



HAL
open science

Surdité et établissement de la communication chez le jeune enfant : quels enjeux psychomoteurs dans la relation avec l'environnement ? Un exemple de prévention psychomotrice en crèche collective

Victoire Roucou

► To cite this version:

Victoire Roucou. Surdité et établissement de la communication chez le jeune enfant : quels enjeux psychomoteurs dans la relation avec l'environnement ? Un exemple de prévention psychomotrice en crèche collective. Sciences cognitives. 2014. dumas-01068789

HAL Id: dumas-01068789

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01068789>

Submitted on 1 Oct 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de formation en psychomotricité
91 Boulevard de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



**Surdité et établissement de la communication chez le
jeune enfant :**

**Quels enjeux psychomoteur a-t-il avec son
environnement?**

Un exemple de prévention psychomotrice en crèche collective.

**« Il faut être au moins deux pour commencer à parler de surdité »
B. Mottez**

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité
par Victoire Roucou

Référent de mémoire :
Séverine Lang

Session Juin 2014

Remerciements

À Séverine Lang, maître de stage et maître de mémoire, pour m'avoir fait partager son expérience professionnelle, pour la confiance qu'elle m'a accordée et avoir nourri mes réflexions tout au long du stage. Merci pour ses encouragements et sa disponibilité.

À l'équipe de la crèche collective ainsi qu'à sa directrice, pour leur accueil, leur aide et leur disponibilité.

À mes référents de stage qui, durant ces trois années de formation, ont su partager leurs connaissances, leurs expériences et m'ont permis d'accéder à des réflexions enrichissantes.

À ma famille, qui a toujours cru en moi et qui me soutient depuis le début de mon parcours.

À mes amis, pour leurs encouragements, leur patience et leur humour qui m'ont porté tout au long de ma formation.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
GÉNÉRALITÉS THÉORIQUES	6
L'AUDITION	7
1. AUDITION	7
2. L'APPAREIL AUDITIF	8
3. L'AUDITION ET LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE ORAL	9
LA DÉFICIENCE AUDITIVE	11
1. DÉFINITION ET ÉTIOLOGIE	11
2. LES ÉVALUATIONS SUBJECTIVES ET OBJECTIVES DE L'AUDITION	12
3. LES TROIS TYPES DE SURDITÉ	13
4. LES DIFFÉRENTS DEGRÉS DE SURDITÉ	14
5. PERTE QUANTITATIVE ET PERTE QUALITATIVE	15
6. SOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES	17
PARTIE	19
THÉORICO-CLINIQUE	19
PRÉSENTATION DU LIEU DE STAGE	20
1. DFPE ET RÔLE DU PSYCHOMOTRICIEN	20
2. LA CRÈCHE COLLECTIVE	21
CAS CLINIQUE	23
1. CADRE D'OBSERVATION	23
2. AMADOU	25
SÉMIOLOGIE PSYCHOMOTRICE DE LA SURDITÉ	29
AMADOU ET SON ENVIRONNEMENT PHYSIQUE	31
1. AU SEIN DE LA CRÈCHE	31
2. LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR SELON J. PIAGET	33
3. LA NOTION DE FLUX SENSORIEL SELON A. BULLINGER	39
AMADOU DANS SON ENVIRONNEMENT RELATIONNEL	44
1. LE TONUS ET LA VIGILANCE	44
2. L'ÉTAYAGE PSYCHOMOTEUR SELON S. ROBERT-OUVRAY	46
3. LES COMMUNICATIONS NON VERBALES, LE DIALOGUE TONIQUE SELON J. DE AJURIAGUERRA	47
4. LA NOTION DE TERRITOIRE VITAL PAR S. ROBERT-OUVRAY	52
CONCLUSION :	56

DISCUSSION	57
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	75

INTRODUCTION

Actuellement, la surdité est dépistée de plus en plus tôt. En effet, il est possible de s'en rendre compte grâce à l'Arrêté de Mai 2012 du Code de la Santé Publique. Ce dernier évoque l'entérinement du dépistage auditif systématique des nouveau-nés. Le diagnostic et la prise en charge de nourrissons âgés de quelques semaines sont possibles, un appareillage auditif et une prise en charge spécialisée sont alors rapides. Les conséquences de ce diagnostic sont diverses. Pour la famille notamment, cela peut être un véritable choc psychologique de savoir que son bébé est sourd. Il est nécessaire de s'adapter à cette donnee. La communication avec le bébé sera à enrichir et il sera important de proposer des bilans médicaux afin de définir l'origine de la surdité, de mettre en place des r educations orthophoniques et des propositions de différentes prothèses.

La prévalence de nourrissons atteints de surdité est de 1 à 2 pour 1000 à la naissance et 1 à 2 pour 1000 des enfants deviennent sourds dans la première année de vie. Par ces statistiques, il est probable que des professionnels accueillant de très jeunes enfants soient en position d'avoir à s'occuper d'un enfant sourd.

Lors de mon stage en crèche, j'ai rencontré un petit garçon sourd nommé Amadou.  g  de 24 mois, j'ai été touché par sa détermination à comprendre ce qu'il se passait autour de lui et à communiquer. Ainsi, plusieurs questions se sont soulevées. Quelle place a le corps dans la communication avec un petit enfant atteint de surdité congénitale bilatérale accueilli en crèche collective ?

De cette problématique, d'autres questions surgissent : Comment fait Amadou pour comprendre son environnement ? Quelles stratégies utilise-t-il ? Qu'est-il proposé par l'équipe qui l'accueille quotidiennement pour améliorer ses conditions de vie à la crèche ? Quel engagement corporel cela implique pour lui et pour les adultes qui s'en occupent ? Comment interagit-il avec les autres ?

J'ai décidé de faire ce mémoire d'une manière théorico-clinique. Un raisonnement se construira par des éléments théoriques, mes observations, puis des questionnements qui seront ensuite dans la discussion.

GÉNÉRALITÉS THÉORIQUES

L'AUDITION

1. Audition

L'audition est la perception des sons résultant de l'excitation par des ondes sonores de l'organe sensoriel qui transforme un message mécanique en un courant bioélectrique transmis aux centres supérieurs d'intégration, où a lieu l'élaboration de la sensation auditive.

Le son est un ébranlement élastique des éléments du milieu dans lequel il se propage. Il se définit par :

- sa fréquence. L'unité est le Hertz (Hz).
- son intensité. L'unité est le Décibel (Db).

L'oreille humaine perçoit des sons de 20 à 20 000 Hz. La zone des fréquences émises lors de la parole s'étend environ de 125 à 8 000 Hz.

De plus, l'oreille humaine perçoit les sons compris entre 0 et 140 dB. Les bruits supérieurs à 85 dB provoquent une surdité progressive, le seuil de la douleur commence à 120 dB et les tympons peuvent éclater au-delà.

Pour se représenter ces différentes intensités, voici une échelle de décibels s'apparentant à des sons connus :

Une ambiance calme :

- 0 dB: seuil d'audibilité.
- 15 dB: bruissement de feuilles.
- 30 dB: chuchotements.
- 45 dB: bureau calme.

Les bruits gênants :

- 60 dB: conversation normale, appartement bruyant.
- 70 dB: restaurant bruyant.

Les bruits nocifs :

- 80 dB: rue à fort trafic, avertisseurs sonores de véhicules.
- 90 dB: route à trafic intense, train à 25 mètres.

Les bruits dangereux :

- 100 à 110 dB: moto de course, marteau-piqueur, discothèque, concert.

Le seuil de la douleur :

120 dB: atelier de chaudronnerie.

130 dB: réacteur d'avion à quelques mètres.

160 à 180 dB: fusée au décollage.

2. L'appareil auditif

L'oreille est composée de trois parties :

L'**oreille externe**, constituée du pavillon et du conduit auditif fermé par une membrane élastique : le tympan.

L'**oreille moyenne** contient les osselets reliant le tympan à la fenêtre ovale et assurant la transmission des vibrations du tympan. Elle se présente comme une cavité prolongée en avant par la trompe d'Eustache qui aboutit dans le pharynx. À chaque déglutition, elle assure l'équilibre de pression entre l'oreille moyenne et l'extérieur, condition indispensable à la mobilité du tympan.

L'**oreille interne** comprend une cavité rigide, le labyrinthe osseux, dans laquelle flotte un organe souple et creux de forme comparable : le labyrinthe membraneux. Elle comporte l'organe de l'équilibre : l'appareil vestibulaire, et l'organe de l'audition : la cochlée. A l'intérieur de la cochlée se trouve l'organe de Corti (organe neurosensoriel). Il est composé de milliers de cellules ciliées. Lorsqu'elles sont mises en mouvement par une stimulation sonore, elles génèrent un influx nerveux transmis au nerf cochléaire. Les cellules ciliées sont sensibles à une fréquence qui leur est spécifique en fonction de leur emplacement. La cochlée sert donc à analyser les fréquences et les intensités sonores. Le vestibule joue un rôle important dans la stabilisation du regard et le contrôle du tonus axial dans l'équilibre¹.

Les fibres du nerf cochléaire se joignent au nerf vestibulaire pour constituer le nerf auditif. Le message nerveux est relayé dans le tronc cérébral

¹ Annexe 1.

où est détectée la localisation des sources sonores. Les aires auditives du cortex temporal poursuivent l'analyse du signal sonore.

Le développement du langage ne peut se développer normalement sans l'audition. Ainsi, je trouve important d'approfondir ce lien avant de traiter des communications non verbales.

3. L'audition et le développement du langage oral

Dès la naissance l'enfant entendant perçoit les contrastes phonétiques de toutes les langues et la perception des sons de parole se fait comme chez l'adulte, par catégorisation.

Dès les premiers jours de vie les bébés sont plus sensibles à la voix maternelle qui est entendue in utero, qu'à la voix d'une étrangère.

À partir du deuxième mois l'enfant émet ses premiers sons vocalisés. Puis la maturation du conduit vocal lui permet de moduler à partir de 4 à 5 mois les variations de la voix et d'étendre son répertoire vocal. L'émergence du babillage survient entre 3 et 6 mois. Puis avec babillage canonique qui correspond au redoublement de syllabes, à partir de 7 mois.

Les premiers mots sont compris vers l'âge de 8 à 10 mois.

La production des premiers mots est repérée généralement entre 10 et 12 mois. Il y a une explosion lexicale entre 18 et 20 mois. Enfin, l'enfant prononce ses premières phrases entre 24 et 36 mois.

Il est estimé qu'à partir de 5 ans tous les phonèmes de la langue sont produits de façon correcte.

L'enfant entendant développe donc son langage d'une manière chronologique. Dès la naissance, il perçoit, puis au fur et à mesure il comprend et s'exprime. À 5 ans, il s'exprime en étant intelligible et il est considéré qu'à 8 ans, l'enfant sait comprendre et s'exprimer.

Du point de vue neurosensoriel, les sons arrivent à l'oreille, mais ne prendront sens qu'au niveau du cerveau : entendre est un préalable à comprendre ce que l'on entend.

Le langage oral se développe alors spontanément, par imprégnation.

L'enfant perçoit les sons, puis par le sens qui leur est donné, il comprend que les sons correspondent à des personnes, des espaces, des objets, à un temps, etc. Après avoir saisi les différents sens, l'enfant répète les sons pour se les approprier et continuer la démarche de compréhension. Il commence à s'exprimer. Enfin, à force de perception et de répétition du mot, l'enfant rectifie peu à peu les sons qu'il émet pour acquérir une intelligibilité totale de son expression pour les autres.

Il existe différents signes de trouble de l'acquisition du langage chez le jeune enfant, notamment dans le cas d'une déficience auditive, comme chez le nourrisson avec l'absence de réactions à la voix, aux bruits environnants, mêmes forts. Toutefois, un gazouillis normal peut s'installer vers trois mois, un simple "jeu moteur" des organes phonateurs, qui peut faire illusion, mais qui disparaîtra vers l'âge de un an. Puis, à l'âge préscolaire, c'est l'absence, le retard ou la régression du développement du langage parlé qui va être un indicateur de surdité. Cela contraste souvent avec un bon développement du langage mimique ou gestuel.

La surveillance du développement du langage chez un enfant sourd portant un appareillage se fait par rapport à différents paramètres comme l'appareil, la perception, la compréhension, l'expression et l'intelligibilité².

Avant d'expliquer quels sont les appareillages possibles pour les enfants sourds, il est primordial de définir la déficience auditive, sa classification et ses différents degrés.

² Annexe 2.

LA DÉFICIENCE AUDITIVE

1. Définition et étiologie

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « La déficience auditive désigne la perte complète de la capacité auditive d'une ou des deux oreilles ». De plus, l'OMS utilise le terme « enfant hypoacoustique » pour désigner « celui dont l'acuité auditive est insuffisante pour lui permettre d'apprendre sa propre langue, de participer aux activités normales de son âge et de suivre avec profit l'enseignement scolaire général ».

La déficience auditive, correspond donc à un affaiblissement ou une abolition complète du sens de l'ouïe. Elle peut être due à une lésion des centres cérébraux de l'audition, à une lésion du nerf auditif, à une lésion de l'oreille moyenne ou un défaut de l'oreille interne.³

La surdité peut être due à des facteurs génétiques héréditaires ou non, ou à certaines complications survenues pendant la grossesse ou lors de l'accouchement.

La majorité des surdités de l'enfant (70%) est isolée (ou non syndromique), et une malformation de l'oreille interne est rarement retrouvée. Environ 30% des surdités s'intègrent dans un syndrome poly-malformatif : plus de 300 syndromes avec surdité ont été décrits. Il faut noter qu'un très grand nombre de syndromes peuvent comporter une surdité.

Chez l'enfant, l'otite moyenne chronique est la principale cause de déficience auditive. En effet, les surdités de transmission les plus fréquentes sont acquises durant l'enfance, par exemple, séquelles d'otites séreuses, de perforation du tympan, etc. Beaucoup peuvent bénéficier d'un traitement médical et/ou chirurgical

³ Carric J.C. (1998), p.176.

Dans ce mémoire, j'utiliserais à la fois les termes de surdité et de déficience auditive. Ce dernier étant plus récent, le terme surdité est encore le plus utilisé. Alors nous les utiliserons ici comme des synonymes.

Il existe différents examens pouvant être proposés par un médecin Oto-Rhino-Laryngologiste (ORL) pour évaluer l'audition, à l'aide d'examens subjectifs et d'examens objectifs.

2. Les évaluations subjectives et objectives de l'audition

Les tests proposés nécessitent la participation du patient et dépendent de l'expérience de l'ORL. C'est pour cela que ces tests sont définis comme subjectifs.

L'acoumétrie Weber et Rinne qui permet une première évaluation du type de surdité avant un examen audiométrique plus approfondi.

L'audiométrie tonale permettant la recherche du seuil auditif.

L'audiométrie vocale se fait avec deux haut-parleurs pour les enfants à partir de 2 ans et demi. L'enfant a pour consigne de répéter les mots entendus. En effet, dans ce test un mot correctement répété correspond à un mot correctement entendu. Ce test est le plus fiable des tests subjectifs de l'audition.

L'audiométrie comportementale est réservée aux jeunes enfants et nécessite une formation et du matériel très spécialisés.

Les tests objectifs ne nécessitent pas la participation du patient. Tout est automatisé à l'aide d'une machine spécialisée. Ces tests seront proposés en cas de refus ou d'impossibilité de participation du patient, afin de confirmer de manière formelle les seuils auditifs ou afin de compléter l'évaluation subjective.

L'impédancemétrie tympanométrie et réflexe stapédien. Ces examens sont faits à l'aide d'un tympanogramme. La tympanométrie permet de diagnostiquer un dysfonctionnement de la Trompe d'Eustache ou de confirmer la présence d'une otite séreuse chez l'enfant.

L'Oto Emissions Acoustiques (OEA) permet de confirmer la présence et le bon fonctionnement des cellules sensorielles dans l'organe de l'audition. Cet examen est particulièrement adapté au dépistage de la surdité à la naissance et peut se faire à partir de 2 jours de vie.

Les Potentiels Évoqués Auditifs (PEA). Après stimulation de l'oreille interne par des sons haute-fréquence (3000 Hz) répétés à forte intensité, l'information sonore, qui se déplace de l'oreille interne vers le cerveau via le nerf auditif, est recueillie par des électrodes posées sur le visage. Cet examen peut être assimilé à un électro-encéphalogramme du trajet de l'information sonore vers le cerveau. Chaque bifurcation nerveuse entre les différentes étapes du trajet de l'information sonore sera visualisée par une onde bien précise.

3. Les trois types de surdité

Les surdités de transmission : elles sont liées à l'atteinte des structures de l'oreille externe et/ou de l'oreille moyenne. Le message nerveux véhiculé au niveau des voies auditives centrales est conforme à la réalité. Il n'y a pas de déformation des sons mais l'intensité est insuffisante. Le niveau de surdité est variable. La perte est de 20 à 50 dB.

Les surdités de perception ou neurosensorielles : liées à l'atteinte de l'oreille interne et/ou du nerf auditif, des voies nerveuses auditives ou des structures centrales de l'audition. Le message est d'intensité insuffisante. Il peut être flou ou déformé. Elles sont plus rares. La perte est de 20 à 120 dB.

L'adaptation d'une prothèse est proposée si la gêne sociale le justifie, associée à une rééducation adaptée, notamment avec une prise en charge avec une orthophoniste. Cette surdité n'est pas curable. C'est le type de surdité dont souffre l'enfant dont je vais vous parler dans ce mémoire.

Il existe des surdités mixtes qui associent ces deux types les surdités de transmission et les surdités de perception.

La surdité centrale : Elle se manifeste si les centres de l'audition du cerveau sont lésés. L'audiométrie peut être normale, mais il existe des

perturbations du codage, du transfert et du décodage de l'information acoustique au niveau des voies auditives centrales.

C'est un problème d'ordre neurologique. Le sujet a des difficultés pour analyser et reconnaître les informations auditives. A l'extrême, il ne parvient pas à donner du sens à ce qu'il entend.

Les troubles associés à la surdité sont les troubles de la communication et du langage, les troubles de l'équilibre, et les troubles vestibulaires

La surdité de perception peut être associée à une surdité centrale.

4. Les différents degrés de surdité

Les surdités peuvent être unilatérale (d'un côté) ou bilatérale (des deux côtés). L'enfant dont je vais vous parler est atteint d'une surdité bilatérale.

L'audition normale ou subnormale : la perte tonale moyenne ne dépasse pas 20 dB. Il s'agit éventuellement d'une atteinte tonale légère sans incidence sociale.

La déficience auditive légère : la perte tonale moyenne est comprise entre 21 dB et 40 dB. La parole est perçue à voix normale, elle est difficilement perçue à voix basse ou lointaine. La plupart des bruits familiaux sont perçus.

La déficience auditive moyenne : de premier degré correspond la perte tonale moyenne est comprise entre 41 et 55 dB. De deuxième degré, la perte tonale moyenne est comprise entre 56 et 70 dB. La parole est perçue si on élève la voix. Le sujet comprend mieux en regardant parler. Quelques bruits familiers sont encore perçus.

La déficience auditive sévère : de premier degré correspond à la perte tonale moyenne est comprise entre 71 et 80 dB. De deuxième degré, la perte tonale moyenne est comprise entre 81 et 90 dB. La parole est perçue à voix forte près de l'oreille. Les bruits forts sont perçus.

La déficience auditive profonde : de premier degré correspond à la perte tonale moyenne est comprise entre 91 et 100 dB. De deuxième degré, la perte tonale moyenne est comprise entre 101 et 110 dB. De troisième degré, la

perte tonale moyenne est comprise entre 111 et 119 dB. Seuls les bruits très puissants sont perçus. L'enfant que je vais vous présenter souffre d'une déficience auditive profonde. Il ne peut donc percevoir aucun bruit jusqu'à ce seuil.

La déficience auditive totale : la perte moyenne est de 120 dB. Rien n'est perçu.

La déficience auditive peut aussi être d'un point de vue quantitatif ou qualitatif. Afin de se rendre compte de la conséquence de ces différentes pertes, il me semble important d'en faire une représentation visuelle qui sera beaucoup plus significative à la lecture.

5. Perte quantitative et perte qualitative

La perte quantitative correspond aux différents degrés de surdités vues précédemment. Ci-dessous, vous verrez une représentation visuelle de ces différents degrés⁴ :

Normo-entendant

J'entends ce que vous me dites

Surdité légère

J'entends ce que vous me dites

Surdité moyenne

J'entends à peu près ce que vous me dites

Surdité sévère

Je n'entends presque pas ce que vous me dites

Surdité profonde

J'entends rien de ce que vous me dites

⁴ Noel-Petroff N. (2014).

La perte qualitative correspond à l'atteinte prédominante de certaines fréquences. Il me semble important de rappeler que la zone des fréquences émises lors de la parole s'étend environ de 125 à 8 000 Hz.

La perte d'audition peut concerner de façon plus importante une zone :

- Basses fréquences (250 ; à 500 Hz).
- Moyennes fréquences (1000 ; à 1500 Hz).
- Hautes fréquences (à partir de 2000 Hz).

Le handicap en sera alors très différent. En effet, en fonction de l'atteinte quantitative sur les fréquences basses, moyennes ou hautes, la surdité aura un impact plus ou moins grand sur la vie sociale du sujet.

Voici un exemple de la perception de la phrase « êtes vous sure d'avoir bien compris ? » que peut avoir un individu son incapacité à percevoir certaines fréquences⁵:

Fréquences (f) perçues jusqu'à 500 Hz					
O	MOU	OUR	M MOUR OU	ON	ROU ?
f → 1 00 Hz					
O	MOU	OUR	BA MOUAR	POU	PN PROU ?
f → 1500 Hz					
E	MOU	OUR	DA MOUAR	POU	PON PROU ?
f → 2 000 Hz					
éT	VOU	FUR	DA VOUAR	TOU	TON PRU ?
f → 3 000 Hz					
éT	VOU	CHUR	DA VOUAR	TOU	KON PRI ?
f → 4 000 Hz					
éT	VOU	SUR	DA VOUAR	TOU	KON PRI ?

⁵ *Ibid.*

La surdité est la plus part du temps la résultante d'une perte quantitative et d'une perte qualitative.

Selon le type et le degré de surdité, il y a différentes solutions thérapeutiques pour qu'une personne sourde puisse entendre.

6. Solutions thérapeutiques

Les prothèses conventionnelles : ce sont des amplificateurs acoustiques. Elles utilisent les restes auditifs de la cochlée. Leurs efficacités dépendent de l'importance de la surdité⁶.

Les prothèses conventionnelles sont performantes pour les surdités légères, moyennes et peu sévères, surtout si les hautes fréquences ne sont pas trop atteintes. Cependant, ces prothèses sont insuffisantes pour les surdités avec perte prédominant dans les hautes fréquences ou les surdités très sévères et profondes.

L'implant cochléaire : est un dispositif qui transforme les informations auditives acoustiques en signal électrique délivré directement au nerf auditif. Il est indépendant des restes auditifs, seulement dépendant de la présence et de la qualité du Nerf auditif. Il peut redonner des sensations auditives dans toutes les fréquences

Il s'adresse essentiellement à des surdités sévères à profondes, bilatérales notamment chez les adultes devenus sourds et chez les enfants sourds congénitaux, leur offrant la possibilité d'une communication orale⁷.

Chez l'enfant sourd profond, la qualité du développement du langage oral sera en fonction de la précocité avec laquelle on va redonner une perception auditive efficace. Ainsi, une prise en charge spécialisée précoce va optimiser cette efficacité⁸.

⁶ Annexe 3.

⁷ Annexe 4.

⁸ Annexe 5.

Par ailleurs, la surdité necessite une prise en charge pluridisciplinaire avec une orthophoniste, un audioprothésiste, un audio-phonologiste, un pédiatre, un psychomotricien, un enseignant spécialisé, un psychiatre ou psychologue qui accompagne l'enfant et ses parents. Si la surdité necessite un implant cochléaire, il y aura alors besoin d'un chirurgien pour l'intervention.

La psychomotricité étant intégrée dans la prise en charge, il est intéressant de voir quelles sont les conséquences d'une déficience auditive sur le développement psychomoteur de l'enfant.

Après avoir présenté mon lieu de stage et le cadre d'observation, je vous présenterais Amadou. Puis, en suivant la sémiologie psychomotrice, nous verrons comment la surdité a un impact sur l'environnement physique et l'environnement relationnel d'Amadou.

PARTIE
THÉORICO-CLINIQUE

PRÉSENTATION DU LIEU DE STAGE

1. DFPE et rôle du psychomotricien

La Direction des familles et de la petite enfance (DFPE) est chargée de la mise en œuvre de la politique municipale d'accueil des jeunes enfants, du service départemental de protection maternelle et infantile et de la Mission Familles. J'ai effectué mon stage dans un établissement d'accueil petite enfance de la ville de Paris, de ce fait, il est géré par la DFPE.

Le psychomotricien intervient auprès des équipes des établissements d'accueil de la petite enfance municipaux pour soutenir l'accueil d'un enfant en situation de handicap ou présentant un trouble du développement psychomoteur en lien avec l'équipe encadrante, le médecin et le psychologue de l'établissement.

Il contribue, avec l'équipe de l'établissement et en lien avec les différents partenaires, à la conception et à l'adaptation d'un projet personnalisé de l'enfant qui peut s'inscrire dans un projet d'accueil adapté (PAA) ou un projet d'accueil individualisé (PAI). Ces projets personnalisés ont pour but de favoriser le développement psychomoteur de l'enfant, en fonction de ses besoins, de ses capacités et de son évolution.

Plus spécifiquement, le psychomotricien aide l'équipe à adapter l'accueil et l'environnement de l'enfant en rapport à l'évolution de ses besoins et à ses compétences. Il favorise l'intégration de l'enfant auprès de ses pairs et dans la vie de la structure. Enfin, il participe, en lien avec les équipes et la famille, au dépistage et à l'orientation de l'enfant.

Différentes modalités d'interventions sont mises en œuvre pour répondre aux objectifs :

- Des échanges avec les responsables d'établissements, les médecins et les psychologues pour évaluer la situation de l'enfant

- Des temps d'observations et d'échanges avec les équipes sur le lieu d'accueil suivis d'un retour d'observation à l'équipe encadrante de l'établissement

- Des réunions suite aux observations avec l'équipe de l'établissement permettant l'adaptation de l'accueil

- Des rencontres avec les parents

- Des participations en journées pédagogiques sur des thèmes en lien avec la psychomotricité du jeune enfant

L'évaluation de ces interventions se déroule dans le cadre de réunions pluridisciplinaires et/ou de synthèses avec les partenaires de soins extérieurs. Le projet personnalisé de l'enfant est réévalué et ajusté en fonction de l'évolution de l'enfant.

2. La crèche collective

Mon stage s'est déroulé au sein d'une crèche collective dirigée par une directrice infirmière. Elle encadre des éducatrices de jeunes enfants, des auxiliaires de puéricultures, un agent spécialisé des crèches et des ATEPE (Agent Technique de la Petite Enfance). L'équipe est répartie sur 5 sections accueillant dix à douze enfants.

Le projet éducatif de la crèche vise à offrir un accueil de qualité et individualisé de chaque enfant et de sa famille dans le respect de leur histoire. L'objectif étant d'assurer la santé, la sécurité, le bien être, le respect du rythme de développement et l'intégration sociale de l'enfant par l'ajustement en respectant ses besoins propres. Avec un regard collectif sur les temps forts d'une journée mais aussi à travers le travail en équipe, les réunions, les projets et les formations.

L'accueil d'un enfant porteur d'un handicap ou d'une maladie chronique est l'objet d'un travail pluridisciplinaire afin de favoriser son intégration sociale et pour l'accompagner dans son développement.

Une équipe pluridisciplinaire incluant une puéricultrice coordinatrice, un pédiatre, une psychologue et une psychomotricienne est affiliée à la crèche. Cette équipe est appelée à faire plusieurs interventions au sein de la crèche si la situation d'un enfant pose question. Ainsi, leur rôle est à la fois préventif et d'aide à la mise en relation avec d'autres professionnels qui prendront l'enfant en charge. Des temps de réunion sont prévus entre les différents membres de l'équipe de la crèche et l'équipe médicale et paramédicale afin de trouver les meilleures solutions pour chaque enfant.

La psychomotricienne intervient sur sollicitation des auxiliaires de puéricultures ou de la directrice. Elle peut sensibiliser les professionnels concernant le développement psychomoteur de l'enfant et ses besoins. Elle intervient de manière préventive pour déceler des troubles du développement psychomoteur. Elle conseille et sensibilise l'équipe à réfléchir sur le sens de la mise en place des activités proposées à l'enfant.

La psychomotricienne est amenée à observer précisément les enfants, et elle intervient plus spécifiquement auprès des enfants ayant des difficultés qui relèvent de son champ de compétences.

Lors des différentes réunions, la psychomotricienne est invitée à donner son point de vue sur les enfants afin d'enrichir celui des autres professionnels. Elle guide et apporte de nouvelles informations pour favoriser la réflexion de l'ensemble de l'équipe.

CAS CLINIQUE

1. Cadre d'observation

La prévention au sein de la crèche passe principalement par l'observation. Nous voulons favoriser le bien-être de l'enfant concerné par notre intervention auprès de l'équipe dans son lieu d'accueil afin que ce lieu soit aussi pour lui un espace de soutien de son développement psychomoteur. Il est important qu'un lien avec l'équipe de la crèche se tisse afin d'en savoir le plus possible sur le quotidien de l'enfant et de créer des projets personnalisés à l'enfant. Un échange a vite été possible avec les auxiliaires de puériculture qui s'occupait d'Amadou.

Amadou est pris en charge quotidiennement au sein de la crèche, et l'équipe se mobilise pour l'accompagnement et s'adapte à l'évolution d'Amadou, de telle sorte qu'un Projet d'Accueil Adapté (PAA) a été mis en place. Ce projet a pour but la mobilisation et l'engagement de l'équipe afin de maintenir une réflexion et un investissement autour de la prise en charge particulière d'Amadou. C'est un outil de travail interne à la crèche, dont la mise en place peut être en lien avec les parents. Un PAA nécessite une mise à jour régulière qui tient compte des observations d'Amadou par l'équipe en lien avec les objectifs requis lors des réunions pluridisciplinaires.

Cet outil permet, parallèlement, de rassurer l'équipe, qui peut se sentir moins isolée face aux difficultés d'accueil d'Amadou, contenue par un étayage pluridisciplinaire, avec un aspect formel, obligeant chacun à rassembler sa pensée. L'équipe peut s'y référer, y noter les évolutions d'Amadou, de sa prise en charge et effectuer des ajustements nécessaires.

Au sein de la section dans laquelle était accueilli l'enfant dont il est question dans ce mémoire, deux auxiliaires de puéricultures s'occupaient d'un groupe de onze enfants âgés de 20 à 26 mois au moment de mes observations.

Le premier jour, la psychomotricienne m'a présentée auprès de l'équipe et des enfants afin de leur expliquer notre présence.

Je restais principalement en recule, limiter les déplacements et favoriser la position au sol est important afin que les enfants puissent reprendre leurs activités sans être dérangé, mais je répondais aux diverses sollicitations des enfants et me permettait certaines interventions si je souhaitais observer plus précisément certaines capacités du petit garçon sourd en question.

Même si nous ne pratiquons pas de bilan psychomoteur en crèche, mon observation s'est appuyée principalement sur deux échelles d'évaluation. Celle de L. VAIVRE-DOURET (1997), Les Acquisitions Posturo-Motrices et Locomotrices ; Préhension-Coordination Visuo-Manuelle et l'échelle BRUNET LÉZINE RÉVISÉE (1997) de Développement Psychomoteur de la Première Enfance. L'enfant que j'ai observé avait entre 24 et 27 mois lors de mon stage, je me suis donc plus particulièrement penchée vers les items correspondant à son âge.

De plus, j'ai pu m'appuyer sur un cadre d'observation élaborée à l'aide de mes maitres de stage qui vise différents points du développement psychomoteur :

Le tonus : si l'enfant tend vers une hypertonie ou une hypotonie, observer la régulation tonique, le dialogue tonico-émotionnel.

La coordination globale avec notamment les coordinations oculo-manuelle et bi-manuelle.

La motricité fine : les différents types de préhension, lequel est utilisé par l'enfant.

La sensorialité : la manière dont sont utilisés les différents sens : visuel, tactile, auditif, gustatif et olfactif.

Les interactions avec ses pairs et enfin **les interactions avec les adultes** : utilisation des pointages, des gestes symboliques, l'existence de l'attention conjointe, comment l'enfant va entrer en relation, comment il va communiquer et se faire comprendre.

Le cadre d'observation étant posé, je peux maintenant vous parler d'Amadou.

2. Amadou

Par des échanges avec la directrice de la crèche, l'auxiliaire de puériculture et grâce à un entretien avec la mère d'Amadou, il a été possible de dégager certains éléments importants de la vie de ce dernier. Cependant, la mère d'Amadou rencontre des difficultés pour parler et comprendre la langue française. De plus, la directrice m'informe qu'elle ne sait ni lire ni écrire cette langue. Par conséquent, certaines informations concernant le développement d'Amadou ont été difficiles voire impossibles à obtenir. Enfin, c'est une femme qui cumule plusieurs travaux, dont la situation sociale paraît précaire.

D'origine Malienne, Amadou est né en France le 31 janvier 2012. Il vit avec sa mère, son père et son frère aîné âgé de 8 ans. Il a deux sœurs aînées qui vivent au Mali. Par une réunion avec la psychologue et l'assistante sociale du centre de soin d'Amadou, j'apprends que son père est bègue, mais qu'il paraît pouvoir parler normalement lorsqu'il s'adresse à son fils.

Amadou avait 18 mois lorsque l'hôpital Robert Debré a découvert qu'il souffrait d'une surdité bilatérale profonde congénitale grâce à un audiogramme et un test PEA. Un diagnostic est en cours afin de savoir si cette surdité est isolée ou si elle fait partie d'un syndrome. Amadou est aussi atteint de troubles vestibulaires. Pour l'instant, rien n'a été établi quant à l'existence de troubles cognitifs.

Les premières inquiétudes de la mère d'Amadou sont arrivées assez tôt : vers 4 mois, elle a voulu le mettre assis comme le veut la tradition malienne. Mais elle explique qu'il « ne tenait pas », il devait sans doute avoir un tonus insuffisant pour garder cette posture même entouré par plusieurs coussins. Plus tôt, ses proches l'avaient alerté sur le fait que la tête d'Amadou se balançait lorsqu'il était porté au dos dans un pagne. Il a su tenir la station assise vers 7-8 mois, ce qui semble tardif à la mère d'Amadou selon ses repères culturels. Il est vrai que, d'après les observations que ma maître de mémoire a pu faire en PMI, les bébés d'origine africaine qui sont mis en station assise dès 4 mois, ont un

tonus suffisant pour tenir de façon stable la position avant 7 mois. Selon la mère d'Amadou, il aurait fait du quatre pattes ; Puis, il s'est longtemps déplacé debout en se tenant aux meubles. La marche aurait été acquise à 18 mois.

Quand Amadou était âgé de 9 mois, une connaissance de madame lui a recommandé de consulter à l'hôpital Robert Debré. Certains proches de la mère soupçonnaient qu'Amadou soit sourd. Par exemple à des moments de grands bruits auquel les autres enfants réagissaient (comme des bruits de travaux), Amadou était le seul qui ne réagissait pas au bruit. L'hôpital Robert Debré a expliqué à sa mère qu'Amadou entendait mais qu'il avait un petit retard de développement. Un nouveau rendez-vous est alors fixé au terme des 6 mois à venir. Entre temps la mère d'Amadou, n'étant pas convaincue du diagnostic et pensant que son fils avait un problème, s'était tournée vers une consultation de PMI qui lui avait confirmé le diagnostic de l'hôpital Robert Debré. C'est à ses 18 mois qu'ils font faire un nouvel audiogramme et un PEA à Amadou. Le diagnostic de la surdité est à ce moment-là posé.

Madame semble assez en colère à l'encontre des services qui ont évalué son fils. Elle explique qu'au Mali, ils regardent dès la naissance si un bébé entend ou non en frappant les mains près de lui : s'il sursaute, c'est qu'il n'y a pas de surdité. La mère envisage de retourner plusieurs mois dans son pays d'origine afin de faire soigner de manière traditionnelle Amadou.

Actuellement, Amadou est pris en charge dans un centre spécialisé pour enfants et pour adolescents atteints de déficience auditive. Il suit des séances avec une orthophoniste, une psychomotricienne et une éducatrice. Suite au diagnostic de surdité, le centre a proposé à la mère d'Amadou la pose d'un implant cochléaire. Celle-ci a refusé pour des raisons de croyances. Ainsi, Amadou a été appareillé d'une prothèse conventionnelle avec laquelle il ne peut percevoir que des sons de 90 à 180 dB. Ces bruits s'apparentent à un trafic intense ou un réacteur d'avion par exemple. Cet appareil ne permet donc pas d'entendre les bruits environnementaux habituels, dont la voix notamment. Cette prothèse a alors plus pour but d'habituer la mère d'Amadou à voir son enfant avec un appareil afin qu'à long terme, elle accepte l'implant cochléaire.

La mère d'Amadou explique qu'elle ne parvient pas à l'accompagner en prise en charge autant de fois que le centre le souhaiterait. Il y a un cours de Langue des Signes Française (LSF) proposé aux parents mais elle ne peut s'y rendre à cause de ses horaires de travail. De plus, elle semble différente à la crèche qu'au centre. Alors qu'elle paraît très investie et disponible auprès de la crèche, il en est tout le contraire par rapport au centre de soin. La question se pose alors du problème de confiance de la mère envers le centre, de la compréhension de ce qu'ils attendent d'elle et de ce qu'ils souhaitent pour Amadou.

Au niveau de la communication, Amadou fait des vocalisations et chantonne. Pour obtenir ce qu'il désire, il prend sa mère par la main et l'emmène où il veut en pointant du doigt l'objet convoité. Il fait des colères importantes à la maison mais sa mère ne comprend pas pourquoi, ni ce qu'il veut. Elle ne parvient pas à dire quelle émotion elle attache à ses crises.

Avec son frère aîné, ils ont peu de jeux en commun. À la maison, Amadou apprécie surtout les ballons, le tricycle et la trottinette.

Amadou est arrivée à la crèche en septembre 2013, il est alors âgé de 19 mois. Le diagnostic de la surdité vient d'être posé. Comme je l'ai évoqué précédemment, la crèche peut être considérée comme un accompagnement de la prise en charge au centre spécialisée d'Amadou. En effet, Amadou étant présent tous les jours à la crèche sauf deux demi-journées par semaine pour ses différentes consultations, des échanges entre les deux établissements permettent une cohérence au quotidien pour Amadou.

La crèche est sa première expérience en collectivité. Au début de mes observations), Amadou est âgé de 25 mois.

Tout d'abord, j'ai trouvé intéressant de commencer par la sémiologie psychomotrice de la surdité à laquelle je vais me référer tout au long de cette partie théorico-clinique.

Il me semble intéressant d'exposer les faits cliniques directement en lien avec des concepts théoriques. Or, la pratique n'est pas toujours identiques à la théorie et inversement. Ceci sera l'opportunité de réflexions tout au long de ce mémoire et de questionnements qui seront approfondis lors de la discussion. Puis, j'aimerais parler d'Amadou et son environnement en mettant en lien mes observations de l'espace et des rythmes temporels au sein de la crèche avec le développement psychomoteur selon J. Piaget. Notamment la structuration spatio-temporel de l'enfant, que j'articulerai ensuite la notion de flux sensoriels de A. Bullinger. Enfin, j'approfondirais mes observations d'Amadou dans son environnement relationnel par une réflexion sur les communications non verbales, le dialogue tonique et la notion de territoire vital.

SÉMIOLOGIE PSYCHOMOTRICE DE LA SURDITÉ

Selon J. Rivière (1999), grâce à l'audition, l'enfant entendant a accès à un ensemble d'informations importantes dont il n'a pas forcément conscience. Cette perception auditive contribue considérablement à la statique, à la dynamique, aux déplacements et particulièrement au processus d'équilibre. L'audition a un rôle de vigilance. Elle permet de prévenir des dangers ou de bruits familiers. Grâce à cette perception auditive, l'appréhension de l'espace dans un temps réel est possible. En effet, la distance de la source sonore, l'orientation et la localisation par les sons permettent d'entrevoir la profondeur, les reliefs et les volumes des différents espaces. E. Lecourt⁹ explique que la surdité renvoie à une absence de limites. En effet, le son se propage dans un espace, selon une direction et durant un temps donné. Le son contribue donc à la structuration de l'environnement. Ainsi, des difficultés spatio-temporelles ont été observées chez les enfants atteints de surdité.

L'enfant sourd manifeste ce que J. Rivière appelle une « hyperactivité visuelle » pour comprendre son entourage. En effet, pour palier au déficit auditif, l'enfant utilise la vue afin de se créer des repères sécurisants pour explorer et pouvoir se mouvoir. Le problème de l'absence de la mère dans son champs de vision peut être difficile à vivre et se traduit par des pleurs, l'enfant se raidit. Cette hypervigilance se traduit souvent par une hypertonie de l'enfant. Cette difficulté de régulation tonique a une influence dans l'acquisition de la marche. En effet, l'enfant va avoir du mal à se lâcher pour ses premiers pas. Au début, se lâcher peut provoquer une peur tonique qui provoque un raidissement et donc une perte d'équilibre. Il faut rappeler que le trouble vestibulaire est l'un des principales troubles associés à la surdité. Les troubles toniques peuvent aussi entraîner des troubles de la planification, d'initiation du mouvement et de coordinations. Il est donc possible d'observer un léger retard du développement psychomoteur chez les enfants atteints de surdités.

Enfin, la communication verbale étant difficile d'accès, la communication visuelle et gestuelle est primordiale. En effet, il faut pouvoir

⁹ Lecourt E. (2006).

susciter l'attention visuelle de l'enfant en s'animant dans son champ de vision et avoir un positionnement adapté afin de pouvoir communiquer avec lui. Les communications non verbales avec le dialogue tonique sont fondamentales. Nous étudierons ceci plus particulièrement par la suite.

La structuration spatiale et la structuration temporelle semblent donc intimement liées à l'audition. La surdité d'Amadou m'amène à explorer dans un premier temps l'espace et le rythme quotidien d'Amadou au sein de la crèche.

AMADOU ET SON ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

1. Au sein de la crèche

Amadou fait partie de la section 3 qui est au premier étage de la crèche. C'est une petite section avec un espace de vie où les enfants jouent, déjeunent et prennent leur goûter. Il y a un coin change avec des éviers à la hauteur des enfants pour qu'ils puissent se laver les mains. La salle principale et les deux dortoirs sont séparés par des baies vitrées. La crèche comprend aussi un atrium et d'un jardin.

La crèche accueille les enfants de 7h30 à 18h30.

La matinée commence par l'accueil des enfants dans la section. À ce moment comme à celui du départ de la crèche, ont lieu les « transmissions ». Ces dernières permettent des échanges entre les parents et les professionnels concernant l'enfant ; se renseigner sur son état et sa vie dans et en dehors de la crèche. Cet accueil est aussi caractérisé par la séparation des enfants et de leurs parents. C'est le moment de certains rituels, propres à chacun, pour prendre le temps de se dire au revoir. Pendant ce temps, il est donc important que l'auxiliaire de puériculture soit disponible aux parents et à l'enfant qui arrive, ainsi, pour ceux déjà arrivés, les portes entre les sections sont ouvertes et ils peuvent circuler et jouer librement. Pendant ces moments, Amadou joue généralement seul, il paraît avoir compris que ce moment était libre et vaque dans les différentes sections en jouant et en observant ses pairs.

Après le temps d'accueil, les auxiliaires de puéricultures rassemblent les enfants dans leur section. Un rituel appelé « regroupement » permet de réunir les enfants et désigner par une chanson ludique les présents et les absents en citant leurs prénoms. Il se passe toujours sur un tapis jaune près de la porte de la section. Quand l'auxiliaire de puériculture rappelle les enfants, elle va vers Amadou, lui touche l'épaule, attend qu'il se retourne pour la regarder et, avec sa main, elle lui fait un geste pour lui dire de venir. Amadou, semble comprendre ce geste et la suit jusqu'au tapis. Si jamais l'auxiliaire de puériculture n'a pas eu

la possibilité d'aller vers lui elle demande à d'autres enfants de le faire et ils opèrent de la même façon qu'elle pour faire venir Amadou. Cependant, il arrive aussi que personne ne l'appelle personnellement, alors j'ai pu observer que, même s'il est concentré sur son jeu, les mouvements d'enfants qui l'entourent vont l'interpeller. En effet, il lève la tête, les regarde tous, regarde vers sa section. Il reste un moment immobile et semble observer avec une grande concentration ce qui se passe. Puis, il finit par comprendre, et il court vers sa section. Pendant les chansons du regroupement, Amadou a peu à peu commencé à comprendre à quel moment faire les gestes qui correspondent à la chanson, mais il semble se déconcentrer très vite : le regard semble vague ou il cherche à communiquer avec ses pairs.

Les auxiliaires de puéricultures proposent ensuite des activités aux enfants comme des jeux d'éveil moteurs, de motricité fine ou des jeux symboliques à l'extérieur ou à l'intérieur. Durant mes observations, Amadou a toujours participé et semblait comprendre l'enjeu et ce que les auxiliaires de puéricultures lui proposaient.

Ces activités sont suivies d'un nouveau temps de rassemblement au cours duquel les enfants sont appelés pour aller se laver les mains. Puis arrive le repas qui se finit par un rituel en chanson avec un gant de toilettes pour se laver les mains et le visage. Amadou paraît comprendre ces différents moments. En effet, lorsque l'auxiliaire de puériculture l'appelle en le touchant par l'épaule et le regarde en faisant semblant de se laver les mains, Amadou va vers les lavabos et remonte ses manches. Puis, il va s'asseoir à sa place pour le déjeuner. À la fin du repas, il essaie de faire les mêmes gestes que les auxiliaires de puériculture avec le gant de toilette.

Arrive le déshabillage, c'est un moment durant lequel les auxiliaires de puéricultures poussent les enfants à l'autonomie, en les encourageant à se déshabiller seuls. Elles interviennent si l'enfant demande de l'aide ou si c'est encore compliqué pour lui. Pour Amadou, c'est un moment difficile, il ne parvient pas à enlever ses chaussures ou son pantalon seul. Âgé de 25 mois, Amadou devrait savoir enlever son pantalon et ses chaussettes avec un léger étayage. Or, même s'il essaie, il n'y arrive pas. Je me demande s'il comprend

bien les gestes qu'il faut faire pour enlever sa chaussure par exemple, où faut-il appuyer ? Où faut-il pousser ? Rencontre-t-il des difficultés de motricité fine ?

Puis vient le moment de la sieste. Elle permet la récupération de la fatigue nerveuse et physique. Le rythme et le besoin de sommeil sont propres à chaque enfant. Amadou s'endort très vite et fait des siestes de trois heures.

Après la sieste, chaque enfant se réveille selon son rythme puis un goûter leur est proposé. La fin du goûter a le même rituel que la fin du repas avec une chanson.

Enfin, ce sont des jeux libres jusqu'à l'arrivée des parents, les retrouvailles et les transmissions. C'est aussi un moment qui permet aux auxiliaires de puéricultures de transmettre des informations plus générales sur la crèche aux parents.

Je n'ai pas pu observer les moments qui suivent la sieste, mais je trouvais qu'il y avait plus de sens à décrire toute la journée qu'une seule partie.

Maintenant que ce cadre est posé, mettre en parallèle ces observations concernant l'organisation de la vie quotidienne d'Amadou à la crèche avec le concept de développement psychomoteur par J. Piaget, et notamment le développement des notions d'espace et de temps me paraît intéressant.

2. Le développement psychomoteur selon J. Piaget

Selon J. Piaget, l'acquisition des concepts de temps et d'espace s'acquiert au travers de plusieurs étapes dépendantes du stade de développement de l'enfant :

Une période sensori-motrice de la naissance à 2 ans : durant laquelle le temps est primitif, ce n'est pas un temps perçu du dehors mais une durée sentie au cours de l'action. C'est le temps propre dans son immédiateté et son imprécision. L'ordre temporel et l'ordre spatial sont encore indifférenciés car il existe autant de séries temporelles que de schèmes d'action.

Une période d'intelligence préopératoire de 2 ans à 8 ans. Pendant cette période, la pensée de l'enfant se constitue en tant qu'intelligence représentative. Cette période est caractérisée par l'avènement des notions de

quantité, d'espace, de temps, de la fonction symbolique, du langage. Le passage par le concret et le vécu ainsi que l'articulation avec les activités langagières est primordial. Le temps se confond avec l'ordre spatial propre à chaque déplacement : pendant plusieurs années, le temps est resté spatialisé sous la forme d'une intuition de déplacements à des vitesses communes et indifférenciés. À partir de cette période l'enfant vit le temps dans son irréversibilité.

Une période d'intelligence opératoire de 8 ans à 12 ans qui permet l'acquisition du raisonnement logique, concret puis abstrait ; la réversibilité logique. L'enfant distingue l'invariant dans le changement.

Une période des opérations logiques formelles ou hypothético-déductif de 12 ans à 15 ans. L'adolescent va émettre des hypothèses et mettre en place des schèmes définitifs.

Selon la conception du développement psychomoteur de J. Piaget, Amadou serait entre la période sensori-motrice et la période d'intelligence préopératoire. J'ai pu percevoir une pauvreté opératoire dans les activités ludiques, Amadou se limite la plus part du temps à jeter les objets. En effet, ses jeux sont assez restrictifs, et même s'il a compris la force à appliquer dans ce jeter pour atteindre son but, c'est un mouvement qu'il répète souvent. Il serait possible de s'attendre à d'autres expériences ou à la transformation de ce type d'activité en jeu symbolique, mais ce n'est pas ce que j'ai pu observer.

Grâce au langage et au symbolisme, à son âge, il devrait commencer à acquérir une intelligence représentative.

Cependant, j'ai pu constater qu'Amadou, notamment grâce aux différents rituels, arrive à se repérer dans le temps et l'espace de la crèche. Il me semble qu'Amadou est encore dans la perception du temps spatialisé. En effet, j'ai pu observer que c'est l'action, la mise en mouvement qui lui permet de se repérer.

Il me semble donc important de développer plus précisément le point de vue de J. Piaget sur la construction de l'espace qui est en lien avec la mise en place des repères temporels en particulier pour le cas d'Amadou.

D'abord, rappelons la définition de la structuration spatiale, c'est « l'orientation de la structure du monde extérieur se rapportant d'abord au moi référentiel, puis à d'autres objets ou personnes en statique ou en mouvement »¹⁰.

Différentes façon d'expérimenter l'espace peuvent être mis en lien avec la conception du développement psychomoteur de J. Piaget : l'espace subi, l'espace vécu, l'espace perçu et l'espace connu.

L'espace subi, de 0 à 3 mois, est une période où l'enfant subi les déplacements imposés par son entourage. C'est un espace sensoriel où le nourrisson va voir, entendre, goûter, toucher et sentir. Cependant les différents espaces n'ont pas encore de lien entre eux.

L'espace vécu de 3 mois à 2 ans, correspond au stade sensori-moteur de la pensée infantine. L'enfant va évoluer de l'espace sensoriel à un espace où il se déplace et où il manipule. Entre 4 et 9 mois, avec la maturation de la coordination oculo-manuelle, l'enfant va progressivement établir des liens entre les différents espaces sensoriels. Vers 9 mois, débute la constitution de l'objet permanent : l'enfant recherche l'objet qui vient de disparaître sous son regard. Entre 9 et 12 mois, l'enfant porte son intérêt sur la trajectoire des objets dans ses jeux de jeter. Avec l'autonomie de la locomotion, l'enfant va explorer l'espace, distinguer l'espace proche et lointain et percevoir la distance. Son intérêt pour les relations entre les objets augmente. Il multiplie les déplacements de ses jouets, il recherche activement l'objet qui disparaît. Il remplit, vide, transvase. L'espace dans lequel il évolue est dépendant de l'action.

L'espace perçu de 2 ans à 7 ans, correspond au stade préopératoire du développement intellectuel. L'enfant va comparer ses différentes expériences spatiales : il va se rendre compte que pour lancer une balle au loin, il faut donner plus de force. Il prendra aussi plaisir à expérimenter diverses sensations spatiales. L'enfant vit de façon égocentrique, par rapport à lui-même, jusqu'à 7ans.

¹⁰ Tasset J.M. (1972), p.14.

L'espace connu de 7 ans à 12 ans, correspond à l'apprentissage de l'espace recouvrant les périodes préopératoire et opératoire.

Amadou se promène dans les différentes sections le matin, manipule les objets et sollicite donc sa coordination oculo-manuelle. Il s'amuse souvent à jeter des objets à travers la pièce. Au début, il semblait juste le jeter sans but, mais de plus en plus, on s'aperçoit qu'il vise et lance assez fort pour toucher l'auxiliaire de puériculture ou moi-même. Lorsque nous nous retournons pour le voir, il montre un large sourire, qui semble être un sourire de satisfaction d'une mission accomplie. Il a donc compris qu'il fallait plus de force et de précision s'il voulait que l'objet atteigne son but. S'y ajoute la satisfaction liée à la relation qui se joue à ce moment.

Amadou paraît être entre l'espace vécu et l'espace perçu. Ce qui semble relativement correspondre à son âge entre 25 et 26 mois.

Pour J. Piaget, « on voit ni ne perçoit jamais le temps comme tel, on en perçoit que les événements c'est à dire les mouvements et les actions, leur vitesse et leur résultat » (1946). C'est-à-dire que la structuration de l'espace et celle du temps sont intimement liées.

Il paraît intéressant de voir si Amadou semble avoir un développement semblable à celui d'un enfant sain entendant du point de vue de la structuration temporelle.

La structuration temporelle est la capacité de percevoir et d'ajuster son action aux différentes composantes du temps ; de se situer et de s'orienter dans le temps pris comme une succession linéaire irréversible ; de s'organiser dans le temps en combinant ses divers éléments afin d'atteindre un objectif temporel¹¹.

« L'enfant vit le temps avant de le percevoir. Il fait corps avec lui. N'a pas conscience de son déroulement. Lorsqu'il commence à en prendre

¹¹ De Lièvre B., Staes L. (1993), p.61

conscience, c'est à travers son expérience personnelle. »¹². L'enfant n'a d'abord pas conscience du temps, puis il avance vers l'appropriation d'un temps opératoire qui suppose la mise en place de la simultanéité, de la succession et de la durée.

Il existe deux concepts qui interviennent dans la notion de temps :

Le temps physique, qui résulte d'une approche cognitive, correspond à la simultanéité, la succession et la durée.

Le temps vécu, qui relève d'une approche affective, correspondant au temps psychologique, le passé, le présent et le futur.

Mais aussi des notions :

De **temps objectif** qui est toujours identique où une heure correspond toujours à 60 minutes.

De **temps subjectif**, qui correspond à l'impression de chacun. Il varie selon les individus et l'activité du moment.

Amadou serait plus dans une approche affective et subjective du temps. D'après mes observations, il est difficile de savoir s'il a la notion de succession et de durée. Au sein de la crèche il semble comprendre, grâce aux rituels, les différents moments qui rythment la journée, comme aller se laver les mains ; il sait qu'après ceci vient le repas car il va de lui-même s'asseoir à table. De même, au moment du regroupement, il est arrivé que ce soit les déplacements des autres qui l'interpellent, mais Amadou a besoin de la confirmation de l'auxiliaire de puériculture qui lui fait signe de venir. Il est possible qu'il commence à décrypter les rythmes temporels mais il a encore besoin des repères stables qui ont été mis en place, notamment ceux liés à l'espace.

Comme tous les enfants de cet âge, Amadou n'a pas encore une représentation objective du temps.

¹² Giolitto P. (1986), p. 67.

L'évolution de la structuration temporelle peut être expliquée comme ceci¹³ :

Le temps subi. L'enfant vit selon des rythmes inscrits dans son corps avant la naissance avec les battements de cœur, l'activité musculaire, l'activité viscérale et endocrinienne. Puis après la naissance, les rythmes de veille, sommeil, faim, respiration.

Le temps vécu arrive dès la fin de la première année, l'enfant va spontanément se balancer en entendant une musique rythmée. Vers 18 mois-2ans, la notion d'irréversibilité d'installe, l'enfant comprend le « maintenant » et de la construction des durées comme « longtemps ». Vers 3 ans, les rythmes liés à la locomotion ou à la parole s'établissent. Les rythmes biologiques ultradiens, circadiens et circannuels¹⁴ se confrontent et s'adaptent aux rythmes socio-culturels

Le temps perçu arrive vers l'âge de 3 ans, il correspond au rythme propre de l'enfant qui acquiert une certaine stabilité. Il comprend le mécanisme de la synchronisation du rythme.

Puis advient **le temps connu**, vers 5 ans. L'enfant comprend le temps de manière quantitatif et qualitatif et commence à pouvoir manipuler les différents termes qui correspondent au temps sans se tromper.

Par sa surdité, il est difficile de faire comprendre et de savoir si Amadou comprend la notion d'une musique rythm e, les notions de maintenant et plus tard. Amadou ne peut percevoir le rythme de la parole à distance, mais il est possible de se demander s'il peut les ressentir par le contact corporel grâce aux vibrations et au dialogue tonique.

L'observation des compétences d'Amadou en termes de structuration spatiale ont montré qu'il paraissait être en adéquation avec les autres enfants entendant. Il est donc possible de se demander si sa d ficiency auditive provoque

¹³ De Lièvre B., Staes L. (1993), p.63

¹⁴Rythmes ultradiens : d'une durée inférieure à 24 heures, d'une fréquence rapide.
Rythmes circadiens : intervalle de temps équivalent à un jour (24 heures).
Rythmes circannuels : intervalle de temps équivalent à une année.

un déficit de la structuration temporelle sans provoquer un déficit de la structuration spatiale.

J. Piaget pose comme principe de base à la mise en place de la structuration spatio-temporelle l'expérience sensori motrice. Pour se pencher un plus sur le vécu sensori-moteur de l'enfant et en particulier sur celui d'Amadou dans son environnement, il est intéressant d'utiliser les apports de A. Bullinger avec la notion de flux sensoriels.

3. La notion de flux sensoriel selon A. Bullinger

A. Bullinger décrit la façon dont un individu s'approprie son organisme et les objets de son milieu, physiques ou sociaux. Pour cela, il développe la notion de « niche écologique » qu'il définit comme le milieu dans lequel les organismes sont susceptibles d'évoluer et qui a une dimension à la fois physique et sociale.¹⁵ Ainsi, « l'organisme, des objets matériels du milieu, des savoir-faire sociaux prennent [...] le statut d'outils »¹⁶ que l'individu doit savoir maîtriser pour arriver à ses fins. Dans une perspective de développement, l'équilibre sensori-tonique peut être considéré comme une composante de l'activité psychique qui assure les conditions optimales d'interaction entre l'enfant et son milieu, ici, Amadou au sein de la crèche, dans son groupe de pairs.

« Dans cette niche, l'organisme est soumis à des flux qui atteignent les systèmes sensoriels dont il est doté »¹⁷. Les effets des interactions matérielles entre un organisme et son milieu peuvent donc se résumer en termes de flux. Ces flux sont dits sensoriels et sont différenciés par A. Bullinger de cette manière : gravitaire, tactile, visuel, auditif, vestibulaire et gustatif. Ils ont une importance essentielle dans le développement du bébé car ils représentent des matériaux privilégiés qui alimentent l'activité psychique.

¹⁵ Bullinger A. (2004), p. 25.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Ibid.*

Le système auditif se constitue lors de la vie intra-utérine. Il a été prouvé que le fœtus réagit à un stimulus auditif externe (Wedenberg, 1965) dès 26 semaines de gestation. L'univers sonore du fœtus est composé de bruits internes, de bruits externes. Les bruits internes sont constitués des sons endogènes qui viennent du ventre de la mère comme les battements cardiaques, les bruits de digestion, les bruits des vaisseaux sanguins maternels mais aussi les bruits du cordon ombilical, ou encore les bruits que le fœtus peut produire lui-même en bougeant. Ce dernier entend aussi un son intermédiaire entre les bruits intérieurs et extérieurs : la voix de la mère. Ainsi, la voix de la mère est un lien entre le dedans et le dehors. Elle est transmise par différentes vibrations : vocales au niveau thoracique et abdominal et des vibrations de la colonne vertébrale. Enfin, les bruits extérieurs sont atténués par le tissu de la mère, comme le son de la voix du père quand il parle près de la maman.

À peine deux heures après la naissance, le nouveau-né discrimine la voix de sa mère de celles d'autres voix féminines (Querleu *et al.*, 1984). Et les premiers jours, « il synchronise ses mouvements avec l'articulation de la parole de l'adulte »¹⁸. Le nouveau-né entre dans un monde d'interactions. Son comportement moteur est modulé par la parole, « comme si la parole rythmait et pouvait initialiser les mouvements du bébé »¹⁹. Le simple son de sa voix calme le bébé à partir de ses deux premières semaines de vie. Il a été prouvé que les bruits intra-utérins, cités plus haut, ont la capacité de pouvoir calmer et endormir le nouveau-né (Salk 1962). De même qu'une musique douce permettrait l'endormissement et une meilleure qualité de sommeil.

D'autres expériences ont montré qu'à partir de 2 mois, les bébés perçoivent « le rythme et le tempo en groupant les patterns sur une base de similarité de fréquence, de même que de similarité de structure temporelle »²⁰ (Demany *et al.*, 1977 ; Baruch, 1994).

¹⁸ *Ibid*

¹⁹ Vaivre-Douret S. (2003), p.54

²⁰ *Ibid* 2

Amadou est atteint d'une surdité bilatérale congénitale. Il n'a donc pas pu entendre de son durant la grossesse mais il est possible qu'il en ait ressenti les effets vibratoires par le contact du liquide amniotique sur la peau, puisque que le son est une onde qui se propage dans un milieu. Il est donc possible qu'Amadou ait perçu une certaine rythmicité liée au son in utero. De plus, in utéro le bébé est sensibilisé au rythme présent/absent par la voix de la mère qui peut être présente puis absente. Cette alternance présence/absence, le bébé peut la retrouver dans la relation après la naissance.

En effet, la maman peut sortir de la chambre du tout petit, cela ne veut pas dire qu'elle disparaît, par le son de sa voix, elle peut dire à l'enfant qu'elle arrive et commencer à le rassurer par ce canal sensoriel. Or, pour Amadou, ceci n'a pas été possible, je me demande en quoi cela a influencé l'acquisition de la permanence de l'objet. Cependant, lors de mes observations, plusieurs fois il a joué à se cacher le visage et à rouvrir les yeux, je lui faisais coucou, il souriait. Il est possible qu'Amadou ait pu acquérir l'alternance présence/absence et donc l'établissement de la permanence de l'objet. Ceci est en lien avec un meilleur sentiment de sécurité interne et peut permettre à Amadou de se remettre plus facilement des moments de séparation ou de la frustration.

J'ai pu observer qu'Amadou semblait entendre les bruits forts grâce à sa prothèse mais ceux-ci semblent être douloureux pour lui. En effet, il est arrivé qu'un enfant situé derrière lui claque fortement un objet contre une table, Amadou a tout de suite pris les prothèses et les a jetés par terre. Le son n'est donc plus seulement ressenti dans sa dimension vibratoire, il fait irruption et il est intrusif pour Amadou. Le son passe d'un stade « absent » à brutalement « présent ». Nous pouvons imaginer que ces nouvelles expériences sensorielles sont potentiellement génératrices d'anxiété qui pourrait entraîner des difficultés de comportement. Cependant, il me semble important de spécifier que je n'ai pas observé de troubles d'instabilité ou d'irritabilité émotionnelle alors que ce sont des troubles souvent retrouvés lors d'un déficit sensoriel. La réaction d'Amadou face à ce son a sollicité un recrutement tonique important. Aussi, je reviendrai plus tard sur l'importance des aspects toniques en lien avec les sollicitations sensorielles.

Toutes sollicitations sensorielles entraînent une chaîne de réactions : l'alerte, par une mobilisation tonique ; l'orientation, par une mobilisation posturale ; l'évaluation de la distance par une évaluation intermodale ; et enfin l'exploration par la prise de l'objet.

Le bébé de 5 mois discrimine un bruit dans ou hors de son espace de préhension. Cette capacité de localisation des sons permet d'organiser l'espace. Les aspects vibratoires perçus dans les fréquences basses, mobilisent également le système tactile. Dans la déficience auditive, les flux auditif et vestibulaire sont mis à mal.

L'atteinte vestibulaire peut perturber l'équilibre, la prise d'information visuelle et l'intégration fine de la spatialité corporelle. Le vestibule ne remplit ni ses fonctions de contrôle postural et de stabilisation du regard, ni son rôle de référentiel spatial égocentré, ou seulement en partie. L'expérience motrice et visuelle précoce peut être perturbée, l'intégration du schéma corporel ainsi que l'automatisation des mouvements complexes le seront aussi car ces processus se mettent en place en référence au corps propre. De même que la proprioception qui « est une coordination susceptible de se modifier en fonction des interactions entre l'organisme et son milieu »²¹. C'est-à-dire que c'est une coordination entre les signaux issus de la sensibilité profonde et des irritations sensorielles créées par une variation d'un flux.

Le non accès à un flux caractérise le déficit. Ce déficit peut avoir différentes conséquences²². L'absence d'une entrée sensorielle rend plus difficile la construction des représentations relatives à l'image corporelle et/ou à la localisation d'évènements dans l'espace. Avec la surdité, les fonctions d'alerte et d'orientation sont perturbées et cela entrave la communication. Les compensations par les autres sens visent à offrir un flux substitutif de façon à créer les covariations indispensables à l'extraction d'invariants.

Amadou pose souvent sa main contre le mur en marchant et il a un polygone de sustentation large. Ceci peut être en lien avec un équilibre sensori-moteur altéré qui traduirait une fragilité de l'enveloppe corporelle, ce que nous

²¹ *Ibid* 3.

²² *Ibid* 4.

approfondirons plus loin. Il est possible de supposer qu'en posant sa main contre le mur, Amadou met spontanément en place une compensation sensorielle sous la forme d'informations tactiles comme nous l'avons évoqué précédemment. La perception de soutien peut atténuer la peur sous-jacente à la chute du début de l'acquisition de la marche.

Nous avons vu que Amadou semble pouvoir se repérer au sein de la crèche tant du point de vue temporel que du point de vue spatial. Le retard de structuration spatiale et temporelle semble être encore mineur. En effet, il paraît comprendre via différents flux sensoriels et stratégies de compensation l'espace de vie et le déroulement d'une journée en crèche. Son équilibre est encore précaire mais il n'empêche pas Amadou de pouvoir déambuler dans la section.

Il est intéressant de se poser la question quant à l'état tonique d'Amadou en le mettant en lien avec son état de vigilance ; et donc de développer la notion de tonus en lien avec l'environnement, la relation et la communication ma paraît nécessaire.

AMADOU DANS SON ENVIRONNEMENT RELATIONNEL

1. Le tonus et la vigilance

Selon M. Jover (2000), « Le tonus est l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique (la tension du muscle augmente mais pas la longueur) est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures, les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales. ».

« Le tonus postural est le principal responsable [de la posture] avec le contrôle de l'équilibre, qui demande qu'en position statique la projection au sol du centre de gravité reste à l'intérieur de la surface d'appui au sol, la surface des pieds, dite polygone de sustentation » A. Chaillot (2004). Le tonus, la posture et le mouvement sont donc intimement liés.

La posture soutient donc l'activité motrice. D'abord par une fonction antigravitaire. En effet, la posture permet le maintien du corps pendant le déroulement de l'action. Elle réalise l'organisation des segments corporels pour s'opposer à la force de la pesanteur. La posture permet un état d'équilibre qui rend possible l'orientation dans l'espace et constitue un référentiel pour les interactions entre l'individu et l'environnement. (Stabilisation du regard, organisation des afférences issues des flux sensoriels, puis organisation des mouvements de cet environnement).

Le tonus peut être influencé selon différents critères : le sexe, l'âge, la vigilance, les stimulations sensorielles et certaines interactions comme le dialogue tonique²³, que nous allons aborder plus loin dans ce mémoire. L'évolution tonico-posturale va progressivement permettre le développement

²³ M. Gasne (2005)

d'une motricité de qualité. Les réalisations motrices deviendront à la fois de plus en plus complexes et de plus en plus fines, précises.

La vigilance est étroitement liée au tonus musculaire de l'enfant comme nous l'avons vu précédemment avec le terme « d'hypervigilance visuelle » de J. Rivière (1999). En effet, j'ai pu observer que du fait de sa surdité, Amadou doit faire preuve d'une attention excessive pendant la journée en crèche pour comprendre ce qui se passe autour de lui. Il est en état d'hypervigilance en permanence. Celle-ci le fatigue et, selon l'auxiliaire de puériculture, au moment de la sieste, Amadou est à peine allongé qu'il s'endort. Il fait des siestes de trois heures, ce qui est beaucoup pour un enfant de son âge. Cette hypervigilance se traduit corporellement par une hypertonie globale. J'ai pu observer qu'Amadou avait les épaules assez relevées, les membres raides.

Ce tonus élevé associé à son trouble vestibulaire peut avoir eu pour conséquence sa marche relativement tardive, (vers 18 mois), l'existence d'un polygone de sustentation large et des chutes fréquentes sans qu'il y ait d'obstacles. Il est possible d'en déduire que la posture n'est donc pas suffisamment intégrée et adaptée pour permettre une activité motrice sécurisée. Il y aurait donc une difficulté quant au développement psychomoteur d'Amadou liée à la régulation tonique. Ce qui entraînerait des difficultés motrices pouvant venir perturber la mise en place de la structuration de l'espace.

Ceci me permet de revenir sur le questionnement que j'ai pu avoir concernant la structuration spatiale d'Amadou. En effet, ces observations démontrent qu'il existe probablement aussi un déficit de celle-ci et non pas uniquement un déficit de structuration temporelle comme je pouvais le penser plus haut et qu'il est possible de mettre ce déficit en lien avec la qualité du tonus d'Amadou.

J'ai précédemment évoqué le lien entre la qualité du tonus, la relation et la communication qui sont en lien direct avec les émotions. Comme S. Robert-Ouvray l'écrit : « la fonction intégrative [du tonus musculaire] s'associe étroitement à la vie émotionnelle de l'enfant. » (2007). Ainsi, il me semble intéressant d'étudier la vision de S. Robert-Ouvray sur l'étayage psychomoteur.

2. L'étayage psychomoteur selon S. Robert-Ouvray

S. Robert-Ouvray décrit quatre niveaux de feuillets psychotoniques de l'étayage psychocorporel :

D'abord le **niveau tonique** avec lequel il est possible d'observer le tonus, la régulation tonique et le dialogue tonico-émotionnel de l'enfant.

Le **niveau sensoriel** avec deux grands feuillets de base qui sont le froid et le chaud, le dur et le mou.

Puis le **niveau affectif** qui s'étaye sur les deux premiers niveaux. Il nécessite la parole, un besoin d'entendre et de donner sens à ce que l'enfant est en train de vivre. Le langage affectif permet la possibilité d'exister et d'être soi-même.

Enfin, le **niveau représentatif**, qui est l'espace des images, qui diffèrent selon les cultures.

Ainsi, pour Amadou, sa déficience auditive semble être le facteur clé de son hypertonicité. Le niveau sensoriel est altéré, il n'a donc pas été possible de poser convenablement un sens sur ce qu'il éprouvait. Il est possible que son hypertonicité soit une réaction, une pure excitation endogène. Par ceci, nous pouvons suggérer, comme le propose S. Robert-Ouvray, que les enveloppes psychotoniques se contractent et s'agglutinent les unes aux autres pour former une enveloppe protectrice dure : l'hypertonie. Cette enveloppe pourrait contenir des angoisses d'éclatement, de fragmentation, de dissociation ou encore de dissolution. Ceci peut correspondre à une hypothèse que j'ai évoquée précédemment, selon laquelle il pouvait y avoir une probable fragilité de l'enveloppe corporelle d'Amadou, en lien avec ses troubles vestibulaires.

Selon S. Robert-Ouvray, lorsque l'enfant est amené à vivre des surstimulations répétitives, sans la protection et la consolation dont il aurait besoin, il est bloqué dans le pôle dur de ses enveloppes psychotoniques sans détentes suffisantes. La détente est de moins en moins accessible sauf dans le sommeil. Ceci pourrait expliquer l'hypertonicité d'Amadou et son écroulement au moment du sommeil.

L'hypertonie d'Amadou est en lien avec ses éprouvés et ses émotions. La notion de communication non verbale et de dialogue tonique sont directement en lien avec le langage corporel et donc la tonicité d'Amadou.

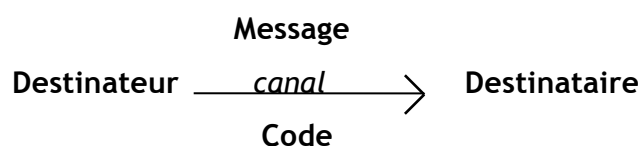
3. Les communications non verbales, le dialogue tonique selon J. de Ajuriaguerra

Avant d'expliquer ce que sont la communication non verbale et la notion de dialogue tonique, rappelons les notions de communication et de langage.

La notion de communication est née de la théorie de l'information de C. Shannon. Elle peut être définie ainsi : un émetteur A envoie un message X à un récepteur B, grâce au support Z. Par ce message, l'émetteur va changer l'état de connaissance du récepteur. Les deux systèmes émetteur et récepteur vont s'influencer mutuellement.

Le langage selon R. Jakobson, est un moyen de communication entre les individus. Il met en scène un destinataire (ou locuteur) qui adresse un message au moyen d'un code, à un destinataire (ou interlocuteur) par le biais d'un canal.

Il est possible de schématiser cette définition de la façon suivante :



Il est à noter que ces définitions n'induisent pas l'usage unique d'une communication orale. Elles sont valables en modalités orale, gestuelle, voire picturale ou autre mode d'expression artistique.

Selon J. Corraze, les communications non verbales sont « l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores ».

Les communications non verbales sont multiples, transmises par le biais de différents canaux, elles sont classées en différents signaux : le regard, les expressions faciales, la posture, l'espace, les gestes, le paralangage (tonalité de

la voix, pauses dans le discours, hésitations, etc.) et le contact cutané. Cependant, il est important de ne pas négliger les spécificités individuelles et les facteurs contextuels d'une communication non verbale. Les paramètres du sexe, de l'âge, des traits de personnalité et de l'état interne de l'individu peuvent aussi influencer sa façon d'appréhender ou d'émettre et ses réactions.

Le dialogue tonique, étant un exemple de communication non verbale est une notion importante à définir.

Le concept de dialogue tonique a été proposé par H. Wallon puis formalisé par J. de Ajuriaguerra en lien avec la notion de psychomotricité²⁴.

C'est en travaillant sur les émotions que H. Wallon montre que « toutes les réactions émotives » d'un sujet « établissent, entre lui et autrui, une sorte de résonance et de participation affectives »²⁵. De plus, le véhicule grâce auquel ces émotions s'expriment et se transmettent est le tonus. « Ainsi, l'émotion quelle que soit sa nuance, a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et de la vie organique »²⁶.

J. de Ajuriaguerra nomme « dialogue tonique, l'ensemble des phénomènes tonico-émotionnels et posturaux qui s'expriment dans cette fusion affective primitive entre la mère et son bébé ». Et il ajoute que ce dialogue tonique, « qui jette le sujet tout entier dans la communication affective, ne peut avoir, comme instrument à sa mesure, qu'un instrument total : le corps »²⁷ i. Ce dialogue tonique est aussi considéré par J. de Ajuriaguerra comme le premier mode d'attachement, un processus d'assimilation et d'accommodation, et comme la base des interactions précoces fondamentales au petit enfant.

De ce concept a émergé celui de dialogue tonico-émotionnel. Les deux individus sont acteurs de ce dialogue, ils font au fur et à mesure émerger des expressions motrices, des attitudes, des mimiques, qui « deviennent des signaux intentionnels » exprimant « un besoin de communiquer »²⁸ et attendant une

²⁴ Joly F. et Labes G. (2009), p.163-196.

²⁵ Wallon H. (1949), p.178

²⁶ *Ibid.*

²⁷ Joly F. et Labes G (2009), p. 191.

²⁸ De Ajuriaguerra J. (1985), p. 272.

réponse de l'autre. À partir du moment où l'intention s'introduit dans le dialogue, à travers les expressions motrices mais aussi le regard, le sourire, le rire et les vocalises, J. de Ajuriaguerra explique que le dialogue tonique devient alors communication, c'est-à-dire « une notion élargie par rapport à celle de dialogue tonique ». Parallèlement à cette évolution, qui se traduit aussi par un changement de codes dans les échanges, allant des codes de conduites aux codes linguistiques, les partenaires de la dyade vont passer « de la confusion de leur première symbiose à une individualisation » qui se fait sous le double aspect « de l'identification et de la distanciation »²⁹. Il est intéressant de voir si la surdité a un impact sur cette évolution et par conséquent, de quelle manière se fait le processus d'individuation dans ce contexte. Ce que j'essaierais d'expliquer dans la discussion.

J. de Ajuriaguerra trouve ainsi à travers le concept de dialogue tonique une forme de langage qu'il appelle « psychomotricité » qu'il ne faut pas confondre avec le langage symbolique³⁰. Il montre le fond moteur commun à tout langage, « de ces communications (orales, écrites), qui se développent dans un espace dont le corps, bouche ou main, en devient l'axe ou le centre à partir duquel les rapports s'établissent avec les objets »³¹.

Pour Amadou, l'importance du langage du corps est indéniable. Grâce au Projet d'Accueil Adapté, certains moyens de communication ont pu être mis en place. En effet, dès le début de mon stage, les auxiliaires de puéricultures avaient déjà pris l'habitude d'une certaine façon de communiquer avec Amadou. En se plaçant face à lui, en accentuant les expressions du visage, et en accordant le plus possible de geste au langage afin d'optimiser la compréhension afin qu'Amadou puisse saisir et comprendre ce qu'elles voulaient lui dire. De même, de par sa surdité, il lui est quasiment impossible d'anticiper certains événements. Pour appeler Amadou, les auxiliaires de puéricultures lui tapote doucement l'épaule pour qu'il ne soit pas trop surpris. En effet, l'un des objectifs du Projet d'Accueil Adapté est d'essayer d'avoir un impact sur la régulation tonique

²⁹ *Ibid*, p. 195.

³⁰ *Ibid*, p. 174.

³¹ *Ibid*, p. 175.

d'Amadou. Comme je l'ai expliqué préalablement, il est nécessaire d'éviter de surprendre Amadou et de lui simplifier le quotidien en mimant et expliquant avec des gestes les différents moments du quotidien de la crèche. Utiliser le toucher est donc primordial pour entrer en relation avec Amadou. . Toutefois, ce toucher doit être effectué avec prudence, toujours dans l'idée de surprendre le moins possible Amadou afin qu'il s'apaise et que son état tonique excessif diminue.

Ainsi j'ai pu me rendre compte de l'importance de la communication non verbale, du dialogue tonique et l'impact qu'ils ont sur la compréhension par Amadou des différentes situations et propositions. Après environ un mois et demi d'observations, j'ai été surprise de l'évolution d'Amadou. Ce dernier semblait comprendre la plus part des demande des auxiliaires de puériculture. J'observe une satisfaction de la part d'Amadou, un plaisir de maîtriser à ce moment la communication. Il est possible de dire que cette satisfaction éprouvée peut être très liée au fait de se percevoir un récepteur de communication efficace.

Par exemple, en rentrant du jardin, nous devons passer par l'Atrium. L'auxiliaire de puériculture demande à Amadou de la suivre pour remonter à la section car il était parti dans les jeux de l'atrium. Comme elle doit s'occuper des autres enfants, ma maître de stage et moi-même demandons à Amadou venir. Pour cela, nous avons la même façon de demander que les auxiliaires : tout en utilisant le langage verbal et en souriant, nous faisons un geste avec le bras et la main que nous ramenons vers nous. Amadou est encore entrain de jouer dans l'atrium mais il nous regarde. Après nous avoir sourit, il retourne jouer, puis nous regarde encore. Nous réitérons le geste à plusieurs reprises, il s'arrête et nous regarde en souriant. Il finit par venir vers nous doucement, en souriant et finit par courir en se jetant dans nos bras. Puis, je lui tend la main, il l'attrape et nous remontons ensemble au sein de la section.

La même journée, juste avant le repas, une auxiliaire de puériculture lui demande de venir en faisant le même geste que nous précédemment. Pour expliquer à Amadou pourquoi elle l'appelle à ce moment là, elle lui montre le bavoir, mime de le mettre autour de son propre cou et mime de manger à la cuillère. Amadou reste statique un moment en la regardant et lui souriant. Puis il

s'élançait avec un grand sourire vers l'auxiliaire de puériculture pour mettre son bavoir et s'asseoir pour manger.

Dans ces deux situations, il semble qu'Amadou a saisi les différentes demandes. De la compréhension ont émergé l'amusement et la satisfaction. Ce fut des moments assez émouvants. En effet, c'était la première fois que j'observais Amadou comprendre et prendre autant plaisir à comprendre.

Puis dans les semaines qui ont suivi, j'ai pu observé que d'autres gestes avaient pris des significations pour lui. Comme se laver les mains, en tournant les mains l'une autour de l'autre ou encore mettre son manteau en mimant le geste avec les mains qui vont des épaules au milieu du torse. Au bout de 3 mois d'observations, j'ai même pu voir Amadou s'approprier ces gestes. En effet, lorsque l'auxiliaire lui expliquait que c'était le moment de se laver les mains, il reprenait les gestes. De même, lorsqu'il voit les autres enfants sortir et mettre leur manteau, sans même qu'il soit sollicité, je l'ai surpris à mimer le geste de mettre son manteau.

Il me semble important de faire un lien entre ces gestes symboliques et le jeu d'Amadou. En effet, au sein de la crèche, il jette des objets vers l'adulte, il fait rouler un camion vers l'adulte et peut lui retourner pour avoir un jeu d'échange. J'ai pu apercevoir une ou deux fois des jeux d'encastrement. Mais ces jeux restent pauvres pour un enfant de son âge. L'accès au symbolisme se faisant principalement par le langage parlé, il est cohérent qu'Amadou ne fasse pas encore de jeux symboliques. À mesure que la communication se met en place par gestes symboliques et en observant Amadou reprendre ces gestes même sans sollicitations, il est possible de dire que le processus du symbolisme est en train de se mettre en marche.

Amadou n'utilise pas seulement ces gestes symboliques pour communiquer avec l'adulte. Il utilise beaucoup le pointage. Il y a deux sortes de pointage. D'abord le pointage proto-déclaratif où l'enfant s'adresse à l'autre. Puis le pointage proto-impératif avec lequel l'enfant monte ce qu'il veut. Il est arrivé plusieurs fois qu'il me présente un jouet, son regard alternant entre moi et

l'objet. Il semblerait qu'Amadou soit même dans l'attente de décrypter mes réactions à ce moment-là. L'attention conjointe est donc possible avec Amadou.

J'ai donc pu observer comment Amadou comprend son entourage mais pas la façon dont lui se fait comprendre. Sa surdité et le corps ayant une place originale dans la mise en relation, il n'est pas surprenant qu'Amadou entre en relation par le toucher.

Cependant, ce toucher peut être senti comme intrusif, surtout pour ses pairs qui ont souvent des réactions de rejet. Il est dans une distance relationnelle intime qui ne peut pas être acceptée par tous les enfants. Ce toucher peut sembler parfois agressif : il est difficile pour Amadou d'avoir un touché doux, c'est plutôt un touché dur qui ressemble parfois à de l'agressivité. Par son hypertonie, Amadou a des difficultés de régulation tonique, son enveloppe corporelle peut être semblable à une carapace. D'autre part, ce touché n'est pas forcément compris par ses pairs, ce qui peut provoquer des mécontentements. L'étayage de l'adulte en tant que médiateur de la relation est important à ce moment là. En effet, parallèlement au schéma de la communication montré précédemment, l'adulte vient jouer un rôle de traducteur entre l'émetteur, qui est Amadou, et le récepteur, qui est l'autre enfant.

Il me paraît donc intéressant d'utiliser la notion de territoire vital de S. Robert-Ouvray pour éclairer ces comportements.

4. La notion de territoire vital par S. Robert-Ouvray

S. Robert-Ouvray utilise le terme de « territoire vital ». Ce dernier est la zone qui entoure l'individu et dont les fonctions varient selon des facteurs psychologiques et culturels, elle ne peut être pénétrée par autrui sans provoquer des réactions caractérisées. C'est un espace nécessaire à la survie de l'individu à la fois psychique et physique. Notre vécu corporel englobe tout un espace subjectif autour de nous dans lequel s'insère le mouvement spatial et temporel. Toute atteinte de ce territoire vital va générer un malaise qui peut aller jusqu'à l'agressivité.

Cette notion de territoire est subjective, elle dépend des sens, des capacités perceptives et la dimension psycho-socio-culturelle de l'individu. Cependant, lorsqu'il y a surpassement relationnel, cela peut aussi vouloir dire qu'il y a un trouble. Par exemple lorsque le territoire est quasiment inexistant, comme paraît celui d'Amadou qui est toujours dans le contact tactile pour communiquer, cela peut démontrer un trouble d'intégrité corporelle.

Ces territoires sont liés au sentiment de sécurité et d'intimité, c'est pour cela que leur transgression peut générer de l'agressivité et du stress.

Il y a 4 cercles vitaux qui s'enroulent autour de la personne.

D'abord le cercle intime, le plus près de 0 à 45cm, qui correspond à l'espace dans lequel seuls les proches ont le droit d'entrer. C'est la distance correspondant à l'intime. L'agression de ce territoire n'est pas supportable.

Puis, le cercle privé, de 45cm à 1m20, dans lequel il n'y a pas de contact physique direct. Il correspond au rapport amical sans vraiment être intime, il y a environ un mètre qui sépare les personnes. À cette distance, l'expression mimogestuelle est importante.

Le cercle social, de 1m20 à 3m50, c'est la distance des relations interpersonnelles directes, il n'y a pas de contact physique. On peut percevoir quel type de relation entretiennent les deux protagonistes, si c'est personnel ou impersonnel.

Enfin, le cercle public, au-delà de 3m50, la distance de la prise de parole, parfait pour un auditoire.

Certaines personnes, comme Amadou, ont besoins de contact intime pour communiquer alors que d'autres vont reculer instinctivement dès qu'on atteint leur cercle intime. Cela peut être à l'origine de disputes ou de quiproquos avec ses pairs. Pour que la compréhension soit possible, il est encore nécessaire d'avoir l'étayage d'une auxiliaire de puériculture. En effet, il arrive qu'Amadou souhaite jouer avec les autres enfants. Il les prend par le bras d'une main pendant qu'avec l'autre il saisit le jouet que tient l'enfant. L'enfant, pensant qu'Amadou veut lui prendre, crie et pleure pour montrer son mécontentement. C'est à ce moment que l'auxiliaire de puériculture intervient et explique à l'enfant qu'Amadou ne comprend pas s'il parle ou crie, il faut lui montrer avec

des gestes qu'il ne veut pas qu'Amadou prenne son jouet. Par exemple, en faisant non avec le doigt devant son visage.

Au fur et à mesure, certains enfants ont compris qu'Amadou avait besoin qu'on lui montre des gestes pour qu'il comprenne ce qu'on lui demandait, mais il n'est pas toujours facile de réagir de cette façon car ils ont du mal à vivre autrement que comme une intrusion l'arrivée et le touché d'Amadou. Il est vrai que les enfants de cette section ont moins de deux ans et demi, leur capacité de représentation, notamment de ce que vit autrui, est encore très difficile. Se décentrer et s'identifier à un autre enfant est compliqué à cet âge.

Avec les auxiliaires de puéricultures, nous avons au fur et à mesure eu le même questionnement : maintenant que nous savons comment s'adresser à Amadou pour qu'il nous comprenne, comment lui apprendre à se faire comprendre de nous et des autres enfants ?

De plus, une question se pose quant à l'identification des émotions par Amadou chez l'autre. En effet, lors de ces moments de toucher relation vécus comme une intrusion pour certains enfants, il arrive qu'ils pleurent. J'ai pu observer qu'Amadou, continuait à essayer d'agripper l'enfant en le fixant. L'auxiliaire de puériculture intervient, et essaye de montrer par des gestes et des expressions faciales qu'il a fait mal à l'autre enfant et que c'est pour cela qu'il pleure. Amadou semble sidéré. Il ne bouge pas, regarde l'adulte avec ce qui me semble être un questionnement, ou une incompréhension. L'auxiliaire de puériculture a le même ressenti. Je me demande alors si l'incompréhension peut venir de la différence entre les émotions éprouvées par Amadou et celles de l'autre enfant. En effet, alors qu'Amadou est dans une intention positive le reflet de l'autre enfant tend vers le négatif avec des pleurs ou des expressions de colère. Dans ces moments-là, l'auxiliaire de puériculture décide de prendre la main d'Amadou et de lui faire une caresse sur la joue de l'enfant qu'il a heurté. Ainsi, elle lui fait vivre un geste qui peut être doux et bienveillant. Ceci peut être mis en lien avec les notions vues précédemment dans les écrits de S. Robert-Ouvray. Faire vivre à Amadou les sensations du doux et du dur dans son corps propre afin qu'il puisse percevoir la différence entre les deux. L'hypertonie rend les gestes d'Amadou maladroits et envahissants.

Cette difficulté gestuelle dans l'interaction pourrait être liée à des difficultés au niveau de la motricité fine. Cependant, lors du repas, il sait tenir sa cuillère en préhension digitale et le geste de l'assiette à la bouche paraît contrôlé. De même, pour faire comprendre ses besoins à l'adulte, il lui prend la main et pointe avec son doigt l'objet convoité. Ces deux observations montrent que ses capacités correspondent à son âge quant à la différenciation digitale.

Donc, il est difficile de dire si Amadou a des troubles de la motricité fine ou si c'est l'engagement corporel qu'implique la relation à l'autre en plus de son hypertonie qui entraîne une maladresse dans le contact tactile. Cependant, en m'appuyant sur mon ressenti et mes observations, je pencherais plus vers une difficulté de régulation tonique en relation étant donné le contrôle dont il fait preuve en motricité fine notamment lors des repas.

Même s'il est difficile de communiquer de manière efficace avec Amadou de part sa surdité qui entraîne une absence de langage oral et des difficultés d'accès au registre symbolique, il est néanmoins aisé d'entrer en relation avec lui.

CONCLUSION :

Amadou est un enfant sourd qui arrive grâce à certaines compensations et notamment par l'étayage de l'adulte à comprendre et suivre le rythme de vie au sein de la crèche. Il en est de même pour la communication avec l'adulte ou les autres enfants. Mais cela est au prix d'une attention excessive et permanente qui se traduit par une hypertonie. Des troubles vestibulaires et du langage sont observés ainsi que certaines difficultés dans coordinations globales.

Amadou paraît capable d'entrer en relation avec l'adulte comme avec ses pairs, même si cela est souvent maladroit. Il est aisé de capter son regard, et de se sourire mutuellement.

Cette réflexion théorico-clinique m'amène à un questionnement notamment sur le processus d'individuation d'Amadou en rapport à son identité corporelle et à son schéma corporel. Quel influence cela a-t-il sur les interactions qu'il entretient avec ses pairs ? Sur l'accès à la compréhension de l'autre ? Et sur l'engagement de son corps au sein de la communication ? De plus, les interactions avec Amadou demande un investissement particulier, à quelles difficultés peuvent-elles être confrontées ?

Ce sont à ces questions que je tenterais de répondre lors de la discussion qui suit.

DISCUSSION

La surdité est un double handicap qui tient autant au déficit sensoriel lui-même qu'à l'atteinte de la vie relationnelle. Selon B. Golse, le corps « participe à l'élaboration de notre vision du monde, soit celle de nous-même, celle des autres et celles des relations qui nous relie  à nous-mêmes et à autrui. »³². Grâce à la partie théorico-clinique, nous avons pu comprendre qu'Amadou est capable d'entrer en relation : par le regard, le sourire et surtout le touché. Sa difficulté réside dans la communication en tant que telle, et le corps y trouve une place prépondérante. Pour Amadou, encore plus qu'un autre enfant du même âge, le corps est donc au centre de la communication avec autrui. Cependant, il a des difficultés de régulation tonique, qui influence parfois la qualité de ses gestes, ce qui vient parasiter la communication.

Avant d'approfondir la communication entre Amadou et son environnement, je pense important de rappeler les différentes interactions précoces mère-bébé en lien avec le processus d'individuation de l'enfant.

La mère tire sa confiance d'être une bonne mère des gratifications que lui renvoie son enfant. Le bébé a donc une influence sur la qualité et la quantité des soins qu'il reçoit. Ainsi, cette relation en spirale peut être positive ou négative. « Actuellement, la relation entre le bébé et son entourage est envisagée comme un ensemble de processus bidirectionnels, où le bébé n'est pas seulement soumis aux influences de cet entourage mais est encore à l'origine de modifications tout à fait considérables de celui-ci. »³³

Les interactions se définissent comme l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nourrisson et ses différents partenaires.

« L'interaction mère-nourrisson est aujourd'hui conçue comme un processus au cours duquel la mère entre en communication avec son bébé en lui adressant certains 'messages', tandis que le nourrisson, à son tour, 'répond' à sa

³² In Korff-Sausse S (2004), p.6.

³³ Mazet Ph., Cukier-Hemeury F., Latoch J., Rosenblum O. et Sitbon H *in* Lebovici S., Mazet Ph., Visier J.P. (1989), p. 17.

mère à l'aide de ses propres moyens. L'interactions mère-nourrisson apparaît ainsi comme le prototype primitif de toutes les formes ultérieures d'échanges ».³⁴

S. Lebovici, Ph. Mazet et J.P. Visier (1989), ont défini trois niveaux d'interactions : comportemental, affectif et fantasmatique. Je trouve intéressant de mettre en relation ces différents niveaux d'interactions avec les observations que j'ai pu faire d'Amadou.

Les interactions comportementales, encore appelées interactions réelles, concernent la façon dont le comportement de l'enfant et celui de sa mère s'agencent l'un par rapport à l'autre. Elles sont observables dans différents registres : corporel, visuel et vocal.

Le concept du « Moi-Peau » de D. Anzieu donne un autre aspect de ces interactions.

En effet, selon le principe Freudien, « toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle »³⁵. D. Anzieu développe le concept du « Moi-Peau » comme : « Une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. »³⁶.

Il établit un parallèle entre les fonctions de la peau et celles du « Moi-Peau ». En effet, la fonction première de la peau est qu'elle est une interface avec l'extérieur, c'est elle qui délimite le dedans du dehors et elle « fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du Moi et de ses principales fonctions »³⁷. D. Anzieu répartit les différentes fonctions de cette manière :

La fonction de maintenance du psychisme. Elle correspond à l'intériorisation du Holding maternelle de D.W. Winnicott que nous approfondirons plus loin. C'est une fonction importante quant à l'acquisition de

³⁴ Lebovici S. et Stoléru S. (1983), p. 96.

³⁵ Anzieu D. (1995), p.119.

³⁶ *Ibid*, p.61.

³⁷ *Ibid*, p.119.

la position assise et debout. L'appui sur le corps maternel permet au bébé d'acquérir l'appui interne de sa colonne vertébrale. Ainsi, cela lui permet de se redresser physiquement et psychologiquement.

La fonction contenante du psychisme est assurée par le Handling défini par D.W. Winnicott que nous verrons aussi ultérieurement. Cette fonction amène l'enfant à un sentiment de continuité de l'existence. Elle permet à l'enfant de vivre des sensations et des émotions à son propre compte sans se sentir détruit.

La fonction de pare-excitation, d'abord assurée par la mère qui fait en sorte que le bébé ne soit pas exposé à des stimulations internes ou externes excessives. Le Moi-Peau naissant du bébé permet ensuite un étayage suffisant pour sa propre peau afin d'avoir sa propre fonction de pare-excitation.

La fonction d'individuation de Soi qui s'étend sur la séparation progressive du corps de la mère et de celui du bébé.

La fonction d'inter-sensorialité avec laquelle le Moi-Peau représente une surface psychique qui relie les diverses sensations entre elles. Elle permet à l'enfant de se représenter comme une entité stable.

La fonction de surface de soutien à l'excitation sexuelle liée à l'investissement libidinal de la peau de l'enfant par sa mère. En lien avec le plaisir de la mère de s'occuper du corps de son enfant et qui permet à celui-ci d'éprouver du plaisir dans son corps propre.

La fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique qui se base sur la fonction de stimulation du tonus sensori-moteur de la peau.

La fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles : en présentant à son bébé des objets, la mère lui présente en même temps un monde extérieur sécurisé. Ce que l'on peut mettre en lien avec la notion d'Object Presenting développée par D.W. Winnicott que nous verrons plus tard. Cette fonction permet à l'enfant d'élargir son champ d'expérimentation et de recevoir les informations sensorielles sur le monde qui l'entoure.

Pour que ces fonctions s'organisent, elles ont besoin de s'étayer sur différentes enveloppes. Ainsi, le Moi-Peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile : c'est la fonction d'intersensorialité du « Moi-Peau » qui aboutit à la constitution d'un sens

commun. Les angoisses de morcellement du corps et les angoisses du démantèlement peuvent être dues à la carence de cette fonction.

Par ailleurs, en regroupant les différents travaux de D. Anzieu, W.R. Bion, W. D. Winnicott et J. Lacan concernant la notion d'enveloppe, il est possible d'y associer l'existence d'une enveloppe visuelle, sonore, olfactive, et de souffrance.

Amadou étant sourd, j'aimerais approfondir plus particulièrement la notion d'enveloppe sonore.

« [...] Pour qu'il y ait « enveloppe » sonore, il faut que le vécu sonore ait trouvé à s'étayer sur une expérience tactile et visuelle, d'une part, sur une élaboration mentale du vécu sonore à partir du Moi-Peau (D. Anzieu, 1985), conduisant à la notion d'enveloppe, d'autre part. »³⁸

L'existence d'une enveloppe sonore semble conditionnée à la possibilité d'élaborer le vécu sonore à partir du Moi-Peau, notamment par la voix de la mère qui peut être considérée comme une enveloppe contenante sécurisante. La distinction entre les sons émis par l'environnement et les sons émis par l'enfant participe à la construction de la notion de dedans/dehors et de la notion de limites corporelles. Selon M-H. Herzog, « L'espace sonore amène l'enfant à s'individualiser et à distinguer le soi du non-Soi.

Ainsi D. Anzieu développe le concept d'un miroir sonore ou peau auditivo-phonique qui serait une enveloppe qui contient le psychisme. Pour lui, « l'espace sonore est le premier espace psychique »³⁹ Il permet l'acquisition de la capacité de signifier puis de symboliser. Le miroir sonore est la première base de l'édification du Soi. Ainsi le Soi se constitue par introjection de l'univers sonore.

³⁸ E. Lecourt (2006), p.200.

³⁹ Anzieu D. (1995), p.185.

L'enveloppe sonore permettrait donc, en plus d'un premier espace psychique, l'appropriation du mot, du sens, la différenciation et la neutralisation de l'excitation sensorielle.

Pour Amadou, sa déficience auditive paraît être un handicap pour la construction de son psychisme. L'enveloppe sonore lui faisant défaut, il lui manque une enveloppe contenante. En effet, il est plus difficile de se confronter à la réalité de son environnement sans avoir un réel étayage appuyé sur la verbalisation de son vécu.

C'est un point sur lequel nous reviendrons plus loin dans cette discussion. Par son hypertonie, qui peut avoir pour but de faire face à ce manque d'enveloppe, il est possible qu'Amadou se soit créé une carapace. Celle-ci aurait alors une fonction de pare excitation pour son psychisme. Il est envisageable d'imaginer que la tonicité excessive d'Amadou n'a pas facilité l'intégration des sensations et du vécu au niveau de la peau. Ainsi, Paradoxalement, cette hypertonicité visant à le protéger a pu en elle-même entraver la mise en place de la fonction contenante du Moi Peau.

S. Robert-Ouvray développe la notion de « Moi Tonique »⁴⁰ qui selon elle, précéderait le « Moi-Peau ». En effet, elle explique que l'enveloppe tonique est la première enveloppe avec laquelle il est possible d'interagir avec le nourrisson. S. Robert-Ouvray explique que le tonus du dos est fondamental pour l'organisation psychique et relationnelle de l'enfant par le sentiment d'être soutenu et contenu. En effet, le dos est une zone fondamentale dans l'intégration du vécu du bébé car cette zone symbolise le sentiment d'être soutenu. La tonicité axiale du nouveau-né contribue à faire du dos une zone privilégiée d'intégration du vécu psychocorporel. C'est parce qu'il y a un tonus équilibré de part de d'autre de l'axe que le dos joue ce rôle. S. robert-Ouvray considère que le corps dans son organisation tonique et motrice est un modèle pour intégrer le psychisme. Ainsi l'étayage psychomoteur permet à l'enfant de

⁴⁰ Robert-Ouvray S. (2010).

partir des mouvements innés pour tendre vers des gestes organisés dans la relation. Une relation mère-enfant saine et bienveillante ou « suffisamment bonne »⁴¹ est donc capitale. Ce qui peut être mis en lien avec la notion de dialogue tonico-émotionnelle élaborée par H. Wallon (1949) et développé par J. de Ajuriaguerra (1970) qui désigne les ajustements corporels et interactifs entre l'enfant et sa mère en lien avec le dialogue tonique vu précédemment.

Le tonus et l'état psychique étant profondément lié, il est possible que l'hypertonie d'Amadou traduise une surcharge tonique en lien avec une tension psychique importante. Je n'ai pas pu observer la relation d'Amadou avec sa mère. Néanmoins, par sa surdité, Amadou n'a pas pu entendre les verbalisations que sa mère lui adressait. Même s'il a pu ressentir physiquement ses attentions, il manque à Amadou le sens des mots sur son vécu psycho corporel. La verbalisation des états de tension que vit le bébé participe à la diminution des tensions internes et aide le bébé à retrouver un état de détente.

Il n'y a pas d'interactions vocales entre Amadou et sa mère, bien sûr elle s'adresse à lui mais, lui, ne parle pas. En effet, même s'il a pu émettre certains cris étant bébé, actuellement l'utilisation de sa voix est quasi inexistante. Il ne peut pas non plus entendre sa mère. Sans la verbalisation, il est difficile à Amadou de comprendre ses différentes sensations corporelles et d'élargir son champ d'expérimentation car la réception des différentes informations sensorielles est perturbée par sa surdité. Par conséquent, il est possible que les fonctions du Moi-Peau d'inter-sensorialité et d'inscription des traces sensorielles tactiles soient entravées.

Parce qu'Amadou n'entend pas et qu'il est de fait dans l'impossibilité de s'appuyer sur les verbalisations de sa mère pour organiser son vécu, il faut donner une importance particulière à la relation corporelle entre eux deux et donc au soin maternel.

En effet, il ne faut pas négliger l'importance du ressenti physique qu'Amadou aux attentions et aux soins de sa mère. Ainsi, il est intéressant d'explorer comment les états toniques interagissent avec les fonctions maternelles développées par D. W. Winnicott. Celui-ci met en lien la constitution

⁴¹ Winnicott D.W. (2006)

du Soi et trois phénomènes en lien avec les fonctions du Moi-peau vu précédemment :

Le Holding, qui correspond au versant psychique du portage et la façon de maintenir l'enfant. Il a une fonction de pare-excitation.

Le Handling, correspondant à la façon de soigner l'enfant notamment la façon de le manipuler, ce sont les soins physiques à l'enfant.

L'Object Presenting, qui est la capacité de présenter à l'enfant des objets dont il a besoin et qu'il désire. Au sens large, cela renvoie à la façon dont la mère introduit l'environnement dans le vécu du bébé.

Il est possible de supposer que la surdité congénitale bilatérale d'Amadou a affecté le dialogue tonico-émotionnelle entre lui et sa mère. Le holding et donc la fonction de maintenance, ont pu être complexe ou/et insuffisants car ses parents ont pu éprouver des difficultés à comprendre les signaux d'Amadou et à leur donner sens en retour puisque les mots et le ton adressé ne pouvaient être perçus. Le handling, parallèlement à la fonction contenante, est, entre autre, la façon de mobiliser l'enfant. En effet, la mère d'Amadou le décrivait comme hypotonique pendant le portage au pagne et lorsqu'elle a commencé à le mettre assis. Il est possible d'imaginer que cela a pu être compliqué pour elle de manipuler un bébé dont la tonicité était insuffisante selon ses repères culturelles. Par ailleurs, le fond plutôt hypertonique d'Amadou a fini par se mettre en place, au fur et à mesure par l'hypervigilance visuelle comme expliqué plus haut en référence à J. Rivière. Cette maman a ressenti ce changement sans pouvoir comprendre et peut être sans pouvoir l'accompagner. La surdité d'Amadou a dû avoir un impact sur la façon dont sa mère a pu lui présenter le monde.

Les interactions affectives ont pu être aussi touchées par ces différentes incompréhensions entre Amadou et ses parents. Ces interactions concernent les influences réciproques entre la vie émotionnelles du bébé et celle de sa mère. La mère perçoit, de manière plus ou moins précise, l'état affectif de l'enfant, l'interprète et y répond par un autre état affectif. L'enfant réagit à cette communication par une modification éventuelle de son vécu affectif qui donnera peut-être lieu à une nouvelle communication maternelle chargée d'affects. D. Stern décrit « l'accordage affectif » ou « harmonisation des affects » entre la

mère et son bébé comme étant : « l'exécution de comportements qui expriment la propriété émotionnelle d'un état affectif partagé sans imiter le comportement expressif exact de l'état interne ». ⁴² La mère manifeste alors au nourrisson plus qu'une simple imitation de ses comportements, elle lui montre qu'elle perçoit de manière empathique ce qu'il éprouve. C'est donc l'état émotionnel qui est traduit et non simplement le comportement extérieur. Cette forme d'échange prend une autre dimension quand l'enfant est âgé d'environ 9 mois : il découvre qu'il a une psyché propre et que l'autre a une psyché séparée de la sienne. C'est à ce moment qu'il est possible de parler d'intersubjectivité.

Il est intéressant d'enrichir cette notion d'interactions affectives avec celle des interactions fantasmatiques qui sont définis par Ph. Mazet et S. Stoléru (1989) comme « l'étude de la manière dont les fantasmes des partenaires trouvent leur expression dans l'interaction et de la manière dont les fantasmes de chaque partenaire répondent à -et modifient- ceux de l'autre ». Les interactions fantasmatiques sont accessibles par le discours parental. Elles donnent un sens à l'interaction comportementale.

Il est possible alors de se demander, si les interactions comportementales, affectives et fantasmatiques ont été entravées dans la relation entre Amadou et ses parents. En effet, avant même le diagnostic de surdit   d'Amadou pos  e, sa m  re ne comprenait pas son   tat tonique. En plus du travail de deuil de l'enfant imaginaire que toute m  re fait    la naissance du b  b  , la m  re d'Amadou a du faire le deuil de l'enfant sain auquel elle s'attendait. Ceci a pu avoir un impact sur les interactions affectives entre Amadou et ses parents. Des incompr  hensions toniques, puis verbales, qui ont pu tendre vers un accordage affectif d  ficientaire.

Ainsi, la surdit   a certainement pu alt  rer les interactions pr  coces entre Amadou et ses parents, et par cons  quent, la constitution du Soi, chez Amadou, a pu   tre entrav  e car, comme l'explique D. Anzieu : «   tre un moi, c'est se sentir la capacit   d'  mettre des signaux entendus par d'autres » ⁴³.

⁴² Stern D. (1989), p.185.

⁴³ Anzieu D. (1995), p.84.

La constitution du Soi s'appuie donc sur les interactions précoces. Ces échanges entraînent une intersubjectivité entre les deux protagonistes. Et cette même intersubjectivité peut être aussi conçue comme une intercorporéité de par l'enjeu que le corps a au sein de la relation, comme nous venons de le voir. Selon J.C. Reinhardt, la connaissance du corps est « une construction progressive permettant à l'individu de constituer son unité corporelle, de parvenir à une intégrité corporelle et d'accéder à une identité et une créativité personnelle »⁴⁴. La première identité est donc une identité corporelle qui est nommé en psychomotricité comme étant le schéma corporel.

J. De Ajuriaguerra propose la définition suivante du schéma corporel : « édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ». Il va plus loin lorsqu'il explique que dans la constitution de « l'image du moi corporel de l'homme, la sensori-motricité, l'image d'autrui et la vie instinctivo-affective ne peuvent être séparées qu'artificiellement »⁴⁵.

Le schéma corporel est un modèle perceptif du corps, à la fois permanent et évolutif. Il permet l'identification des parties du corps et la connaissance du corps d'autrui. Il est une référence constante de nos relations avec l'espace, le temps et l'environnement. Il réalise l'unité du corps en statique et en dynamique, l'adéquation entre l'espace interne et l'espace environnant.

Dans ce sens, il existe quatre périodes du développement du schéma corporel de l'enfant qu'il est possible de mettre en lien avec le développement psychomoteur selon J. Piaget vu précédemment :

Le corps vécu, de 0 à 3 mois, l'enfant a besoin d'expériences sensorielles très variées. J. Piaget parle de « schéma corporel sensori-moteur ».

⁴⁴ Reinhardt J.C (1990), p.11.

⁴⁵ Ajuriaguerra de J. (1970).

Le corps perçu, de 3 mois à 3 ans, l'enfant affine la perception qu'il a de son corps. Il peut localiser sur lui et sur autrui les différents segments de son corps.

Le corps représenté, de 3 à 7 ans, au cours duquel l'enfant se représente son corps de façon réaliste et juste.

Le corps connu, à partir de 7 ans, en lien avec la période opératoire selon J. Piaget où l'enfant peut mentaliser ses actions, les programmer et les évaluer par avance.

Amadou devrait être dans la perception de son corps propre et être capable de commencer à localiser sur lui et les autres différentes parties du corps. Le langage verbal, n'étant pas acquis il est très difficile de savoir s'il peut reconnaître des parties de son corps sur lui et sur les autres.

À son âge, un enfant entendant serait capable de montrer sur lui-même sa tête, ses bras, son ventre et ses jambes. Plus particulièrement, il pourrait montrer où sont les cheveux, les yeux, le nez, la bouche, les oreilles, les épaules, les coudes, les mains, les genoux et les pieds.

J'ai déjà essayé de lui montrer mon nez en lui pointant du doigt puis de pointer le sien en énonçant verbalement « c'est mon nez, et c'est ton nez ». En général, les enfants entendant touchent aussi leur nez et répète. Amadou n'a pas touché son nez, il a dévié le regard et il est parti. J'ai réitéré plusieurs fois ce jeu, avec les yeux, la bouche et les oreilles, Amadou déviait souvent son regard ou me fixait quelques secondes, pour ensuite chercher un jouet au sein de la section. Il est possible d'émettre plusieurs hypothèses :

La fuite d'Amadou dévoile simplement un désintérêt.

Ou bien, comme vu antérieurement, si Amadou a une forme de fragilité des enveloppes psychocorporelles, ces jeux de schéma corporel pourraient éventuellement le renvoyer à certaines angoisses primitives comme celle de morcellement ou de démantèlement. Ou encore, ces jeux peuvent confronter Amadou à un sentiment de peur de l'échec car il ne comprend peut être pas ce que je lui demande, ou il le comprend mais sans avoir les outils suffisants pour répondre à ma sollicitation.

Enfin, cela peut être du fait de la surdité d'Amadou et donc des problèmes de communication que cela implique. Ainsi, il reste difficile d'évaluer de cette manière sa connaissance des différentes parties du corps.

Il est possible de mettre en lien une probable difficulté de somatognosie avec ce que nous avons vu de la structuration spatio-temporelle d'Amadou. En effet, son repérage dans l'espace et dans le temps est surtout permis par son environnement, par les rituels, et il est possible de se demander s'il serait dans la capacité de se repérer dans l'espace et le temps grâce à son corps propre et ses propres sensations. De plus, ce repérage se fait particulièrement par des interactions visuelles qui sont primordiales dans la communication d'Amadou avec son entourage.

Dès les premiers jours de vie, le regard constitue une modalité interactive essentielle. L'interaction par le regard est principalement constituée par le regard mutuel. Le regard du bébé induit chez la mère des affects très marqués, elle le ressent comme gratifiant et valorisant. Du point de vue de l'enfant, le regard de la mère vers lui semble augmenter sa tendance à le regarder. D.W. Winnicott évoque le rôle « miroir » du visage de la mère. Quand le bébé regarde sa mère « ce qu'il voit c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit ».⁴⁶ La mère renvoie donc à son enfant ses propres émotions, dans un échange accompagné de mimiques et de vocalises. Ceci correspond au principe d'accordage affectif de D. Stern vu précédemment. Ce rôle de la mère est fondamental dans la construction du sentiment d'exister de l'enfant. Celui-ci comprend que lorsque sa mère le regarde, il existe et c'est à partir de cette image qu'elle lui renvoie qu'il pourra s'identifier et élaborer son identité.

Pour Amadou, outre le dialogue tonique et postural, les interactions visuelles sont fondamentales. Elles permettent le recueil d'informations concernant ce qu'exprime la personne. En observant la direction du regard mais aussi les gestes et les mimiques de son interlocuteur Amadou enrichit sa compréhension de ce qui s'exprime. Dans ce sens, je pense intéressant de parler

⁴⁶ Winnicott D.W (1975), p. 205.

des mimiques et des gestes, c'est-à-dire de l'expression mimo-gestuelle, en m'appuyant sur des exemples d'interactions entre Amadou et ses pairs, et entre Amadou et les adultes.

La mimique est l'ensemble des modifications du visage qui permettent d'exprimer, intentionnellement ou non, consciemment ou inconsciemment, un état, un sentiment ou une réaction du sujet dans une situation donnée⁴⁷.

Le terme émotions vient du latin « movere » qui signifie mettre en mouvement. Les mimiques sont des expressions émotives du visage. L'émotion est un ressenti psychique qui émane du sujet lui-même au regard de sa personnalité. Ce ressenti est donc subjectif et varie en fonction de la source de l'émotion et de son intensité. Sur le visage de l'être humain, les expressions spontanées et même intentionnelles sont difficiles à interpréter quand on ne connaît pas le contexte dans lequel elles se situent. Elles sont modelées par le milieu social et culturel auxquels correspond des manifestations stéréotypées des émotions⁴⁸.

Les sources d'émotions se multipliant aussi avec l'âge, l'enfant va peu à peu s'approprier un répertoire de réponses plus ou moins appropriées. Progressivement, toutes les réactions inadaptées et incontrôlées vont donner place à des actes sociaux, voire à des codes sociaux auxquels l'enfant, en grandissant, va avoir recours. La mimique, en l'occurrence, fera partie de ces actes sociaux. Un véritable langage plus chargé d'affects que les mots mais plus adéquat pour l'enfant dans sa manière d'agir sur autrui⁴⁹.

Le geste est, avec la mimique, le premier moyen de communication du nourrisson avec l'environnement.

Le geste est un mouvement ou une série de mouvements à visée de communication. Il a vocation à être compris ou interprété par le récepteur. Ce

⁴⁷ Coste J.C. (1994).

⁴⁸ Guillot J.P. (1996).

⁴⁹ *Ibid.*

dernier peut lui accorder, une toute autre signification que celle donnée par l'émetteur. À un geste correspondent une représentation mentale, une organisation spatio-temporelle et une coordination neuro-musculaire. Selon C. Ballouard, « un geste [...] s'exécute dans une situation et pour quelqu'un. Un geste se caractérise par une double adresse, de coordination et de destination. Un comportement à adresser à quelqu'un est vu, visible et ainsi partageable »⁵⁰.

J. Bergès, classe les gestes de trois manières⁵¹ :

Le geste qui exprime la manière de dire. C'est un vocabulaire gestuel comme un compromis entre un fond commun de signification et la personnalité de l'auteur du geste. Le sujet en quelque sorte restitue à sa façon ce qu'il a inscrit corporellement des codes sociaux (haussement des épaules, la faim, la soif, la fatigue).

Le geste qui exprime la manière de faire. C'est un geste action qui tend à modifier une situation donnée. L'élément essentiel du geste action est l'efficacité de son exécutant.

Le geste qui exprime la manière d'être. C'est le geste qui nous trahit, qui nous échappe. Il révèle notre réalité intérieure et lèvent nos barrières défensives. Il révèle nos qualités et défauts, notre prestance ou notre spontanéité. À la différence du verbe qui parfois peut être porteur de mensonge, il est difficile de falsifier une mimique ou d'agir sur l'authenticité d'un geste spontané.

Le geste de l'enfant progresse et se précise avec la maturation neurologique. C'est un langage préverbal. Dans les premières années de vie, il est le moyen d'expression le plus important avec le tonus jusqu'à environ 5 à 6 ans. En effet, le geste se met en arrière plan au fur et à mesure que le langage se développe.

Le geste ne peut être précis que s'il est sous-tendu par une bonne acquisition du schéma corporel, un bon développement tonico-postural et une

⁵⁰ Ballouard C. (2011).

⁵¹ Bergès J. (1967).

bonne intégration sensorielles et proprioceptives. Ainsi, il est intéressant de se pencher sur l'importance du toucher dans la communication avec Amadou.

Comme nous l'avons vu, pour entrer en relation avec les autres enfants, Amadou utilise surtout le toucher. Ce toucher peut être invasif pour ses pairs, mais l'intervention de l'adulte permet de réguler ce toucher. Les autres enfants réagissent souvent en criant, en poussant Amadou et en pleurant. Les auxiliaires de puéricultures essaient de leur faire comprendre qu'Amadou n'entend pas et qu'il faut donc lui montrer par geste qu'il ne doit pas toucher de cette manière. Certains enfants comprennent et le font de plus en plus régulièrement tandis que pour d'autres il est plus difficile de se rendre compte et de s'adapter aux conséquences de la surdité d'Amadou sur la communication.

Vers la fin de mon stage, un problème est soulevé. Amadou comprend ce qui lui est dit lorsqu'il s'agit de consignes simples comme mettre son manteau ou encore aller manger. Mais lorsqu'il y a un conflit entre enfants comme évoqué précédemment, les auxiliaires de puéricultures rencontrent des difficultés. En effet, comment faire comprendre à Amadou que le problème n'est pas qu'il touche l'autre, mais plutôt la façon de le toucher ? Pour ceci, comme vu antérieurement, elles prennent son bras doucement pour lui faire caresser la joue de l'autre enfant, pour qu'il vive d'un point de vue corporel ce qui est le plus adapté. De même, lorsqu'il veut jouer avec ses pairs en prenant leur objet, comment lui expliquer qu'il ne doit pas arracher le jouet, mais plutôt s'asseoir à côté de l'enfant ou regarder. De plus, il est dans l'incapacité de pouvoir demander à l'enfant ce qu'il veut. D'ailleurs, j'ai pu observer qu'il n'utilisait pas le pointage avec ses pairs. Je me demande si c'est parce qu'il ne sait pas si c'est possible de le faire avec eux, ou s'il a déjà essayé mais qu'il n'a pas été compris par eux ? Afin de favoriser et d'apaiser les relations entre Amadou et ses pairs, les auxiliaires de puériculture sollicitent les autres enfants pour aller le chercher notamment au moment du regroupement. Un enfant en particulier est très vigilant à la présence d'Amadou et il arrive régulièrement qu'il aille le chercher avant même la demande de l'adulte.

Les auxiliaires de puéricultures se sont heurtés à de nouvelles difficultés de communication : « Nous avons l'impression de lui dire que « non »

toute la journée ». Comment faire alors pour éviter le non le plus possible en le remplaçant par des gestes positifs qui seraient plus valorisants pour Amadou. Lors d'échanges avec les auxiliaires de puéricultures, nous avons donc essayé de trouver plusieurs solutions. Par exemple, comme nous avons trouvé un geste associé au « non » que les auxiliaires de puéricultures ont transmis aux enfants, pourquoi ne pas faire de même pour le oui ? Alors, pour dire « oui » à Amadou, il faudra l'étayer en levant les pouces et hochant la tête de manière à ce que ça soit clairement établi.

L'éducatrice spécialisée du centre auquel Amadou est pris en charge est venue à la crèche pour échanger avec les auxiliaires de puéricultures. Elle leur explique que pour donner des repères à Amadou, elle utilise une sorte de pictogramme avec des photos. Elle encourage vivement l'équipe de la crèche à faire de même. Ainsi, un pictogramme sera mis en place à la crèche avec les photos des auxiliaires de puéricultures, des photos du jardins, de l'atrium et des différents ateliers possibles en crèche et enfin des photos des soignants du centre afin de faire un lien lorsqu'Amadou part plus tôt de la crèche pour ses prises en charge.

La difficulté qu'Amadou a au niveau du toucher vient d'une régulation tonique précaire qui tend vers l'hypertonie. Cette dernière est induite par une hypervigilance mise en place pour se repérer dans son environnement. Ainsi, il est possible d'espérer qu'en facilitant l'organisation de cet environnement et en lui permettant de mieux anticiper les événements ce système de pictogramme ait une influence indirecte sur l'état tonique D'Amadou.

CONCLUSION

À travers ce mémoire, j'ai cherché à étudier l'influence que pouvait avoir la surdité d'Amadou sur son développement psychomoteur et la place du corps au sein de la communication avec lui.

Certaines observations de retards psychomoteurs dues à la surdité d'Amadou ont été remarquées par la mère d'Amadou et au sein de la crèche. Notamment son trouble de l'équilibre et ses jeux assez pauvres même si l'accès au symbolisme semble se faire progressivement grâce au mode de communication nécessaire à Amadou.

Il a été intéressant d'observer son évolution au sein de la crèche qui lui propose un accueil cherchant à s'adapter à son handicap et ses besoins et qui agit ainsi en prévention de difficultés plus importantes. J'ai pu percevoir que l'évolution d'Amadou a été accompagnée de celle des professionnelles qui l'entouraient. En effet, l'engagement corporel que supposent les interactions avec Amadou semblent avoir été compris et accepté par les auxiliaires de puéricultures qui, d'elles-mêmes, ont mis en place une adaptation de leur communication en s'appuyant sur une expression mimo-gestuelle, une adaptation posturale et une l'expressivité faciale accentuée pour faciliter sa compréhension.

Il est donc possible que les difficultés rencontrées soient des modifications au niveau des interactions comportementales, affectives. Et, plus particulièrement, au niveau des interactions visuelles qui arrivent au premier plan de toutes les interactions avec le dialogue tonico-émotionnel.

Par ailleurs, la question des croyances de la mère d'Amadou m'a interpellé. En effet, je voulais d'abord écrire un mémoire à propos des différences culturels et de croyances en rapport avec le portage. Puis j'ai rencontré Amadou lors d'une visite en crèche. La façon dont Amadou interagit et reste vigilant à son entourage m'a tout de suite fascinée. J'ai alors décidé de changer de sujet pour celui de la surdité chez le jeune enfant. Puis j'ai appris que sa mère refusait la pose d'un implant cochléaire par raisons de croyances, et que par toutes les difficultés qu'elle a pu rencontrer avec la médecine française,

elle semblait ne plus faire confiance à son corps médical. Néanmoins, elle ne paraît pas totalement rejeter la médecine occidentale, car elle continue d'amener Amadou aux différentes prises en charge du centre. La mère d'Amadou a donc décidé de l'emmener au Mali afin qu'il se fasse soigner traditionnellement auprès de sa famille.

Ce mémoire m'a donc beaucoup apporté quand à la vision de la surdité chez le jeune enfant. Il me permet aussi un questionnement sur l'influence de la culture et des croyances de chacun face au handicap de manière général. Aussi, si j'en ai l'occasion, j'aimerais donc me pencher sur ce versant culturel dans ma future vie professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA de J. (1962), « *Le corps comme relation* », *Revue suisse de psychologie pure appliquée*, *Revue suisse de psychologie et psychologie appliquée*, p 137-157.

AJURIAGUERRA de J. (1970), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson.

AJURIAGUERRA de J. (1985), *Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements : des mouvements spontanés au dialogue tonico-postural et aux modes précoces de communication*, In, *Enfance*, 2-3, p. 265-277.

ANZIEU D. (1995) *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.

BALLOUARD C. (2011), *L'aide mémoire de Psychomotricité*, Paris, Dunod.

BERGÈS J. (1967), *Les gestes et la personnalité*, Paris, Librairie Hachette.

BARUCH C. (1994), « *Discrimination du temps chez les bébés de 4 mois* », *Journal de physique*, 4, 367-370.

BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche*, Toulouse, Érès.

CARRIC J.C. (1998) *Lexique du psychomotricien*, Paris, Vernazobres-Grégo.

CHADZYNSKI D. (2011), *Cours sur le développement sensori-moteur selon A. Bullinger*, Paris.

CHAILLOT A (2004), *Posture et mouvement chez l'enfant*, mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien, Paris, IFP.

CORRAZE J. (1980), *Les communications non-verbales*, Paris, P.U.F.

CORRAZE J. (1987), *La neuropsychologie du mouvement*, Paris, P.U.F.

COSTE J.C (1994), *La psychomotricité*, Paris, P.U.F.

DEGAS W. (2012), *Comment contenir et trouver des appuis en soi lorsqu'on a trois ans ? Le psychomotricien en crèche, un partenaire qui contient et soutient le corps de l'enfant dans le jeu*, mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien, Paris, IFP.

DE LIÈVRE B., STAES L. (1993), *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte*, Bruxelles, De Boeck.

DEMANY, McENZIE, VURPILLOT (1977), « *Rythm perception in early infancy* », *Nature*, 27, 718-719.

DFPE (2013), *Référentiel d'interventions des psychomotriciens de la DFPE*, Paris.

DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, éditions du Seuil.

DUMAZET I. (1996), *Le sourd en temps*, Lyon, CAAPSAIS, IUFM.

FREUD S. (1923), *Le Moi et le Ça*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.

GASNE M. (2005), *Je te tiens, tu me tiens, je me tiens : approche psychomotrice en protection maternelle et infantile : troubles toniques et interactions précoces*, mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien, Paris, IFP.

GINESTES J. (2002), *L'intervalle QT long*, Paris, Springer.

GIOLITTO P. (1986), *L'enseignement de l'histoire aujourd'hui*, Paris, Colin Bourrelier.

GUILLEMONT C. (2010), *La psychomotricité auprès de jeunes enfants déficients auditifs, une expérience en CAMSP*, mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien, Paris, IFP.

GUILLOT J.P (1996), « La formation des concepts du mouvements », *L'enseignement de la philosophie dans l'Académie de Versailles* in *Philosophie Bulletin de liaison* n° 1, p. 5-17.

GUILLOUET Y. (1973), *Esquisse d'une étude de la formation de l'espace vécu chez l'enfant et l'adolescent*, Caen, Université Centre d'étude et de recherches en Sciences de l'éducation.

HERZOG M-H. (1995), *Psychomotricité, relaxation et surdité*, Paris, Masson.

JOLY F., LABES G., (2009), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Volume 1, Corps, Tonus et Psychomotricité*, Nosiél, édition Papyrus.

JOVER M. (2000), *Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture*, in *Le développement psychomoteur du jeune enfant*, Rivière, Jover, Bril, Lhote, Devouche, éditions Solal.

KOELL C. (2010), *Du langage corporel au langage gestuel et à la symbolisation, une expérience en thérapie psychomotrice auprès de jeunes*

enfants sourds implantés, mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien, Paris, IFP.

KORFF-SAUSSE S. (2004), « L'enfant handicapé et son corps », in *Contraste Enfance et Handicap L'enfant handicapé et son corps*, n°21, p. 23-28.

LACAN J. (1949), *Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du Je : telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique*, Presses universitaires de France.

LEBOVICI S. et STOLÉRU S. (1983), *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste : les interactions précoces*, Paris, Bayard.

LEBOVICI S., MAZET Ph. et VISIER J.P. (1989), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*, Paris, Eshel.

LECOURT E. (2006), *Découvrir la psychanalyse de Freud à aujourd'hui*, Paris, Eyrolles.

MOTARD L. (2013), *Le dialogue tonique : entre concept et pratique, expériences en Unité mère-enfant*, mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien, Paris, IFP.

NOEL-PETROFF N. (2014), *Surdité du très jeune enfant, conséquences et comment accompagner l'enfant au quotidien*, Présentation Centre Léopold Bellan, Paris.

PIAGET J., INHELDER B. (1972), *La représentation de l'espace chez l'enfant*, Paris, P.U.F.

PIAGET J. (1946), *Le développement de la notion de temps chez l'enfant*, Paris, P.U.F.

PETIOT M. et PEZET C. (2009), *Outils d'évaluation de la reconnaissance des expressions faciales émotionnelles*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Psychomotricien, Toulouse, IFP.

PRECHTL H.F.R et BEINTEMA D.J. (1964), *The Neurological examination of the full-term new-born infant*, Londres, Spastic Society with Heinemann.

QUERLEU D., LEFEBVRE C., RENARD X. (1984), « Réactivité du nouveau-né de moins de deux heures de vie à la voix maternelle », *J. Gynec. Repro*, 13, 125-134.

REINHARDT J.C. (1990), *La genèse de la connaissance du corps chez l'enfant*, Paris, PUF.

RIGAL R. (1985), *Motricité humain*, Paris, Vigot.

RIVIÈRE J. (1999), *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant*, Marseille, SOLAL.

ROBERT-OUVRAY S. (2007), *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Desclée de Brouwer.

ROBERT-OUVRAY S. (2010), *Intégration motrice et développement psychique, Une théorie de la psychomotricité*, Paris, 2ème édition, Desclée de Brouwer.

SALK L. (1962), « *Mothers'heartbeat as an imprinting stimulus* », Trans. New York Acad. Sci., 24, 753-763.

SCHILDER F. (1968), *L'image du corps*, Paris, Gallimard.

STERN D. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF.

TASSET J.M. (1972), *Notions théoriques et pratiques de Psychomotricité*, Québec, Le Sablier.

THEYSSIER P. (2002), *Étude des communications non verbales chez l'enfant : approche dans l'incapacité d'apprentissage non verbal, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Psychomotricien*, Toulouse, IFP.

TUNESI T. (2009), *Le toucher : acte réparateur dans la construction du lien corps-psyché chez le soignant*, Thèse en vue de l'obtention du titre de Docteur en Psychologie Clinique, Franche-Comté, École Doctorale « Langages, espaces, temps, sociétés ».

VAIVRE-DOURET L. (2003), *La qualité de vie du nouveau-né*, Paris, Odile Jacob.

VASSEUR R., DELION P. (2011), *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Toulouse, Érès.

WALLON H. (1949), *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris, Quadrige/Presses Universitaires de France.

WALLON H. (2003, 4^{ème} ed.), *L'évolution psychologique de l'enfant*, Paris, PUF.

WINNICOTT D.W. (1975), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

WINNICOTT D.W. (2006), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot".

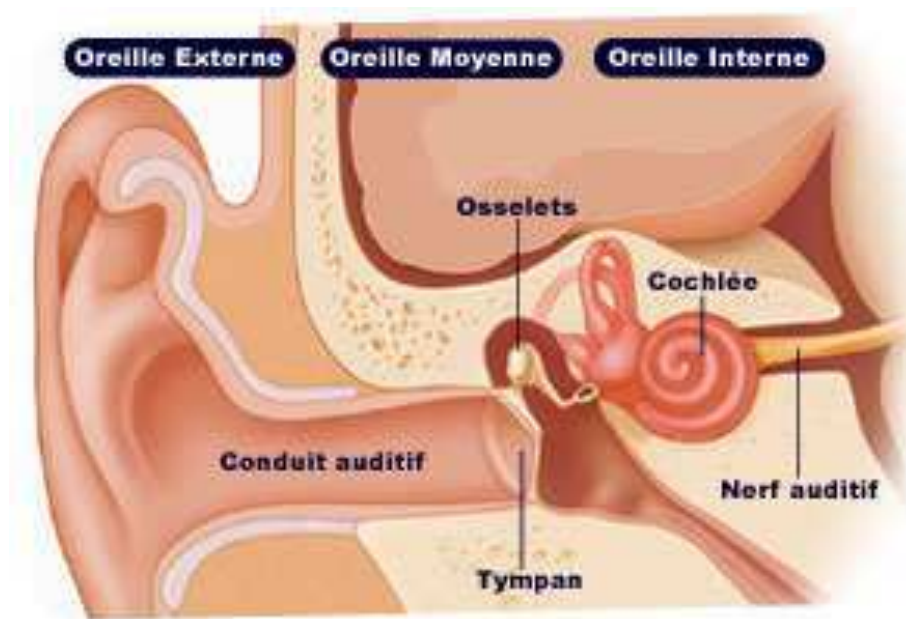
WEDENBERG E. (1965), *Acta Oto-Laryngol*, supplément n°206, 27.

Collectif, (2014), *Dictionnaire LAROUSSE de Poche*, Paris, Larousse Poche.

ANNEXE :

Annexe 1 :

*Schéma des différentes parties de l'appareil auditif*⁵²



⁵² Noel-Petroff N. (2014).

Annexe 2 :

La surveillance du développement du langage chez un enfant sourd portant un appareillage se fait par rapport à ces paramètres : l'Appareil (A), la Perception (P), la Compréhension (C), l'Expression (E) et l'Intelligibilité (I) de celle-ci.

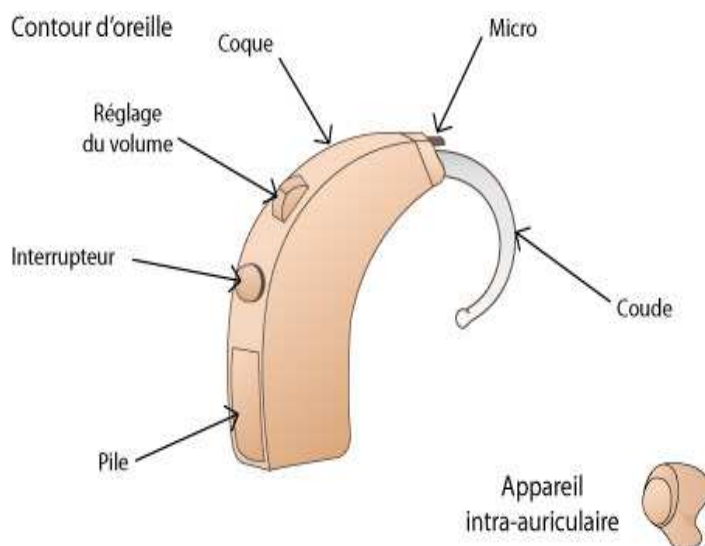
*Tableau évaluatif du développement oral d'un enfant sourd appareillé*⁵³

TRES BIEN	besoin des appareils	voix faible excellente	tout excellente	longues phrases	excellente
BIEN	port demandé	voix faible	listes ouvertes	phrases courtes SVC	Compris par bcp
MOYEN	port régulier	voix normale	listes fermées	plusieurs mots	Compris par parents
FAIBLE	port intermittent	voix forte	nombreux bruits	mots isolés	Babillage baba, dada
TRES FAIBLE	opposition	bruits très forts	bruit / non bruit	jargon	Vocalises : Aaa , aheu
RIEN	refus	rien	rien	muet	muet
	APPAREIL	PERCEPTION	COMPREHENSION	EXPRESSION	INTELLIGIBILITE
	A	P	C	E	I

⁵³ *Ibid.*

Annexe 3 :

Modèle de prothèse conventionnelle



Annexe 4 :

Modèle d'implant cochléaire



Annexe 5 :

Le principe de fonctionnement d'un implant cochléaire :

La partie externe : un processeur (1) transforme les sons de l'environnement captés par un microphone, en signal électrique. Ensuite, une antenne (2) le transmet à travers la peau à la partie interne implantée (3).

La partie interne : implantée chirurgicalement (3), elle réceptionne puis véhicule le signal électrique jusqu'à un faisceau d'électrodes (4) placé dans la cochlée. Le rôle de ce dernier est d'émettre des impulsions électriques qui stimulent les fibres du nerf auditif. L'influx nerveux créé est envoyé vers le cerveau où il est analysé et interprété (5).

