralement traduit en français, allie sollicitude et soin. Il s'agit d'une « *action délibérée pour répondre au besoin du patient, d'une implication pratique dans le prendre soin, et à une demande de cultiver une compréhension de l'expérience subjective des autres* » [70]. Il représente la dimension relationnelle et humanisante du soin, dont fait partie le langage en masso-kinésithérapie [69]. Le système socio-économique actuel mené par l'avènement technologique, les obligations de performance et de rendement tend à négliger le « Care », et à opposer ces deux termes, « Cure et Care », pourtant indissociables [70]. La pathologie concerne une structure anatomique, une fonction mais surtout un enfant aussi le défi actuel pour le praticien est de conserver un équilibre entre une approche globale, relationnelle et une approche technique dans un environnement qui peut parfois le bousculer et tendre à en négliger les aspects relationnels.

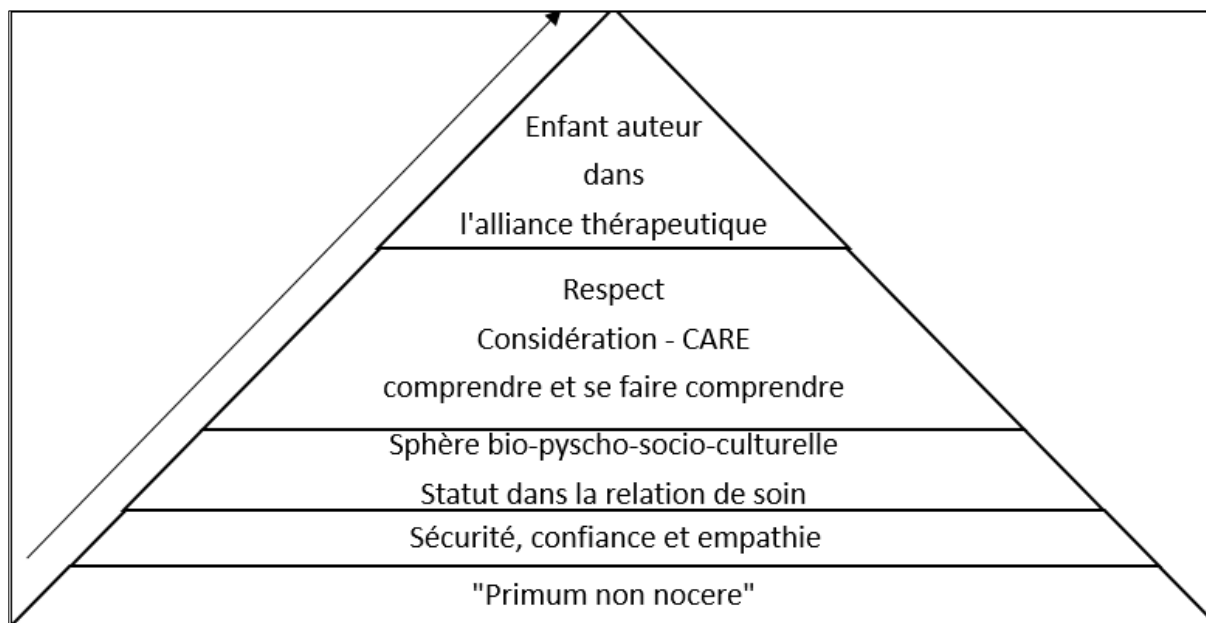


Figure 3 : besoins de l'enfant et langage en relation de soin

Suite à la précision des deux notions, nous pouvons nous intéresser aux différents besoins, en procédant de façon hiérarchique. Les besoins physiologiques sont liés à la survie de l'enfant tel que le fait de respirer et de se nourrir. Dans le cadre du soin et de la pathologie, le principe de non-douleur constitue également un besoin fondamental et le point de départ

d'une prise en charge bienveillante. La douleur peut être physique, psychique et doit être considérée en fonction des expériences douloureuses personnelles de l'enfant qui peuvent en moduler sa perception et son expression.

Les besoins de sécurité sont complexes, englobant la sécurité physique et morale de l'enfant en lien avec la santé et l'environnement familial. L'enfant en soin se trouve dans un environnement inconnu générant donc une source potentielle de stress. Il s'agira de désamorcer le processus anxigène dès la première rencontre de l'enfant et d'établir une relation de confiance, empathique afin d'instaurer un climat sécuritaire indispensable au bon déroulement du parcours de soin.

Les besoins d'appartenance sont rattachés à la notion de relation, d'identification à un groupe social et statutaire, en lien direct avec la sphère bio-psycho-socio-culturelle de l'enfant. C'est le propre même de la langue, évoqué par Saussure, qui offre un caractère identitaire à l'enfant. D'un autre côté, il s'agit de définir le statut relationnel qu'il occupe au sein de la relation soignant-soigné, sa place centrale au cœur de la prise en charge, tout en gardant à l'esprit qu'il possède ses propres idées (Henri Wallon), qui doivent être exprimées dans la mesure du possible.

Le besoin d'estime de soi, synonyme de considération et de reconnaissance passe dans un premier temps par le respect de l'enfant. Nous considérons l'enfant dans sa globalité et non réduit à sa pathologie ; cette forme de bienveillance rejoint la notion de « Care ». L'enfant doit ressentir qu'il existe aux yeux du thérapeute, au-delà de la présence de ses parents. La considération de l'enfant passe par le fait de comprendre ce qu'il a à dire mais également de se faire comprendre afin que le message voulu puisse être transmis de façon claire et adaptée.

Le besoin d'accomplissement est la faculté donnée à l'enfant de pouvoir s'investir pleinement au sein de la relation de soin, grâce à l'élaboration d'une alliance thérapeutique bienveillante et d'un langage pour s'exprimer ou se faire comprendre. Il lui donne la possibilité de maîtriser la situation de soin en vue d'une optimisation thérapeutique.

5.4. Confiance et empathie

La confiance et l'empathie sont les fondations de l'alliance thérapeutique. Mais comment les démontrer, quels paramètres préalables à la prise en charge, conditionnent la genèse relationnelle ?

Selon P. Sureau, « *la question de confiance dans le soin se pose à chaque relation* » [71]. Elle s'acquière et se développe tout au long du parcours de soin de l'enfant. « *La confiance est un pari humain* » selon M. Marzano dans la mesure où l'enfant, dans un rapport intime, se place dans une situation de potentielle vulnérabilité et de dépendance vis-à-vis du thérapeute. L'existence d'un équilibre et de réciprocité permet de prévenir les dangers d'un excès ou d'un manque de confiance qui viendrait mettre en péril la rééducation. La confiance est de l'ordre de l'avoir [71]. C'est l'acquisition et la possession d'un sentiment d'estime envers l'autre et soi-même, de la part de l'enfant mais également du masseur-kinésithérapeute dont la confiance peut manquer en début d'exercice de la profession ou en cas d'incertitude quant au choix thérapeutique. La confiance est aussi constitutive de l'être, influençant le développement de l'enfant et l'amenant dans un processus de changement ; être c'est exister et devenir [71]. A partir d'une confiance réciproque, la construction d'une alliance thérapeutique et d'un espace de partage (émotions, douleur, incompréhension) est possible [72]. Enfin la confiance est d'ordre social dans la mesure où elle dépend du regard porté par le masseur-kinésithérapeute, les parents et les autres acteurs du parcours de soin [71].

En pratique, le masseur-kinésithérapeute peut établir cette confiance par l'utilisation d'un langage respectueux, honnête et authentique [71]. Le mensonge n'est en aucun cas un moyen pour le thérapeute de dissimuler un manque de confiance mais plutôt un motif de rupture de celle-ci. Elle s'exprime également par l'existence du secret professionnel, la liberté d'expression ou de non expression, la reformulation, la clarification ou même le développement et l'explication d'un acte de soin par exemple [71].

En synergie avec la notion de confiance, l'empathie dans le langage du masseur-kinésithérapeute est une qualité relationnelle riche à exploiter. Nous avons en tête le modèle de l'écoute active de Carl R. Rogers qui nous a été enseigné en début de cursus scolaire. L'empathie est une attitude relationnelle rendant la prise en charge masso-kinésithérapique efficiente et ce à travers l'habileté d'établir une bonne alliance thérapeutique [51]. Une prise en charge optimisée est donc le fruit d'une technicité associée

aux qualités d'approches telles que l'empathie, l'écoute, le temps et la confiance. Elle permet de faciliter la communication et l'expression des émotions de l'enfant, pour une meilleure adhésion [51] :

- Le partage d'informations ;
- L'écoute ;
- L'explication pédagogique ;
- Le respect du consentement ;
- La considération ;
- L'observation du langage verbal, non-verbal et leur synergie cohérente ;
- L'absence d'obstacles à la communication (instabilité relationnelle, manque de confiance, insécurité, troubles du langage, communication non adaptée...).

L'attitude empathique et congruente du masseur-kinésithérapeute associée à une estime positive inconditionnelle sont les trois éléments décrit par Carl R. Rogers permettant l'implication de l'enfant dans sa prise en charge et la mise en place d'une coopération active et à caractère pédagogique [51,73]. Par congruence, nous entendons l'authenticité du thérapeute et la concordance entre ses pensées et ses attitudes [73]. Pour une action sur le comportement relationnel, l'empathie du thérapeute doit être non seulement perçue mais aussi exprimée. Deux options se présentent : « *soit en exprimant directement sa compréhension, soit en reflétant pensées et émotions* », tout en évitant de faire référence à soi-même, en tenant compte du contexte socio-culturel et en maintenant une certaine congruence et sincérité [51]. En allant plus loin, considérons le modèle de Yerkes et Dodson (1908) (*Figure 4*). Celui-ci décrit l'importance pour un patient d'être dans des conditions optimales pour recevoir des informations avant même la communication ou le partage d'informations. L'empathie amène cet équilibre optimal entre l'anxiété du patient et ses capacités cognitives. Ainsi nous pouvons considérer le langage empathique comme une forme préalable de communication dans le devenir de la prise en charge [74].

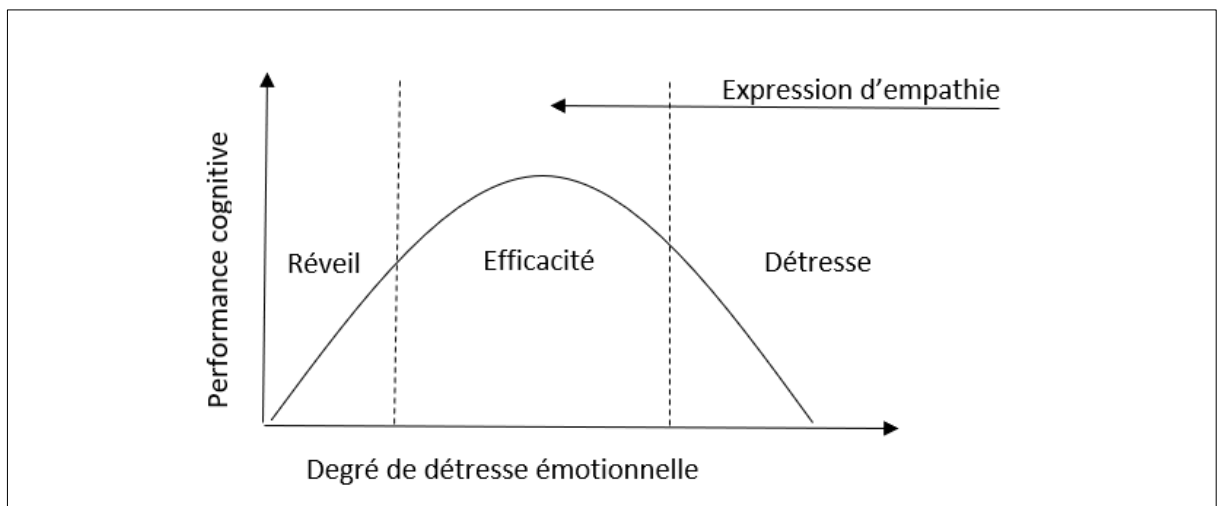


Figure 4 : Modèle de Yerkes & Dodson (1908) [74]

L'importance du langage empathique dans le soin peut soulever la question de son enseignement au sein de nos professions. En tant qu'étudiant, nous avons tous une situation qui nous vient en tête quand il s'agit de se remémorer un moment où les mots nous ont manqués, une sorte de « détresse communicationnelle » face à un jeune patient en trop-plein émotionnel. Je me suis senti si démuni face à cet enfant en phase post-opératoire des suites d'une arthrodeuse rachidienne, qui ne se projetait plus aucun avenir ! Il souffrait physiquement d'une opération invasive douloureuse mais également d'un point de vue affectif de l'éloignement de ses parents et de ses amis. De telles situations critiques quotidiennes peuvent être, au moins en partie, gérées grâce au développement des qualités relationnelles du praticien et en particulier l'empathie.

Avec recul, cette situation d'impuissance, mêlée de frustration, de doute et d'inquiétude nous amène à nous questionner : l'empathie s'apprend-elle ? Comme l'éthique et les sciences humaines sociales, l'empathie s'inscrit au rang des enseignements à titre d'« humanités ». Des stages d'écoute inscrits dans un module relationnel voient même le jour dans le domaine des études médicales. Il y aurait une volonté d'agir, et ce même d'un point de vue ministériel où Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé insiste sur la nécessité d'être formé à l'empathie dans le domaine du soin. Mais comme l'indique Dr Thiers-Bautrand dans une tribune ouverte en avril 2018, cette volonté est en totale contradiction avec le système des études de soins tel qu'il existe aujourd'hui entretenant davantage l'esprit de compétitivité et d'individualité par le biais de concours sélectifs pour l'accès aux études de santé [75]. Les heureux « reçus » poursuivent alors leurs apprentissages en désapprenant les qualités humaines au profit de la technicité menant à

une déshumanisation du soin. Au nom du management de la qualité, l'étudiant apprend la nécessité de savoir rédiger des protocoles avec des descriptifs précis de conduites à tenir dans un cadre qui ne laisse peu, voire pas de place, à la subjectivité émotionnelle. Dans un tel système il est peu probable de pouvoir inclure avec cohérence l'apprentissage de l'empathie. Ne faudrait-il pas alors envisager de l'inclure beaucoup plus tôt dans la scolarité et le pérenniser tout le long des cursus scolaires avec des nuances selon les nécessités professionnelles ? Des expériences sont déjà en place depuis quelques années dans des écoles maternelles et primaires : chacun se soucie du ressenti de l'autre grâce à des exercices de massage et de relaxation et apprend à décoder les signes et les mots qu'ils expriment alors.

Nous pouvons également nous interroger aussi s'il s'agit d'un rôle à attribuer à l'école ou plutôt réservé au domaine privé de l'éducation parentale ? Une continuité serait préférable mais encore faut-il être capable d'inculquer cette valeur et d'en avoir la volonté dans une société où l'on se soucie de moins en moins du bien être des autres. Enfin comme l'apprentissage de l'enfant est basé dans un premier temps sur un mécanisme d'imprégnation et de mimétisme, il serait donc intéressant de pouvoir former l'ensemble des personnes qui s'occupent d'enfants (parents, professionnels de soin, enseignants).

Une relation de qualité et empathique, associée à la satisfaction des besoins fondamentaux de chacun est l'intention décrite par un processus de communication en fort développement en France au niveau des formations : la communication non violente (CNV). Mise au point par Marshall B. Rosenberg (psychologue), elle se développe de façon importante depuis les années 90 notamment dans le domaine du soin. Elle questionne quant à la qualité du dialogue, la sincérité de l'intention ainsi qu'à la prise de conscience de ce qui facilite ou entrave la communication. Elle aboutit à un langage clair et cohérent en faveur de l'efficacité de la prise en charge [76,77]. Concrètement, elle se base sur les réactions de l'être humain dans des situations de stress, de déni émotionnel et sur le fait qu'il est difficile de lui imposer un ordre, une exigence ou une vision binaire (bien, mal, tort, raison). Trois étapes applicables au masseur-kinésithérapeute sont décrites pour assurer une relation de qualité, à commencer par l'observation de la situation de communication. Vient ensuite la notion d'auto-empathie : l'écoute de ses propres ressentis et émotions, représentant l'expression consciente ou non de nos besoins. Enfin l'action rentre en jeu par l'échange et la demande, avec une manière de s'exprimer pour ne pas blesser l'autre.

5.5. La rencontre

La rencontre est la première phase qui conditionne la relation soignant-soigné. L'enjeu est d'assurer une bonne alliance thérapeutique et un climat de confiance avant même l'échange verbal. En éthique, la rencontre est la confrontation entre différentes altérités distinctes et singulières. La première rencontre est à distinguer du reste : l'impression laissée lors des premiers instants est cruciale pour la suite de la relation.

Dès l'entrée de l'enfant et ses parents, deux notions fortes doivent être mises en relief : l'accueil et l'intention. L'attitude du masseur-kinésithérapeute doit « transpirer » la bienveillance : un sourire sincère, un regard assuré et accueillant, une démarche confiante et posée. Parents et enfants doivent ressentir une attraction naturelle qui les amène au premier contact physique de la poignée de main : une marque de politesse mais également un premier symbole scellant leur partenariat. À cet instant, chacun se présente : nous ne sommes déjà plus des inconnus. Enfin inviter chacun à s'asseoir va niveler les différences de taille – enfant qu'il soit en fauteuil roulant ou non et adultes – et aligner les regards pour échanger confortablement et sans dominance. La position assise du thérapeute délivre un autre message fort en intentions : je prends du temps pour vous. C'est une marque de respect et de bienveillance à laquelle sont très sensibles parents et enfants. Trop souvent le premier contact se fait entre deux portes laissant un sentiment d'abandon et de détresse au patient et à son entourage.

Au théâtre, l'entrée en scène est importante : les acteurs doivent « passer la rampe », c'est-à-dire franchir la limite de la scène pour toucher le public [78]. Dans une scène thérapeutique, la limite à transcender est celle de la simple présence, car la rencontre est une confrontation physique et psychique. Le thérapeute est un intrus dans la relation normale parents-enfants et vient réduire la distance relationnelle. Les autres limites sont d'ordre organisationnel avec des temps de rencontre souvent non aménagés, précipités, voir improvisés entre deux prises en charge. Dans un premier temps, il est important de s'adresser à l'enfant pour l'inclure de façon centrale : c'est lui dont nous nous occupons.

Avant même l'échange verbal, le masseur-kinésithérapeute peut utiliser la mise en scène du cadre thérapeutique comme source de communication pour une bonne prédisposition de la relation naissante. Au niveau chromatique, nous constatons des teintes pastel relaxantes et tons vifs stimulants, des dessins de patients sur les murs, des illustrations de personnages plébiscités par les enfants dans les prises en charge en décubitus dorsal strict. En

complément, le langage musical peut être utilisé en stimuli ou en ambiance. J'ai aussi assisté à un plâtre chez un enfant scoliotique où la musique avait pour but apaisement et distraction. Cet environnement est présenté à l'enfant et ses parents, leur démontrant que les particularités du jeune patient sont prises en compte. L'autorisation d'apporter son « doudou », réconfort de toutes les situations, est accueillie avec soulagement et joie. Tout cela renforce la notion d'accueil et d'intention.

Vient ensuite le moment de l'échange où se mêlent le verbal et le non-verbal de façon synergique et cohérente. Après un « *toucher relationnel* » [21], traduit par un sourire, une invitation à s'approcher ou une poignée de main, le soignant adapte sa parole dans le choix des mots et leurs composantes paralinguistiques. L'écoute doit être prépondérante ; il n'est pas utile d'inonder l'enfant et les parents d'informations mais plutôt d'être concis sur le programme et se rendre disponible pour répondre au questionnement de chacun. La rencontre est un moment d'accueil dont l'action et la manière rejoignent la fonction phatique du langage. Celle-ci a pour but d'établir et de maintenir le contact avec l'enfant et sa famille. Il est important de considérer l'accueil à chaque séance pour maintenir la qualité de la relation.

5.6. Anamnèse et contextualisation

L'anamnèse est un des outils inscrits au décret de compétence pour contextualiser la situation de soin. Elle permet l'état des lieux de la situation, de la compréhension et des besoins de l'enfant [34]. Rejoignant la dimension pragmatique du langage, elle pose un cadre non ambigu et permet l'élaboration d'un discours adapté [32]. Pour l'enfant, le contexte à définir est celui de l'environnement de soin : le centre de rééducation, les locaux, les intervenants. Pour le praticien, la constitution de la sphère bio-psycho-sociale et culturelle, les habitudes sportives et le niveau éducatif par exemple, permet de contextualiser la relation.

L'interrogatoire est mené avec les parents ou en coopération avec l'enfant si les capacités communicatives le permettent. Le discours des parents regorge d'informations sur l'enfant (habitudes de vie, ce qu'il aime, ses peurs...) permettant de le comprendre, d'ajuster notre communication à ses besoins et d'utiliser ces éléments à des fins distractives ou pédagogiques. La connaissance des réactions à la douleur permet aussi un dialogue personnalisé et sécurisant, renforçant l'adhésion de l'enfant. Dans le domaine médical il

existe des questionnaires pour en savoir davantage sur l'enfant (*annexe VII*), transposable dans le domaine de la masso-kinésithérapie : « mieux te connaître pour mieux te rééduquer » [79].

Ignorer le contexte en relation de soin, c'est l'exposer à des situations de maltraitance consciente ou non, pouvant mettre à mal le lien thérapeutique avec l'enfant. Je me souviens d'un enfant confié un premier jour de stage, sans information, dont les pleurs, cris et refus de soin semblaient être ses seuls moyens de communication. La connaissance ultérieure du contexte, du passé de l'enfant a permis de s'adapter, avec des moyens de communication détournés (attention, jeu de rôle, abstraction), des mots sécurisants à employer, d'autres à proscrire (Maman, luxation, les menaces). La prise en charge est devenue plus aisée car adaptée au contexte et donc aux besoins. L'utilisation d'un langage contextualisé est un des premiers outils introduisant la bientraitance au sein de la relation avec l'enfant.

5.7. Place du langage au sein du bilan masso-kinésithérapique

La fonction exploratoire du langage se poursuit lors du bilan, en particulier celui de la douleur. L'identification et l'évaluation algique sont complexes dans la prise en charge de l'enfant et demande une actualisation fréquente [81]. La douleur a la particularité d'utiliser l'ensemble des dimensions du langage pour s'exprimer. Le masseur-kinésithérapeute doit pouvoir analyser, faciliter l'expression verbale de cette douleur, selon les propres mots de l'enfant. Il doit également prendre en compte l'aspect non-verbal ; la souffrance physique et psychique du corps peut s'exprimer par un comportement, une posture antalgique, une mimique faciale, une rétraction tissulaire par exemple. Le langage non-verbal est favorisé en cas d'absence de langage, d'origine physiologique, psychologique ou pathologique. Les parts verbales et non-verbales sont concomitantes, nous observons ainsi la cohérence des deux versants pour mettre en évidence une difficulté, une peur, un refus de s'exprimer ou la confirmation de l'existence d'une douleur. L'enfant peut sembler arborer un grand sourire qui est en réalité la conséquence d'une spasticité faciale.

Le bilan de la douleur est un indicateur précieux pour le praticien. Il concerne les ressentis de l'enfant, l'efficacité ou la nécessité d'adapter ses techniques masso-kinésithérapiques : appréciation de la fin de course articulaire, confort ou gêne des prises/contre-prises, position d'exercice douloureuses. La pertinence et la fiabilité de l'évaluation dépendent de la reproductibilité, de la fréquence et du choix judicieux du mode d'évaluation. Il est guidé par

l'âge, la pathologie, les acquisitions verbales de l'enfant mais aussi par son aspect pratique et chronophage. Basé sur les recommandations de l'HAS [81] (*annexe VIII*), l'auto-évaluation est privilégiée à partir de 6 ans, voire 4 ans, où elle fait l'objet de comparaison avec l'examen clinique ou entre deux auto-évaluations. Parmi ces moyens validés, citons l'EVA, dont la neutralité formelle et dans les formules, doit être respectée, le système de jeton, le FPS-R ou le schéma. La latéralité doit être vérifiée au préalable. L'explication de l'échelle utilise un langage simple, clair et adapté à la compréhension de l'enfant. En dessous de 4 ans ou en cas d'handicap communicationnel, l'hétéro évaluation est privilégiée, basée sur l'observation comportementale et la réduction d'activité (jeu, langage). Un classement est établi en fonction des circonstances (post-opératoire, douleur aiguë...) [81]. Ces échelles peuvent également être réalisées par les parents.

5.8. Adaptation du langage durant la prise en charge

Cette réflexion est basée sur les travaux concernant le langage adressé à l'enfant (L.A.E) [82–84] et des données du développement psychomoteur [58,85,86].

5.8.1. Adaptation verbale et non-verbale de la forme

Le langage du masseur-kinésithérapeute doit être simple, explicite et sans hésitation. Les énoncés sont courts. L'abstraction peut être comprise dès 2-3 ans. L'aspect formel du langage est majoritaire dans la période pré-linguistique (0-18 mois) : son interprétation est l'unique moyen de donner du sens. Elle est également préférée dans les atteintes réceptives du langage telles que l'aphasie de Wernicke. Certains éléments permettent le maintien de l'attention comme l'articulation soignée, la répétition ou les structures présentative « voilà », « c'est », « regarde ». La répétition est une façon pédagogique d'intégrer des acquis mais aussi une forme de communication jusque 18 mois sous forme de redondances syllabiques et d'accentuation des consonnes labiales : « on bouge les petits pieds de bébé ». Elle constitue également un moyen pour le thérapeute de comprendre les formulations de l'enfant et ainsi de maintenir l'échange, notamment dans les troubles comme la dysphasie.

L'adaptation non-verbale du praticien débute par son placement dans le champ perceptif de l'enfant, en sachant qu'il est compris entre 90-180° de 0 à 2 mois. Il permet la position du thérapeute à sa hauteur, la recherche du contact visuel et la synchronisation du regard. Le contexte peut faire également l'objet d'adaptation au niveau chromatique et musical. Très tôt, la recherche d'un environnement en couleurs riches et vives favorise l'attention, un

cadre serein et propice au soin. La musicalité ambiante s'inscrit aussi, avec une sensibilité de l'enfant dès 1-2 mois, dans un but de détente et de bien-être. Plus tard, l'enfant capable de choisir la musique, se place grâce à ce choix comme acteur de sa prise en charge. Cependant la personnalisation est difficile à mettre en place au sein d'un plateau technique. En parallèle l'évocation émotionnelle doit être évaluée. Le plateau technique reste un avatar d'espace relationnel. Il peut constituer un inconvénient dans la relation de soin avec le tout petit qui a besoin d'explorer et multiplier les expériences sensori-motrices extérieures.

À propos de la musicalité même de la voix, citons la prosodie, premier caractère formel de la communication pédiatrique. Exclusive dans les premiers mois, elle accompagne l'intention d'un message par la suite. Elle participe au sens de la parole, à l'organisation de l'information et aux renseignements affectifs de l'enfant. Sont pris en compte le registre, la hauteur et la mélodie de la voix. Le jeune enfant est plus sensible à une mélodie douce et à une hauteur de voix importante. Il est ensuite important d'étudier la rythmique de la parole en lien avec l'activité : passage d'un adagio lent à un moderato lors du jeu animé (Trevorthen et Gratier -psychologie du développement- 2005). Les tempos lents sont à visée de détente, d'empathie, de retour au calme, tandis que les tempos rapides sont sollicités lors d'activités de travail actif ou pour motiver.

Le sens de la parole dépend de la synchronisation des aspects formels du langage et des composantes gestuelles associées. Le geste doit accompagner l'intention verbale dès 7 mois. Cette importance du geste est mise en avant avec l'apprentissage de la langue des signes dès le plus jeune âge, montrant un impact positif sur l'émergence du langage verbal et la possibilité d'expression même en l'absence de langage oral. Le non-verbal peut venir renforcer la clarté du langage par mimétisme : lors d'une demande d'action, le masseur-kinésithérapeute peut désigner l'objet auquel il se réfère simultanément à l'énoncé ou exécuter l'action tout en le demandant.

L'instauration de rituels relève également de processus pédagogiques utiles en rééducation et tout au long du développement de l'enfant à commencer par le premier « coucou me voilà ». Le processus d'explication est également un rituel à mettre en œuvre avec l'enfant pour décrire l'acte qui va être réalisé, les sensations qu'il pourra ressentir. C'est surtout à partir de 4 ans que l'enfant est en quête d'explication avec un besoin de comprendre. Ritualiser, c'est permettre à l'enfant d'anticiper la situation et donc de lui procurer un sentiment de confiance et de maîtrise de la rééducation, la rendant plus efficace.

Rondal (linguistique et sciences du langage) propose un ensemble de procédés éducatifs adapté à l'enfant :

- Répétition des énoncés ;
- Signes verbaux et non-verbaux d'approbation ou de désapprobation ;
- Énoncé pour attirer ou conserver l'attention / structures présentatives
 - « Hé + prénom », « viens », « tu vois ? » « Ecoute » ;
- Expansion grammaticale ou sémantique des énoncés de l'enfant dès 12-18 mois : « qu'est-ce qu'on dit ? », « on fait attention à quoi ? », « on met comment les pieds ? » ;
- Correction explicite ;
- Demande d'éclaircissement.

5.8.2. Adaptation du fond

Le fond renvoie au contenu sémantique du discours, en lien avec les connaissances de l'enfant. Bien que son usage soit limité en stade pré-linguistique, il prend une importance croissante au cours des acquisitions verbales et de la diversification du vocabulaire. Il est judicieux de constituer un « répertoire » de l'enfant pour interpréter ses productions verbales ou non. De manière générale, le masseur-kinésithérapeute doit conserver une attitude intéressée mêlant considération et respect, ainsi qu'un comportement encourageant et valorisant envers l'enfant. Cela lui amène une image de lui positive et donc de son corps. Cette notion est d'autant plus importante que l'orthopédie pédiatrique vient atteindre le schéma corporel et l'image du corps en construction avec des cas de dérotation, scoliose, hypercyphose etc...

Le thérapeute doit connaître le concept de signifiant-signifié pour adapter son discours à l'enfant, ses représentations et ses perceptions de la pathologie. En s'assurant de la concordance entre ses paroles et le sens perçu par l'enfant quand cela est possible, le thérapeute peut écarter de potentielles incompréhensions. Il peut alors être en mesure de moduler l'impact de son message (le renforcer, l'atténuer...) et d'adapter le niveau d'information à l'enfant. Dans les cas où la richesse sémantique n'est pas exploitable, priorité est faite à un contenu restrictif, un vocabulaire peu diversifié et des énoncés exprimés au présent pour apporter du concret à la situation. Le vocabulaire utilisé est principalement en lien avec le contexte, l'évènement en cours et les centres d'intérêt de

l'enfant. Le masseur-kinésithérapeute peut alors s'appuyer sur des photos de famille, des supports visuels (livres, images...) et la réalité qui l'entoure comme support à son discours. Le langage y est plutôt descriptif et composé de mots du quotidien jusque 2 à 3 ans.

L'évolution de la compréhension et des possibilités verbales permet progressivement un détachement du contexte immédiat et la mise en place d'un contenu plus diversifié d'un point de vue syntaxique et sémantique avec notamment l'usage d'un langage prescriptif et un rôle de partenaire renforcé. Les exercices rééducatifs peuvent comporter des énoncés plus complexes et le masseur-kinésithérapeute peut favoriser l'expression de l'enfant par des questions, des reformulations ou commentaires permettant un feedback plus important. Les demandes d'action prendront en compte les acquisitions spatiales de l'enfant, avec la notion de haut, bas, petit et grand dès 2 à 3 ans. Les notions de proximité et de contraires sont compréhensibles vers 4 ans, âge où également la coordination spatiale et motrice est correcte. Une évolution du schéma corporel et la maîtrise de la latéralité s'atteignent entre 6 et 10 ans.

5.9. Attitude face au handicap communicationnel sensoriel et des versants du langage

Faire face à une atteinte sensorielle nécessite une adaptation de l'attitude et du langage du masseur-kinésithérapeute pour faciliter la communication. Le principe essentiel est l'utilisation des compétences de l'enfant sans se focaliser sur ses manques afin de ne pas basculer dans la stimulation excessive.

Si nous considérons l'atteinte auditive innée, la sensibilité prosodique et rythmique n'est pas altérée avant 6 mois [87]. Par la suite le thérapeute doit être en connaissance d'un mode de communication : langue des signes (LSF) ou lecture labiale (LPC). La LSF emprunte un canal visuel exclusif avec des éléments proches des signes naturels chez l'enfant. Le problème de l'interprétation se pose néanmoins. La présence d'un interprète n'est pas systématique. Lorsque ce rôle est endossé par les parents, bien que rassurant pour l'enfant, il remet en cause l'équilibre relationnel avec un rôle d'intermédiaire occupé au dépend de celui de parents. L'acquisition de signes pour le praticien, en lien avec la pratique rééducative pourrait faciliter l'échange et la compréhension de l'enfant. Concernant le LPC, l'erreur d'interprétation est plus fréquente, nécessitant une parole lente et distincte mais aussi un environnement lumineux [88]. Dans la mesure où le handicap est d'origine acquise, la communication préférentielle est axée sur l'écrit ou le registre visuel et contextuel. Dans

tous les cas, il faut s'appuyer sur la perception visuelle, la représentation spatiale et la grande expressivité corporelle/faciale de l'enfant [88].

Envisageons maintenant la déficience visuelle. Le masseur-kinésithérapeute doit fournir par son discours des éléments temporo-spatiaux dès la rencontre avec l'enfant. Se présenter et parler en premier permet à l'enfant d'identifier et de localiser son interlocuteur. L'approche est ensuite progressive, venant pénétrer le champ perceptif auditif, veiller à la réduction des bruits parasites et aboutir au toucher. L'usage d'un langage descriptif permet une richesse d'apports pour l'enfant au sujet de son environnement. La fréquence de la verbalisation est également primordiale : signaler une absence de quelques instants, nommer les parties du corps que nous mobilisons par exemple [89].

Lorsque le handicap communicationnel provient d'une atteinte du langage même, il convient dans un premier temps de connaître le versant atteint. Le masseur-kinésithérapeute peut alors adapter sa pratique en privilégiant certains éléments du fond et/ou de la forme dans son discours. Citons le cas de la dysarthrie par exemple, où le versant principal est la production orale, l'accent est mis sur la forme, encourageant un discours lent : le fait de prendre le temps et de travailler sur la respiration (exercice de souffle, de coordination/force et de relaxation) favorise l'expression. A l'inverse, dans l'aphasie globale où tous les versants sont atteints, le but est de favoriser l'échange via le fond, la forme du discours, le contexte et le recours parfois à des outils de communication alternatifs (carnet de communication, pictogrammes) voire augmentés [90].

Lorsque l'atteinte du langage est trop sévère, le masseur-kinésithérapeute exploite toutes les ressources possibles pour maintenir la communication, notamment via des outils alternatifs et augmentés (*annexe IX*). Ces codes de communication sont basés sur des signes, des pictogrammes, des modes sensoriels et des supports informatisés adaptés. Le praticien doit connaître leur existence, leur maniement et leur appropriation en rééducation. Cela passe par une communication et une observation pluridisciplinaire avec notamment l'orthophoniste, le neuropsychologue. Complétée par le discours parental lors de l'anamnèse et du bilan, le support de communication est alors optimisé. Nous pourrions imaginer un carnet de communication spécifique à la masso-kinésithérapie, à l'aide de pictogrammes (interlocuteurs, parties du corps, notion de douleur et de bien-être par exemple), choisis méticuleusement sachant que le contexte culturel influence la symbolique et donc la compréhension de l'enfant. Le praticien doit considérer ce moyen de

communication comme un outil thérapeutique, support de la parole de l'enfant et non comme alternative au langage synonyme d'obstacle à l'interaction soignant-soigné [91].

5.10. Importance du dialogue ludique

Le jeu est un des premiers moyens de communication de la relation pédiatrique puisqu'il est spontané chez l'enfant [92–94]. Il est une finalité rééducative et non une routine purement récréative [95]. Il s'agit d'apprendre ou réapprendre à jouer, pour l'enfant mais aussi le thérapeute. L'activité ludique agit comme médiateur thérapeutique favorisant l'entrée en relation, la discussion et le partage. C'est également un moyen d'enrichir la relation amenant sécurité et confiance pour l'enfant [93,95]. Le jeu est à la fois plaisir et échange, permettant l'accès à la symbolisation de l'enfant (Freud, Klein, psychanalyste) [96]. Il lui permet d'assimiler sa réalité. Il favorise aussi l'intégration du schéma corporel (Piaget) et son exploration [97]. Dans les situations de handicap, le jeu est un outil rééducatif permettant de donner cette possibilité exploratoire et communicative.

Le jeu permet de comprendre l'enfant dans sa dynamique personnelle et sa pathologie [95]. Il renseigne les aspects cognitifs et psychomoteurs par l'observation [92] de la capacité à jouer, de la posture, de la parole et des émotions [94]. Concernant l'acceptation du masseur-kinésithérapeute dans le jeu, elle sera légitimée dans la mesure où celui-ci sait jouer, et se mettre au niveau de jeu de l'enfant. Cette observation complétée par le discours parental (jeu à la maison, préférences, stimulations) représente un caractère informatif important lors de l'anamnèse et du bilan [92]. Le rapport au jeu peut également être l'objet d'une communication pluridisciplinaire avec le service éducatif dans l'aspect social du jeu en collectivité.

Afin de maintenir un climat de confiance et favoriser l'acceptation du soin, le masseur-kinésithérapeute peut opter pour une communication ludique : interroger et mobiliser le doudou avant l'enfant, utiliser des marionnettes ou illustrer l'acte rééducatif comme le massage à travers un récit ou un dessin. Cette forme de communication peut aussi interroger l'enfant de façon directe ou indirecte pour mettre des mots sur une souffrance [92].

Tout au long de la rééducation, le jeu est adapté à l'enfant. Dans un premier temps, un jeu simple met en confiance l'enfant pour ensuite complexifier l'exercice et affiner la

rééducation. L'appréhension diminue et une meilleure adhésion est observée : l'enfant prend ses responsabilités dans le soin. Le jeu étant source de plaisir, il effectue l'action avec attention et persévérance. Il peut également être utilisé comme distraction lors de la verticalisation, de la posture ou de l'immobilisation [97]. De façon générale, le choix du jeu s'effectue au service du geste thérapeutique et de l'objectif masso-kinésithérapique [98]. C'est au praticien de l'adapter pour prendre en compte l'enfant, ses compensations et les éventuelles contre-indications par la mise en place de règles : favoriser les canaux visuel et tactile pour un travail proprioceptif [99], ne solliciter que le membre pathologique en appui par exemple. L'enfant peut également proposer des règles, développant ainsi sa créativité. Le masseur-kinésithérapeute rentre alors dans les règles du jeu de l'enfant et en devient le partenaire [93,95,99]. Cela permet un équilibre relationnel : une égalité de chacun et une invitation au plaisir partagé propice à l'échange.

L'activité ludique est aussi un processus pédagogique qui permet à l'enfant de comprendre sa pathologie et de développer au mieux son autonomie [92]. L'enfant, en s'amusant s'implique avec sérieux et intensité, développant une attitude favorable à l'apprentissage [98] : « *sans jeu, pas d'éducation possible* » selon Huerre (pédopsychiatre) [100]. Considérons la chronologie du processus d'enseignement par le jeu, en masso-kinésithérapie [92] :

- Evaluation des facteurs influençant ou non l'apprentissage : prérequis relationnel (confiance, sécurité, empathie), contexte culturel, représentation, pathologie... ;
- Données du bilan et de l'anamnèse : jeux spontanés, préférences, rapport au jeu et échanges ;
- Contenant et contenu ludique choisi pour communiquer (jouets préférés...) ;
- Objectif masso-kinésithérapique et planification : durée, alternatives ludiques, prise en compte des compensations et contre-indications ;
- Exécution lors de la prise en charge ;
- Evaluation : feedback, questionnement, s'assurer de la bonne compréhension.

Illustrons nos propos avec un cas clinique : Mademoiselle L, 5 ans, fracture fémorale droite traitée de manière orthopédique par traction au zénith et trois semaines de plâtre. La prise en charge s'effectue deux mois et demi après déplâtrage : la course et le saut peuvent commencer à être abordés. Les objectifs principaux sont ceux d'un meilleur report d'appui à droite, d'une amélioration de la flexion active du genou ainsi qu'un contrôle postural dans

les différents niveaux d'évolution motrice. Mlle L perdant vite patience et s'ennuyant rapidement, nous mettons en place un parcours ludique où chacun des ateliers vient cibler les objectifs masso-kinésithérapiques et permettre une diversité des activités parmi l'équilibre, le renforcement musculaire et le gain d'amplitude articulaire.

D'un point de vue psychomoteur, Mlle L est en mesure de se représenter mentalement une action ou un exercice à partir d'une consigne. Le saut à pieds joints commence à être acquis et la latéralité gauche/droite est connue. Nous adaptons les consignes de nos exercices en connaissance du problème de report d'appui lié à une appréhension de la douleur.

La passion de Mlle L pour l'équitation va contextualiser le parcours ludique ; une sorte de jeu symbolique faisant appel à son imaginaire : pourquoi ne pas imaginer qu'elle prépare le cheval pour l'emmener en ballade ? Cela permet de susciter un intérêt particulier et de gagner l'adhésion de l'enfant. Avant de partir en ballade, il faut vérifier l'état des sabots du cheval. Nous demandons alors à l'enfant de nous montrer cela en induisant une position de chevalier servant donc la mise en flexion du genou droit et une légère déstabilisation. Le cheval est joueur et décide de l'embêter un peu : le thérapeute vient manuellement déstabiliser l'enfant au niveau des points clés épaules et bassin, de sorte à favoriser le report d'appui droit et le travail proprioceptif. Après un passage vers la position debout, sous la forme d'un parcours de marche, nous simulons une ballade avec des enjambements et des sauts : de manière lente, une jambe après l'autre pour la mettre en confiance, puis la même chose au galop ou en sautant à pieds joints pour accentuer la difficulté.

5.11. Toucher, porte-parole en pédiatrie

Pour le masseur-kinésithérapeute, le toucher est une forme de langage où le contact est signifiant, et non un acte mécanique stéréotypé sans perspective de communication [23]. À ce titre il possède une vocation performative : toucher pour agir [101]. Il est l'outil rééducatif de subjectivation, humanisant le soin. Par ailleurs, le besoin de toucher et d'être touché contribue au besoin fondamental de communiquer [21]. Il est un lien d'échanges infinis dès la rencontre avec le jeune patient dont il facilite l'entrée en relation [21,102]. Il se poursuit par le bilan qu'il soit cutané-trophique, douloureux, articulaire. Interroger la peau, c'est questionner l'enfant et son corps, son histoire, de façon intime et intérieure, à la recherche d'une souffrance, d'une cicatrice, de signes inflammatoires, de blocages articulaires. Ainsi, « *la peau raconte les faiblesses de l'être humain* » (Schaller, enseignant chercheur) [102].

Le toucher communique avec l'enfant par le mouvement et les émotions dont il est vecteur. Le thérapeute soulage ainsi les tensions physiques, psychiques et renforce un sentiment d'intégrité par le mouvement et le massage. Cependant ce toucher « *technique* », intrusif pour l'enfant, doit être amené progressivement au risque de le dénuer de sens. Dès la rencontre, le toucher participe à l'instauration de la confiance. Il devient ensuite empathique, parfois ou souvent, libérateur endorphinique, et sécurisant. Il permet un rapprochement progressif, qui d'interpersonnel devient intime. Enfin, il aide à requérir le consentement et à évaluer une potentielle résistance (peur, douleur, manque de confiance) [21].

Le massage ou « *langage corporel* » est un moyen de communication non-verbale permettant au massé de « *devenir acteur de ce qui se mobilise en lui* » [101]. Le massage est modulé en fonction de l'objectif : par exemple, un rythme lent sera à visée relaxante. Cette détente peut être une aide à la verbalisation des enfants dont les acquisitions linguistiques le permettent. Il influe sur la relation à soi (conscience, schéma du corps). Citons aussi l'enfant scoliotique dont la déformation rachidienne vient modifier sa perception de la verticalité et de son corps. Le massage est aussi très bénéfique au bébé : les parents (mère, père, fratrie) peuvent y être initiés [101]. La motricité est également une forme active de toucher : un dialogue tonique [103]. La mobilisation suit une progression sensori-motrice : le passif laisse place à l'actif-aidé, puis à une guidance, offrant une place croissante au jeune patient qui devient alors auteur de son propre corps. Par le mouvement, l'enfant découvre, analyse et structure son environnement. Il situe ainsi son corps dans l'espace et le temps.

Le toucher ne ment pas. Le thérapeute doit donc avoir une cohérence synergique du « touché-dire » et l'observer réciproquement chez l'enfant [104]. Le toucher vient compléter le discours oral pour optimiser l'efficacité de la rééducation. La verbalisation permet une adaptation aux réactions du jeune patient [21].

Dans les situations de handicap, le thérapeute doit absolument interroger le toucher et apprendre aux parents à toucher leur enfant pour le comprendre, communiquer, et ne pas le réduire à ses incapacités. Le toucher redonne du sens physique à l'enfant et lui permet une réintégration de son corps dans son esprit (Hauter & Teste, 2008) [102]. Cette réappropriation vient décroître la souffrance, apporte de la vitalité au patient et du sens à la rééducation. Dans notre pratique, toucher l'enfant paralysé peut procurer des sensations agréables telles que la chaleur. A contrario, le contact du gant peut renvoyer au patient

l'image d'un masseur-kinésithérapeute qui ne veut pas se confronter au handicap [105]. C'est pourquoi si le port de gants est impératif suite à un risque infectieux, le thérapeute doit absolument expliquer à l'enfant le rôle protecteur du gant.

Le toucher dans le soin présente d'autres problématiques telles que le manque de temps, la technologie, la contagion émotionnelle, l'autoritarisme, la juste distance ou l'erreur d'interprétation [21]. Ce dernier point est en lien direct avec le langage et le contexte culturel/éducatif. Le thérapeute y remédie grâce à une « *parole maniée à bon escient* » et la synergie évoquée précédemment [104].

5.12. L'eau, source de communication chez l'enfant

« *L'eau est une richesse contemporaine* » (M. Gedda) [106], elle constitue un besoin au sein de notre vie quotidienne mais également en rééducation pédiatrique où son application est multiple [107]. L'eau est une source de communication présente intra-utérine, prémisses du toucher, de la motricité et du jeu. Nous ne pouvons restreindre l'eau à la balnéothérapie en masso-kinésithérapie car de la gouttelette au bain, en passant par la pataugeoire, l'eau est langage. Enveloppant le corps, elle vient le stimuler vers une prise de conscience et un investissement des parties immergées [99]. L'hydrodynamique des fluides vient stimuler les récepteurs cutanés et communique à l'enfant des informations sensorielles, sensibles (statesthésique, kinesthésique...) et proprioceptives [99,107,108]. L'eau est un élément de détente, berçant, qui favorise l'antalgie, le relâchement des structures et la mobilisation. Chez le nourrisson, elle rappelle notamment le milieu amniotique qui rassure [99,107,108]. Les notions d'immersion et d'apesanteur viennent offrir à l'enfant une liberté motrice d'exploration, l'opportunité d'une mise en charge précoce, d'une gestion d'équilibre au sein d'un environnement mouvant ludique et source de plaisir. Il convient cependant au préalable de s'assurer de l'acceptation de l'eau par l'enfant pour en tirer les bénéfices attendus.

5.13. Communication paradoxale et iatrogénie

Un des facteurs de mise en danger de la relation pédagogique en masso-kinésithérapie est la communication paradoxale. Celle-ci résulte de la complexité des échanges humains et de la présence de contradictions internes au sein d'un message [109,110]. Elle peut s'exprimer

sous la forme d'un ordre, d'une consigne exigeant un comportement qui ne peut être que spontané. L'interlocuteur ne peut alors pas satisfaire pleinement l'ordre [109] : « Ne sois pas si tendu ! », « tiens-toi normalement ». Mais elle peut également se traduire par la contradiction verbale et non-verbale (aussi qualifié de digitale et analogique) [109] : « Allez super, encore un effort » exprimée de façon monotone et peu encourageante, ou encore « mais non ça ne va pas faire mal » d'une voix agacée. La communication paradoxale pousse l'enfant et ses parents à douter de l'intention du thérapeute et à interpréter le message [111]. Cela engendre confusion, maladresse, et incompréhension.

Prenons un autre exemple fréquent en pédiatrie : « puis-je aider mon enfant en dehors des séances ? ». Réponse : « si vous voulez, vous pouvez un peu lui stimuler le pied pour prévenir l'attitude vicieuse ». Ici, le « un peu » n'a aucune valeur et oblige le parent à supposer, douter voire agir de façon délétère pour son enfant. Cette forme de communication, parfois inconsciente peut s'avérer dangereuse si elle est fréquente. Elle peut dissimuler chez le praticien un manque d'assurance ou même de connaissances. Pour éviter ces situations le masseur-kinésithérapeute doit en avoir conscience. Il doit également être en accord avec ce qu'il dit, rester authentique et cohérent d'un point de vue verbal et gestuel [109].

6. CONCLUSION

Le langage occupe une place importante au sein de la prise en charge masso-kinésithérapique. Les qualités relationnelles du thérapeute sont primordiales. La présentation des potentiels du langage à des fins rééducatives valide sa place d'atout majeur dans la prise en charge, sans pour autant occulter la nécessité concomitante d'une technique de qualité.

La réflexion proposée n'a pas la prétention d'être exhaustive. Elle est façonnée par la littérature et un vécu. Elle propose une vision d'une réalité rééducative mais ne l'impose pas. Il convient de considérer les moyens présentés dans le système de soin actuel, avec ses contraintes organisationnelles, budgétaires et de temps. Celles-ci influenceront l'orientation et le choix de l'outil du thérapeute. Ce travail représente donc une vision panoramique du langage en soin pédiatrique et peut constituer le point de départ d'une prise de conscience, d'un questionnement du lecteur ou d'un travail complémentaire, critique voire approfondi.

La masso-kinésithérapie pédiatrique nécessite une approche spécifique qui doit être enseignée à l'étudiant et au professionnel à des fins d'amélioration continue. Pour cela cet enseignement doit être évalué dans les pratiques. Dès les premiers stages, en institut de formation en masso-kinésithérapie, l'étudiant pourrait relater des situations de soin où il s'est senti en difficulté communicationnelle. Sous forme de table ronde, encadrée par un expert en langage dans le soin rééducatif, chacun pourrait proposer son point de vue et le cas échéant être corrigé. Cet échange d'expériences individuelles enrichirait le savoir-être et le savoir-faire collectif des futurs professionnels.

Une formation initiale optimisée, nourrie ensuite de l'expérience professionnelle et de l'indispensable formation continue qui va de pair, permettraient d'atteindre un niveau de satisfaction supérieur du patient mais aussi du masseur-kinésithérapeute, si fondamental pour l'épanouissement professionnel et personnel : n'est-ce pas là l'objectif de tout individu exerçant dans le domaine de la santé ?

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Le cerveau à tous les niveaux [Internet]. [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: http://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_10/d_10_cr/d_10_cr_lan/d_10_cr_lan.html
2. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - langage [Internet]. [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/langage/64596>
3. Aphasies et structures cérébrales du langage — Site des ressources d'ACCES pour enseigner la Science de la Vie et de la Terre [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: http://acces.ens-lyon.fr/acces/thematiques/neurosciences/actualisation-des-connaissances/neuros_apprentissage/neuro_apprentiss_2/cas_langage/structures_langage
4. Lefebvre L. La réorganisation fonctionnelle des aires cérébrales du langage et de l'organisation visuospatiale. Influence des régularités environnementales lors d'un entraînement non verbal : études en IRMf [Thèse de Doctorat en psychologie]. Université de Mons-Hainaut; 2006. p. 121-125
5. Définitions : langage - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/langage/46165>
6. LANGAGE : Définition de LANGAGE [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/langage>
7. Van der Veen L-J. Linguistique générale, langage, langue, parole - définitions, réflexions. sept 2008: 4
8. Thiberge M. Langage, langue et parole. Empan [Internet]. 2012 [cité 18 sept 2018];(88):69-75. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-empan-2012-4-page-69.htm>
9. Arrivé M. Qu'en est-il du signe chez Ferdinand de Saussure ? J Fr Psychiatr [Internet]. 2007 [cité 19 sept 2018];(29):39-41. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2007-2-page-39.htm>
10. Perrone-Bertolotti M, Grandchamp R, Rapin L et al. Langage intérieur. p. 1-4. In: Pinto S, Sato M. Traité de Neurolinguistique : du cerveau au langage. 1st ed. De Boeck Supérieur; 2016. p. 109-23. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01467107>
11. Langage artificiel [2 fiches] - TERMIUM Plus® — Recherche - TERMIUM Plus® [Internet]. [cité 18 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.btb.termiumpius.gc.ca/tpv2alpha/alpha-fra.html?lang=fra&i=1&index=frt&srchtxt=LANGAGE%20ARTIFICIEL>
12. Langages artificiels [Internet]. [cité 18 oct 2018]. Disponible sur : <http://www.ambar-eldaron.com/ardalambion/artlang.htm>

13. Définitions : augmenter - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 13 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/augmenter/6439?q=augment%c3%a9e#6416>
14. d'Erstein CH. Définitions communes concernant la communication augmentée et/ou alternative - Centre Hospitalier d'Erstein [Internet]. [cité 13 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ch-erstein.fr/les-partenaires/pictocom/elements-theoriques-et-principes-dutilisation-des-suppots/definitions-communes-concernant-la-communication-augmentee-etou-alternative/>
15. AUGMENTÉE : Définition de AUGMENTÉE [Internet]. [cité 13 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/augment%C3%A9e>
16. Hennel-Brzozowska A. La communication non-verbale et paraverbale, perspective d'un psychologue. Synergies Pologne. 2008;(5):21-30
17. Communiquer avec le corps (langage non verbal), outils d'apprentissage pour enfants de 0 à 36 mois. [Internet]. Educatout. [cité 11 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.educatout.com/outils/experiences-cles/la-communication/communiquer-avec-le-corps-langage-non-verbal.htm>
18. Terrier C. La communication non verbale [Internet]. [Cité 9 oct 2018]:10
19. LI W. Les distances chez l'homme (Extrait de l'essai d'Edward T. Hall, La dimension cachée 1966.p.143-160) [Internet]. art, langage, apprentissage. [cité 13 oct 2018]. Disponible sur: <https://arlap.hypotheses.org/6711>
20. Huerre P. Jouer, c'est sérieux ! Enfances Psy [Internet]. 2001 [cité 20 août 2018];15(3):8-10. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2001-3-p-8.htm>
21. Lecomte S, Juvin R, Vion-Genovese V. Appréhender le toucher : vers une éthique du soin ? Analyse des représentations par profession sur un territoire de santé. Éthique Santé [Internet]. déc 2017 [cité 24 août 2018];14(4):218-24. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1765462917300697>
22. Lejeune F, Gentaz É. Le toucher chez les enfants prématurés. Enfance [Internet]. 2013 [cité 24 août 2018];(1):33-48. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-enfance2-2013-1-p-33.htm>
23. Dufour M, Gedda M. Dictionnaire de kinésithérapie et réadaptation. Paris. Maloine; 2007. p. 280, 454
24. PRESCRIPTIF : Définition de PRESCRIPTIF [Internet]. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/prescriptif>
25. Langage et technologie [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.fondation-lamap.org/sites/default/files/upload/media/minisites/laclasse/LCM199-langage/LCM199%20Langage%20et%20technologie.pdf>

26. Le langage [Internet]. jemetransforme.com. 2016 [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <http://jemetransforme.com/le-langage/>
27. Hypothèse Sapir-Whorf [Internet]. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: http://asl.univ-montp3.fr/e41slym/Hypothese_Sapir_Whorf_avril2008.pdf
28. DESCRIPTIF : Définition de DESCRIPTIF [Internet]. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/descriptif>
29. Fauré L. Fiche actes de langage. [internet]. [cité 9 oct 2018]:1
30. Gouret O, Liger-Angot A. La compétence pragmatique lors du bilan orthophonique [Mémoire certificat de capacité orthophonique]. Nantes; 2009
31. Guillot M. Wittgenstein, Freud, Austin : voix thérapeutique et parole performative. Rev Métaphys Morale [Internet]. 2004 [cité 9 oct 2018];(42):259-77. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-de-metaphysique-et-de-morale-2004-2-page-259.htm>
32. Armengaud F. Introduction. In: Que sais-je ? [Internet]. Presses Universitaires de France; 2007 [cité 4 oct 2018]. p. 3-14. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-pragmatique--9782130564003-page-3.htm>
33. Laval V [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Pragmatique et compréhension du langage : les outils d'évaluation chez l'enfant. Disponible sur : http://www.fapse.uliege.be/upload/docs/application/pdf/2013-11/folder_pragmatique.pdf
34. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes [Internet]. [cité 26 sept 2018]. Le référentiel de la profession, édition 2013. Disponible sur : <http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2012/12/Le-r%C3%A9f%C3%A9rentiel.pdf>
35. Annexe II : référentiel de compétences, diplôme d'état de masso-kinésithérapie - arrêté du 2 septembre 2015 [Internet]. [cité 6 janv 2019]. Disponible sur: http://www.ifpek.org/sites/default/files/asset/document/Annexell_RefCompetences_Kine.pdf
36. Fischer G-N. Le concept de relation en psychologie sociale. Rech Soins Infirm. mars 1999;(56):8
37. Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. Rech Soins Infirm [Internet]. 2007 [cité 27 sept 2018];(89):33-42. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>
38. Wanquet-Thibault P. L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage. 2nd éd. Elsevier Masson; 2015. p. 65-70
39. Quelques particularités des SPP | SFAP - site internet [Internet]. [cité 29 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/quelques-particularites-des-spp>
40. OMS | Notre définition d'un partenariat [Internet]. WHO. [cité 29 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/definition/fr/>

41. HAS [Internet]. [cité 18 oct 2018]. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf
42. Devoldère DC. Soignants, parents : une place pour chacun. In: 19^e journées La douleur de l'enfant, quelles repères? 2012 dec:4.
43. Définitions : besoin - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/besoin/8907>
44. Besoin : Définition philosophique (fiche personnelle). [internet]. [cité 16 dec 2018]:3. Disponible sur <http://dicophilo.fr>
45. Désir et besoin - PhiloLog [Internet]. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.philolog.fr/desir-et-besoin/>
46. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - besoin francique * bisunnia soin [Internet]. [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/besoin/26549>
47. Coutant G. Les besoins fondamentaux de la personne selon Virginia Henderson [Internet]. Infirmiers.com. 2015 [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>
48. Kenrick DT, Griskevicius V, Neuberg SL, Schaller M. Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci* [Internet]. mai 2010 [cité 17 déc 2018];5(3):292-314. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3161123/>
49. Larousse É. Définitions : confiance - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082>
50. CONFIANCE : Définition de CONFIANCE [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/confiance>
51. AFDEM [Internet]. [cité 19 nov 2018]. L'empathie, qu'est-ce que c'est ? 2006. Disponible sur : <https://www.afdem.org/articles/empathie/>
52. Théorie sur l'enfant [Internet]. [cité 11 janv 2019]. Disponible sur: http://fanfoue.chez.com/viecolo/enfant/theorie_enfant.htm
53. Martin É. Le rééducateur face aux spécificités de la prise en charge des enfants : complexité d'un être en devenir. *Kinésithérapie Rev* [Internet]. 1 déc 2007 [cité 20 oct 2018];7(72):25-9. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012307705193>
54. Gassier J. Cahiers de puériculture 7 : Développement psychomoteur de l'enfant. Vol. 7. Elsevier Masson; 1997. p103-108

55. Société Française de Pédiatrie [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. 2007. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_troubles-2.pdf
56. Nelly T [Internet]. [cité 20 oct 2018]. Psychomotricité : développement psychomoteur de l'enfant. 2003-2004. Université Pierre et Marie Curie. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/devPSMenf.pdf>
57. Bursztejn C [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Développement normal du langage et ses troubles. Module 3 - maturation et vulnérabilité. Modules transdisciplinaires. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08.modul_transdis_umvf-3.pdf
58. Grandir avec Nathan - Ses grands progrès entre 6 et 10 ans [Internet]. [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.grandiravec Nathan.com/developpement/ses-grands-progres-entre-6-et-10-ans.html>
59. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. [cité 18 nov 2018]. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
60. Plaza M. Les troubles du langage de l'enfant. Hypothèses étiologiques spécifiques, perspective intégrative. Neuropsychiatr Enfance Adolesc [Internet]. oct 2004 [cité 20 oct 2018];52(7):460-6. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0222961704001540>
61. Education.gouv [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Remarque autour des mots : trouble - retard - langage. Disponible sur : <http://media.education.gouv.fr/file/95/7/5957.pdf>
62. Benoit J, Berdah L, Carlier-Gonod A et al. L'éthique dans les services d'accueil des urgences pédiatriques : accès aux soins, communication et confidentialité. Arch Pédiatrie [Internet]. mai 2015 [cité 1 nov 2018];22(5):554-61. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X15000743>
63. Sparadrap [Internet]. [cité 1 nov 2018]. Les effets désirables de l'information des enfants avant un soin. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/actualites/sparadrap/les-effets-desirables-de-linformation-des-enfants-avant-un-soin>
64. Sparadrap [Internet]. [cité 1 nov 2018]. Quel rôle, quelle place pour les parents lors des soins. Disponible sur : <https://www.sparadrap.org/professionnels/la-presence-des-proches/quel-role-quelle-place-pour-les-parents-lors-des-soins>
65. PEDIADOL [Internet]. [cité 1 nov 2018]. Comment communiquer avec les parents ? Disponible sur : <http://pediadol.org/Comment-communiquer-avec-les.html>
66. Martin G. Sociologie de la famille contemporaine. Idées Économiques Soc [Internet]. 2008 [cité 17 déc 2018];152(2):75-75. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2008-2-page-75.htm>

67. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspect Psy* [Internet]. 2010 [cité 17 déc 2018];49(4):317-26. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-4-page-317.htm?contenu=article>
68. ALLIANCE : Définition de ALLIANCE [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/alliance>
69. Morvillers J-M. Le *care* , le *caring* , le *cure* et le soignant. *Rech Soins Infirm* [Internet]. 2015 [cité 18 déc 2018];122(3):77. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-77.htm>
70. Rothier Bautzer E. Introduction et Chapitre 1 : le fondement de la médecine comme profession. In: *Le Care négligé*. 1^{re} éd. 2013. 137 p. (Sciences du soin).
71. Mauduit L, Ferring V. La confiance dans la relation patient-thérapeute. *Kinésithérapie Rev* [Internet]. déc 2016 [cité 22 oct 2018];16(180):60-4. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012316302959>
72. Marzano M. Qu'est-ce que la confiance ? *Études* [Internet]. 1 janv 2010 [cité 23 oct 2018];412(1):53-63. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-etudes-2010-1-page-53.htm>
73. Baio V [Internet]. [cité 29 déc 2018]. Les trois attitudes fondamentales du thérapeute selon Carl Rogers. Disponible sur: <https://www.lepsychologue.be/articles/congruence-acceptation-empathie.php>
74. AFDEM [Internet]. [cité 19 nov 2018]. Enseigner l'empathie. 2006. Disponible sur : <https://www.afdem.org/articles/enseignerempathie/>
75. Syndicat de l'Union française pour une médecine libre [Internet]. [cité 19 nov 2018]. Agnès, Marie-Claire et l'empathie. 2018. Disponible sur : <https://www.ufml-syndicat.org/agnes-marie-claire-et-lempathie/>
76. CNV [Internet]. [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.cnvformations.fr/index.php?m=10&ms=118>
77. La CNV : qu'est-ce que c'est ? - CNV [Internet]. [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: <http://nvc-europe.org/SPIP/La-CNV-qu-est-ce-que-c-est>
78. Passer la rampe [Internet]. [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.expressions-francaises.fr/expressions-p/2225-passer-la-rampe.html>
79. Sparadrap [Internet]. [cité 12 nov 2018]. Questionnaire Mieux te connaître pour mieux t'endormir. Disponible sur : <https://www.sparadrap.org/boutique/produit/questionnaire-mieux-te-connaître-pour-mieux-tendormir>
80. Pédadol [Internet]. [cité 12 nov 2018]. La douleur de l'enfant - Disponible sur: <http://pedadol.org/-Evaluation-.html>

81. ANAES [Internet]. [cité 19 déc 2018]. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Mars 2010. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulenf4.pdf>
82. Caron C. Le langage adressé à l'enfant : impact de l'hospitalisation précoce [Mémoire pour l'obtention du diplôme de capacité d'Orthophoniste]. Nantes;2011
83. Khomsi A. Langue maternelle et langage adressé à l'enfant. Lang Fr [Internet]. 1982 [cité 12 nov 2018];54(1):93-107. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/lfr_0023-8368_1982_num_54_1_5283
84. Laznik MC [Internet]. [cité 12 nov 2018]. Langage et communication chez le nourrisson avant trois mois. Disponible sur : <http://laznik.fr/wp-content/uploads/2014/12/Langage-et-communication-chez-le-nourrisson-avant-trois-mois.pdf>
85. Le développement du langage chez l'enfant de 1 an à 3 ans [Internet]. [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: https://naitreetgrandir.com/fr/etape/1_3_ans/langage/fiche.aspx?doc=ik-naitre-grandir-developpement-langage-parole-enfant-1-3-ans
86. Educatout [Internet]. [cité 12 nov 2018]. Le développement du langage chez l'enfant de 4 à 5 ans. Disponible sur: <https://www.educatout.com/activites/stimulation-langage/le-developpement-du-langage-chez-l-enfant-de-4-a-5-ans.htm>
87. Comment communiquer avec l'enfant sourd ? [Internet]. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.apedac.fr/communication-sourd.html>
88. Communiquer avec une personne ayant un handicap auditif - mdph33 : [Internet]. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: http://www.mdph33.fr/handicap_auditif.html
89. Le Webzine OKEENEA [Internet]. [cité 13 nov 2018]. Comment accueillir une personne déficiente visuelle ? 2016. Disponible sur : <https://webzine.okeenea.com/conseils-pour-communiquer-aveugle/>
90. Bocoyran S [Internet]. [cité 13 nov 2018]. Comment communiquer avec des personnes présentant des difficultés d'élocution et/ou de communication. Disponible sur : http://www.avc-normandie.fr/media-files/2014-04-10_ag-aftc_troubles-de-la-communication,1885.pdf
91. Tursi P. La communication en MAS et en FAM : recueil d'outils, de supports et de moyens de communication alternative et augmentée. 2014; 50
92. Phaneuf M. Le soin de l'enfant et le jeu [ph D infirmière]; 2013
93. Linglin J : le "jouer" en pédiatrie [mémoire Masseur-kinésithérapeute]. Limoges; 2015
94. Quesney A. Le jeu dans le soin pédiatrique. Enfances Psy [Internet]. 2013 [cité 21 nov 2018];60(3):178. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2013-3-page-178.htm>

95. Coutou-Coumes F. Du Rami au Mistigri: Jouer pour soigner. *Enfances Psy* [Internet]. 2001 [cité 21 nov 2018];15(3):114. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2001-3-page-114.htm>
96. Bailly R. Le jeu dans l'oeuvre de D.W. Winnicott. *Enfances Psy* [Internet]. 2001 [cité 21 nov 2018];15(3):41. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2001-3-page-41.htm>
97. Deshayes C. A quoi on joue. *Kinésithér Scient*. 2002;(428):29-34
98. Lindquist I. *Thérapie par le jeu*;1984
99. Le Goff I. Approche pédiatrique de la proprioceptivité. *Kinésithérapie Rev* [Internet]. août 2012 [cité 21 nov 2018];12(128-129):68-71. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012312001155>
100. Huerre P. Jouer, c'est sérieux ! *Enfances Psy* [Internet]. 2001 [cité 21 nov 2018];15(3):8. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2001-3-page-8.htm>
101. Andrieu B. Prendre le soin de toucher. *Éthique Santé* [Internet]. 1 déc 2007 [cité 24 août 2018];4(4):180-3. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1765462907797465>
102. Schaller J-J. Une humanité de la rencontre à l'épreuve des z'IN. *VST - Vie Soc Trait* [Internet]. 3 sept 2012 [cité 24 août 2018];(115):46-51. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2012-3-page-46.html>
103. Lejeune F, Gentaz É. Le toucher chez les enfants prématurés. *Enfance* [Internet]. mars 2013 [cité 21 nov 2018];2013(01):33-48. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-enfance2-2013-1-page-33.htm>
104. Courjou E. Le toucher : sens de l'humanité. *Kinésithér Scient*. 2006;(471):9-12. Disponible sur: <https://www.ks-mag.com/article/7054-le-toucher-sens-de-l-humanite>
105. Berberides I, Lefevre V. Le Toucher et la Paralyse : le rôle du toucher dans la construction de Soi et la relation à l'Autre. *Mot Cérébrale Réadapt Neurol Dév* [Internet]. 1 juin 2014 [cité 24 août 2018];35(2):63-7. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0245591914000041>
106. Gedda M. Balnéothérapie moderne (1re partie). *Kinésithérapie Rev* [Internet]. oct 2007 [cité 30 déc 2018];7(70):13. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012307704813>
107. Chevutshi A, Dengremont B, Lensel G, Pardessus V, Thevenon A. La balnéothérapie au sein de la littérature. *Kinésithérapie Rev* [Internet]. nov 2007 [cité 30 déc 2018];7(71):14-23. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012307705016>

108. Chevutschi A, Dengremont B, Lense G, Thevenon A. La balnéothérapie au sein de la littérature : propriétés de l'eau. *Kinésithérapie Rev* [Internet]. oct 2007 [cité 30 déc 2018];7(70):14-20. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012307704825>
109. Mucchielli A. Chapitre III : La communication paradoxale. In: *Psychologie de la communication*. Presses Universitaires de France; 1995.
110. Cabin P, Dortier J-F. Gregory Bateson : double blind et communication paradoxale. In: *La Communication. Etat des savoirs: Etat des savoirs*. Sciences Humaines; 2011. 476 p.
111. La communication paradoxale : 6 clés pour la comprendre [Internet]. *Nos Pensées*. 2017 [cité 29 déc 2018]. Disponible sur: <https://nospensees.fr/communication-paradoxale-6-cles-comprendre/>

8. ANNEXES

Annexe I : le développement de l'approche pragmatique chez l'enfant selon Adams [30]

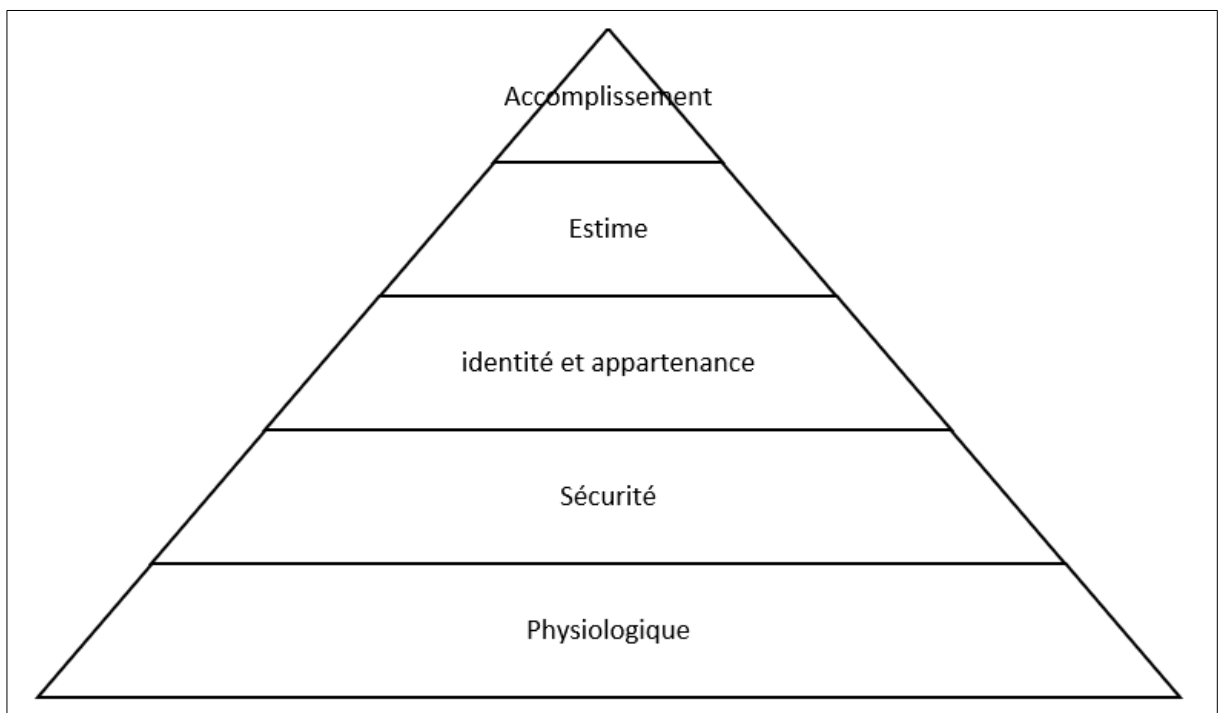
8/9 mois	Alternance des tours de paroles
12 mois	Intentions communicatives pré-linguistiques
14-32 mois	Développement rapide des actes de communication
18 mois	Compréhension des émotions au cours d'une situation
Dès 2 ans	Maintien du thème de conversation dans une interaction avec l'adulte Clarification en cours de conversation Adaptation du discours en fonction de l'interlocuteur 1 ^{ère} forme de politesse
3-4 ans	Inférer l'information à partir de récits Utilisation de divers actes de langage Ajustement au contexte social et changement de registre
4-5 ans	Réparation d'un accident dans l'alternance des rôles Compréhension des croyances d'autrui Demandes de reformulation des énoncés adultes
4-6 ans	Inférer des significations indirectes
5-7 ans	Restituer le thème central d'un récit
6-7 ans	Habiletés méta-pragmatiques Bon usage de formes anaphoriques
7 ans	Maîtrise des marqueurs du discours
7-9 ans	Evaluer de manière juste les besoins de l'interlocuteur concernant la quantité d'information à fournir
9 ans	Pertinence et efficacité dans la communication Usage complet des formes de politesse
9-12 ans	Amélioration de la cohésion du discours
Jusque 17 ans	Explications d'expressions idiomatiques

Annexe II : les quatorze besoins fondamentaux selon Virginia Henderson [47]

1. Respirer, capacité d'une personne à maintenir un niveau d'échanges gazeux suffisant et une bonne oxygénation
2. Boire et manger, capacité d'une personne à pouvoir boire ou manger, à mâcher et à déglutir. Également à avoir faim et absorber suffisamment de nutriments pour capitaliser l'énergie nécessaire à son activité.
3. Éliminer, capacité d'une personne à être autonome pour éliminer selles et urine et d'assurer son hygiène intime. Également d'éliminer les déchets du fonctionnement de l'organisme.
4. Se mouvoir, et maintenir une bonne posture et maintenir une circulation sanguine adéquate. Capacité d'une personne de se déplacer seule ou avec des moyens mécaniques, d'aménager son domicile de façon adéquate et de ressentir un confort. Également de connaître les limites de son corps.
5. Dormir, se reposer. Capacité d'une personne à dormir et à se sentir reposée. Également de gérer sa fatigue et son potentiel d'énergie.
6. Se vêtir et se dévêtir. Capacité d'une personne de pouvoir s'habiller et de se déshabiller, à acheter des vêtements. Également de construire son identité physique et mentale.
7. Maintenir sa température corporelle dans la limite de la normale. Capacité d'une personne à s'équiper en fonction de son environnement et d'en apprécier les limites.
8. Être propre, soigné et protéger ses téguments. Capacité d'une personne à se laver, à maintenir son niveau d'hygiène, à prendre soin d'elle et à se servir de produits pour entretenir sa peau, à ressentir un bien-être et de se sentir belle. Également se percevoir au travers du regard d'autrui.
9. Éviter les dangers. Capacité d'une personne à maintenir et promouvoir son intégrité physique et mentale, en connaissance des dangers potentiels de son environnement.
10. Communiquer avec ses semblables. Capacité d'une personne à être comprise et comprendre grâce à l'attitude, la parole, ou un code. Également à s'insérer dans un groupe social, à vivre pleinement ses relations affectives et sa sexualité.
11. Agir selon ses croyances et ses valeurs. Capacité d'une personne à connaître et promouvoir ses propres principes, croyances et valeurs. Également à les impliquer dans le sens qu'elle souhaite donner à sa vie.

12. S'occuper en vue de se réaliser. Capacité d'une personne à avoir des activités ludiques ou créatrices, des loisirs, à les impliquer dans son auto-réalisation et conserver son estime de soi. Également de tenir un rôle dans une organisation sociale.
13. Se divertir, se recréer. Capacité d'une personne à se détendre et à se cultiver. Également, à s'investir dans une activité qui ne se centre pas sur une problématique personnelle et d'en éprouver une satisfaction personnelle.
14. Apprendre. Capacité d'une personne à apprendre d'autrui ou d'un évènement et d'être en mesure d'évoluer. Également à s'adapter à un changement, à entrer en résilience et à pouvoir transmettre un savoir.

Annexe III : la pyramide des besoins d'A. Maslow (1943) [48]



Annexe IV : le développement du langage jusque 6 ans [55]

Age	Compréhension	Expression
Vers 6 mois	Réagit à son prénom, au « non ».	Commence à babiller (ba ba ba).
Entre 9 et 12 mois	Comprend des mots familiers en contexte puis hors contexte : « attends », « fais attention », « prends » ... Regarde un objet qu'on lui montre.	Salue, refuse, pointe du doigt. Utilise un babillage diversifié (ba da ba), proche des premiers mots
Entre 12 et 18 mois	Comprend des petites phrases en contexte : « le doudou est tombé », « le biberon est chaud » ...	Développe des gestes symboliques : main à l'oreille pour téléphone... Dis ses premiers mots en contexte.
Entre 18 et 24 mois	Comprend des ordres simples en contexte : « tiens ton biberon », « prends ton gâteau » ...	Utilise des mots phrases : [balle] = « donne la balle » ou « c'est une balle », selon le contexte et l'intonation. Apprends plusieurs mots par jour : période d'explosion lexicale. Puis ébauche des phrases en combinant un geste et un mot, ou deux mots : pointer + [balle]= «je veux la balle », [gade poupée] = « regarde ma poupée ».
Entre 2 et 3 ans	Comprend des ordres simples hors contexte : « va chercher ton pyjama », « tu peux aller te coucher », «va jouer avec ton petit frère » ...	Utilise- « moi » pour parler de lui. Fait des petites phrases de deux ou trois mots (langage télégraphique) et les associe aux gestes.
À 3 ans	Comprend le langage du quotidien.	Diversifie son vocabulaire : verbes, adjectifs et mots outils ou fonctionnels (prépositions, pronoms...) mais parfois mal prononcés. Fait des phrases à trois éléments (sujet+verbe+complément). Commence à utiliser « je ».
À 4 ans	Comprend des phrases longues et complexes et comprend un récit simple.	Précise son vocabulaire. Allonge et complexifie ses phrases. Articule tous les sons.
À 5 ans	Comprend un récit.	À acquis les règles du langage. Construit des récits. Parle sans déformer les mots.
À 6 ans		Est prêt pour apprendre à lire et à écrire.

Annexe V : le développement psychomoteur de l'enfant [54]

1-2 mois	
<u>Motricité</u> Fonction postural (tonus) Fonction antigravitaire (redressement)	Hypotonie axiale (cyphose dorsale, position foetale et tête tournée sur le côté) Hypertonie des membres (repli) qui s'atténuent ensuite (extension des hanches). Redressement en ventral de 45° à 2 mois.
<u>Préhension</u>	Grasping (atténué le 2 ^{ème} mois avec ouverture fréquente des mains)
<u>Vision</u>	Poursuite d'un objet jusque 90° puis 180°. Intérêt pour les couleurs vives, les objets et surtout le visage humain. 1 ^{er} sourire (« sourire social »).
<u>Audition</u>	Réaction aux bruits forts (réflexe archaïque de Moro présent) et localisation par la suite. Intérêt pour les sons divers, calmes : la musique l'apaise.
<u>Langage</u>	Vagissements (sons gutturaux), pleurs (=inconfort) et vocalises dès le 2^{ème} mois.
<u>Développement social/compréhension</u>	Journée partagée entre sommeil et repas. Grande réceptivité à la présence/voix maternelle. Ne pas trop stimuler jusque 4 semaines puis créer un environnement riche en couleurs, jouets tout en encourageant le progrès.

3-4 mois	
<u>Motricité</u> Fonction postural (tonus) Fonction antigravitaire (redressement)	Maintien de la tête à 4 mois. Redressement en ventral de 45 à 90° en appui sur les coudes (sphinx). Dos ferme mais région lombaire faible. Hypotonie des membres qui sont détendus. Il roule sur les côtés, met un pied sur le genou, flexion/extension des membres.
<u>Préhension</u>	« Préhension au contact » : involontaire, au contact de l'objet avec la main de l'enfant (ouvre, referme et retient l'objet (souvent le porte à la bouche). On parlera de réaction tactilo-motrice. L'enfant joue beaucoup avec le hochet mais le perd souvent.
<u>Vision</u>	Convergence et poursuite oculaire établie. Rotation complète de la tête. Aime le mouvement, les couleurs vives, les périodes d'observations se rallongent. Jeux d'exploration des mains par le regard et le toucher.
<u>Audition</u>	L'activité auditive est acquise (identification et localisation) : l'enfant tourne la tête vers la source sonore.

<u>Langage</u>	L'enfant communique beaucoup, longues mélodies de voyelles et consonnes. Age des gazouillis (vocalises prolongées de syllabes déformées), des cris de plaisir et rire aux éclats.
<u>Développement social/compréhension</u>	1 ^{ère} socialisation, apprécie la compagnie, explore, porte de l'intérêt à ce qui l'entoure. Il utilise le « langage du corps » pour se faire comprendre (mouvement pied/bras et cris de joie/détresse). La régularité des soins est primordiale, il faut des actes répétitifs, « <i>le monde doit être prévisible</i> » selon Anna Freud.

5-6 mois	
<u>Motricité</u> Fonction postural (tonus) Fonction antigravitaire (redressement)	<i>Amélioration du tonus axial</i> : redressement en ventral, tête et tronc avec appui sur les coudes puis les mains. Dos presque droit en assis. <i>Déploiement d'une grande activité musculaire</i> : -Debout : repousse mais ne tient pas debout, sautille -Ventral : fait « l'avion » -Dorsal : pédalage, saisit ses pieds et essaye de se retourner. -Assis : tient en appui sur les MS en avant (parachute antérieur), attrape ses pieds (exploration corporelle) et aide au tirer assis
<u>Préhension</u>	La préhension volontaire apparaît : (cubito)-palmaire, globale, imprécise entre la paume et les 3 derniers doigts pour un objet de grosse taille. L'enfant associe la vue au toucher (porte l'objet à la bouche). Un objet dans chaque main est possible.
<u>Vision</u>	Peut pivoter complètement pour suivre un objet ou quelqu'un.
<u>Audition</u>	Tourne la tête vers une personne qui parle, adore le mouvement des bouches, les voix humaines. Grandes sensibilités aux intonations et à la musique.
<u>Langage</u>	Ton moqueur « agueu » puis lallations. L'enfant fait des roulades avec les syllabes, joue sur les volumes, intensité, durée. Il s'écoute et prend conscience des sons qu'il émet. D'où la répétition de ces exercices qui sont des jeux solitaires où l'adulte ne doit pas intervenir. D'autres moments dans la journée seront propices pour le stimuler.
<u>Développement social/compréhension</u>	Introduction de nourriture diversifiée. Le repas est un moment privilégié de socialisation dans un environnement serein et détendu. L'enfant est un membre de la famille. C'est aussi l'âge des dents !

7-8 mois

Motricité

Fonction postural (tonus)
Fonction antigravitaire (redressement)

Tiens assis seul, peut rouler et se pencher en avant pour rattraper ses jouets. Porte ses pieds à sa bouche, aime jouer avec ses mains et ses pieds et aime rebondir quand on le tient debout.

A 8 mois, bien stable en assis, bonne réaction parachute, peut pivoter, prendre un objet et revenir.

Préhension

Préhension en « pince inférieure » (pouce-petit doigt). Le relâchement est volontaire et global (peut être acquis plus tardivement vers 12 mois). Il cherche un objet qu'il vient de voir disparaître : on parlera du stade de la permanence de l'objet. Le passage d'objet d'une main à l'autre est possible.

Langage

Monosyllabe da, ba, pa, ma. Ce jargon est l'ébauche d'un vrai langage. Il faut parler souvent au bébé pour l'aider à développer son vocabulaire : lentement, simple, associant mot et geste. Ensuite il imite des sons et combine des syllabes.

Développement social

Bonne distinction entre les visages. Il différencie sa mère des autres, comprend qu'elle est différente de lui donc qu'elle peut le quitter : c'est l'âge de la crise anxieuse. Ce sera le moment de trouver un substitut affectif comme la peluche. L'enfant appréhende les changements et tout ce qui est nouveau lui fait peur.

9-10 mois

Motricité

Fonction postural (tonus)
Fonction antigravitaire (redressement)

L'enfant essaye de ramper, puis marche à 4 pattes (main-genou puis main-pied). Se met debout seul, fait quelques pas en se tenant mais chute souvent. Les réactions d'équilibration en station debout ne sont pas encore bien organisées.

Préhension

Objet de petite taille, en pince « supérieure » (pouce-index). Meilleure indépendance manuelle. Il aime jeter au sol, apprend à tendre un jouet : il y a échange. Il a le sens du moyen et du but, du contenant et contenu : il aime introduire et retirer un objet d'une boîte.

Langage

Syllabes redoublées « mama, dada ». Il doit comprendre le sens général d'une phrase prononcée par l'adulte et parfois le geste significatif.

Développement social

Activité débordante, ne peut rester tranquille un instant. Exploration de l'environnement à 4 pattes, touche à tout, jette les objets au sol pour en connaître les propriétés. Il faut le laisser libre de se mouvoir et de manipuler.

11-12 mois

Motricité

Fonction postural (tonus)

Fonction antigravitaire (redressement)

Début des premiers pas, soutenu à 2 mains, puis 1, et enfin seul en se tenant aux meubles. Il pousse chaise et fauteuil pour apprendre à marcher.

Préhension

Perfectionne sa pince supérieure, le relâchement est fin et précis. Il aime jeter les objets un par un (façon rudimentaire de compter). Il pointe son index vers un objet de petite taille et explore la 3^{ème} dimension. Il a le sens de la profondeur, du solide, du haut, bas, du séparé et du réuni, du contenant et contenu. Il a besoin d'emboîter les objets et aime mettre des paniers/boîtes sur sa tête.

Langage

L'enfant peut dire 2-3 « mots-phases » significatifs (papa, lolo, bobo). Ce langage a un sens pour l'enfant et correspond à une situation précise. Cependant le mot-symbole peut avoir plusieurs utilisations. On parlera du début du langage global significatif.

L'enfant doit comprendre la signification de plusieurs phrases employées par les parents.

Développement social

Période transitoire où l'enfant utilise ses capacités motrices pour élargir ses connaissances intellectuelles. Il a une bonne mémoire visuelle et remarque des détails qui échappent à l'observation des adultes. Il a un sens de l'ordre développé (dû au besoin profond de sécurité). Le jeu du « coucou le voilà » le passionne. Prise de conscience du « la » et du « plus là ».

15-18 mois

Motricité

Fonction postural (tonus)

Fonction antigravitaire (redressement)

Marche seul vers 15 mois, course vers 18 mois. Jambes écartées au départ pour le maintien de l'équilibre et tombe souvent (il court après son centre de gravité). Escaliers 4 pattes puis tenu, descente vers 21 mois. Peut se mettre debout seul et s'agenouiller seul. Peut tirer un objet derrière lui.

Préhension

Il aime jeter, renvoyer, pousser. Le renvoi est plus ferme. Chute fréquente au moment de l'envoi puis équilibre meilleur à 18 mois. Le relâchement de l'objet est fin et précis. Il sait tourner les pages d'un livre, désigner 1-2 images, fait des gribouillis, construit des tours de 2-4 cubes et encastre jusqu'à 2-3 éléments à 18 mois.

Langage

Entre 15 et 18 mois, utilisation d'au moins 5 à 8 « mots-phrase » avec parfois association de 2 mots : il perfectionne son « langage global significatif » (bébé bobo). L'enfant range les mots selon leur valeur affective, il se place toujours le premier. Acquisition d'un jargon

mature de 7-10 mots.

Développement social

Les jeux qui le passionnent mettent à l'épreuve les capacités motrices. Vitalité débordante et un grand désir d'autonomie mais les interdits maternels viennent souvent bloquer ses initiatives.

Sociabilité se développe : il a besoin de l'adulte pour s'amuser, intérêt pour les jeux de collectivité (constructions (tour 2 cubes), encastrement, livre d'image), son attention est plus soutenue.

Les rapports avec les autres sont peu harmonieux (pince, mord comme si le camarade était un jouet). Il préférera jouer seul le dos tourné à autrui.

2-3 ans

Motricité

Fonction postural (tonus)
Fonction antigravitaire (redressement)

Course rapide avec virage, contourne les obstacles, grimpe, tourne, saute en bi et monopodal, escalier seul, tape au ballon.

Préhension

Totale indépendance manuelle (jeu de vissage/dévisage).
Souplesse du poignet

Compréhension

Bon développement intellectuel. Sait dire la signification de 4-8 images, nomme 4-8 objets usuels et parties de son corps, il connaît 2-4 couleurs, sait compter jusque 4 à 2 ans. Il apprécie les jeux faisant appel à la réflexion (construction : tours de 6-8 voire 10 cubes et encastrement : 4 éléments à 2 ans, tous les éléments à 3 ans).

Langage

Explosion du vocabulaire : utilisation de verbes et de phrases explicites tout en restant enfantin. A 2 ans il se nomme encore par son prénom ou par « bébé ». A 3 ans il utilise le « je », « moi » et pose beaucoup de question.

Développement social

2 ans : âge carrefour à mi-chemin nourrisson/enfant.

-peu sociable (préférés les jeux solitaires, ne connaît pas la coopération, possessif),

-peu autonome (autoritaire à la maison, timide, dépendant de sa mère).

3 ans : âge de la 1^{ère} majorité.

-Meilleure maturité (comprend le permis et le défendu, maîtrise le langage et pose des questions),

-Meilleure sociabilité (sait attendre son tour, apprécie la compagnie et les jeux collectifs),

-Meilleure autonomie (moins lié à sa mère, construction du moi, négativisme (« non »)).

-Age des jeux symboliques (imite l'adulte, animisme et merveilleux, propreté,

-Age des questions sur le sexe et phase œdipienne

Annexe VI : classifications internationales des troubles du langage (DSM-IV et CIM10) [55]

	Trouble du langage de type expressif	Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif	Trouble phonologique
A	Les scores obtenus sur des mesures standardisées du développement des capacités d'expression du langage sont nettement au-dessous des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales d'une part, de ceux obtenus par des mesures standardisées du développement des capacités réceptives du langage d'autre part. La perturbation peut se manifester sur le plan clinique par des symptômes tels que : vocabulaire notablement restreint, erreurs de temps, difficultés d'évocation des mots, difficultés à construire des phrases d'une longueur ou d'une complexité appropriées au stade de développement.	Les scores obtenus sur des mesures standardisées du développement des capacités expressives et réceptives du langage sont nettement au-dessous des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales. Les symptômes incluent ceux du trouble du langage de type expressif ainsi que les difficultés à comprendre certains mots, certaines phrases ou des catégories spécifiques de mots comme les termes concernant la position dans l'espace.	Incapacité à utiliser les phonèmes normalement acquis à chaque stade du développement compte tenu de l'âge et de la langue du sujet (par exemple, erreurs dans la production des phonèmes, leur utilisation, leur représentation ou leur organisation ; cela inclut, de manière non limitative, des substitutions d'un phonème par un autre, ou des omissions de certains phonèmes, comme ceux en position finale).
B	Les difficultés d'expression interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.	Les difficultés d'expression et de compréhension du langage interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.	Les difficultés dans la production des phonèmes interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.
C	Le trouble ne répond pas aux critères du trouble de langage de type mixte réceptif-expressif, ni à ceux d'un trouble envahissant du développement.	Le trouble ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement.	S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions.
D	S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions.	S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions.	

Troubles spécifiques

de l'acquisition de l'articulation

L'utilisation par l'enfant des phonèmes est inférieure au niveau correspondant à son âge mental, mais avec un niveau linguistique normal.

Trouble de l'acquisition du langage de type expressif

Les capacités de l'enfant à utiliser le langage oral sont nettement inférieures au niveau correspondant à son âge mental, mais la compréhension du langage se situe dans les limites de la normale. Le trouble peut s'accompagner d'un trouble de l'articulation.


Trouble de l'acquisition du langage de type réceptif

Les capacités de l'enfant à comprendre le langage sont inférieures au niveau correspondant à son âge mental. Dans la plupart des cas, le versant expressif est, lui aussi, nettement perturbé et il existe habituellement des troubles phonétiques.

Cette classification est complétée par deux catégories : autres troubles du développement de la parole et du langage, troubles du développement de la parole et du langage sans précision. L'aphasie acquise avec épilepsie (syndrome de Landau-Kleffner) est considérée à part.

Annexe VII : questionnaire pour connaître l'enfant [79]

Mieux te connaître pour mieux t'endormir



Votre enfant va bénéficier d'une anesthésie générale lors de laquelle il sera endormi. Nous vous invitons à répondre à ces quelques questions, avec votre enfant si son âge le permet, pour nous aider à mieux le connaître et faciliter notre relation avec lui au bloc opératoire le jour de l'intervention.

Qui es-tu ?

Ton nom _____

Ton prénom _____

Ton surnom (si tu en as un) _____

Ton âge _____

Dans ta famille

Le prénom de ton papa _____

Le prénom de ta maman _____

Ou celui de la personne qui t'accompagnera le jour de l'intervention _____

Si tu as des frères et sœurs quels sont leurs prénoms et leurs âges ? _____

Tes activités préférées

- Lire
- Regarder la télévision
- Écouter de la musique
- Jouer d'un instrument de musique lequel ? _____
- Dessiner, peindre
- Cuisiner
- Jouer sur une console, un ordinateur, une tablette
- Jouer avec des personnages (Playmobil®, Petit poney...)
- Jouer à des jeux de construction (Lego®, Kapla®, Meccano®...)
- Jouer à la poupée
- Faire des jeux de société lesquels ? _____
- Faire une collection laquelle ? _____
- Aller au zoo
- Jardiner / bricoler
- Pêcher
- T'occuper d'animaux
- Faire du sport lequel ? _____
- Te déguiser en quoi ? _____
- Autre : _____

À la maison

Comment s'appelle ton doudou (si tu en as un) ? _____

Astu un animal de compagnie ?
Si oui, comment s'appelle-t-il ? _____

Quel est ton livre ou ton héros préféré ? _____

Quel est l'endroit où tu te sens bien (ta chambre, le jardin, le bord de mer, la montagne...) ? _____

Votre enfant a-t-il récemment vécu une expérience difficile (chez le médecin, le dentiste, à l'hôpital, dans la famille, à la crèche, à l'école...) ? Si oui, de quel ordre ? _____

Merci d'ajouter ce qui semblerait utile que nous sachions afin de vous accueillir au mieux vous et votre enfant :

Annexe VIII : échelle de la douleur en pédiatrie [81]

0 – 4 ans		4 – 6 ans	6 – 10 ans
Hétéroévaluation		Autoévaluation	
<i>Post-opératoire immédiat</i> -Amiel Tison -OPS -CHEOPS		EVA + autre moyen Schéma + examen clinique	-EVA -Jeton -FPS-R -Schéma
<i>Douleur aigue au début</i> -NFCS -CHEOPS		Hétéroévaluation	
<i>Douleur aigue après quelques heures</i> -DEGR -Appréciation générale			

EVA = échelle visuelle analogique

NFCS = Neonatal Facial Infant Pain Profile

CHEOPS = Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale

FPS-R = Faces Pain Scale – échelle des visages

DEGR = Douleur Enfant Gustave Roussy

OPS = Objective Pain Scale

Annexe IX : synthèse non-exhaustive des codes de communications alternatives [91]

Communications alternatives	Support / Principes
Makaton	Paroles, signes (LSF) et pictogrammes
Méthode Borel-Maisonny	Gestes symboliques - apprentissage de la lecture
Approche Snoezelen	Relation de communication sur le mode sensoriel
PECS <i>Picture Exchange Communication System</i>	Echange physique d'images via des classeurs de communication
BLISS	Langage idéographique avec pictogrammes et idéogrammes
Minspeak	Représentation du langage sur support électronique avec des icônes polysémiques
Banques de données – Pictogrammes*	
ARASAAC	
PICTO SELECTOR	
PICTOFRANCE	
PICTO	
Scléra pictogrammes	
Sparadrapp	
Mind express	
Echange dans le champ de la santé	
Kit de communication avec les patients (Hôpitaux de Paris)	
Books beyond words	
Faciliter les interactions de communication entre le MPR, le patient aphasique et le soignant nursing (FA.ICO.M.A.N)	
Support alternatif individualisé de communication médicale et sociale pour les patients aphasiques (S.A.I.CO.M.S.A)	
Passeport santé	
Adaptation et nouvelles technologies	
Souris	Pointeur par la tête
Clic	Contacteur ou pointeur
Clavier	Clavier virtuel (système de pointage)
Application AZAHAR (amélioration de la communication et planification des tâches)	
Application « AAC Parole » (pictogrammes)	
Application « Dis-moi » (pictogrammes)	
Vidéo	

*utilisables et téléchargeables gratuitement