



HAL
open science

Un regard pour exister, un corps pour s'exprimer, la psychomotricité pour tout allier : mise en jeu de la corporéité dans la relation des aveugles congénitaux

Élodie Moulin

► To cite this version:

Élodie Moulin. Un regard pour exister, un corps pour s'exprimer, la psychomotricité pour tout allier : mise en jeu de la corporéité dans la relation des aveugles congénitaux. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01068852

HAL Id: dumas-01068852

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01068852>

Submitted on 26 Sep 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.



UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE - PARIS VI

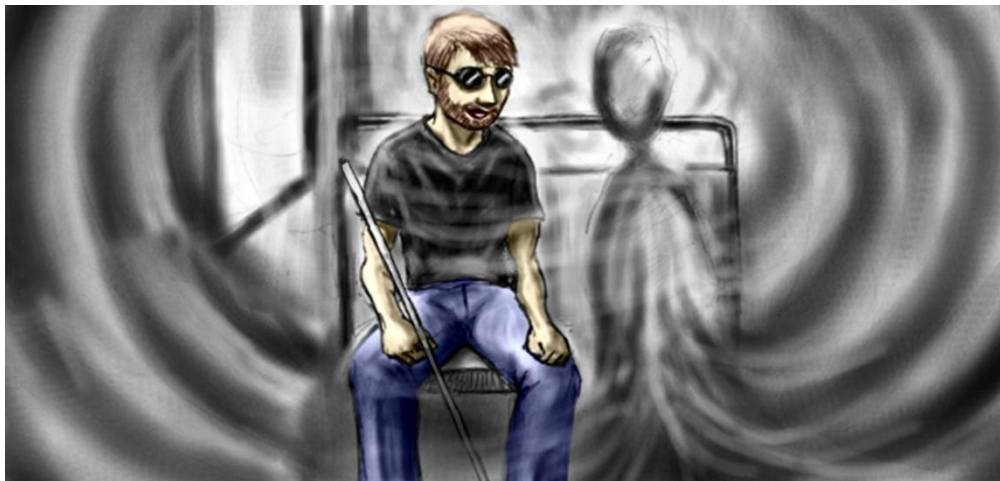
Faculté de médecine Pierre et Marie Curie

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricité

Un regard pour exister, un corps pour s'exprimer, la psychomotricité pour tout allier.

Mise en jeu de la corporéité dans la relation des aveugles congénitaux.



Référent de mémoire :

Mme Carol GAY-BROWN

Elodie MOULIN

Session JUIN 2014



UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE - PARIS VI

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricité

Un regard pour exister, un corps pour s'exprimer, la
psychomotricité pour tout allier.

Mise en jeu de la corporéité dans la relation des aveugles congénitaux.

Référent de mémoire :

Mme Carol GAY-BROWN

Elodie MOULIN

Session JUIN 2014

REMERCIEMENTS

Merci à tous ceux qui m'ont accompagnée dans l'élaboration de ce mémoire :

A Carol, ma référente de mémoire, pour sa disponibilité, son soutien et ses conseils.

A mes maîtres de stage et professionnels, pour leur accueil et leurs échanges constructifs.

Aux personnes non-voyantes qui m'ont fait partager leur perception du monde.

A Isabelle et Lucile, pour leurs recommandations et leurs relectures.

A Maël et à mes proches, pour leur patience et leur écoute au quotidien.

A Grégoire M. pour son illustration¹.

¹ Blog exposant une bande dessinée sur les perceptions du monde des aveugles : <http://gregm.typepad.com/mon-blog/bd-laveugle/>

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
I. Présentation générale du cadre de la clinique.....	9
A. Les institutions	9
1. Service pour l'intégration des enfants aveugles ou malvoyants.....	9
2. Institution éducative avec service médicalisé intégré	9
3. Centre de rééducation professionnelle.....	9
B. Les différentes prises en charge proposées.....	10
1. Psychologie.....	10
2. Ergothérapie.....	10
3. A.V.J.....	11
4. Locomotion	11
5. Orthoptie.....	11
6. Psychomotricité.....	12
C. Les cas cliniques	13
1. Chaïma.....	13
2. Enzo	16
II. Présentation de la déficience visuelle et plus particulièrement de la cécité.....	19
A. L'œil et la vision.....	19
B. Définitions et classifications.....	21
C. Principales formes d'atteintes de la vision	22
D. Les déficiences visuelles précoces et tardives	23
E. Le développement psychomoteur	24
F. Le développement cognitif	27
III. L'accès à la notion de corporéité chez l'aveugle congénital.....	29
A. Distinction des concepts de schéma corporel et d'image du corps.....	29
1. Etymologie des termes : schéma corporel et image du corps.....	29
2. Evolution des concepts de schéma corporel et d'image du corps selon différents auteurs	29
3. Les définitions retenues pour ce mémoire	31
B. Les différents stades d'acquisition du schéma corporel chez l'enfant voyant	32
1. Le corps subi (de 0 à 3 mois).....	32
2. Le corps vécu (de 3 mois à 3 ans).....	33

3.	Le corps perçu (de 3 à 7 ans).....	33
4.	Le corps connu	33
5.	Le corps exprimé	34
6.	Le corps maîtrisé	34
C.	Elaboration de la représentation mentale.....	35
1.	Définition de la représentation mentale.....	35
2.	Les acceptations du terme <i>représentation</i>	35
3.	De la perception à formation de la représentation mentale	38
4.	La genèse de la représentation mentale selon Piaget	39
5.	Description des différentes représentations	43
D.	L'apport de la vision dans la construction de la corporéité	46
1.	Le rôle du stade du miroir dans l'élaboration d'un corps unifié.....	46
2.	L'étayage du schéma corporel et de la représentation du corps par la vision	47
E.	Enrichissement corporel chez l'aveugle congénital	48
1.	Les évaluations psychomotrices adaptées à la déficience visuelle.....	48
2.	Propositions psychomotrices favorisant la construction corporelle	49
IV.	Le corps en relation.....	53
A.	L'investissement corporel du non-voyant dans la relation.....	53
1.	L'attitude corporelle de Chaïma.....	53
2.	Enzo, un adolescent préoccupé par son image.....	55
3.	Vignettes cliniques illustrant des interactions en groupe.....	57
B.	Les communications non-verbales.....	59
1.	La distance et le toucher dans la relation	59
2.	Les postures	60
3.	Les gestes	61
4.	Les expressions du visage.....	62
C.	L'apprentissage des communications non-verbales par l'imitation visuelle	63
D.	Psychomotricité et enrichissement des communications non-verbales	65
1.	La compréhension du monde des voyants	65
2.	Liens entre schéma corporel, représentation du corps et postures.....	66
3.	Intégration des gestes de la communication non-verbale.....	68
4.	L'accès à la représentation des émotions.....	69
V.	Discussion : l'apport de la psychomotricité dans la construction du corps en relation chez l'aveugle	71
A.	Les difficultés relationnelles découlant de leurs attitudes atypiques.....	71

B. L'importance des sens compensatoires dans les interactions.....	74
C. Le rôle des représentations mentales dans la relation à l'autre.....	78
D. L'influence de l'image du corps dans la manière d'être en communication	81
E. Les communications non-verbales abordées en psychomotricité auprès d'aveugles congénitaux.....	83
F. Le corps, un moyen d'être en relation : l'évolution d'Enzo.	85
CONCLUSION	87
BIBLIOGRAPHIE	88
ANNEXE I	92
ANNEXE II	93
ANNEXE III	94
ANNEXE IV	95

Pour des raisons déontologiques évidentes et par souci de confidentialité, les prénoms des patients présents lors de mes stages ont été modifiés.

INTRODUCTION

« Cet 'existant', cet 'être' s'incarne dans ses gestes, ses déplacements et son occupation de l'espace, ses sensations, ses perceptions, ses émotions enfin. Tout ce qui émane d'un individu qui fait que lui est lui seul, unique à jamais, seul à jamais, lié inexorablement aux autres. »²

Ayant été confrontée à l'idée de perdre la vue dans mon enfance, j'ai pu me poser de multiples questions concernant le fait d'être aveugle. Pour tenter d'y répondre, j'ai choisi d'apporter mon aide à un adolescent aveugle congénital lors de ma deuxième année de psychomotricité. Ce jeune homme était en classe de 5^{ème} dans un collège dit classique. Mon rôle était de l'accompagner pendant ses cours de théâtre et lors de temps informels tels que la récréation du midi. J'ai ainsi pu observer des comportements divers de la part de ses camarades face à son handicap. Certains l'aidaient à se déplacer, à prendre ses affaires mais dès qu'il s'agissait de jouer avec lui, ils le rejetaient prétextant qu'il était aveugle. Parfois, il lui arrivait de parler dans le vide car il n'avait pas conscience de l'éloignement de son destinataire.

Tout au long de mon année de bénévolat, j'ai souhaité montrer aux élèves de sa classe comment s'adapter simplement pour l'intégrer. Suite à cette expérience enrichissante, j'ai décidé de réaliser plusieurs stages dans la déficience visuelle afin de comprendre comment les aveugles percevaient le monde environnant et comment ils vivaient leur corps. J'ai ainsi fait la rencontre d'enfants, d'adolescents et d'adultes non-voyants. J'ai pu observer leurs difficultés mais surtout leurs capacités psychomotrices. Ils m'ont souvent surpris car privés de vision, ils ont mis en place des stratégies de compensation performantes. En effet, la vision permet d'appréhender l'environnement de manière globale et directe. Toutefois, en son absence il faut faire appel aux autres sens afin de capter les bonnes informations. Je me suis donc demandée si un sens pouvait être équivalent à la vision.

Lors de mes stages, la question du corps dans la relation est revenue régulièrement car beaucoup de personnes non-voyantes présentent des postures, des attitudes parfois déroutantes et pas toujours adaptées socialement. Je me suis alors interrogée sur le processus d'apprentissage des communications non-verbales par l'enfant voyant. Qu'en

² Potel C., 2010, p. 105.

est-il du rôle de l'imitation visuelle ? Et par conséquent comment l'aveugle congénital pallie l'absence d'imitation visuelle dans la construction du corps en relation ?

Comment les autres sens peuvent-ils compenser la perte de vision dans l'élaboration des communications non-verbales ? Dans quelle mesure les représentations mentales et l'image du corps jouent-elles un rôle dans la manière d'être en relation ? En ce sens, comment la psychomotricité peut-elle les amener à comprendre les codes de communication et mieux les aider à ressentir leur corps dans la relation ?

A travers ce mémoire, je vais tenter d'apporter quelques éléments de réponses, je m'appuierai dans un premier temps sur des cas cliniques pour mieux observer les difficultés corporelles rencontrées par certains individus aveugles congénitaux. Puis je présenterai la déficience visuelle en insistant notamment sur la cécité qui intéresse plus particulièrement ce mémoire. Je développerai ensuite, d'un point de vue théorique, les notions d'image du corps, de schéma corporel, de représentation mentale et de communications non-verbales afin de comprendre les causes des difficultés relationnelles. De plus, nous ferons le lien avec le rôle de la vision dans leur acquisition au cours du développement psychomoteur de l'enfant. Tout au long de mon cheminement, j'apporterai des vignettes cliniques afin d'étayer ma réflexion. Nous verrons ainsi les difficultés relationnelles qui découlent de l'absence de vision.

Enfin, j'exposerai les réflexions que ces données théorico-cliniques m'ont inspirées ce qui permettra peut-être d'apporter de nouveaux éléments dans l'accompagnement des déficients visuels.

I. Présentation générale du cadre de la clinique

A. **Les institutions**

1. Service pour l'intégration des enfants aveugles ou malvoyants

Le premier lieu de stage sur lequel va s'appuyer ma clinique, se déroule dans un service médico-social pour enfants et adolescents déficients visuels. Les professionnels se déplacent dans les différents lieux de vie de l'enfant : domicile, crèche, halte-garderie, assistante maternelle, établissements scolaires, lieux culturels et sportifs.

L'établissement propose un projet personnalisé à chaque nouvelle admission. Le projet d'établissement est constitué de plusieurs objectifs tels que le soutien et l'écoute des familles, favoriser l'épanouissement et le développement de la personnalité du jeune, la transmission de techniques de compensation en vue d'une meilleure autonomie et l'accompagnement du jeune dans son orientation scolaire ou dans son insertion sociale.

2. Institution éducative avec service médicalisé intégré

Mon deuxième lieu de stage quant à lui, est une institution d'Etat. Elle accueille des élèves aveugles et malvoyants de la maternelle à la terminale. Il est possible d'être externe ou d'intégrer l'internat. Pour être admis dans cette institution, une visite d'admission est organisée. L'admission comprend des critères visuels dont une vision inférieure à 4/10^{ème} et la validation de compétences scolaires. L'institution comprend aussi des formations professionnelles touchant au milieu de la musique. Enfin elle propose aux enfants en intégration dans un milieu scolaire ordinaire de bénéficier d'une prise en charge médico-psycho-social au sein de cette institution.

3. Centre de rééducation professionnelle

Un dernier lieu alimente la construction de ce mémoire. Il s'agit d'un centre de rééducation professionnelle. Il accueille des adultes non-voyants et malvoyants voulant suivre une formation afin d'accéder à un métier comme masseur-kinésithérapeute, développeur d'applications informatiques, conseiller relation client à distance, agent

d'accueil et d'information. De plus, le centre propose un hébergement, du sport et des loisirs adaptés mais aussi un accompagnement auprès du service médico-psycho-social.

B. Les différentes prises en charge proposées

L'objectif global de ces différentes institutions est d'accompagner les individus non-voyants ou malvoyants, à mieux comprendre leur déficience visuelle afin d'accéder à une inclusion scolaire ou professionnelle et à une meilleure autonomie. Elles proposent alors des suivis médico-psychologiques et éducatifs afin de les aider au mieux. De ce fait, les professionnels vont proposer diverses situations pour enrichir leurs perceptions sensorielles et ainsi pouvoir les utiliser dans l'appréhension de leur environnement. De même, que certains thérapeutes ou éducateurs vont leur permettre de mettre en place des moyens de compensation par le biais de techniques cognitives ou matérielles.

1. Psychologie

Le suivi psychologique est proposé aux patients, à leurs familles et occasionnellement à l'équipe. De plus, tout en gardant le secret professionnel, le psychologue fait lien entre ces trois maillons. Ainsi, il aide les équipes à comprendre certaines situations demandant par exemple la connaissance de la situation familiale. Il offre un temps d'écoute et de soutien pour que les familles ou les patients s'expriment librement. Généralement, ce sont les difficultés face au handicap qui sont abordées. Enfin, il peut participer à la présentation des projets thérapeutiques aux familles.

2. Ergothérapie

L'ergothérapie est une profession paramédicale, qui favorise le développement des aptitudes manuelles, gestuelles, tactiles tout en accordant une place particulière à la concentration, l'organisation et à la mémorisation. De plus, l'ergothérapeute est amené à travailler sur les pré-requis de l'AVJ. Ainsi, les activités proposées permettent d'améliorer la motricité fine et plus particulièrement la discrimination du toucher et sa

fonction exploratrice. Enfin, l'ergothérapeute met en place des moyens de compensation comme dans l'informatique adaptée.

3. A.V.J

L'instructeur en Activités de la Vie Journalière a pour rôle d'amener le patient déficient visuel à une certaine autonomie dans les actes du quotidien par le biais de techniques spécifiques. Ainsi, il peut mettre en place des activités autour des vêtements, des soins personnels, du ménage, des courses, des repas, ou même des loisirs. Toutefois, les propositions dépendent de l'âge et du besoin de l'individu. En effet, un enfant aura besoin d'apprendre à faire ses lacets. Tandis que pour l'adulte, l'Avéjiste lui montrera comment faire fonctionner la machine pour laver son linge.

4. Locomotion

En locomotion, les instructeurs aident à développer le potentiel sensoriel de l'individu et à utiliser les facultés cognitives permettant de mieux comprendre et d'investir l'environnement. Ainsi, un travail autour de la maîtrise de l'espace va être abordé. Ils favorisent l'acquisition de la prise de repères, de techniques de traversées ou l'utilisation des transports en commun. De plus, des moyens matériels peuvent être proposés comme la canne ou un chien guide. De ce fait, la locomotion va amener l'individu à se déplacer de manière autonome avec un maximum de sécurité, d'aisance et d'économie d'énergie.

5. Orthoptie

L'orthoptie a pour objectifs de stimuler les fonctions visuelles (sensorielles, motrices et cognitives) et de mettre en place des stratégies visuelles appropriées. Elle favorise l'utilisation optimale du potentiel visuel avec ou sans aides techniques. Elle permet également de solliciter et d'enrichir le patrimoine visuel des enfants.

6. Psychomotricité

La psychomotricité est une prise en charge globale de la personne. Elle se construit par des médiations corporelles mettant l'accent sur le plaisir corporel (ses mouvements et ses possibilités). Le suivi en psychomotricité n'est pas proposé directement à tous les arrivants. Lors de l'admission dans l'institution ou le service médico-psychologique et au vu du dossier, il est prescrit un bilan psychomoteur qui déterminera si le patient a besoin ou non de séances de psychomotricité. En revanche, les aveugles congénitaux bénéficient tous d'une prise en charge.

La prescription en psychomotricité concerne plusieurs objectifs thérapeutiques. Globalement, il est proposé des expériences sensori-motrices variées, enrichissant le schéma corporel, l'image du corps donnant l'accès à une meilleure représentation mentale de celui-ci. De plus, un travail autour des notions spatiales peut être instauré permettant d'aborder les pré-requis de locomotion ou plus généralement les notions d'orientation, de structuration, de perception, d'adaptation et de représentations mentales spatiales. Parallèlement, le psychomotricien en diversifiant ses propositions, aide l'individu à améliorer sa motricité globale dont sa régulation tonique, son équilibre, ses coordinations et à affiner sa motricité fine. Ainsi, en utilisant différents canaux sensoriels, des stratégies de compensation peuvent être trouvées et réutilisées au quotidien.

Enfin, les prises en charge se font en individuel ou en groupe selon les besoins et les objectifs thérapeutiques. Elles se déroulent une à deux fois par semaine. Elles durent de quarante-cinq minutes à une heure dans une salle consacrée à la psychomotricité. Toutefois, lors d'une séance avec des non-voyants, il est important de la réaliser dans le même lieu. Ainsi, en ayant des repères stables de l'espace, ils auront une représentation spatiale correcte évitant de rajouter des difficultés aux différentes propositions.

Afin d'aborder concrètement la problématique de ce mémoire, je vais maintenant présenter deux personnes non-voyantes congénitales. Elles ont comme point commun de bénéficier de séances de psychomotricité, affinant leur niveau de corporéité et ainsi améliorant leur communication non-verbale.

C. Les cas cliniques

1. Chaïma

Je rencontre Chaïma pour la première fois en novembre 2013. Elle est âgée de sept ans et trois mois. D'origine égyptienne, elle est arrivée en France en janvier 2010 accompagnée de sa mère. Elle présente une cécité congénitale due à une Amaurose de Leber. Cette pathologie génétique fut diagnostiquée à l'âge de trois mois. Il s'agit d'une dystrophie rétinienne associée à un nystagmus³ entraînant soit une cécité soit une malvoyance. Chaïma, quant à elle possède une légère perception lumineuse l'aidant à prendre des repères et à discriminer le jour de la nuit. De plus, elle est en attente d'une thérapie génique.

A son arrivée en France, Chaïma ne parlait pas le français. Avec sa mère, elles se sont installées chez son oncle. Depuis peu et après une dispute, elles sont parties vivre dans un hôtel social. Chaïma a acquis un bon niveau de français tandis que sa mère ne le parle pas. De ce fait, elle s'occupe des traductions au quotidien comme dans les tâches administratives. Ainsi, elle se préoccupe de choses qui ne devraient pas la concerner comme l'argent. Cette situation familiale a des répercussions psychologiques sur Chaïma.

Suite au changement de psychomotricienne et à mon arrivée, nous avons choisi de faire passer des épreuves psychomotrices afin de faire un point sur son développement psychomoteur.

- Comportements

Au dire de sa maîtresse, Chaïma semble autoritaire avec ses camarades. Toutefois, en séance de psychomotricité, elle se présente comme une enfant motivée et agréable. Au niveau de sa posture, son dos est cambré tandis que sa tête est en avant. De plus, elle ne se positionne pas toujours face à son interlocuteur. Elle se lève régulièrement pour expliquer les choses par des gestes car elle pense qu'on ne peut pas la comprendre si elle n'utilise que le langage.

- Motricité globale

Lorsqu'on lui propose des activités se rapportant à la motricité globale, Chaïma change de comportement. Elle exprime clairement qu'elle n'aime pas être debout. Puis,

³ Mouvements d'oscillation involontaires et saccadés du globe oculaire

régulièrement, elle part se coller à un mur n'arrivant pas à s'en détacher pour réaliser les exercices. De ce fait, il faut lui proposer les items de façon détournée.

En ce qui concerne l'équilibre, en dynamique ou en statique, il semble difficile pour Chaïma. Sur un pied, elle ne tient pas plus de quatre secondes. Il n'y a pas d'amélioration quand elle change de pied. Son corps va en arrière et elle cherche souvent un appui sur lequel se tenir. Lors des différents sauts proposés, elle manque d'impulsion et de fluidité. Ses pieds restent plats et ses genoux se plient peu. De plus, la représentation mentale de l'acte « saut à cloche pied » paraît inconnue. En effet elle saute pieds joints puis lève un pied après.

Il est à noter que sa corpulence semble la gêner dans les activités motrices. Par conséquent, la démarche de Chaïma est robotique manquant d'aisance. Elle dévie vers la gauche car son pied droit et son genou droit rentrent vers l'intérieur. De plus elle ne conserve pas son rythme quand elle marche. De ce fait, elle finit toujours par courir. Elle court sans coordonner ses bras avec ses jambes. Il n'y a donc pas de ballant des bras. Parallèlement, les pas chassés sont en cours d'acquisition. Elle n'a pas conscience que son buste dévie lorsqu'elle réalise ces mouvements.

Chaïma ne régule pas sa force lors du lancer de ballon. Ses mains se positionnent mal lors de la réception. De plus, elle paraît ne pas faire attention à son environnement quand il s'agit de récupérer ou de lancer la balle. Elle n'a pas conscience du danger, oubliant les meubles de la salle.

Au vu de ces différents items nous pouvons conclure à un réel manque d'aisance, de fluidité et d'harmonie concernant sa motricité. Ces caractéristiques peuvent être accentuées par la difficulté de se représenter mentalement les actes. Enfin, dans la plupart de ses mouvements, elle est impulsive. Nous avons observé un trouble de la régulation tonique et quelques syncinésies toniques.

- Dextérité manuelle et latéralité

Dans l'ensemble Chaïma a une bonne exploration mais elle ne s'organise pas efficacement. Lors de la construction d'une tour en cube, Chaïma tient sa tour de la main gauche et prend les cubes de la main droite. Toutefois, ne voulant pas lâcher sa tour, elle la fait dévier sans en avoir conscience. Parfois, elle utilise la pince pouce-index mais généralement elle choisit sa pince pouce-majeur.

Chaïma différencie sa droite de sa gauche. Elle semble avoir une dominance latérale à droite pour les membres supérieurs. En revanche la latéralité usuelle des membres inférieurs n'est pas établie, puisqu'elle tire dans un ballon avec son pied utilisé comme appui dans les épreuves d'équilibre.

- Espace-temps

En ce qui concerne l'épreuve des pas comptés, Chaïma a une bonne perception et une bonne adaptation de la distance qui nous sépare. Pour l'orientation spatiale, Chaïma sait énoncer des éléments spatiaux. En ce qui concerne la reconnaissance droite et gauche sur soi, elle est acquise. Lors de la reproduction de gestes du test de Bergès-Lézine, elle les réalise en miroir. Cette épreuve montre l'absence de réversibilité. Toutefois, Chaïma reproduit les mouvements de bras avec la bonne orientation. En revanche, elle ne réussit pas ceux avec les mains car elle ne comprend pas leur structure. Chaïma montre une nouvelle fois des difficultés à se représenter l'acte.

De plus, à partir d'un plan en relief, elle a su installer les éléments d'un parcours en gardant une même référence. Il y a peu d'erreurs au niveau de la structuration spatiale, mais cet item reste à travailler.

Chaïma réussit à reconnaître au toucher les formes en 2D comme le carré, le triangle, le rond ou le rectangle. Cependant, elle ne parvient pas à construire un carré. De même, elle ne sait pas représenter matériellement un couloir qu'elle fréquente quotidiennement.

- Schéma corporel

Dans un premier temps, Chaïma nous a montré sur elle les différentes parties du corps puis elle nous les a désignées sur une poupée. Chaïma présente une bonne connaissance des somatognosies. Elle réalise ensuite un bonhomme en pâte à modeler. Dans l'ensemble, ce fut très long, elle n'a donc pas eu le temps de le terminer. Chaïma commence d'abord par la tête puis le nez, la bouche et un œil. Les détails du visage ne sont pas proportionnés. N'arrivant pas à les positionner correctement sur le visage, elle détruit son bonhomme puis recommence plusieurs fois. Nous avons fini par lui suggérer de se concentrer sur le corps. Elle représente alors le corps par une galette plate. Lorsqu'elle positionne les membres, nous l'entendons dire « je vais mettre le bras au niveau des épaules pour avoir de la place pour les jambes ! ». Dans sa construction,

Chaïma ne place pas le cou, les articulations, les mains et les pieds. Au final, la structure globale du bonhomme est correcte mais la proportionnalité, les détails ou la position des éléments ne sont pas respectés.

Dans d'autres items, Chaïma a dû vérifier tactilement la position de ses membres car elle n'a pas conscience de ses ressentis kinesthésiques. Ainsi, la qualité de sa représentation du corps et des actes peut être perturbée.

Actuellement en CE1 dans une CLIS, le service pour l'intégration des enfants déficients visuels a aménagé des séances thérapeutiques au sein de l'école. Concernant son projet thérapeutique, Chaïma est suivie une heure en individuel de manière hebdomadaire. Les objectifs thérapeutiques découlant de nos observations lors de la réalisation de ce bilan sont les suivants :

- Développer les capacités de motricité globale et de régulation tonique afin d'obtenir une meilleure fluidité et une plus grande harmonie des mouvements.
- Affiner sa conscience corporelle pour lui permettre de s'exprimer avec son corps et son visage de manière adaptée.
- L'accompagner à se centrer sur ses sensations corporelles en lui proposant des temps de détente pour l'aider à lâcher-prise.
- Vérifier que toutes les notions abordées soient suffisamment étayées corporellement et redéfinies par Chaïma pour diminuer son verbalisme.

2. Enzo

En janvier 2014, je rencontre Enzo, un jeune homme aveugle congénital âgé de dix-huit ans. Dès l'âge de trois mois, les médecins lui diagnostiquent un rétinoblastome bilatéral. Il s'agit d'une tumeur maligne de la rétine d'origine génétique. Enzo a subi beaucoup de traitements chimiothérapeutiques, radiothérapeutiques et chirurgicaux. Au bout de quelques mois, les spécialistes ont pris la décision de lui énucléer son œil droit. A la place, Enzo porte une prothèse. En ce qui concerne son œil gauche, il a pu avoir des perceptions lumineuses étant enfant. Aujourd'hui à cause d'un décollement de rétine, il ne perçoit plus rien. Enzo présente une dépression temporale gauche stabilisée qui déforme son crâne. Il est à noter que son jumeau homozygote est atteint lui aussi de cette même pathologie. Toutefois, il a conservé un certain potentiel visuel.

Enzo a intégré l'institution éducative spécialisée en CP à l'âge de six ans. Ses parents en ont beaucoup souffert. Ils étaient soucieux de l'avenir de leur fils. Enzo est ainsi devenu brailleux. De plus, il aime beaucoup la littérature, le piano et le sport comme la piscine ou le judo. Il aimerait devenir journaliste.

L'an passé Enzo a fait le souhait d'intégrer une classe de 1^{ère} ES dans un lycée classique. Il souhaitait s'ouvrir au monde et ainsi se confronter aux voyants. Il idéalisait énormément la vie lycéenne en dehors de l'institution. Son intégration a été validée malgré son manque d'autonomie en locomotion par exemple. Actuellement, il est hébergé par l'institution lui permettant d'être au plus près de son lycée et de bénéficier des prises en charges rééducatives.

Enzo est suivi une fois par semaine en psychomotricité au sein de l'institution. De nature anxieuse, la prescription médicale est établie pour des séances de relaxation afin d'abaisser ses tensions corporelles et psychiques. Etant donnée mon arrivée tardive dans ce stage, je n'ai pas pu réaliser de bilan conventionnel. Je me suis donc appuyée sur les observations des premières séances pour écrire le compte rendu ci dessous :

Enzo, est un adolescent agréable. Au cours des différentes séances, il se montre motivé. Toutefois, il semble ne pas avoir conscience de ses difficultés. De ce fait il essaie de tout justifier. Lorsqu'on aborde une proposition de travail en psychomotricité, Enzo cherche à avoir des explications sur les objectifs travaillés. Après en avoir compris l'intérêt, Enzo le réalise sans s'opposer. De plus, dans ses propos, Enzo verbalise beaucoup, abordant de nombreux sujets à la suite. Parlant sans interruption il empêche régulièrement son interlocuteur d'exposer ses idées. En effet, Enzo montre des éléments correspondant au verbalisme⁴. En revanche, il ne présente aucun blindisme⁵.

En ce qui concerne sa posture, Enzo se tient droit. Cependant il est hypertonique surtout au niveau des trapèzes relevant ses épaules. Il n'arrive pas à relâcher volontairement ses muscles. De plus, sa tête est inclinée, en rotation vers la droite. Il n'a pas conscience de cette particularité se sentant parfaitement dans l'axe. Toutefois, ayant eu des réflexions à ce sujet, il pense qu'il pourrait être refusé lors d'un entretien d'embauche à cause du positionnement de sa tête. Dans ses propos, il montre ainsi une grande préoccupation concernant le regard d'autrui. Parallèlement, il pose des questions

⁴ Cf. *infra*, p. 27.

⁵ Cf. *infra*, p. 26.

au sujet des personnes voyantes.

Enfin Enzo montre peu de mimiques. Il a du mal à réaliser différentes expressions du visage. De plus, il ne bouge pas trop quand il s'exprime. Régulièrement, il se remet de lui-même face à son interlocuteur mais parfois il oublie.

Enzo se montre à l'aise dans la motricité globale. Il pratique de nombreux sports depuis son enfance l'aidant à acquérir un bon équilibre et de bonnes coordinations motrices. Toutefois, Enzo est rigide quand il marche. Sa trajectoire dévie vers la droite à cause de sa tenue de tête.

Enzo montre une bonne connaissance des somatognosies. Sa conscience corporelle est à affiner car il a des difficultés pour ressentir la position de ses membres, et surtout de sa tête. Afin d'évaluer sa représentation mentale du corps, Enzo réalise un bonhomme en pâte à modeler⁶. Enzo débute par les jambes qu'il veut faire tenir debout. Il se rend compte, assez rapidement, qu'elles ne sont pas proportionnées. A partir des jambes, il réalise les pieds puis le ventre. Enzo y creuse des trous pour y glisser les jambes. Après cette étape, Enzo construit les mains avec quatre doigts mais il s'aperçoit de son erreur. La pâte à modeler étant difficile à manipuler, nous lui proposons de considérer que la deuxième main est identique. Vient alors, la mise en place du cou. Pour cela, il touche son cou et ses épaules avant de le reproduire. Enzo nous fait remarquer qu'il veut faire une bosse pour réaliser les genoux. Afin de matérialiser les articulations nous lui proposons d'utiliser des perles. Il plie alors le bras de son bonhomme pour situer le coude et les autres articulations. Enfin, il trouve compliqué de rajouter les détails du visage. De ce fait, il les représente en deux dimensions comme pour un dessin.

Globalement, Enzo ne présente pas de difficultés praxiques. Il utilise correctement sa pince pouce-index et parvient à organiser ses actions. En revanche, il utilise ses deux mains sans grande différenciation dans ses manipulations. Lors d'activités manuelles, j'ai pu aussi observer une bonne exploration bi-manuelle.

Ainsi, les axes thérapeutiques élaborés pour cette année 2014 sont :

- Développer sa représentation mentale de l'espace nécessaire à son autonomie dans les déplacements.

⁶ Cf. *infra*. annexe I, p. 91.

- Enrichir sa conscience corporelle et affiner son ressenti concernant ses tensions, son axe et ainsi lui permettre d'ajuster sa posture.
- Améliorer sa communication non-verbale pour lui permettre une meilleure intégration auprès des voyants.

Comme nous l'avons vu précédemment, Chaïma et Enzo sont aveugles de naissance. Je vais donc présenter d'un point de vue théorique la déficience visuelle et plus précisément la cécité congénitale avant de me recentrer sur les notions constituant la corporéité et les communications non verbales.

II. Présentation de la déficience visuelle et plus particulièrement de la cécité

Afin de mieux comprendre les conséquences de la privation visuelle, il est important d'aborder le fonctionnement de la vision. Nous verrons ensuite les définitions et les classifications concernant la déficience visuelle ainsi que les répercussions sur le développement psychomoteur et cognitif.

A. L'œil et la vision

Selon le Petit Robert⁷ la vision est une « perception du monde extérieur par les organes de la vue ; mécanisme physiologique par lequel les stimulus lumineux donnent naissance à des sensations. »

La perception visuelle s'élabore en trois étapes : le trajet des rayons lumineux de l'objet à la rétine, la transmission des informations visuelles au cerveau et l'élaboration de la représentation mentale. Sa construction démarre au niveau des yeux. Ils contiennent environ 70% de récepteurs sensoriels et nous permettent ainsi d'analyser notre environnement, les couleurs, les mouvements, les formes...

L'œil est placé dans son orbite, protégé par une paupière et lubrifié par des sécrétions lacrymales. Il se compose de trois enveloppes (la sclérotique, la cornée et la rétine) et de trois milieux transparents (humeurs aqueuse, cristallin et le vitré). Il me semble important de revenir sur ces différents composants afin de mieux comprendre le fonctionnement de la vision.

⁷ 2011, p. 2723.

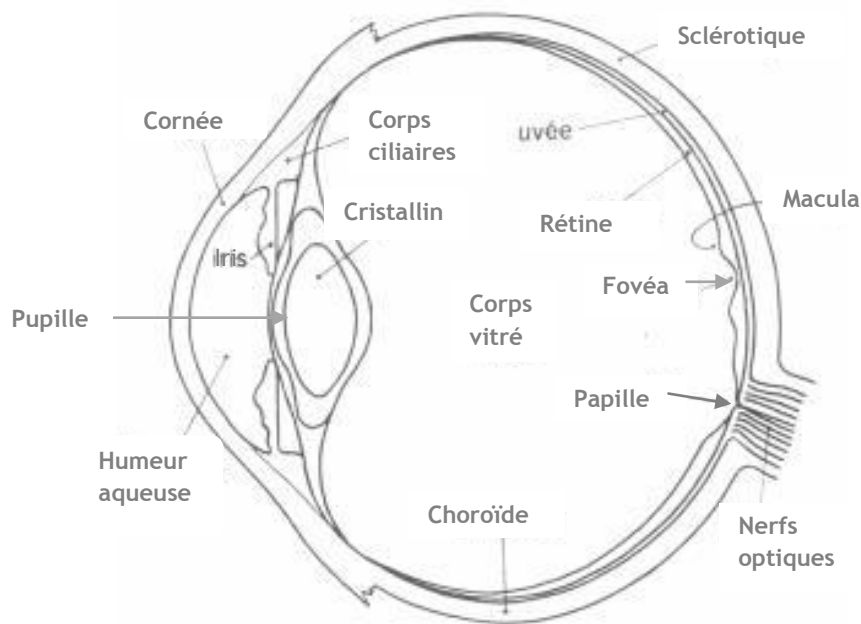


Schéma 1 : Coupe sagittale et schématique de l'œil humain

Tout d'abord, une membrane externe nommée la sclérotique protège et attache l'œil aux muscles extrinsèques. Dans le langage commun, nous la retrouvons sous le nom de « blanc de l'œil ». En avant de cette couche se trouve la cornée correspondant à la première lentille convergente de l'œil. Grâce à sa transparence, elle dirige les rayons lumineux vers la lentille en passant par la pupille (orifice central de l'iris). L'iris contrôle le diamètre de la pupille en fonction de l'intensité lumineuse. Enfin le cristallin est une lentille biconvexe capable d'adapter sa forme afin de focaliser la lumière sur la rétine.

La rétine tapisse la partie interne de l'œil. Chez l'homme, elle comporte deux types de photorécepteurs, les cônes et les bâtonnets. Les cônes sont de petites cellules se situant principalement au niveau de la macula, c'est-à-dire au centre de la rétine. Ils sont responsables de la vision précise, fine, lente et diurne mais aussi des couleurs. A la naissance, ces cellules sont immatures. Leur croissance se déroule jusqu'à six ans. En revanche, les bâtonnets qui tapissent la rétine périphérique sont fonctionnels dès la naissance. Cette vision est de moins bonne précision mais elle permet une vision rapide du mouvement et de l'espace. De plus elle est efficace en vision nocturne. D'autres types de cellules sont présents dans la rétine, comme les cellules ganglionnaires. Ces cellules sont des neurones dont les axones se rassemblent pour former le nerf optique. Ainsi, la

rétine a pour fonction : la transduction de l'énergie lumineuse en signaux électrochimiques élaborées par les photorécepteurs.

Puis les nerfs optiques⁸ de chaque œil se rejoignent pour former le chiasma optique. Les fibres optiques sont alors triées en fonction de leur origine et se rassemblent pour former les voies optiques. Les fibres rétiniennes temporales restent du côté ipsilatéral et les fibres rétiniennes nasales croisent la ligne médiane. Ces voies optiques ainsi formées se projettent essentiellement sur le Corps Genouillé Latéral du thalamus. Puis, les voies visuelles gagnent le lobe occipital via les radiations optiques. La projection se fait au niveau de l'aire visuelle primaire (Aire V1 ou Aire 17 de Brodman) selon une rétinitopie. Cette aire est chargée de la réception simple des informations visuelles et analyse les caractères physiques du stimulus visuel. L'information est ensuite transmise aux aires associatives péri et para striées (Aires 18 et 19), responsables de la perception et de la reconnaissance visuelles.

B. Définitions et classifications

Le terme déficience vient du latin, *deficientia* voulant dire *affaiblissement*. Le terme visuel est lui aussi issu du latin, *visualis* signifiant *de vision*. Nous pouvons donc définir la déficience visuelle comme une *défaillance touchant la vision*.

L'Organisation Mondiale de la Santé considère la cécité comme un handicap majeur puisque la vision possède un rôle dominant chez l'humain. L'OMS classe la déficience visuelle selon deux critères : l'acuité visuelle et le champ visuel. L'acuité visuelle correspond à la capacité de voir les choses nettes et de manière précise à une distance donnée. Le champ visuel quant à lui se caractérise par l'étendue du champ de vision autour d'un point fixe. Il autorise ainsi une vision allant à 180° dans le sens de la largeur et à 130° dans le sens de la hauteur.

La définition de l'OMS fait ressortir deux grandes catégories, la basse vision comportant deux stades et la cécité comprenant trois autres stades. Cette classification en cinq stades tient compte d'une vision binoculaire de loin et après la meilleure correction possible.

⁸ Cf. *infra*. annexe II, p. 92.

Catégorie		Acuité visuelle		Largeur du champ visuel
		Maximum	Minimum	
La basse vision ou malvoyance	<i>Stade I</i>	3/10 ^e	1/10 ^e	au moins 20°
	<i>Stade II</i>	1/10 ^e	1/20 ^e	au moins 20°
Cécité	<i>Stade III</i>	1/20 ^e	1/50 ^e	entre 5° et 10°.
	<i>Stade IV</i>	1/50 ^e	Perception de la lumière	inférieur à 5°
	<i>Stade V</i>	Cécité complète	Pas de perception lumineuse	

Tableau 2 : Classification des stades de la déficience visuelle selon l’OMS.

C. Principales formes d’atteintes de la vision

L'étiologie de la déficience visuelle peut être due à des malformations affectant la structure de l’œil, mais aussi à cause de tumeur, d’infection, de mauvaise vascularisation, de traumatisme ou même d’un défaut génétique. Ces causes variées peuvent avoir des répercussions différentes suivant leur localisation. Nous pouvons donc les classer en fonction des différents types d'atteintes : centrale, périphérique, globale ou d’origine cérébrale pouvant aboutir à une malvoyance ou à une cécité.

La cécité vient du mot latin « caecus », qui veut dire aveugle. D’après le Petit Robert le terme aveugle signifie « qui est privé du sens de la vue »⁹. Hors en France on considère un individu atteint de cécité lorsque son acuité visuelle est inférieure à 1/20^{ème}. A ce stade, la vision est limitée mais existante. Il n’y a pas disparition totale des perceptions mais il n’a pas assez d’acuité pour être dans la catégorie des malvoyants. Cette contradiction se répercute dans la vie sociale et provoque des incompréhensions parfois même des rejets. Pour beaucoup d’individus, soit nous sommes voyants, soit nous sommes non-voyants.

⁹ 2011,p. 196.

D. Les déficiences visuelles précoces et tardives

L'âge d'apparition de la cécité modifie considérablement le développement psychomoteur de l'individu. On distingue donc les aveugles congénitaux des aveugles tardifs. Les aveugles congénitaux présentent une perte de vision totale ou inférieure à 1/20^{ème} depuis leur naissance ou dans les quelques mois qui ont suivi. De ce fait nous devrions parler d'aveugles tardifs lorsque la cécité survient après un an de vie.

Toutefois, Hatwell Y.¹⁰ explique que dans ce cas, il n'y a pas de différences dans les conséquences cognitives alors qu'une perte totale de la vue après l'âge de trois ans devient déterminante. Ces différences de traitement cognitif sont causées par l'existence chez les aveugles tardifs de la coordination intermodale entre le toucher et la vision. Selon l'auteur¹¹, au cours des deux à trois premières années, ils accèdent à des perceptions visuelles permettant ainsi de construire un espace visuel sensori-moteur. Ainsi l'enfant élabore une coordination visuo-tactile. La mise en place des transferts intermodaux entre vision et toucher améliore donc le système tactile et ainsi confère une meilleure qualité d'exploration manuelle. Malgré l'oubli des souvenirs visuels, le bénéfice amené par l'expérience sensori-motrice multimodale reste permanent.

Par conséquent, grâce à cette construction, les aveugles tardifs ne présentent pas les mêmes troubles de la représentation spatiale que les aveugles précoces. De plus, ayant déjà vu, ils ont créé une bibliothèque visuelle alimentant leurs représentations mentales. Ils peuvent ainsi faire appel à leurs représentations visuelles pour traduire les informations sensorielles rencontrées. Généralement, ils sont plus curieux d'explorer et d'expérimenter leur environnement puisqu'ils appréhendent moins leur espace que les aveugles précoces.

Enfin, lorsque la cécité apparaît après quatre ou cinq ans, le développement de l'enfant sera quasiment similaire à celui du voyant.

Dans ce mémoire, je traiterai le thème de la cécité précoce. Les conséquences de l'absence de coordinations intermodales seront donc abordées dans mon développement.

¹⁰ 2003.

¹¹ *Ibid.*

E. Le développement psychomoteur

Le développement psychomoteur des nourrissons aveugles ressemble à celui des nourrissons voyants jusqu'à l'âge de trois mois. On constate régulièrement un retard de deux ans ou plus dans certaines acquisitions psychomotrices de l'enfant. L'attitude des parents surprotecteurs ou le manque de stimulations sensori-motrices peuvent être un facteur aggravant de ce retard.

De plus, la vue est un sens essentiel pour un développement harmonieux. Pour l'enfant voyant, elle permet un apprentissage par imitation, de stimuler sa curiosité et son envie d'expérimenter, de le guider mais aussi de corriger ses gestes. En effet, le jeune aveugle n'a pas spontanément la volonté de découvrir le monde environnant. Il doit donc compenser l'absence d'information visuelle par l'utilisation d'autres modalités perceptives. Néanmoins, seule la vue permet une perception globale et immédiate de la situation. Il faut ainsi rassembler plusieurs éléments parcellaires, demandant beaucoup d'investissement mnésique. Toutefois, il reste important de préciser que la moindre perception lumineuse améliore l'acquisition des compétences psychomotrices.

Le tonus : Selon Bullinger A.¹² la vision améliore l'organisation tonique et ainsi aide à l'ajustement postural. Il n'est pas rare d'observer un trouble de la régulation tonique (syncinésies ou paratonies), associé à un retard de maturation neurologique chez l'aveugle congénital. Souvent, la perturbation se retrouve dans le tonus de fond. Les nourrissons aveugles conservent plus longtemps leur hypotonie axiale et leur hypertonicité périphérique car c'est l'analyse des informations visuelles qui entraîne des réponses toniques posturales adaptées.

La posture : Selon Hatwell « La posture est le processus dynamique par lequel l'organisme réalise en permanence un ajustement entre les tensions auxquelles il est soumis du fait des contraintes gravitaires et les activités qu'il est en train d'effectuer »¹³.

Durant les deux ou trois premiers mois, la privation visuelle n'a quasiment pas de conséquences sur le développement postural. De ce fait, la cécité n'est pas toujours diagnostiquée avant cet âge. Après cette période et par manque de stimulation visuelle, le tonus du nourrisson aveugle s'effondre et la tête ne se redresse pas. Le redressement de la

¹² 2004, p. 126.

¹³ 2003, p. 91.

tête est important puisqu'il permet la mise en place de la première lordose pour l'émergence de l'axe et ainsi la réorganisation de l'équilibre tonique. Le jeune aveugle a donc souvent la tête penchée en avant à cause des contraintes gravitaires qui ne sont pas compensées.

C'est pourquoi, on retrouve souvent chez l'enfant et l'adulte, une cyphose ou une attitude scoliotique, un axe dévié ou une attitude de replie causés par des troubles de la conscience corporelle¹⁴. Celle-ci s'élabore alors à partir de la proprioception, de la kinesthésie et du sens haptique (englobant le toucher et la kinesthésie). L'attitude et la posture gèrent le maintien statique sur lequel s'appuie l'activité praxique.

L'équilibre : L'aveugle utilise les données proprioceptives et vestibulaires pour assurer son équilibre car il ne peut prendre des repères visuels dans l'environnement pour s'aider à se stabiliser. De plus, par crainte ou par manque d'intérêt, il expérimente très peu les situations de déséquilibre. Par conséquent, son polygone de sustentation est plus large, lui permettant un meilleur équilibre.

Les coordinations dynamiques générales : Le manque d'expériences corporelles et sensori-motrices dans la petite enfance peut entraîner des difficultés motrices importantes et un manque de fluidité.

Le « positionnement gravitaire »¹⁵ de la tête peut entraîner une démarche atypique. La marche en ligne droite sans repères tactiles au sol est perturbée. Il n'y a pas de ballant des bras coordonné au mouvement des jambes. La tenue de la canne, les techniques de protections ou la peur de l'obstacle peuvent engendrer le déviation de l'axe corporel. Régulièrement les pas sont glissés ou peuvent être faits sur la pointe des pieds. L'asymétrie de la marche est souvent causée par le premier pied qui permet l'exploration du sol.

En ce qui concerne les schèmes moteurs, nous pouvons remarquer une difficulté à mettre en place des projets moteurs. Par conséquent les épreuves de coordinations ou de dissociations de mouvements sont compliquées.

¹⁴ Charvolin M., 2006.

¹⁵ *Ibid*, p. 92.

Le schéma corporel¹⁶: La pauvreté d'expériences motrices et l'impossibilité d'imitation provoquent une mauvaise intégration du schéma corporel. La plupart du temps, les membres supérieurs sont plus investis que les membres inférieurs. Par conséquent, nous pouvons fréquemment observer un trouble du schéma corporel concernant les somatognosies, la représentation d'une unité corporelle, le passage de la 2D à la 3D, les différents points de vue (silhouette, face, profil). Ces méconnaissances perturbent les possibilités corporelles mais aussi la latéralité. En effet, la latéralité manuelle est souvent trompée car de nombreuses activités sont bi-manuelles comme les techniques d'explorations ou le braille.

La motricité fine : Selon les travaux de Fraiberg S.¹⁷, le nourrisson aveugle utilise peu ses mains. Elles demeurent « molles » jusqu'à six ou sept mois et elles n'explorent pas spontanément ce qui les entoure. Généralement, elles se positionnent au niveau des épaules en rétractation. Néanmoins, le réflexe d'agrippement est normal. A défaut de la coordination vision-préhension, chez le non-voyant nous parlons de la coordination audition-préhension. Vers neuf mois, le bébé aveugle montre des réactions manuelles vers un objet sonore tandis qu'un enfant voyant manifeste une préhension volontaire dès cinq mois. Enfin, la prise en pince pouce-index apparaît chez l'enfant voyant autour de neuf mois. Or chez l'enfant non-voyant, elle se met en place vers deux ans.

L'organisation spatio-temporelle : L'organisation spatio-temporelle est étroitement liée à l'intégration du schéma corporel. L'aveugle construit son espace proche ou brachial par le toucher et son espace lointain ou locomoteur par l'audition. Les difficultés concernant l'organisation spatiale (perception, orientation, structuration et représentation) sont très fréquentes puisque le non-voyant congénital se repère selon un référentiel égocentré à partir de la modalité haptique, formant ainsi des représentations mentales du trajet sous forme de routes. Or, un déplacement provoque un changement de direction pouvant le perdre. L'objectif est donc de l'aider à utiliser un référentiel exocentré afin d'organiser ses représentations spatiales sous formes de cartes. Il pourra donc mieux s'orienter et structurer son espace. Enfin, il n'est pas rare que les enfants non-voyants n'aient pas pleinement conscience du déplacement. Ils peuvent alors penser que ce sont les objets qui apparaissent et disparaissent comme par magie.

¹⁶ Cf. *infra*. p. 46.

¹⁷ 1968.

Parallèlement, le temps est indissociable de la notion d'espace. Dès la vie intra-utérine, l'enfant est exposé à des cycles comme le cycle digestif, les battements du cœur. Puis à la naissance, d'autres cycles viennent s'ajouter, c'est le temps vécu. Chez les enfants atteints de cécité, il faut instaurer des repères afin qu'ils puissent se repérer dans la différence entre jour et nuit.

Les comportements : Chez les enfants aveugles congénitaux, l'inhibition est fréquente. Elle semble liée à l'absence de stimulation visuelle ou due aux comportements protecteurs de leur entourage. Cette inhibition se retrouve sur le plan relationnel, intellectuel ou moteur. Ainsi, ils ont tendance à avoir des difficultés à s'exprimer, à prendre des initiatives ou à investir l'espace.

De plus, les blindismes mis en évidence en 1955 par Burlingham D. sont caractéristiques de leur développement sensorimoteur. Il s'agit de comportements moteurs stéréotypés comme l'enfoncement des poings dans les yeux, des balancements ou des bruitages. Ces gestes stéréotypés sont considérés comme des autostimulations servant à compenser l'absence ou la pauvreté des stimulations extérieures. Par ailleurs, il est important d'aider l'aveugle à en prendre conscience pour mieux l'intégrer dans le monde des voyants. En effet, il ignore l'image qu'il renvoie à la société (confusion avec les stéréotypies psychotiques). Et ainsi, il provoque involontairement une exclusion ou un rejet par celle-ci.

F. Le développement cognitif

Le raisonnement logique : Selon Piaget J.¹⁸, l'accommodation est un mécanisme consistant à modifier un schème existant afin de pouvoir intégrer un nouvel objet ou une nouvelle situation. Tandis que l'assimilation est le mécanisme qui consiste à intégrer un nouvel objet ou une nouvelle situation à un ensemble d'objets ou à une situation pour lesquels il existe déjà un schème. S'adapter c'est trouver un équilibre entre assimilation et accommodation.

Pour Hatwell, le retard du raisonnement logique chez les aveugles congénitaux est dû au décalage entre l'accommodation et l'assimilation. Par conséquent il existe un retard

¹⁸ 1970.

de trois à quatre ans pour les opérations infralogiques (classification, sériation) et un retard d'un à trois ans pour les opérations logico-mathématiques (conservation des quantités physiques, représentation des déplacements).

Le langage : Chez le bébé aveugle, le développement des vocalisations ou des imitations vocales est identique les deux premières années à celui des enfants voyants¹⁹. Toutefois, le bébé non-voyant est plus silencieux et utilise moins de vocalises. En revanche, il répond autant aux émissions vocales de son entourage. Des troubles de l'articulation sont dûs à la difficulté d'imitation des mouvements phonatoires de la bouche mais aussi liés aux troubles de la mastication.

Néanmoins, il n'est pas rare de constater un trouble de la représentation du mot nommé verbalisme. Hatwell le définit comme un « excès de connaissances verbales non sous-tendues par une connaissance perceptive concrète »²⁰. Il serait causé par un défaut d'expériences sensori-motrices induisant une insuffisance de relations entre le signifiant et signifié. Par conséquent les mots utilisés peuvent avoir un sens inconnu, incompris ou erroné. De plus d'après les écrits de Gay-Brown C.²¹, le verbalisme peut aussi correspondre à une diarrhée verbale. L'expression correspond ainsi à un rassemblement de généralités ou de détails inadaptés.

Après avoir présenté de manière générale le cadre de ce mémoire et exposé les différents retentissements de la cécité congénitale sur le développement de l'enfant, je vais maintenant m'intéresser à l'acquisition de la notion de corporéité. Ainsi, je reviendrai sur le rôle primordial de la vision, dont l'imitation visuelle, afin de mieux comprendre l'impact de sa privation. Enfin, j'apporterai des vignettes cliniques illustrant le travail en psychomotricité en vue d'améliorer le schéma corporel, l'image du corps et les représentations mentales.

¹⁹ Fraiberg, 1977.

²⁰ 1996.

²¹ *Cours option déficience sensorielle*, IFP, Paris, 2013.

III. L'accès à la notion de corporéité chez l'aveugle congénital

A. **Distinction des concepts de schéma corporel et d'image du corps**

Ces deux grandes notions psychomotrices ont fait couler beaucoup d'encre. Pour comprendre ces concepts, il faut avant tout reprendre certaines théories avancées par différents auteurs. A partir de cette évolution historique qui fait de nos jours, toujours débat, je vais tenter d'écrire une définition simplifiée du *schéma corporel* et de *l'image du corps*.

1. Etymologie des termes : schéma corporel et image du corps

Le mot « schéma » provient du mot latin *schema*, issu du grec ancien *skhêma*, il signifie figure. Il définit alors le tracé d'une figure de manière simplifiée. Le mot « corporel » vient du terme latin *corporalis*, il concerne la notion de corps ou ce qui appartient au corps. En associant ces deux mots, le schéma corporel peut être défini comme *un tracé figurant le corps et ses contours*.

« Image » est d'origine latine, *imago*. De plus, la base latine *imitair* signifie imiter. Dès l'origine, le mot « image » désigne la représentation que l'on se fait de quelque chose ou de quelqu'un. C'est l'imitation de la réalité. Tandis que le terme « corps », vient du latin *corpus* qui signifie corps. On pourrait le définir comme la partie physique d'un être vivant. Ainsi, l'image du corps pourrait littéralement être définie par une *représentation du corps*.

2. Evolution des concepts de schéma corporel et d'image du corps selon différents auteurs

Le terme schéma est introduit par Bonnier E. en 1893. Il s'agit d'un « modèle perceptif du corps comme configuration spatiale : ce schéma est au fond ce qui sert au sujet à dessiner les contours de son corps et la distribution de ses membres, de ses organes, et à localiser les stimulations qui lui sont appliquées aussi bien que les attitudes qui y répondent »²².

²² Bernard M., 1995, p. 20.

En 1911, Head H. apporte une dimension temporelle. De plus, il distingue trois types de schémas en perpétuel remaniement. Le schéma postural assure l'appréciation du tonus postural et de la position du corps dans l'espace. Le schéma de surface du corps permet la localisation des stimulations à la surface de la peau. Et le schéma temporel, donnant l'écart temporel des différentes stimulations reçues. De ce fait le schéma postural de Head désigne l'image tridimensionnelle du corps.

Puis Schilder P.²³ ajoute une dimension psychologique au concept de Head. Il envisage l'image du corps selon trois aspects : physiologique (proche du schéma corporel), libidinal (chargé d'affectivité) et enfin social (outil de communication). De plus il met en perspective l'importance de la sensibilité tactile, mais aussi des sensibilités musculaires et articulaires en relation avec les éléments visuels dans l'édification du schéma corporel. Ces sensibilités créent le sens postural.

Ajuriaguerra J.²⁴ affine alors la définition du schéma corporel : « édifié sur la base des 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 ».

Finalement, Dolto F. a entrepris de faire la distinction entre le schéma corporel et l'image inconsciente du corps :

« Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quels que soient le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquels il vit. C'est lui, ce schéma corporel, qui sera l'interprète actif ou passif de l'image du corps, en ce sens qu'il permet l'objectivation d'une subjectivité, d'une relation libidinale langagière avec les autres qui, sans lui, sans le support qu'il représente, resterait à jamais fantasme non communicable. »²⁵

Dans ce même ouvrage elle précise que le schéma corporel se construit essentiellement à partir de nos perceptions, le rendant identique à tous les individus. Ainsi il peut être inconscient, préconscient et conscient. De plus, il se constitue à partir des expériences et des apprentissages.

²³ 1968.

²⁴ 1974,p. 83.

²⁵ 1984,p. 22.

Quant à l'image inconsciente du corps, elle est spécifique à chacun car elle est liée au sujet et à son histoire. Elle se construit en partie grâce à nos expériences relationnelles. L'image du corps demeure inconsciente, évoluant tout au long de la vie. Elle est constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes. De ce fait l'image de base assure à l'enfant la conviction innée que son corps repose sur le sol ferme qui le porte et le supporte. Il a alors l'impression que son être et son corps ne font qu'un. L'image fonctionnelle correspond au ressenti d'un corps agité et fébrile, tout entier, tendu vers la satisfaction des besoins et des désirs. Enfin, l'image érogène où s'exprime la tension des pulsions renvoie aux satisfactions et aux manques.

Pour terminer, Pireyre E.W. précise que « l'image du corps ne peut-être monolithique. Elle ne peut qu'être composée de plusieurs éléments différents »²⁶. Il dégage donc neuf sous composantes permettant d'accéder à l'image du corps : la sensation de continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau physique et psychique, la représentation de l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale, les compétences communicationnelles du corps et les angoisses corporelles archaïques.

3. Les définitions retenues pour ce mémoire

A partir des éléments historiques abordés précédemment, le schéma corporel et l'image du corps peuvent être définis de la façon suivante.

Le schéma corporel possède une base neuromusculaire. Il appartient au registre sensori-moteur et cognitif. Il s'élabore à partir de sensations sensibles, proprioceptives, labyrinthiques, kinesthésiques, visuelles et tactiles. De plus, il se structure grâce aux apprentissages et aux différentes expériences. De ce fait, il évolue tout au long de la vie. Toutefois l'aboutissement du schéma corporel reste le même pour tous puisqu'il s'agit d'une donnée spécifique à l'espèce. Il correspond ainsi à la connaissance du corps permettant d'évaluer sa forme, son volume, ses contours, ses postures, ses attitudes, la distribution des membres ou du corps dans l'espace. Ainsi le schéma corporel participe à la représentation mentale du corps, ou aux représentations symboliques et graphiques.

²⁶ 2011,p. 48.

L'image du corps est subjective ayant une base affective. Elle appartient au registre imaginaire mais aussi à l'investissement libidinal du corps. Elle s'élabore à partir des expériences émotionnelles et des histoires vécues de l'individu. Ainsi, elle se structure par la communication mais surtout dans la relation à l'autre. Elle représente donc le support du narcissisme. De ce fait, l'image du corps reste propre à chacun et inconsciente.

B. Les différents stades d'acquisition du schéma corporel chez l'enfant voyant

Le développement du schéma corporel se fait par étapes au cours desquelles l'enfant prend progressivement conscience de son corps. Il est à noter que cette partie se fonde sur les travaux de De Lievre B., Staes L.²⁷.

Dès la vie utérine, le fœtus ressent des sensations vestibulaires, proprioceptives, auditives mais aussi tactiles.

1. Le corps subi (de 0 à 3 mois)

A la naissance, le nouveau-né n'a pas conscience du monde environnant ni de son corps. Il ne reconnaît pas encore sa main. Cependant, les réflexes archaïques lui permettent un début d'orientation dans l'espace. Le nourrisson est dans une phase de dépendance absolue. Il subit sa vie sans pouvoir lui-même décider ni répondre à ses besoins. A cette période, la mère se rend disponible pour satisfaire les besoins de son bébé (affections, alimentations, toilette). D'après De Lievre B., Staes L.²⁸, sa « motricité est fœtale : vécue en masse, elle est inadaptée, explosive. Son activité est segmentaire, bilatérale et asymétrique. Sa motricité est réflexe ». A ce stade, le bébé traite son corps comme un objet extérieur. De plus, il a une perception morcelée et non différenciée d'autrui.

²⁷ 1993.

²⁸ *Ibid*, p. 19.

2. Le corps vécu (de 3 mois à 3 ans)

Progressivement, les réflexes archaïques vont disparaître pour laisser place à la motricité volontaire. L'enfant apprend ainsi à se mobiliser, se déplacer, manipuler ou regarder suivant le but à atteindre. C'est la première étape de l'apprentissage à la connaissance corporelle, enrichissant l'enfant au niveau moteur et sensoriel. Puis, vers un an et demi, l'enfant peut se reconnaître dans le miroir. Cette étape correspond au passage d'une image morcelée à son unification. De plus, les fonctions imitatives jouent un rôle indispensable. Le support visuel associé à la verbalisation améliore la compréhension de l'enfant dans ses différentes actions motrices.

Entre un an et demi et trois ans, l'enfant est considéré comme « déménageur et acrobate. Ceci lui permet d'avoir une expérience motrice suffisante qui va lui fournir des sensations kinesthésiques variées »²⁹. Enfin vers deux ou trois ans, l'enfant accède à la propreté. Cette acquisition montre l'amélioration de la maîtrise de son corps.

3. Le corps perçu (de 3 à 7 ans)

Le stade du corps perçu permet à l'enfant de développer ses sensations et de commencer à en prendre conscience. Sa motricité s'améliore grâce à son ajustement postural. « Après 5 ans, l'enfant intègre 'le corps agi' ce qui permet une prise conscience du corps propre »³⁰. De plus, c'est la période de la mise en place du jeu symbolique, l'enfant exprime ses émotions par des gestes et des mimiques. Vers six ou sept ans, la latéralisation sur soi se met en place. Le schéma corporel s'enrichit grâce à la manipulation de modèles tels que les poupées. Enfin, il réussit à modifier un geste pour l'améliorer.

4. Le corps connu

L'enfant acquiert une connaissance topologique et un repérage topographique des éléments corporels. De plus, la verbalisation corporelle se met en place, permettant de s'assurer de la bonne intégration des connaissances corporelles. C'est à l'âge de six ans

²⁹ *Ibid*, p. 20.

³⁰ *Ibid*, p. 22.

que l'enfant nomme et désigne l'ensemble des parties du corps complexes sur lui, et vers huit ans sur autrui. Enfin, au niveau de l'organisation corporelle, il peut inventer son geste ou même produire un mouvement complexe.

5. Le corps exprimé

A travers son corps, l'enfant exprime ses idées mais aussi ses émotions. Ce stade va s'établir tout au long de la vie de l'individu.

Au départ, le nourrisson manifeste ses malaises ou ses besoins par un changement tonique provoquant des pleurs, des agitations motrices ou même des grimaces. Lorsque le besoin est satisfait, une détente apparaît et le tonus s'abaisse. C'est entre le deuxième mois et le troisième mois qu'apparaît le sourire social. Dans un premier temps, il sourit qu'au visage de sa mère mais dès qu'un détail se modifie, il devient inquiet. Progressivement, l'imitation va faire son apparition. Il imite alors les gestes, les attitudes, les mimiques et même les tons des voix. Ce jeu lui permet de ressentir les sentiments d'autrui et ainsi de s'identifier à ses pairs. Plus tard, vers l'âge de trois ans, l'enfant réussit à différer son imitation. Il est capable de jeu symbolique et donc d'imiter des personnages volontairement sans avoir de support visuel. Enfin, à partir de quatre ans, il prend conscience « de l'effet qu'il produit sur son entourage, il entre dans l'âge comédien ... Il va multiplier les attitudes, les sourires afin d'attirer son attention sur lui. D'après les réactions de son entourage, l'enfant va alors modifier ses expressions afin de se conformer ou de s'opposer à ce qu'on attend de lui »³¹.

6. Le corps maîtrisé

« L'enfant évolue au niveau moteur et maîtrise de plus en plus ce potentiel moteur. Cette partie du schéma corporel recouvre toutes les périodes de la vie de l'enfant et sera reprise lors de toute activité de prise de conscience d'un apprentissage moteur. »³² Ainsi, le corps devient un instrument capable de satisfaire les différents désirs du sujet et s'adapte au monde environnant.

³¹ *Ibid*, p. 29.

³² *Ibid*, p. 18.

De ce fait, le schéma corporel s'étaye et se construit jusqu' à l'âge de douze ans. Cet âge correspond à la fin de la maturation neurologique. Il est à noter l'importance de la vision dans sa mise en place.

Enfin, une dernière notion alimente le sentiment de corporéité : la représentation mentale du corps. Elle doit être considérée comme une technique de compensation de la déficience visuelle car elle permet de se représenter ce que l'aveugle ne peut pas percevoir. Afin, de l'utiliser de manière efficace, il est important de la comprendre.

C. Elaboration de la représentation mentale

1. Définition de la représentation mentale

Le terme « représentation » est un emprunt direct au latin *repraesentatio*, qui dérive lui-même du verbe *repraesentare*, signifiant rendre présent. « La représentation permet ainsi à une réalité représentée d'être appréhendée sans cesser de demeurer absente ou à distance.»³³ En ce qui concerne le mot « mental », il est issu du terme latin *mens* correspondant à l'esprit. Ainsi, il est associé au fonctionnement psychique. De ce fait, la représentation mentale pourrait être définie par « rendre présent une entité dans l'esprit ».

Gallina J.M.³⁴ suggère que la représentation mentale reste subjective même si elle possède une dimension culturelle. Elle se construit à partir de la réalité touchant les expériences et les connaissances du sujet. Par conséquent une représentation mentale peut être erronée.

2. Les acceptations du terme *représentation*

Pour préciser la définition de représentation mentale, il semble indispensable de revenir sur les différentes acceptations du terme représentation. Pour cela, nous allons nous intéresser aux travaux de Denis M.³⁵ qui propose un schéma récapitulatif :

³³ Gallina, 2006, p. 21.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ 1989.

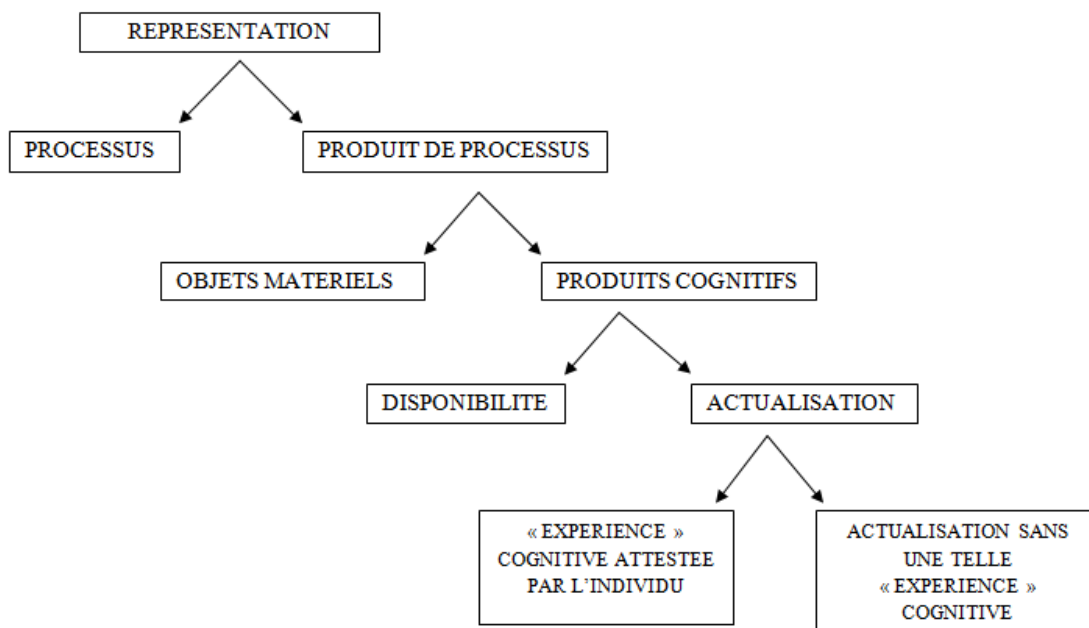


Schéma 3 : illustrant les différentes acceptations du terme « représentation »³⁶

Comme le montre le schéma ci-dessus, le terme de représentation désigne à la fois le processus et le produit. Le produit selon Denis est « une *activité*, humaine en principe, dont la finalité est de produire des objets, ou plus généralement des entités pourvues d'un certain nombre de propriétés »³⁷. Il peut être associé au mécanisme de mentalisation. Le produit quant à lui est l'entité obtenue par cette activité.

De ce fait, les produits peuvent avoir deux natures différentes tout en possédant une finalité commune. Ainsi chacun des produits permet de rappeler une configuration matérielle absente. Ils se trouvent alors sous formes d'objets matériels ou de produits cognitifs. L'objet matériel est « un nouvel objet qui existe désormais dans le monde physique, et qui restera disponible même en dehors des circonstances réelles de son utilisation »³⁸. Les dessins, les plans ou les maquettes peuvent illustrer cette catégorie. En revanche, les produits cognitifs, par exemple les images mentales sont des éléments psychologiques correspondant à « une réalité cognitive transitoire non directement observable par autrui »³⁹.

³⁶ Denis, 1989, p. 16.

³⁷ *Ibid*, p. 15.

³⁸ *Ibid*, p. 17.

³⁹ *Ibid*.

Les représentations de produits cognitifs peuvent également être dans un état de disponibilité ou d'actualité. Le premier état est défini par l'inscription en mémoire à long terme de la connaissance que l'on a d'un objet. Tandis que l'état d'actualité, désigne les représentations disponibles activées par un processus les rendant utilisables dans le « présent cognitif de l'individu »⁴⁰.

De cette distinction en découlent deux autres, c'est-à-dire qu'il faut tenir compte de la représentation-type et de la représentation-occurrence. La représentation-type est caractérisée par les informations que possède un individu à propos d'un objet précis (l'image de la tour Eiffel). En revanche, la représentation-occurrence, comporte des actualisations particulières de l'information, à laquelle il est possible d'apporter mentalement des variations, rendant la représentation plus ou moins réaliste (l'image de la tour Eiffel décorée). Les représentations-types, une fois activées, permettent donc de construire les représentations-occurrences.

Il est important de rattacher à cette dernière différenciation, la précision entre « représentation de... » et la « représentation pour... ». En effet, cette nuance permet selon Denis, d'ajouter à la représentation une « destination ». Dans un premier temps, la « représentation de... » élabore la représentation de quelque chose, de manière matérielle ou cognitive. Il peut s'agir d'une représentation de chose, de corps, d'acte, d'espace ou de mot. En ce qui concerne la « représentation pour... », elle doit être considérée en fonction de son but et du cadre de l'activité dans lequel elle se déroule.

Enfin, les représentations mentales sont élaborées pour être utilisées. Denis⁴¹ désigne cinq fonctions caractérisant le rôle de la représentation mentale :

- La conservation qui constitue un substitut de l'objet en l'absence de celui-ci.
- L'explicitation formulant certaines caractéristiques spécifiques de l'objet représenté.
- Le guidage permettant d'orienter et de réguler les conduites d'un individu.
- La systématisation facilitant l'interprétation et la mémorisation.
- La symbolisation transmettant une information porteuse de sens à travers des représentations plus ou moins abstraites.

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ *Ibid.*

3. De la perception à formation de la représentation mentale

C'est en faisant appel à ses sens qu'un individu peut prendre connaissance de la réalité. Les informations retenues peuvent-être visuelles, auditives, tactiles, olfactives, gustatives ou kinesthésiques créant ainsi des sensations élémentaires et subjectives. Ces sensations captées par nos organes sensoriels sont analysées, codées, intégrées et mémorisées sous forme de perceptions. Carric J.C. définit la perception comme « une analyse supérieure du monde, due à la fois à la sensibilité et à l'intelligence »⁴². De ce fait, la perception résulte de la connaissance d'un objet grâce à un contact direct.

Lorsque celles-ci sont à distance, absentes ou insuffisantes, l'objet non perçu est alors représenté. De ce fait, la première étape correspond à la récupération des informations mémorisées concernant les perceptions antérieures de l'objet perçu. Cette conservation reste indispensable pour réaliser des représentations précises et fiables. Ainsi, on retrouve une correspondance entre les éléments de départ (la perception) et ceux d'arrivée (la représentation).

La deuxième étape réalise une transformation de l'information initiale. Il s'agit d'un changement de nature entre le percept et la représentation de l'objet. Ainsi, suivant les informations captées par nos sens, il existe un degré de similitudes plus ou moins important dans l'élaboration de la représentation. Enfin la dernière étape est constituée par une abstraction ou réduction du contenu informatif de départ. Les informations considérées comme inutiles dans la réalisation des représentations mentales peuvent disparaître afin de les rendre plus efficaces. Par conséquent, la représentation mentale correspond à ce que retient l'individu de ses interactions avec le monde.

Pitteri F. montre que « les sujets peuvent avoir des représentations mentales faites d'images, d'impressions ou de sensations sonores, tactiles, olfactives ou gustatives, de mots associés dans des proportions variables »⁴³.

Enfin, Denis précise que l'image mentale correspond à une « forme singulière de représentation permettant à l'esprit humain de conserver et de manipuler l'information extraite de son environnement »⁴⁴. Il ajoute aussi que l'image mentale possède une

⁴² 2001, p. 123.

⁴³ 2009, p. 45.

⁴⁴ 1989, p. 9.

structure analogue à la perception car elle conserve les relations topologiques, métriques et euclidiennes de l'objet perçu.

4. La genèse de la représentation mentale selon Piaget

Dans cette partie, je vais m'appuyer sur les travaux de Piaget concernant le développement cognitif pour expliquer la genèse de la représentation mentale. Dans ses ouvrages, Piaget⁴⁵ décrit trois grandes périodes dans le développement intellectuel de l'enfant : la période de l'intelligence sensori-motrice (0 à 2 ans), la période pré-opératoire (2 à 7 ans), et la période opératoire (7 à 16 ans).

La représentation en actes (0 à 2 ans) : La période de l'intelligence sensori-motrice est selon Piaget⁴⁶, la période précédant l'acquisition du langage. Ainsi, l'intelligence ne contient ni pensée ni concept car les signifiants et les signifiés restent indifférenciés. Au cours de cette période l'enfant va expérimenter par l'action, en s'appuyant sur ses perceptions provenant des sens et du mouvement. Durant les 6 stades sensori-moteurs, il apprend matériellement et à travers son corps, les actions pour les construire ultérieurement en pensée.

Le stade des exercices réflexes (0 à 1mois) : L'enfant a en sa possession une structure héréditaire constituée de réflexes et de postures. Ils vont ainsi permettre l'élaboration de schèmes importants pour l'avenir de l'enfant.

Le stade des premières habitudes acquises et la réaction circulaire primaire (1mois à 4mois^{1/2}) : L'enfant après avoir trouvé par hasard un résultat intéressant va le conserver en le répétant.

Le stade des adaptations sensori-motrices intentionnelles et les réactions circulaires secondaires (4mois^{1/2} à 8-9mois) : Les actions portent sur les objets extérieurs et moins sur le corps. Piaget parle de l'apparition de l'intentionnalité. Il s'agit du comportement visant à retrouver volontairement les gestes ayant exercé par hasard une action intéressante sur les choses.

⁴⁵ 1970.

⁴⁶ *Ibid.*

La coordination des schèmes secondaires et leur application aux situations nouvelles (8-9 mois à 11-12 mois) : Durant ce stade, l'enfant peut coordonner plusieurs schèmes en un seul acte. Ainsi, l'enfant apprend à faire des liens entre les choses, lui permettant de faire des coordinations nouvelles pour des situations inédites.

La réaction circulaire tertiaire et la découverte de moyens nouveaux par expérimentation active (11-12 mois à 18 mois) : La réaction circulaire tertiaire est une réaction pour voir si l'action marche. L'enfant montre une recherche intentionnelle en variant et en graduant les mouvements afin d'obtenir des conséquences nouvelles. Cette expérimentation est dite active et constitue un acte intelligent immédiat car non soutenu par la représentation.

L'invention de moyens nouveaux par combinaison mentale et début de la représentation (18 mois à 2 ans) : Ce dernier stade constitue la transition entre intelligence sensori-motrice et intelligence représentative. L'enfant commence à intérioriser les schèmes sensori-moteurs impliquant la représentation mentale.

Ainsi selon les théories de Piaget, la permanence de l'objet est totalement acquise. L'enfant se représente les objets et les déplacements non visibles. Actuellement, l'âge d'acquisition de la permanence de l'objet est remis en question. En effet, R. Baillargeon⁴⁷ situe l'acquisition de la permanence de l'objet à trois mois et demi. Ce stade marque donc la fin d'un état de confusion totale où n'existaient que les réflexes héréditaires. L'enfant devient alors sujet dans son milieu environnant grâce à l'élaboration des schèmes sensori-moteurs et à l'acquisition des notions suivantes : permanence de l'objet, espace-temps et effets de causalité.

Le schème symbolique remplace donc le schème d'action témoignant de l'ébauche des représentations mentales : « La pensée représentative débute, par opposition à l'activité sensori-motrice, dès que, dans le système des significations constituant toute intelligence et sans doute toute conscience, le 'signifiant' se différencie du 'signifié' »⁴⁸.

La représentation en pensées (2 à 16 ans) : Piaget pose l'hypothèse que « les aspects figuratifs de la pensée dérivent de l'imitation et que c'est l'imitation qui assure le

⁴⁷ cité par Riviere J., 2000, p. 177.

⁴⁸ Piaget, 1970, p. 172.

passage du sensori-moteur à la pensée représentative en préparant le symbolisme nécessaire à celle-ci »⁴⁹.

La période pré-opératoire se déroule de deux ans à sept ans. L'enfant acquiert la capacité de voir mentalement ce qu'il évoque. Il s'agit d'une logique de représentation et de perception permise par l'apparition de la fonction symbolique. Toutefois, sa pensée n'est pas réversible, ne s'appuyant pas sur les conservations des matières, des volumes ou des poids. Selon Piaget, « il y a toute une période jusqu'à sept ou huit ans, où ce qui a été acquis au niveau sensori-moteur ne peut-être continué sans plus, mais doit être réélaboré au niveau de la représentation avant d'aboutir aux opérations ou aux conservations. »⁵⁰

Ainsi la fonction symbolique est la capacité d'évoquer des objets ou des situations non perçus actuellement en utilisant des signes ou des symboles Elle regroupe cinq manifestations :

Le langage : La période pré-opératoire comprend l'émergence du langage verbal et articulé donnant à l'enfant un statut de Sujet. Pour Piaget, au cours de la petite enfance, l'imitation aide à la distinction entre signifiant et signifié. Ainsi, vers deux ans, le signifiant correspond à la réalisation physique et acoustique tandis que le signifié évoque le concept auquel le signifiant renvoie. Lors de son apparition, le langage se caractérise par un monologue à voix haute. Puis plus tard, l'enfant devient capable d'intérioriser son discours accédant au système de pensées. Le langage se perfectionne donc au fur et à mesure des expérimentations.

Le jeu symbolique : Il représente pour l'enfant un moyen d'expression et d'assimilation du réel. Ce jeu diffère de l'exercice moteur déroulé pendant la période sensori-motrice. En effet, il se compose surtout de représentations imagées. Pour Piaget⁵¹, le jeu symbolique peut se décomposer en trois stades.

Tout d'abord de deux ans à quatre ans, l'enfant varie progressivement ses symboles ludiques puis les assemble en élaborant différentes combinaisons. Toutefois, lors de ce premier stade, le jeu symbolique reste déstructuré et inabouti.

De quatre à sept ans, l'enfant élabore un jeu symbolique qui se rapproche de plus en plus du réel. Il correspond à une représentation imitative différant des symboles du

⁴⁹ 1972, p. 86.

⁵⁰ *Ibid*, p. 27.

⁵¹ 1972.

stade précédent. En effet, il ne s'agit plus d'une déformation ludique mais d'une volonté de vraisemblance avec la réalité. L'enfant, ayant acquis la notion d'ordre crée ainsi des scénarios symboliques qu'il déroulera du début à la fin. De plus, durant ce stade, le symbolisme collectif apparaît. Les enfants deviennent capables de différencier les rôles de chacun et de les ajuster par rapport au jeu en cours. Cette étape montre les progrès concernant la socialisation et la mentalisation.

De sept-huit ans à onze-douze ans, l'acquisition de la socialisation et de la capacité de décentration permet aux jeux symboliques de laisser place aux jeux de règles ou collectifs et aux constructions symboliques. En effet, le jeu de règles est une activité de l'être socialisé.

L'imitation différée : L'imitation différée correspond à la capacité de reproduire des gestes ou des attitudes en l'absence de modèle. Evoluant au cours du temps, il apparaît que le dernier stade de l'imitation différée l'amène à se transformer en images mentales où son intériorisation est entière.

L'image mentale : C'est l'« apparition des images liées à l'apparition du langage ou de la fonction symbolique en tant que différenciation des signifiants et signifiés, qui permet l'évocation des objets ou événements non actuellement perçus »⁵². Les images mentales comme la représentation d'une maison sont conçues comme une « imitation différée intériorisée ». De plus, Piaget et Inhelder⁵³ distinguent les images reproductrices, évoquant des objets connus, et les images anticipatrices représentant des objets non perçus antérieurement.

De ce fait, les images mentales traduisent plus ou moins précisément la réalité. Elles regroupent quatre traits caractéristiques : l'animisme (vie donnée aux objets), l'artificialisme (toute action est recentrée par rapport à l'homme), le finalisme (toute action est définie par son but) et le réalisme (les contenus de conscience sont considérés comme des objets).

Le dessin : Les premiers dessins de bonhomme de l'enfant montrent la volonté de reproduire une certaine réalité et d'y projeter inconsciemment ses fantasmes. Ainsi le dessin est une forme d'expression de la fonction symbolique associant le jeu (ludique et imaginaire) à l'image mentale (représentation du réel).

⁵² Grebot, 1994, p.31.

⁵³ cités par Denis, 1989, p.63.

Durant la période des opérations concrètes, de sept à douze ans, l'enfant possède une « logique qui ne porte pas sur les énoncés verbaux, mais qui porte uniquement sur les objets eux-mêmes, les objets manipulés »⁵⁴.

Il acquiert la réversibilité de la pensée le rendant capable de revenir mentalement à la situation initiale. Ainsi, connaissant sa droite et sa gauche il va pouvoir les projeter sur autrui en faisant appel au retournement de manière physique dans un premier temps puis mentalement. Enfin, il est à noter qu'à partir de cette période l'enfant commence à prendre en compte les transformations de matières.

Enfin, la période des opérations formelles, de onze à seize ans, constitue la dernière période du développement de l'intelligence. Elle rend l'adolescent capable de raisonner et de déduire des hypothèses à partir de propositions. Le raisonnement est donc hypothético-déductif, c'est-à-dire qu'il ne s'arrête plus à l'objet mais se base sur les opérations appliquées aux objets. Il peut faire preuve d'une méta-pensée, où il pense la pensée en elle-même. Arrivant à se détacher des supports concrets et maîtrisant l'abstrait et la réversibilité, il construit ses propres théories. De plus, les images mentales peuvent subir des rotations et être anticipatrices.

Enfin, nous pouvons conclure que les opérations formelles permettent à la représentation mentale d'être totalement mobile et performante.

Après avoir réalisé une présentation générale de la représentation mentale, nous allons maintenant aborder différents types de représentations que nous pouvons rencontrer et utiliser auprès d'aveugles congénitaux.

5. Description des différentes représentations

Freud S. distingue deux représentations, les « représentations de mots » et les « représentations de choses ». Toutefois, nous allons préciser la représentation de choses en distinguant : la représentation du corps, la représentation d'actes et la représentation des lieux.

⁵⁴ 1970, p. 26.

La représentation des mots est abordée par Freud. Il décrit le *mot* comme « l'unité de base de la fonction de langage, qui s'avère être une représentation complexe, composé d'éléments acoustiques, visuels et kinesthésiques »⁵⁵. La représentation est donc associée au mot évoquant l'objet ou la chose. Ainsi, elle rend l'objet conscient dans l'esprit de l'individu lorsque celui-ci est désigné lors des verbalisations.

Chez l'aveugle congénital, le verbalisme semble être une conséquence d'un trouble de la représentation du mot.

La représentation des choses demeure la plus primitive. Elle rassemble les perceptions sensorielles essentiellement visuelles mais aussi auditives, tactiles ou kinesthésiques permettant de créer une image mentale inconsciente de l'objet évoqué. La représentation imagée d'un objet rassemble quelques aspects physiques primordiaux et ses rapports spatiaux permettant sa construction.

La représentation spatiale fait partie du processus d'appropriation de l'espace. Elle s'apparente à un espace subjectif et imaginaire. Piaget et Inhelder définissent la représentation spatiale comme la « création sociale ou individuelle de schémas pertinents du réel dans le cadre d'une idéologie ; elle consiste soit à évoquer des objets en leur absence, soit, lorsqu'elle double la perception en leur présence, à compléter la connaissance perceptive en se référant à d'autres objets non actuellement perçus »⁵⁶. La représentation spatiale reconstruit ainsi des lieux, des trajets ou toute autre référence spatiale.

La représentation du corps est décrite par Auclair L.⁵⁷. D'après lui, elle possède trois niveaux. Le premier est le schéma corporel qui correspond à la représentation spatiale et dynamique des parties du corps édiflée par des informations sensorielles et motrices. Le deuxième niveau se base sur les caractéristiques visuo-spatiales du corps : description structurale, organisation et relations entre les différentes parties du corps. Enfin, le dernier niveau, quant à lui se nomme image du corps constituant une représentation de la perception du corps propre.

Dupont R. ajoute que la représentation du corps est, selon lui « l'image la plus objective de soi, non transformée par l'imaginaire ; (...) l'idée, la prise de conscience

⁵⁵ 1983, p. 123.

⁵⁶ 1977, p. 28.

⁵⁷ 2011.

cognitive, intelligente, qu'un sujet a de son corps et de ses aptitudes »⁵⁸. Ainsi, elle correspond à un élément particulier de la notion de corporéité situé entre la structure physique formant le schéma corporel et le contenu inconscient et libidinal de l'image du corps.

De plus, d'après les écrits de Lissonde B.⁵⁹, la représentation mentale du corps chez les aveugles, se mettrait en place vers l'âge de 7 ans grâce à l'intégration des données proprioceptives, posturales, tactiles et kinesthésiques compensant la privation visuelle. Par conséquent, cette représentation mentale évolue au cours du temps, tenant compte du développement psychomoteur et des expériences que le sujet rencontre

La représentation des actes correspond au dernier type de représentation. Grabot D.⁶⁰ rappelle dans son article que les représentations mentales sont des constructions psychiques élaborées en tenant compte des vécus mémorisés et des perceptions. Comme nous l'avons vu précédemment, les représentations peuvent concerner un fait ou une procédure de faire.

La représentation des actes est donc la représentation d'une procédure de faire. Elle s'édifie sur la sensori-motricité, entre l'action et la cognition. Ainsi, l'image mentale sert à planifier l'action et favorise la gestion des conduites de l'individu permettant à l'action d'être performante. Denis résume le rôle de la représentation des actes par la phrase suivante : « Tout en assurant pleinement son rôle de représentation, elle constitue en même temps un guide pour l'action, et un instrument d'acquisition d'habiletés utilisables dans l'action »⁶¹. Les représentations d'actes intègrent donc les représentations mentales du corps en mouvement.

Abordons maintenant plus précisément la question du rôle de la vision dans l'élaboration de l'image du corps, du schéma corporel et de la représentation du corps.

⁵⁸ 1996, p. 166.

⁵⁹ 1984.

⁶⁰ 2001.

⁶¹ 1989, p. 246.

D. L'apport de la vision dans la construction de la corporéité

1. Le rôle du stade du miroir dans l'élaboration d'un corps unifié

La genèse de la conscience du corps propre et l'intégration de l'image du corps sont progressives passant par plusieurs étapes dont l'expérience du miroir. Cette dernière permet l'acquisition de la connaissance et surtout de la reconnaissance du corps comme le sien, à la fois distinct et semblable à celui d'autrui. Selon H. Wallon⁶², la maturation neurophysiologique, les composantes relationnelles et environnementales sont essentielles dans cette étape.

Deleau M.⁶³ faisant appel aux travaux de Fontaine A.M., dégage trois étapes concernant les réactions de l'enfant devant le miroir : au départ, il ne semble pas faire de lien entre l'objet et sa source. Ainsi, il se comporte comme s'il était face à une personne réelle. Puis, au cours de la deuxième étape, il prend conscience des liens entre l'image et sa source. De ce fait, il peut se retourner vers la personne qui se tient derrière lui et dont l'image se reflète sur le miroir. Enfin, une dernière réaction est observable. Il s'agit du déni concernant la réalité de l'image. L'enfant ne touche plus les détails de l'image renvoyée par le miroir mais se dirige directement sur son corps.

Lacan J. perçoit quant-à-lui, le stade du miroir (entre six et dix-huit mois) comme fondamental dans la constitution du corps propre et de l'émergence du « Je ». Selon lui, l'enfant ayant une image morcelée, va en se reconnaissant dans son image spéculaire et globale, prendre conscience de son unité. Ainsi, l'identité corporelle s'élabore à partir des ressentis de l'image du corps, de la conscience de soi et de l'élaboration du schéma corporel. Par conséquent, « l'enfant doit donc être capable de se dégager de ses impressions sensibles, immédiates, actuelles et de les subordonner à des systèmes purement virtuels de représentation autrement dit d'acquérir la fonction symbolique »⁶⁴.

En revanche, l'aveugle congénital, ne peut pas accéder à l'image visuelle renvoyée par le miroir. De plus, un autre miroir lui a déjà manqué dans son enfance. Il s'agit du regard de sa mère. Cependant, la voix maternelle ou la manière de répondre construit un miroir sonore. Il peut être plus ou moins contenant. Ainsi, l'image du corps s'étaie à partir de cette enveloppe vocale car les informations visuelles ne sont pas disponibles. La

⁶² Cité par Bernard, 1995.

⁶³ 2006.

⁶⁴ Bernard, 1995, p. 41.

relation mère-enfant est donc indispensable dans la construction du corps propre. De plus, l'ajustement tonico-postural entre la mère et son enfant, permet à l'enfant d'avoir à la fois une image de son corps unifié et d'accéder à la représentation du corps de l'autre.

2. L'étayage du schéma corporel et de la représentation du corps par la vision

Dans le cadre de sa thèse, Lissonde⁶⁵ a effectué des recherches sur le rôle de la vision dans l'intégration du schéma corporel. Il a ainsi déterminé que l'absence de perception visuelle n'affectait pas la connaissance de plusieurs parties du corps propres comme les éléments du visage, du tronc ou des membres supérieurs. L'auteur précise que les sens proprioceptifs et kinesthésiques compensent cette absence de vision.

Toutefois, il repère aussi que les parties concernant les membres inférieurs restent plus longtemps imprécises pour les aveugles congénitaux que chez les voyants car ils les mobilisent moins dans la première enfance. D'après lui, la partie du corps la plus connue reste la main. Elle est utilisée pour capter les informations ou réaliser des contacts.

De plus, l'enfant aveugle conserve une équilatéralité jusqu'à cinq ans car il manque d'expériences imitatives.

Enfin, il précise que pour les plus grands, « l'accès à la représentation du corps de l'autre par projection du schéma corporel extéroceptif n'est pas facilité en l'absence de vision »⁶⁶. Il explique ainsi ce phénomène par l'insuffisance des expériences sensori-motrices de contact et de découverte du corps total d'autrui. Mais aussi par une focalisation de certaines parties du corps en délaissant d'autres. Enfin, la dernière raison serait les difficultés pour les aveugles de réaliser des rotations mentales.

Par conséquent, l'absence de vision n'empêche pas la construction du schéma corporel mais elle peut influencer sur la représentation mentale du corps.

La vision joue donc un rôle primordial dans la l'élaboration du sentiment de corporéité mais sa privation n'en interdit pas sa construction. De plus, le schéma

⁶⁵ 1984.

⁶⁶ *Ibid*, p. 146.

corporel, l'image du corps et la représentation mentale sont indissociables. C'est pourquoi lors d'une prise en charge en psychomotricité, il est important de travailler ces trois niveaux afin d'accéder à un corps unifié. En ce sens, comment accompagner en séance de psychomotricité, les individus non-voyants, afin d'améliorer la maîtrise de leur corps et leur représentation ?

E. Enrichissement corporel chez l'aveugle congénital

1. Les évaluations psychomotrices adaptées à la déficience visuelle

Avant d'aborder la prise en charge en psychomotricité, je me suis interrogée sur les moyens dont les psychomotriciens disposent pour évaluer la construction corporelle du non-voyant. J'ai ainsi constaté que les tests standards et étalonnés nécessitent souvent l'utilisation de la vision. En effet, les tests classiques ne sont pas cotables en déficience visuelle. En revanche, il existe des adaptations pour le bilan et la prise en charge utilisant essentiellement le sens tactile, les objets sonores ou la verbalisation. Les tests que je vais présenter dans ce mémoire évaluent les trois niveaux de corporéité.

Le test des somatognosies concerne les connaissances des parties du corps. L'individu non-voyant doit montrer les parties du corps désignées : sur lui, sur autrui ou sur un mannequin. Dans un second temps, il nomme les parties qu'il touche ou qu'on lui montre tactilement.

Le test du dessin du bonhomme est réalisable sur feuille Dyssem, support spécifique permettant d'effectuer un dessin tracé en relief. Le psychomotricien peut faire le choix de le présenter avec un autre support comme la pâte à modeler ou des aimants. A partir de ce bonhomme, nous pouvons interroger le patient sur les notions de point de vue ou les perceptions spatiales du corps (en 2D ou 3D) comme les proportionnalités du corps, les épaisseurs, les longueurs ou les largeurs. De plus, les créations peuvent refléter leur image du corps. Toutefois, il faut se méfier de la valeur du dessin du bonhomme, car beaucoup d'enfants ont appris et répété ce travail, il n'aura donc plus la même fonction.

Le test d'imitation de gestes de Berges-Lézine ne s'effectue pas par observation visuelle. Nous invitons le sujet à venir vérifier tactilement et à reproduire le geste présenté. Nous pouvons lui demander de le reproduire sur lui, sur autrui ou sur un pantin articulé généralisant sa représentation mentale du corps.

Enfin toutes les difficultés corporelles rencontrées au cours des tests provoquent des répercussions sur la maîtrise du corps propre. Ainsi, dans la prise en charge en psychomotricité, il est important de proposer des expériences sensori-motrices variées englobant les équilibres, les coordinations motrices, la régulation tonique afin d'affiner les trois niveaux de corporéité.

2. Propositions psychomotrices favorisant la construction corporelle

Après avoir réfléchi sur les adaptations envisageables, je vais maintenant exposer différentes propositions psychomotrices pour illustrer les conséquences de l'absence de perception visuelle dans l'intégration du corps maîtrisé et représenté. Au vu des difficultés psychomotrices de Chaïma, j'ai décidé de m'appuyer sur ses séances.

Chaïma connaît le nom des différentes parties du corps sur elle et sur autrui. C'est pourquoi, je lui ai proposé d'élaborer un échauffement mobilisant chaque articulation afin d'affiner son schéma corporel et sa représentation du corps. Spontanément, elle nous parle des cuisses ou de la langue. Nous lui avons donc réexpliqué le terme *articulation* avant de toutes les référencer. Une fois ce travail terminé, nous avons repris l'activité initiale : trouver des mouvements pour chaque articulation. Chaïma ne paraît pas avoir conscience des mouvements qu'elle peut réaliser en ne bougeant qu'une seule articulation. Avec son accord, je lui ai proposé de lui bloquer l'épaule afin qu'elle puisse dissocier son coude de celle-ci et ainsi ressentir le mouvement de flexion et d'extension. Il est compliqué pour Chaïma de mettre des mots sur ce qu'elle fait. Ainsi, dans cette activité, nous favorisons la verbalisation de ses ressentis. Elle peut se créer une représentation de l'acte accompli, qu'elle pourra réutiliser plus tard. Nous avons donc reproduit l'expérience pour chaque articulation.

Lors de l'inclinaison des hanches, Chaïma ne comprenant pas les consignes verbales, je l'ai aidée à accomplir le mouvement en m'appuyant sur le sens kinesthésique. Puis j'ai accompagné la démonstration par une image mentale reprenant la posture des mannequins. Toutefois, le mouvement n'étant pas encore totalement acquis, il reste de faible amplitude.

Quelques séances plus tard, nous avons voulu savoir si Chaïma avait intégré le travail sur les articulations. Pour cela, nous avons choisi d'axer notre activité sur un

lancer de ballon sonore en n'utilisant qu'une partie précise du corps. Elle a réussi sans aide pour la main et le talon. En ce qui concerne la tête, je suis passée par des explications orales décrivant sa posture car son buste était trop penché. Dans l'action, tout son corps participe, elle ne parvient pas à dissocier les parties de son corps. De même pour le genou, elle s'aide de ses mains pour amener le ballon sur son genou semi-plié. Ne montant pas son genou, le ballon tombe au sol. Pour cette articulation nous avons décomposé le mouvement. Je lui ai proposé de lever sa cuisse et de plier le genou afin de venir taper dans ma main puis dans le ballon maintenu entre mes mains. Ainsi, elle a d'abord compris le mouvement avant de pouvoir l'appliquer sur le ballon. Nous avons donc créé une représentation de l'acte.

Quand elle envoie la balle avec son poignet, celui-ci se dirige vers le bas. Nous avons donc repris la même méthode que pour le genou, en réalisant chaque étape séparément avant de tout rassembler. En revanche, quand elle veut shooter avec son pied droit, Chaïma présente une bonne stratégie. Toutefois, son déséquilibre perturbe la réalisation du geste.

La semaine suivante Chaïma a voulu répéter l'exercice du ballon : « J'ai un nouveau lancer avec le genou. J'y arrive bien mais je ne peux pas vous l'expliquer. Il faut que je vous le montre car je n'ai pas d'explications. »

Chaïma arrive à lancer son ballon avec le genou mais le haut de son corps se penche encore. De plus, elle se précipite accentuant son manque de précision. Nous avons donc décidé de reprendre l'exercice afin de parfaire sa représentation de l'acte. Dans un premier temps, la psychomotricienne est passée par la verbalisation : « Positionne le ballon plus haut. Plie ton genou pour qu'il touche le ballon. Fais attention à ne pas baisser ton buste... » Puis, j'ai maintenu son genou pour l'aider à réaliser le mouvement et qu'elle ressente mieux le mouvement.

Parallèlement à ces diverses activités, j'ai mis en place un projet utilisant la médiation step. Chaïma a particulièrement apprécié car elle a pu choisir la chanson. Nous avons donc travaillé en plus des représentations mentales et du schéma corporel sur l'élaboration des projets moteurs, l'automatisation des mouvements, la mémoire kinesthésique, l'expression corporelle...

D'une séance à l'autre et malgré une coupure de deux semaines de vacances, Chaïma fait preuve d'une excellente mémorisation. J'ai ainsi remarqué que les passages

où nous avons pris le temps de dissocier les mouvements sont les mieux mémorisés. De plus, le fait de les répéter a permis à Chaïma d'intégrer une représentation de l'acte précise prouvée par une réalisation du geste plus harmonieuse. Par conséquent j'ai pu constater que la représentation mentale de l'acte a un impact sur l'exécution du mouvement.

De plus, le fait d'instaurer un tempo l'aide à se concentrer. Elle prend ainsi de meilleurs repères sur son step. Au fur et à mesure des séances, Chaïma se montre donc de moins en moins impulsive. Parfois Chaïma vérifie encore tactilement la position de ses membres car elle n'est pas sûre de leur placement. Pour l'aider à prendre conscience de sa posture, de ses gestes, je lui décris l'image qu'elle renvoie. Ainsi je pose des mots sur ce qu'elle vit corporellement pour compenser l'absence de regard dans le miroir.

L'instauration des mouvements des membres inférieurs s'est surtout établie à partir de consignes verbales telles que « monte sur ton step, pied gauche, pied droit, descend, pied gauche, pied droit ». A la suite et pour travailler sa représentation mentale spatiale, je lui ai proposé de réaliser avec ses mains, les pas de la chorégraphie sur le step. Dès le premier essai, Chaïma a bien positionné ses mains sur le step. Enfin, nous avons utilisé l'association du canal tactile et auditif pour rajouter les mouvements de bras. Ainsi au cours de ce projet, nous avons pu aborder différents items moteurs tels que : les sauts, les dissociations, la régulation tonique, les transferts d'appuis, les équilibres et les coordinations dynamiques.

Pour finir, je propose de revenir sur un exercice enrichissant son schéma corporel, son image du corps et favorisant sa représentation mentale du visage. En effet, lors du bilan, Chaïma ne parvenait pas à placer les éléments du visage sur son bonhomme en pâte à modeler. De plus, elle avait oublié de nombreux détails comme les oreilles, un œil et les sourcils. Au cours d'une séance, nous avons proposé à Chaïma de mettre de la crème hydratante sur son visage à l'aide d'un coton. Ainsi, elle peut se concentrer sur les sensations provoquées par le toucher. Chaïma se construit alors une représentation de son visage intégrant ses ressentis et les éléments somatognosiques. Elle prend ainsi conscience de leurs places, de leurs formes et de leurs volumes. Pour préciser l'élaboration de sa représentation du visage, nous lui avons fait décrire les parties touchées et nous lui avons donné certains termes inconnus tels que les tempes.

Lors du bilan Chaïma n'avait pas pu terminer son bonhomme en pâte à modeler. Il

me semble important de revenir dessus afin qu'elle puisse avoir une représentation cohérente et non parcellaire. De plus, nous voulons voir si le travail corporel a permis d'améliorer sa représentation corporelle.

Je lui ai ainsi proposé de réaliser un bonhomme en pâte à modeler⁶⁷, sans intervenir. Sachant que Chaïma s'organise avec difficulté et perd beaucoup de temps à parler, nous lui avons proposé de mettre un temps pour le construire.

Chaïma commence alors par le visage en réalisant une boule. Elle y rajoute un énorme nez avec des narines. Puis elle s'occupe de son ventre en aplatissant de la pâte. Elle décide de revenir aux détails de la face en élaborant la bouche directement à partir du visage. Toutefois, elle oublie rapidement qu'elle avait mis de côté le ventre. Par conséquent elle prend la pâte de son corps pour en faire des yeux qu'elle situe entre le nez et la bouche. Elle revient finalement au corps et crée des bras en boudin. Elle les roule côte à côte pour essayer d'avoir la bonne taille. Soudain elle nous demande : « Ce n'est pas grave si je ne fais pas le cou ? ». Enfin, elle réalise les jambes et l'ébauche de pieds. A la fin et d'elle-même, elle signale avoir oublié de mettre les doigts et les pieds. De plus, je constate qu'il manque le cou, les mains, les oreilles et des cheveux.

Pour finaliser cette proposition, je lui suggère de placer des perles au niveau des articulations. Après avoir vérifié sur elle, elle positionne au bon endroit les épaules, les hanches, les poignets et les chevilles. En revanche même après avoir touché ses genoux, elle les situe au niveau des hanches. J'essaie donc de lui faire décrire leurs emplacements en prenant des repères tels que la cheville et les hanches. Finalement, c'est en partant du mouvement de flexion du genou qu'elle a pris conscience de son emplacement. En effet, elle a d'abord plié son genou pour ensuite fléchir celui de son bonhomme.

Au cours de sa construction et à chaque nouvel élément, Chaïma semble chercher notre approbation. De plus, elle a l'air de se perdre dans sa représentation du corps passant d'une partie à une autre. Toutefois, sa représentation du corps semble plus structurée que lors du bilan psychomoteur. Les propositions précédentes semblent avoir été intégrées car Chaïma se sert des sensations vécues pour réaliser son bonhomme comme quand elle place l'articulation du genou.

⁶⁷ Cf. *infra*. annexe III, p. 93.

Chaïma conserve des difficultés à ressentir ses articulations et à en déduire leurs possibilités d'action. Il paraît donc intéressant de réfléchir à l'intégration des articulations dans une prochaine chorégraphie de step. Elle pourrait à un moment donné, positionner une articulation sur le step, mettre les mains sur ses genoux, croiser ses poignets...

Nous venons de voir combien l'absence d'imitation visuelle peut engendrer des difficultés dans la maîtrise du corps. Toutefois la psychomotricité, en apportant des expériences sensori-motrices aide à pallier ce manque. Etudions maintenant, l'impact des difficultés corporelles sur la mise en relation de l'aveugle.

IV. Le corps en relation

L'homme est un être relationnel. Ne pouvant vivre seul, il établit des liens avec ses pairs en interagissant avec eux. En effet, communiquer, permet de créer des relations. Le terme « communiquer » d'origine latine, *communicare* signifie « être en relation avec ». De ce fait, les communications répondent à un besoin social et biologique. Cosnier J.⁶⁸ regroupe trois types d'interactions en situations naturelles : les éléments verbaux, les éléments vocaux mais non verbaux et enfin les éléments mimo-gestuels. Toutefois, l'humain a besoin de réciprocité dans ses échanges. Il doit percevoir l'attention, l'écoute et la disponibilité de son interlocuteur pour se sentir exister.

A. L'investissement corporel du non-voyant dans la relation

1. L'attitude corporelle de Chaïma

Dans le cadre de mon stage au sein du service pour l'intégration des enfants déficients visuels, j'ai pu observer Chaïma au cours de séances de psychomotricité, d'ergothérapie et lors de temps informels avec ses camarades.

En interaction avec ses pairs, Chaïma présente une posture hypertonique et cambrée. Sa tête est en avant et elle la place de manière inadaptée. En effet, sa tête se dirige excessivement vers le bas (lorsqu'elle écoute) ou au contraire vers le haut (lorsqu'elle parle). De ce fait, son regard n'interpelle pas son interlocuteur. De plus, elle

⁶⁸ 1991.

ne tient pas toujours compte de la place de celui-ci. Inconsciemment, elle peut donc s'adresser à quelqu'un en se mettant de dos ou dans des positions ne favorisant pas la communication. En revanche, quand elle est en posture d'écoute ou lorsqu'elle s'adresse à une personne, Chaïma peut se rapprocher fortement d'elle.

Dans son discours, Chaïma passe régulièrement par le mouvement pour expliquer sa pensée. Elle ne trouve pas toujours les mots. De plus, elle n'arrive pas à intérioriser ses pensées. Cependant, ses gestes ne sont pas toujours adaptés ou mal réalisés ne représentant pas fidèlement ses paroles. Par exemple, lorsque Chaïma souhaite montrer un élément en pointant du doigt, son doigt et son bras ne se dirigent pas dans la même direction.

Globalement, Chaïma présente peu d'expressions du visage :

Avec ses camarades, elle arrive à exprimer naturellement des émotions telles que la joie, la colère ou même la peur. En revanche, dès qu'on lui propose une activité autour des émotions, elle ne semble pas les différencier. Chaïma n'arrive pas à donner le contexte d'utilisation de l'émotion, sauf pour la tristesse où elle rappelle son quotidien à l'hôtel social. De plus, elle traduit la joie et la tristesse par la même mimique : une contraction de la bouche vers le bas.

Suite à un travail en classe, sa maitresse a souhaité que l'on reprenne la notion de grimace en psychomotricité. En effet, lorsqu'on lui demande de définir le terme *grimace*, elle nous répond alors : « c'est pour faire peur. ». Elle se rappelle ainsi du contexte de l'histoire qu'ils avaient étudiée en classe. Toutefois, elle n'arrive pas à sortir de ce point précis. Puis nous lui proposons d'en réaliser quelques-unes. A chaque fois, elle tire la langue de la même manière, pensant que ses grimaces diffèrent. Ainsi, nous avons axé la séance du jour sur les grimaces. A partir de consignes orales, d'images de représentation, du sens tactiles et kinesthésiques, nous avons repris différentes grimaces afin de l'aider à créer une bibliothèque.

Pour illustrer ce passage, je vais reprendre différentes propositions que nous avons utilisées pour cette séance :

- Les consignes orales : « Place ton index droit au coin droit de ta bouche et ton index gauche au coin gauche. Maintenant, écarte tes index vers l'extérieur, en fermant la bouche. »

- Consignes orales avec images mentales : « Place la paume de main droite sur ta joue droite et ta paume gauche sur ta joue gauche. Appuie sur tes joues pour les aplatir. C'est comme la tête d'un poisson. Relève et repose alternativement, tes pouces et tes index. Nous faisons les nageoires. »
- Utilisation du sens tactile : Chaïma est venue prendre les informations sur mon visage et elle a décrit ce qu'elle ressentait.

Ainsi elle peut généraliser cette notion évitant d'alimenter son verbalisme. Pour cela, Il nous a semblé important de reprendre en fin de séance les grimaces que nous avons abordées en lui demandant de les refaire et de les décrire.

Enfin, des éléments concernant la conscience de la vision m'a interpellée. Lorsqu'elle veut réajuster ses collants, elle nous demande de nous retourner pour qu'on ne la regarde pas. Elle a donc bien acquis la notion de pudeur. Cependant, elle se place d'elle-même devant la fenêtre. Pour elle, la fenêtre n'étant pas ouverte, personne ne peut la voir. De plus, il lui arrive de vouloir se cacher dans les coins de la salle, pensant que son corps n'est pas visible. Par conséquent, Chaïma semble ne pas avoir intégré le concept de « vu ou pas vu ». Parallèlement, il arrive à Chaïma de se comporter comme si elle voyait. Par exemple, lors de l'atelier grimace, Chaïma a voulu se mettre devant l'ampoule du bureau pour « se voir ». Nous lui avons alors expliqué que la lumière permettait de mieux voir l'environnement mais que nous ne pouvions pas nous voir dedans. Puis nous avons fait références aux miroirs qui eux reflétaient son image.

2. Enzo, un adolescent préoccupé par son image

Enzo est suivi au sein de l'institution médicalisée. Pour me rendre compte de son investissement corporel dans la relation à l'autre, je me suis basée sur ses propos et ses interrogations par rapport aux codes de communication des voyants. De plus, je me suis appuyée sur les observations de mes premières séances concernant sa posture, ses gestes, et ses expressions du visage.

Enzo est un adolescent venant d'intégrer un lycée dit classique. Il est donc confronté à des jeunes voyants utilisant leurs propres codes de communication qui sont souvent visuels.

De manière générale, Enzo se tient droit car il est hypertonique au niveau de ses épaules. De plus, sa tête dévie de son axe ce qui peut intriguer les individus voyants. Enzo semble perturbé par l'image qu'il renvoie. Il nous illustre cette anxiété par : « La posture, c'est très important car ça se voit. C'est héréditaire, je ne pourrai jamais modifier la position de ma tête. Lors d'un entretien, on ne voudra pas m'embaucher parce que ma tête n'est pas droite. » Ainsi, il est à noter qu'Enzo ne sait pas ce que signifie vraiment le terme *héréditaire*. C'est pourquoi, nous avons repris la définition en séance de psychomotricité. Puis nous avons décidé d'entamer un travail de conscience corporelle par rapport à sa posture en lui montrant qu'il a tout simplement des difficultés à ressentir le décalage de sa tête. De plus, il ne sait pas dire si sa posture est adaptée ou non à la situation.

Au cours de ses interactions, Enzo oublie parfois de se positionner face à son interlocuteur. Au niveau de son visage, Enzo se montre peu expressif. Son sourire faiblement marqué, peut être un frein relationnel. Parallèlement, il n'utilise pas son corps pour accompagner son discours.

A l'occasion d'une conversation lui présentant notre projet pour les prochaines séances, j'ai pu apprendre de nombreux éléments concernant son point de vue dans ses interactions sociales.

Enzo nous explique qu'il arrive à situer une personne au son de la voix. Il fut surpris de devoir faire la bise à toutes ses amies au lycée tandis qu'à l'institution personne ne le fait. Nous lui avons donc demandé comment il se repérait et s'il avait déjà rencontré des difficultés. Sa réponse fut : « C'est plus compliqué quand je suis avec un non-voyant, car nous ne voyons pas tous les deux. Il m'est déjà arrivé de me tromper en touchant ses lèvres. Par contre, avec les voyants, c'est plus facile car ils voient eux. Une fois, une copine avait mis sa main sur mon épaule, je ne comprenais pas pourquoi. En fait elle voulait juste me signaler qu'elle était là. » Enzo semble réussir à réaliser ce geste quotidien en se reposant surtout sur ses amis voyants. Nous lui avons donc conseillé de placer sa main sur l'épaule de ses amis proches pour mieux se représenter l'emplacement de la joue par rapport à l'épaule.

Puis, de lui-même il a abordé le rituel du Check. Avant son intégration, il n'en connaissait pas l'existence. Nous lui proposons de nous en montrer un. Enzo tape alors latéralement la main du psychomotricien paume contre paume. Puis au lieu de donner un

coup de poing, il positionne sa main paume face à son partenaire les doigts pliés. De plus, son poignet est en flexion. Ainsi, il nous montre qu'il a repéré que lors du deuxième mouvement ce sont les phalanges qui se cognent. Toutefois, il n'a pas la bonne représentation du mouvement puisqu'il n'est pas allé vérifier tactilement sur ses camarades et n'a pu bénéficier d'explications. Nous lui avons proposé de venir vérifier tactilement sur notre main et de nous décrire ce qu'il ressentait. Ainsi, Enzo a pu prendre conscience de la position de notre main. Il s'est créé une représentation mentale de l'action facilitant la mémorisation.

Lorsque nous abordons le fait de commander un café dans un bar, Enzo nous livre les propos suivants :

« La plupart du temps, je suis guidé. En plus, on y va toujours à plusieurs, avec des amis voyants. Mais c'est compliqué quand il y a beaucoup de monde dans la salle... Parce que je ne sais pas très bien quand est-ce que c'est mon tour. En plus, je ne sais pas trop quand il faut donner l'argent, si la personne regarde ailleurs ou tend déjà la main. Les serveurs ne savent pas tout de suite que je suis aveugle... Ils peuvent se demander ce que je fais, et finir par partir. »

3. Vignettes cliniques illustrant des interactions en groupe.

Après avoir relaté mes observations concernant des prises en charge individuelle, il me paraît intéressant d'exploiter deux vignettes cliniques. En effet, j'ai pu participer à deux groupes en psychomotricité au sein de l'institution médicalisée.

Le premier, est composé de trois enfants non-voyants âgés de cinq ans. Dans ce groupe, un des enfants nommé B. est aveugle depuis deux ans. Il a perdu progressivement la vue. Tandis que les deux autres filles, C. et G. sont aveugles congénitales. Il s'agit d'un groupe de motricité encadré par deux psychomotriciens.

Spontanément, les enfants s'appellent entre eux ou tapent sur un objet pour se situer. Certains développent d'autres stratégies. Par exemple, C. vient toucher les poignets de toutes les nouvelles personnes pour s'aider à les reconnaître. Elle réalise ainsi un inventaire des bracelets, montre ou bagues. Toutefois, lorsqu'elle change de bras, elle pense que nous avons modifié la place des bracelets ou qu'ils ont disparu. Elle n'a donc pas encore conscience de la notion droite ou gauche.

Au cours des séances, j'ai pu remarquer que les enfants ne faisaient pas toujours attention à leur environnement et à la position des autres personnes. Ainsi, ils se cognent régulièrement. De plus, le fait de se mettre dos à dos ou face à face, leur demande du temps car ils doivent trouver des repères sur leurs camarades. Ainsi, il semble important qu'ils aient une bonne représentation mentale du corps et de l'action de l'autre.

Enfin, j'ai essayé de comparer l'expression corporelle des jeunes filles aveugles congénitales avec celle de B.. J'ai ainsi constaté que B. était plus expressif au niveau de son visage. Il lui arrive de sourire à pleines dents. De plus, il utilise des gestes lorsqu'il parle ce que ne font pas les filles. Parallèlement, B. semble plus précis lorsqu'il doit utiliser son corps dans les différentes épreuves de motricité. Ainsi, nous pouvons constater que la vision a un rôle important dans l'acquisition des communications non-verbales.

Nous venons donc d'aborder la communication non verbale au sein d'un groupe d'enfants non-voyants. Maintenant, nous allons nous intéresser à un groupe associant psychomotriciens et avéjiste. Il est ainsi constitué de trois professionnels voyants, deux enfants non-voyants congénitaux et quatre enfants malvoyants. Les enfants ont entre neuf et dix ans.

L'intérêt de ce groupe, est de parcourir les pièces de la maison et ainsi d'alimenter leurs représentations mentales de lieux, de choses, de mots ou d'actes. Suivant les séances nous utilisons le mime, la découverte et l'utilisation des objets. Ce groupe amène donc des interactions et des échanges entre les différents individus. J'ai pu noter que les enfants malvoyants se montrent plus actifs que les enfants non-voyants. Ces derniers peuvent s'isoler et régulièrement on les surprend à tourner sur eux-mêmes ou à se balancer fortement. Parfois, ces blindismes apparaissent car ils oublient qu'ils sont vus.

Parfois, les non-voyants ou les enfants au faible potentiel visuel, parlent en ayant leur tête dans leur bras ou tout simplement en affichant une posture inadaptée. De plus, ils ne pensent pas à lever la main avant de prendre la parole. Il est nécessaire que les professionnels leur rappellent et leur expliquent afin de conserver un cadre cohérent.

Enfin, j'aimerais aborder avec les jeunes un travail sur les expressions visuelles. En effet, beaucoup d'expressions verbales reprennent des objets que nous avons manipulés comme « avoir du bol ». Il n'est pas rare que les enfants déficients visuels ne comprennent pas le sens secondaire de la phrase.

B. Les communications non-verbales

Corraze J. définit le terme de communication non-verbales correspondant « à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise »⁶⁹.

On peut trouver trois supports étayant la communication non-verbale. Le premier support se réfère au corps propre. Il s'engage dans la communication par la posture, ses mimiques, ses mouvements involontaires ou volontaires. Le deuxième support est caractérisé par les artefacts liés au corps comme les habits, la coiffure ou le maquillage. Enfin, un dernier support est à citer, il s'agit des éléments liés au milieu. En effet, l'individu transmet des informations communicatives en fonction de son organisation et de son utilisation de l'espace.

Dans ce mémoire, nous décrirons les caractéristiques de la communication non-verbale en abordant les spécificités suivantes : la distance et le toucher, la posture, les gestes et les expressions du visage.

1. La distance et le toucher dans la relation

Hall E.T.⁷⁰ a établi une approche éthologique des situations de communication. Il a développé la notion de proxémie (distance de relation) en montrant le lien entre la dimension des espaces et la culture des protagonistes engagés dans l'interaction. De plus, il tient compte du fait que chaque personne possède son propre rapport à l'espace. Il dépend de l'expérience personnelle, de l'état de sécurité affective et du fonctionnement sensoriel. De cette recherche, l'auteur⁷¹ détermine une classification des différentes distances relationnelles chez l'homme :

- La distance intime (0 à 40cm) est réservée aux relations intimes intégrant le partenaire amoureux ou les enfants. Une autre intrusion dans cet espace représente

⁶⁹ 2001, p. 16.

⁷⁰ 1971.

⁷¹ *Ibid.*

une menace pour l'intégrité de l'individu. Ainsi, les odeurs, la chaleur et les contacts cutanés remplacent la vision qui est trop proche, déformant la situation.

- La distance personnelle (40cm à 1,20m) « s'étend jusqu'aux limites de la prise physique sur autrui »⁷². Elle correspond à l'affectivité et la proximité tolérée dans la vie publique.
- La distance sociale (1,20m à 3,50m) représente la distance des relations interpersonnelles directes en excluant les relations intimes et amicales. Celle-ci se termine lors que la communication n'est plus audible.
- La distance publique (3,50m et plus) ne permet plus d'entendre une conversation. Toutefois, elle est utilisée par exemple lors de conférences. Le discours s'adresse à l'ensemble des personnes.

Le toucher, appartient donc à la distance intime et personnelle. Il correspond au sens le plus personnel utilisé dans les rituels de rencontre, de séparation ou d'apaisement. Suivant les cultures, l'âge, le sexe et le contexte, le toucher peut être intrusif créant un sentiment de gêne ou d'agressivité.

Les aveugles congénitaux, dans la relation, sont souvent trop proches pour les voyants. En effet, la distance intime reste la plus efficace dans la perception des communications non-verbales. C'est pourquoi, il leur est souvent compliqué de réguler la proxémie. Généralement, au cours de l'enfance l'aveugle pense ne pas être vu puisqu'il ne voit pas.

2. Les postures

Canchy-Giromini F. propose de définir la posture par : « une attitude particulière du corps nous renvoyant à un état, une position, une situation, soit un état du corps, soit

un état de la pensée figée dans l'immobilité »⁷³. En effet, la posture correspond à un mouvement d'attente entre deux mouvements.

De plus, selon Sage I.⁷⁴, la posture s'adapte au contexte de l'environnement car elle traduit l'état émotionnel et affectif de l'individu. Ainsi, suivant la pensée de l'individu, la posture évolue grâce à la modification du tonus musculaire. Par conséquent, la posture illustre les intentions de la personne par rapport à une autre. Canchy-Griomini⁷⁵ en conclut que la posture « est un signifiant en acte ».

Enfin, la posture est souvent accompagnée par des composantes de la communication non-verbale précisant ainsi l'état émotionnel de l'individu.

Or chez les non-voyants congénitaux, on observe⁷⁶ souvent : une cyphose, une attitude scoliotique, un axe du corps dévié, la tête penchée, la tête dans les épaules, une position repliée sur soi... Ces particularités sont dues à des difficultés de conscience corporelle proprioceptive ou kinesthésique.

3. Les gestes

Carric définit les gestes comme des « mouvements ou une série de mouvements déterminés par une certaine intentionnalité. Cet ensemble de mouvements à finalité consciente ou inconsciente, est interprétable par celui qui l'observe. Il prend donc un sens, une signification qui par ailleurs ne lui est pas nécessairement donnée par celui qui l'exécute »⁷⁷. De ce fait le geste est un vecteur de communications et d'expressions.

Il existe plusieurs catégories de gestes en voici une classification :

- Les gestes de manipulation d'objets se divisent en deux catégories. En effet, les gestes peuvent agir directement et réellement sur les objets du monde environnant. La deuxième partie comporte les gestes représentant l'utilisation d'un objet absent.

⁷³ 1995, p. 55.

⁷⁴ 2008.

⁷⁵ 1995, p. 56.

⁷⁶ Cf. *supra*. p. 24.

⁷⁷ 2001, p. 75.

- Les gestes symboliques regroupent les gestes signifiants élaborés de façon conventionnelle dans une culture.
- Les gestes expressifs traduisent un sentiment ou une sensation. Ils sont les plus efficaces dans la communication non-verbale.
- Les gestes non-symboliques et arbitraires ne représentent pas de significations précises.

Ainsi, les non-voyants possèdent parfois une gestualité déroutante. Nous pouvons poser l'hypothèse qu'il s'agit d'un défaut de représentation d'acte. Par exemple dans un geste de pointage, l'individu indique la direction avec son bras tandis que son index montre une autre orientation. Selon Cosnier « la gestualité communicative s'acquiert avec la composante communicative du parleur »⁷⁸. Globalement, les non-voyants sont passifs et semblent peu mobiles dans l'espace. De ce fait, ces attitudes peuvent perturber la communication avec des personnes voyantes.

4. Les expressions du visage

Les expressions du visage sont régulièrement appelées « mimiques ». Elles regroupent les mouvements du visage, des yeux, des sourcils, des paupières, du front, des joues, de la bouche, des narines et du menton. Les expressions du visage sont souvent vectrices d'expressions ou d'émotions. La plupart d'entre elles sont apprises par imitation dans les différentes interactions avec l'entourage.

Par exemple, la signification du regard diffère selon sa durée, son intensité ou sa fréquence. Elle peut traduire une émotion, un sentiment d'écoute ou d'intérêt. Le regard peut également évoquer le refus de communiquer lorsque l'individu le détourne. Raynard F.⁷⁹ précise que chez les aveugles, la communication par le regard est perturbée sur trois niveaux : regarder l'autre, décrypter son regard, être regardé sans possibilité de feedback. De plus, leur regard est régulièrement tourné vers le sol ou le ciel.

En ce qui concerne le sourire, il représente un sentiment d'apaisement ou traduit une relation affective positive. De nature réflexe chez le nourrisson, il devient volontaire

⁷⁸ 1991.

⁷⁹ 2002.

avec la maturation neurologie. Cosnier⁸⁰ précise qu'il tend à disparaître chez l'aveugle puisqu'il n'y a pas de renforcement positif lors de sa réalisation.

Ainsi, ce manque d'échange infra-verbal provoque un sentiment de malaise, des comportements de fuite ou d'incompréhension chez les interlocuteurs voyants.

L'expression des émotions selon Corraze possède un caractère non acquis et non imitatif car « on trouve chez des enfants aveugles de naissance privés donc de la réception du canal visuo-facial, des communications ou des expressions identiques à celles du sujet voyant »⁸¹. Toutefois, les aveugles disposent d'une extension moindre de leurs émotions à cause de l'absence de renforcements visuels.

Les aveugles présentent une communication corporelle au cours des interactions. Cependant selon Cosnier⁸² ils le font « souvent mal » car ils n'ont pas accès à l'imitation visuelle concernant les habitudes des voyants. De ce fait, la gestualité spontanée de l'enfant est réprimée engendrant souvent des difficultés relationnelles. Enfin, Raynard⁸³ montre l'importance d'une prise en charge thérapeutique précoce car sans l'entraînement des sens de compensation, l'aveugle congénital accède à des informations parcellaires et inutilisables.

C. L'apprentissage des communications non-verbales par l'imitation visuelle

Avant l'acquisition du langage, l'enfant doit se faire comprendre autrement. Il utilise son corps au travers de postures, de mimiques, ou de gestes. Les parents interprètent alors l'attitude de l'enfant pour répondre à ses besoins. Ils donnent ainsi du sens à sa communication corporelle. De plus, les parents sont un support d'observations et d'imitation. Winnykamen F.⁸⁴ précise que, « l'enfant doit acquérir, grâce à l'aide du partenaire, les données pragmatiques qui assurent l'indication, le besoin, l'intention ». Pour l'auteur, l'imitation permet ici de reproduire des attitudes afin d'interpeler les parents. Dans cette situation, la satisfaction du besoin correspond à un feedback,

⁸⁰ 1991.

⁸¹ 2001, p. 139.

⁸² 1991.

⁸³ 2002.

⁸⁴ 1990, p. 158.

approuvant le comportement de l'enfant. Par conséquent, l'imitation donne accès à la communication.

L'auteur explique que l'imitation est « un mécanisme de prise et de traitement des informations, d'autoguidage de l'exécution par référence à un modèle social ou à sa représentation »⁸⁵. Toutefois, elle rappelle que des auteurs ne sont pas d'accord sur le rôle de l'imitation dans la relation. Pour certains, l'imitation est une conduite relationnelle comme le sourire ou le rire. Dans ce cas, elle est utilisée comme instrument de relation. Pour d'autres comme Rizzolatti G et Sinigaglia C.⁸⁶, l'imitation est un moyen d'acquisition de savoir-faire sociaux. Elle permet d'apprendre le savoir social et une fois intégrée, l'imitation n'intervient plus.

Pour argumenter cette dernière hypothèse, Baudier A.⁸⁷ reprend différents travaux concernant les neurones miroirs. En effet les recherches chez le singe ont mis en évidence l'existence de neurones miroirs qui déchargent de la même manière lorsque le singe réalise une action ou l'observe sur autrui. Ce système d'appariement existe aussi chez l'homme. Les neurones miroirs semblent nécessaires pour comprendre l'action. De plus ces neurones possèdent des propriétés permettant la compréhension des intentions d'autrui (théorie de l'esprit), ou d'accéder à la capacité d'imitation directe. Ainsi, les neurones miroirs facilitent l'apprentissage par imitation.

La théorie de l'esprit se définit par la capacité d'attribuer des états mentaux à soi-même ou aux autres et d'interpréter le comportement d'autrui. Elle permet donc de donner un sens aux comportements sociaux et aux communications. De ce fait, les humains développent de l'empathie. Les neurones miroirs permettent donc de détecter les émotions chez les autres et d'y réagir avec justesse. Toutefois, chez les aveugles, l'entrée sensorielle des neurones miroirs reste essentiellement limitée au son et au toucher, pouvant avoir un impact sur les interactions relationnelles.

C'est pourquoi je me suis interrogée sur les moyens de compensation qu'utilisent les individus non-voyants pour accéder aux communications non verbales.

⁸⁵ *Ibid*, p. 226.

⁸⁶ 2011.

⁸⁷ 2008.

D. Psychomotricité et enrichissement des communications non-verbales

80% des informations communicatives proviennent du corps et seulement 20% proviennent du langage verbal. Le terme *communications non-verbales* est d'ailleurs remis en question par Ballouard C.⁸⁸ qui les nomme *communications corporelles*. La psychomotricité est une profession à médiation corporelle, elle a donc une place privilégiée dans cette thématique.

Dans ce chapitre, je vais m'appuyer sur différentes expériences psychomotrices afin d'illustrer la spécificité de la psychomotricité dans l'enrichissement du corps en relation chez l'individu non-voyant congénital. Je montrerai ainsi le lien entre le travail sur la corporéité et l'acquisition des communications non-verbales.

1. La compréhension du monde des voyants

Suite à certains comportements⁸⁹ de Chaïma, j'ai proposé à la psychomotricienne de revenir sur ce qui est vu ou non par les voyants. En effet, la compréhension du monde des voyants est importante pour accéder à la communication non-verbale car la plupart des informations émises par le corps sont visuelles.

Pour intégrer les notions, Chaïma a besoin de passer par le ludique. A partir d'un jeu que nous nommons le jeu du bandit, l'enfant doit prendre un objet dans un carton sans qu'il soit vu par le douanier (placé à un endroit fixe et connu par l'enfant) puis l'apporter dans une autre boîte considérée comme sa cachette.

Pour sortir l'objet, Chaïma se place de profil laissant voir l'intérieur du carton. Elle ne parvient pas à cacher l'intérieur de sa caisse avec son corps ni même avec les rabats du carton pour protéger ses objets. Elle semble ne pas comprendre les différents points de vue. Elle essaie alors de se placer sur chaque côté du carton. J'en profite donc pour lui décrire ce que je vois de son corps et de la boîte. Pour préciser sa compréhension et sa représentation, je suis venue toucher sur son corps les parties vues. Nous lui indiquons alors le bon côté du carton en lui expliquant que son dos s'interpose entre le douanier et le carton.

⁸⁸ 2006.

⁸⁹ Cf. *supra*. p. 54.

Sa première technique pour camoufler l'objet est de récupérer un objet peu encombrant qu'elle cache en croisant les bras. Malgré la taille imposante des objets suivants, elle ne modifie pas sa stratégie, je lui impose alors de se servir de son dos pour cacher le prochain objet. Chaïma utilise des façons originales pour se déplacer. Ainsi, elle s'allonge, collant l'objet entre son dos et le sol. Elle ne comprend pas tout de suite comment je fais pour voir son objet. Ce n'est qu'en venant toucher qu'elle prend conscience de ce qui est vu. Elle change donc de posture pour une position debout et face à nous. Au cours de son trajet, elle ne reste pas face à nous. Son corps dévie vers la droite. Nous avons donc repris les pas chassés en se donnant les mains face à face.

Suite aux exercices concernant la notion de vu et de pas vu, nous avons décidé de faire un Cache-cache avec Chaïma pour s'assurer qu'elle a bien compris le principe. Avant de commencer, nous décrivons le matériel disponible dans la salle. Chaïma choisit d'utiliser des briques et un matelas pour se construire une cabane. Toutefois, elle semble en difficulté n'arrivant pas à l'élaborer. Nous l'avons donc aidée à se créer une cachette. Elle s'est bien placée derrière le matelas, mais elle ne parvient pas à cacher toutes les parties de son corps. Chaïma oublie que même si sa tête est cachée, nous pouvons voir ses jambes. Toutefois, les autres manches, elle parvient à se dissimuler complètement. Lors d'une séance précédente, Chaïma pensait être cachée dans un coin. Lorsque ce fut mon tour, je décide donc de me mettre dans un coin et d'attendre. Elle me trouve alors et me dit que je ne suis pas cachée car on peut me voir. Ainsi, cet exemple montre que Chaïma commence à comprendre le fonctionnement de la vision.

2. Liens entre schéma corporel, représentation du corps et postures

La posture est un des éléments importants des communications non verbales. Enzo n'arrive pas à ressentir quand sa tête est alignée avec son axe. Ayant toujours eu cette tenue, il pense avoir la tête droite quand celle-ci est inclinée. En revanche, il se sent « tordu » quand elle est dans l'axe. C'est pourquoi, durant plusieurs séances, nous avons imaginé des expériences stimulant sa conscience corporelle afin qu'il puisse de lui-même prendre des repères et les intégrer.

Lors d'un temps de relaxation en posture assise, nous suggérons à Enzo, de relâcher ses muscles pour mieux ressentir ses tensions. En effet, il présente d'importantes

tensions au niveau de ses Trapèzes, modifiant sa posture. Ne parvenant pas à les détendre, le psychomotricien fait appel à la respiration. Pendant l'inspiration, les épaules doivent se lever, puis lors de l'expiration, Enzo abaisse ses épaules au maximum.

Il n'a pas conscience de la hauteur de ses épaules. C'est pourquoi, en posant notre main sur son épaule lors de ce dernier exercice, Enzo commence à prendre conscience du chemin parcouru entre sa position initiale et celle dû au relâchement. Etant quotidiennement hypertonique au niveau des épaules, nous lui expliquons que ses tensions peuvent engendrer des douleurs et influencer le positionnement de sa tête. Parallèlement, Enzo a pu se rendre compte en touchant le psychomotricien de la différence entre la tonicité et la détente l'aidant à comprendre nos remarques précédentes.

A la troisième séance de relaxation, Enzo place un bâton dans son dos pour matérialiser l'axe corporel. Ainsi, il essaie d'aligner sa tête avec le prolongement matériel de son axe. Nous lui demandons de décrire la position de sa tête (rotation droite/gauche, inclinaison) afin de l'aider à mieux ressentir lorsque celle-ci est alignée avec son corps. Quand il ne parvient pas à distinguer l'orientation de sa tête, nous le guidons verbalement.

Quelques séances plus tard, nous remarquons que la tête d'Enzo est penchée sur la droite quand il s'exprime. Toutefois, dès que nous avons évoqué le programme de la séance, c'est-à-dire le travail sur l'axe corporel, Enzo se redresse inconsciemment. A la suite de cette observation, Enzo a dû s'allonger sur le dos. Après avoir tendu une corde passant au-dessus de ses pieds, de son nombril et de son nez, matérialisant l'axe corporel, nous demandons à Enzo d'imaginer un point au-dessus de tête. Grâce au repère de la corde qui le touche, Enzo parvient à se maintenir droit. Tout doucement, il tourne plusieurs fois la tête vers la gauche. Sans l'aide de la corde, il doit retrouver son point de repère et se replacer face. Pour intégrer des repères corrects, nous abaissons la corde afin qu'il puisse vérifier et s'ajuster. Enzo fait très peu d'erreurs, montrant qu'il commence à ressentir de lui-même l'inclinaison de sa tête. Puis le psychomotricien lui demande d'analyser les distances entre ses oreilles et ses épaules. Il lui conseille de placer son index sur le lobe de son oreille et son pouce sur son épaule.

D'autres séances ont suivi, en voici un dernier exemple : Enzo doit faire tenir une balle de jonglage sur son front ou sa tête d'abord allongé puis debout. Pour montrer l'importance de la place des segments corporels dans l'équilibration du corps, nous généralisons l'exercice à différentes parties du corps.

Ces différentes séances ont enrichi son schéma corporel mais aussi sa conscience corporelle. Enzo détermine de mieux en mieux la localisation des segments de son corps. L'émergence de ressentis corporels ont permis l'élaboration de repères corporels créant une représentation du corps précise et juste. De plus, nous avons choisi de travailler cette conscience corporelle à travers plusieurs postures afin de pouvoir généraliser la représentation de son corps.

3. Intégration des gestes de la communication non-verbale

Pour illustrer cette catégorie, je vais m'appuyer sur une nouvelle vignette clinique : Pedro, âgé de dix-huit ans. Aveugle congénital, il est scolarisé au sein de l'institution médicalisée. Pedro présente une grande passivité. Toutefois, lorsqu'il s'ennuie ou qu'il est très content, de forts blindismes apparaissent.

Au début d'une séance de psychomotricité, Pedro nous relate un moment de sa semaine. Suite à une exposition sur les jeux vidéo, les lycéens ont abordé la notion de capteur de mouvement en classe. Les capteurs de mouvement réalisent une représentation de ceux-ci. En découle ainsi la notion de trace. Un mouvement peut laisser une trace non auditive et non tactile, c'est une trace invisible qui quand elle est perçue par un voyant reste en mémoire. Pedro fait directement un lien avec les gestes à valeur communicative. Ainsi, nous lui proposons de nous en montrer quelques-uns. Tout d'abord, Pedro pense au oui et au non avec sa tête mais il ne sait pas vraiment comment les réaliser. Il choisit d'exprimer la négation par une inclinaison de sa tête illustrant plus la notion : « je ne sais pas ». Nous reprenons ce geste avec lui en indiquant verbalement qu'il faut faire une ou plusieurs rotations de gauche à droite.

Nous lui demandons ensuite d'autres gestes de la communication infra-verbale comme celui de la victoire. Spontanément Pedro se lève et monte maladroitement ses bras, puis il se rassoit et parle de faire un « V » avec ses bras. Il montre des difficultés à bien orienter ses bras mais arrive à décrire leurs positions obliques. Je pose l'hypothèse que Pedro dispose d'une bonne représentation de l'acte mais qu'il présente une difficulté de conscience corporelle. Suite à sa proposition, je lui explique que son premier geste me rappelle la Hola. Pour qu'il puisse comprendre le principe, nous nous plaçons côte à côte tous les trois et nous associons à nos explications l'image de la vague. Ainsi, grâce aux

ressentis du mouvement, aux explications et à l'image mentale, Pedro peut mettre un sens au terme de Hola. Enfin, un dernier geste montre que Pedro semble avoir des difficultés de conscience corporelle. Lorsqu'on lui propose de nous montrer le geste signifiant « tu es fou », Pedro nous l'explique très bien mais place son index au niveau du front et non au niveau de la tempe.

Sachant que nos objectifs thérapeutiques pour Pedro intègrent la prise de conscience de ses blindismes, nous les avons intégrés dans nos séances. En effet, les gestes ont un sens pour les voyants. Ce sens existe grâce à la culture de la société mais aussi grâce à la mémoire. D'autres gestes existent mais ils ne sont pas esthétiques. Ils renvoient des choses négatives, ils ne laissent pas de trace voyante mais ces gestes sont visibles. Il s'agit des blindismes. L'idée n'est pas de les arrêter, d'être immobile car c'est impossible. Dans l'idéal, il serait intéressant de trouver des gestes ou des mouvements qui sont acceptés socialement.

4. L'accès à la représentation des émotions

Lors de la réalisation du bonhomme en pâte à modeler, Enzo réalise une bouche en croissant de Lune. Nous lui demandons de décrire le sentiment renvoyé par son bonhomme. Après quelques hésitations, il répond que sa bouche est un sourire. Cependant il ne sait pas l'expliquer. Nous avons ainsi repris les représentations de la forme de la bouche en fonction des émotions telles que la joie ou la tristesse.

Nous commençons par incarner la joie et la tristesse corporellement. Dans un premier temps, Enzo sourit. Son sourire semble exagéré et forcé. Il n'est pas très à l'aise dans cette réalisation. Il touche alors sa bouche et décrit ce qu'il ressent. Il parle des coins de sa bouche qui se relèvent. De ce fait, nous lui expliquons que pour représenter un sourire sur un dessin nous réalisons un arc de cercle ouvert vers le haut. Tandis que pour la tristesse nous inversons le sens du sourire.

En revanche, le travail sur les émotions avec Chaïma est différent. En effet, elle semble n'avoir aucun souvenir, elle n'arrive pas à définir ce terme. Elle n'a donc pas intégré ce qu'était une émotion à l'inverse d'Enzo. Ainsi, avant d'aborder les représentations matérielles des émotions il faut qu'elle les vive corporellement. Nous lui

proposons alors des situations de jeu dramatique où elle ne doit pas utiliser la parole pour réagir.

- « être joyeux » : Chaïma décide de sauter sur place, ses bras sont pliés suivant le mouvement du corps. Son visage reste neutre. La psychomotricienne lui suggère de se servir de son visage. Chaïma sourit en avançant sa mâchoire inférieure. Ainsi, nous avons repris sa réalisation afin qu'elle soit plus réaliste et jolie : « Tu peux sauter sur place et lever les bras en même temps. Tes bras se plient sur tes épaules lorsque tu es au sol et se détendent vers le haut quand tu sautes. Essaie de reculer ta mâchoire inférieure et d'écarter les coins de ta bouche vers l'extérieur. »

- « être en colère » : Chaïma fait semblant de taper dans le vide. Nous lui décrivons alors d'autres possibilités comme : « Lève ton bras et ton genou du même côté en même temps puis descend les énergiquement en tapant avec ton pied sur le sol. » Puis, je lui ai proposé de venir toucher mes sourcils. Ainsi, elle a pu voir le mouvement lorsque je fronce mes sourcils. Après m'avoir touché le visage, elle a placé ses mains sur ses sourcils et elle a reproduit le mouvement en s'appuyant sur ses ressentis sensoriels.

- « être triste » : Chaïma reproduit ce qu'elle nous avait proposé lors du bilan, c'est-à-dire une absence totale d'expression. Je lui propose donc de marcher en voutant son dos et en rentrant ses épaules. De plus, la psychomotricienne, lui décrit le mouvement de moue avec sa bouche.

A travers diverses situations théâtrales Chaïma peut généraliser ses apprentissages pour qu'ils deviennent naturels. Nous avons choisi d'inverser les rôles afin de voir si elle a intégré les différentes émotions et si elle parvient à prendre des repères sur autrui. Chaïma réussit à reconnaître les émotions réalisées. Cependant, elle semble parfois surprise des manières que nous avons employées. Il est donc important de varier les supports et de continuer ce travail en favorisant l'expérience sensorimotrice à la verbalisation. Il s'agit d'être vigilant à privilégier le vécu (faire des grimaces, des mimiques, toucher le visage et la posture de l'autre...) pour ne pas aboutir à un savoir plaqué ou à du verbalisme.

Arrivée à ce stade du mémoire, je peux maintenant établir des liens entre les réflexions théoriques et mes observations cliniques. Après avoir présenté les difficultés

relationnelles rencontrées par les aveugles congénitaux, je vais tenter de répondre à la problématique de ce mémoire, en insistant sur le rôle des autres sens, des représentations mentales et de l'image du corps dans la relation. Enfin, je m'intéresserai à la spécificité de la prise en charge en psychomotricité, pour accompagner au mieux l'aveugle congénital à pallier l'absence de vision.

V. Discussion : l'apport de la psychomotricité dans la construction du corps en relation chez l'aveugle

A. **Les difficultés relationnelles découlant de leurs attitudes atypiques**

Chez l'individu non-voyant congénital, des difficultés relationnelles sont repérables aux différents âges de la vie.

Au cours de la grossesse, le bébé est désiré par les parents, fantasmé comme l'enfant idéal. Puis plus tard, suite à l'annonce du handicap, les réactions de l'entourage sont multiples : culpabilité, surprotection, dépression, rejet du handicap voire de l'enfant. Par conséquent, les répercussions sur le développement psychoaffectif sont différentes suivant la réaction de la famille. Ainsi les premières complications apparaissent dès les premiers mois de vie car les interactions précoces mère-enfant peuvent être perturbées.

Tout d'abord, dans les interactions précoces, le dialogue tonique semble touché à cause du défaut de régulation tonique de l'enfant aveugle. Toutefois, au fur et à mesure des paroles renvoyées par la mère, l'enfant apprend à communiquer corporellement ses besoins et ses émotions. Ainsi, un ajustement tonico-émotionnel s'établit progressivement dans la diade permettant d'instaurer une relation infra-verbale.

En revanche, l'absence de regard qui est fondamental dans les liens d'attachement peut provoquer une carence au niveau de la reconnaissance maternelle. En effet, grâce à l'engagement mutuel du regard, la mère possède une preuve que sa réponse est adaptée au besoin de son enfant.

De plus, selon Fraiberg, le sourire est déclenché par des jeux tactilo kinesthésiques. Il n'est pas directement automatisé. C'est pourquoi, il n'est pas rare qu'en l'absence de réponse de l'enfant, la mère soit déprimée ne se sentant pas reconnue. De ce fait, les réponses aux besoins de l'enfant deviennent inadéquates.

Comme nous l'avons vu, il existe des canaux tels que les mimiques, les attitudes, les postures, les mouvements, les réactions toniques et le regard permettant d'exprimer des émotions ou autres messages à valeurs communicatives. Les premiers mois de vie, l'enfant utilise ces six canaux. En fonction de ses expériences relationnelles, il en sélectionne un à trois privilégiés qu'il conservera tout au long de son existence.

Par conséquent, l'enfant aveugle peut à travers ces interactions précoces élaborer une perception fautive de son environnement engendrant des troubles de la communication infra-verbale. D'après Sampaio E.⁹⁰, 25 à 50 % des aveugles congénitaux ont un risque de développer un trouble de la relation de type autistique. On observe régulièrement un refus du contact, une phobie du toucher, une tendance au repli, des troubles alimentaires, un maniement des objets inadapté, et des stéréotypies psychotiques (à différencier des blindismes) entravant la relation.

La vision a donc pour rôle de déclencher les échanges sociaux. Toutefois, l'aveugle congénital ne possède pas de structures équivalentes. En l'absence de vision et d'imitation, l'individu présente donc une attitude et une gestualité souvent déroutantes. Elles sont régulièrement inadaptées à la communication corporelle de la société voyante car l'aveugle congénital construit ses propres postures, attitudes et gestes sans pouvoir accéder à l'image qu'il renvoie ou à la manière dont ceux-ci sont accueillis. Seuls une verbalisation, un soupir, une modification de l'intonation ou un contact tactile créent un feedback de son comportement.

Par exemple, sans explication, les aveugles n'ont pas accès à la symbolique provenant des différentes postures. Struyf-Denys G.⁹¹ détermine quatre chaînes fondamentales dites structures personnelles de base : la chaîne antéro-médiane, la chaîne postéro-médiane, chaîne postéro-antérieure et la chaîne antéro-postérieure. Elle ajoute deux chaînes complémentaires : la chaîne antéro-latérale et la chaîne postéro-latérale. Je souhaite illustrer mes propos en partant de la posture d'Enzo. Il présente une dominance des chaînes postéro-antérieure et antéro-latérale. La première correspond à une extension axiale exprimant un sentiment de vigilance, d'intuition mais aussi une certaine rigidité. La deuxième chaîne caractérisée par les rotations internes des membres supérieurs et inférieurs représente la notion de timidité et d'introversion.

Sans feedback ou apprentissage apporté par l'entourage, les jeunes aveugles ne peuvent pas acquérir seuls le fonctionnement de la communication non-verbale. Le risque

⁹⁰ 1989.

⁹¹ 1987.

est alors de tomber dans un isolement relationnel l'engageant dans le monde de l'autisme.

Arrivé à l'âge adulte, certains non-voyants ne veulent pas modifier leur attitude car ils ont l'impression que nous voulons changer leur identité. C'est le cas pour Nathan âgé de vingt-huit ans. Il présente une cécité congénitale. Avant de débiter sa formation au centre de rééducation professionnelle, il était accordeur de piano mais aussi pianiste professionnel. Régulièrement, il oublie ses études ou même de s'occuper de lui pour aller jouer du piano. Il dit vivre pour la musique. Il lui arrive régulièrement de se réfugier dans la nourriture quand il est seul ou au contraire d'oublier ses repas. Par conséquent, Nathan est en surpoids.

Au niveau social, Nathan est parfois à l'écart. Il présente de nombreux blindismes dont des balancements importants d'avant en arrière. Nathan, n'a pas conscience des répercussions de l'image qu'il renvoie aux voyants ou aux malvoyants. De plus, il a de nombreux verbalismes passant d'un thème à l'autre sans s'arrêter. Il enchaîne ainsi les anecdotes, les blagues et les histoires.

Au cours de son bilan de psychomotricité, la psychomotricienne souhaite aborder l'image renvoyée par Nathan. En effet, ses collègues de cours et les enseignants se plaignent de son attitude. Dans un premier temps, nous sommes revenus sur la notion de blindisme. Lorsqu'on l'interroge, il contourne le sujet et se justifie :

« Je ne peux pas rester statique, j'ai besoin de bouger. Je m'en rends compte mais parfois je l'oublie. J'ai essayé de les arrêter mais je ne me sens plus moi-même. Avec l'excitation, ils s'accélèrent.»

Il explique que parfois c'est un jeu, il essaie de rentrer en relation avec les autres en faisant exprès de se balancer. Nathan paraît ne pas avoir conscience de l'image négative qu'il dégage. Délicatement, nous lui expliquons que les individus voyants peuvent associer à ces blindismes des images de psychoses. Ainsi, les blindismes peuvent faire peur, déranger et repousser les gens. Nathan explique qu'il ne comprend pas pourquoi c'est à lui de changer et pas aux voyants de l'accepter. Ainsi, Nathan exprime ne pas vouloir travailler sur ses blindismes. Toutefois, il accepte qu'on lui touche l'épaule pour l'aider à prendre conscience de son balancement.

Pour conclure sur les difficultés relationnelles qui découlent des attitudes atypiques, je citerai Raynard : « Nous connaissons maints aveugles que leurs collègues de

travail évitent parce que la vue de leur cyphose les indispose, tout comme les gêne la manière dont ils gardent la tête dans les épaules, leur regard ‘au ras des pâquerettes’ ou encore la façon qu’ils ont de se tenir trop près de leur interlocuteur »⁹².

Les difficultés relationnelles de l’aveugle découlent donc de l’absence de vision. Le non-voyant possède d’autres sens qu’il doit utiliser pour communiquer. Comment se sert-il de ses sens pour accéder aux informations transmises dans l’attitude de son interlocuteur ? Possède-il un sens compensant l’absence du canal visuel ?

B. L’importance des sens compensatoires dans les interactions

Dans son ouvrage, Raynard⁹³ donne la priorité à l’épanouissement corporel, à la connaissance et la maîtrise du corps, ainsi qu’à l’adaptation et au plaisir dans le mouvement pour que l’enfant non-voyant puisse établir une relation de qualité avec ses pairs. De plus, il précise qu’au cours de la communication ils utilisent tout comme les voyants, différents canaux sensoriels tels que l’audition pour la verbalisation, le tactile pour l’écrit ou la lecture et le kinesthésique dans la communication infra-verbale.

Privé de vision, l’individu aveugle ne naît pas avec un sens nettement plus développé que les autres. Il est plus attentif à ses autres sens et en améliore un en particulier selon sa personnalité : celui-ci est nommé sens vicariant. Heyraud J.⁹⁴ affirme que les « sens doivent être entraînés et affinés pour devenir performants et participer à la représentation mentale ».

En ce qui concerne le sens tactile, il s’éprouve avec toutes les parties du corps, de manière directe ou indirecte (un vêtement ou un objet peuvent s’intercaler entre la peau et l’objet touché). Lors d’un contact entre deux personnes, elles reçoivent des informations concernant la pression, la température, la douceur, l’humidité... Ainsi, le toucher apporte des éléments permettant la prise de conscience de l’enveloppe corporelle ou de la distribution des membres alimentant le schéma corporel. En revanche, il donne des informations morcelées, exigeant une importante mémorisation pour construire une représentation mentale du corps globale. Le toucher est donc un support de la connaissance du monde environnant proche. En l’absence de contact il ne permet donc pas d’accéder à des informations communicatives corporelles.

⁹² 1991, p. 71.

⁹³ 2002.

⁹⁴ 2013, p. 106.

Je pense que le toucher peut être un moyen de compensation intéressant afin de pallier l'absence d'imitation visuelle. En effet, beaucoup d'aveugle parlent de leurs mains comme de nos yeux. Ainsi, en imitant par le toucher les gestes, les mimiques de ses parents ou de professionnels, l'apprentissage des communications corporelles en sera facilité.

Comme nous l'avons vu avec Enzo, lors de la séance sur le Check, il n'a jamais pu toucher la main de son camarade et il s'est ainsi créé une mauvaise représentation du mouvement.⁹⁵ Les camarades d'Enzo ont dû lui expliquer à quoi ressemble ce geste mais en omettant des détails précis pouvant leur paraître futiles. De ce fait, la représentation mentale de l'acte « Check » est incomplète donnant un mouvement erroné. Ainsi, en venant toucher la main et le poignet du psychomotricien, Enzo a pu prendre le temps de décrire ce qu'il ressentait réellement et de le comparer à sa propre représentation mentale de l'acte.

L'audition, quant à elle, complète les informations du toucher puisqu'elle permet aux non-voyants d'accéder à l'espace lointain. Elle favorise le repérage spatial d'un objet ou d'une personne par rapport à son corps propre. Ainsi l'individu aveugle écoute et sélectionne les informations sonores utiles, permettant d'orienter sa tête, son regard puis son corps vers le stimulus.

Pour illustrer cette problématique, nous avons proposé à Enzo l'exercice suivant : Enzo doit garder sa tête orientée face au psychomotricien. Ainsi, le professionnel bouge dans l'espace tout en parlant pour donner à Enzo un repère. Enzo parvient à orienter sa tête et son corps lorsqu'il est en statique mais dès qu'on ajoute la notion de déplacement, Enzo semble mettre plus de temps pour prendre ses repères. Heyraud précise que « la localisation de la nature sonore est toujours à réactualiser en fonction des modifications inhérentes à ses propres déplacements, ou tout simplement en raison d'un changement d'orientation du corps »⁹⁶. Enzo semble gêné par le sens des masses (sens des pleins et des vides) car il doit se concentrer pour isoler toutes les informations. Pour l'aider à vérifier ses orientations de tête, nous lui proposons de tendre ses bras au niveau des épaules du psychomotricien, puis de bouger la tête pour constater la différence d'intensité sonore. De ce fait, Enzo peut se constituer un repère auditif pour bien orienter sa tête en

⁹⁵ Cf. *supra*. p. 56.

⁹⁶ *Ibid*, p. 107.

fonction de l'interlocuteur. Cet exercice travaille aussi la question du regard lorsque l'on s'adresse ou qu'on écoute quelqu'un.

N'accédant pas spontanément au langage corporel, l'aveugle peut tout de même percevoir des traits de la personnalité de son partenaire en analysant sa manière de parler, de s'adresser aux autres ou ses tics de manipulations. En effet, Enzo nous raconte qu'il imagine ses amis en fonction de ce qu'il perçoit de leur voix. Bien entendu, il leur pose aussi des questions sur leur physique mais à travers leur voix il se forme une représentation mentale d'eux. Or comme le rappelle Pitteri⁹⁷ les représentations mentales peuvent avoir de multiples formes suivant le Sujet. De ce fait, nous ne pouvons savoir comment sont les images mentales d'Enzo.

De plus, l'audition permet de se faire une idée sur l'attitude de la personne en tenant compte de la proximité ou de l'éloignement pour parler et par sa manière de marcher (rythme et amplitudes des pas). Enfin, dans le discours il peut se représenter des émotions grâce aux intonations de la voix. En revanche, les aveugles ne peuvent pas savoir si nous les regardons. Comme nous l'avons vu précédemment⁹⁸ avec Enzo, ils ne savent pas toujours si l'on s'adresse à eux. En psychomotricité, nous pouvons donc travailler sur la prise d'informations auditives pour qu'ils puissent mieux se l'approprier dans les lieux publics. Inversement, il arrive souvent que les personnes voyantes partent sans le signaler et que l'individu non-voyant ne s'en rende pas compte, continuant de discuter. Parfois, l'aveugle entend des voix, les reconnaît et s'adresse à elles. Cependant, il n'évalue pas toujours correctement la distance le séparant de ses interlocuteurs. Ainsi, il s'exprime dans le vide ou attend une réponse, en vain. Je pense qu'il est important de se signaler et d'appeler l'individu non-voyant par son nom quand nous voulons entrer en relation avec lui. De même, il faut l'avertir dès que nous nous en allons.

L'olfaction et le sens gustatif sont étroitement liés. Or, dans la communication seule l'olfaction apporte des informations car dès la naissance elle permet d'établir les premiers liens avec les parents. Le nourrisson reconnaît l'odeur de sa mère. Chez le bébé atteint de cécité, elle peut aider à travers les échanges avec les parents, à évaluer les distances ou à distinguer son corps de l'autre. De plus, il arrive que dans les premières années de vie, l'enfant sente chaque nouvelle personne afin de faire connaissance. L'odeur sert alors de repère pour reconnaître un individu. Cette particularité peut être mal

⁹⁷ Cf. *supra*. p. 37.

⁹⁸ Cf. *supra*. p. 56.

interprétée lorsqu'il devient adulte c'est pourquoi, il est intéressant de lui proposer des expériences sensorielles diversifiées afin de développer ses autres sens.

Enfin, le sens kinesthésique me semble jouer un rôle dans la capacité du corps à être en relation. Raynard définit la kinesthésie par une « sensation générale d'existence du corps, indépendamment des modes de sensibilité ou de sensorialité visuelle et auditive. Elle résulte de la synthèse des sensations simultanées tactiles et proprioceptives c'est-à-dire : musculaire, tendineuse, articulaire »⁹⁹. Ainsi, elle permet à chaque instant de connaître la disposition des parties du corps entre elles et l'amplitude des mouvements sans faire appel au contrôle visuel.

Durant les séances de psychomotricité avec Enzo, nous lui avons proposé différentes situations enrichissant sa conscience corporelle dont son sens kinesthésique. Au départ, il n'arrivait pas à ressentir consciemment le positionnement de sa tête par rapport à son axe. Tout au long des semaines, j'ai pu voir la progression car au début du cycle, il n'avait aucun repère pour pouvoir ajuster le positionnement de sa tête. Nous avons donc fait surtout de la relaxation afin qu'il puisse mieux détendre volontairement ses muscles. De plus, en matérialisant son axe, nous l'avons aidé à sentir l'écart de sa tête par rapport à ses deux épaules. A la suite des séances de relaxation, Enzo place ses mains autour de son cou pour percevoir plus finement cette distance entre les épaules et la tête. Nous avons varié les supports d'exercices comme marcher en tenant une balle sur la tête. Je pense qu'actuellement, il parvient à retrouver certains repères kinesthésiques car lorsqu'il s'assoit au début de la séance, je le vois essayer, en inclinant sa tête un peu à droite ou à gauche de retrouver le milieu. En prenant conscience de la position des différents segments les uns par rapport aux autres, cela permet d'ajuster la posture et d'induire une attitude. Grâce au sens kinesthésique, le mouvement est plus maîtrisé favorisant de meilleures interactions. En effet, Raynard souligne que « la bonne réalisation des activités de la vie quotidienne dépend en grande partie de la kinesthésie ».

Ainsi, il me semble qu'aucun sens ne soit au-dessus des autres car chacun apporte des informations aidant les non-voyants à s'intégrer dans le monde des voyants. Toutefois, l'audition donne des renseignements sur la localisation des interlocuteurs mais aussi des informations parfois inconscientes telles que les émotions ou la personnalité. La kinesthésie permet de maîtriser sa posture, son attitude. Elle joue un rôle dans la

⁹⁹ 2002, p. 71.

réalisation des gestes de communication. Le toucher, quand à lui, apporte des informations lors d'un contact comme par exemple au cours de la technique de guide, où l'individu aveugle peut ressentir les variations toniques en lien avec les émotions. Ces différents canaux sensoriels favorisent donc l'apprentissage des codes de la relation, contribuant ainsi à pallier l'absence d'imitation visuelle.

Nous avons vu que chaque individu non-voyant possède un sens vicariant l'aidant plus particulièrement à compenser le manque de perception visuelle. Ainsi, les canaux sensoriels favorisent la prise d'information concernant l'environnement. Toutefois, aucun ne parvient à remplacer la vision car ils n'offrent pas de représentation directe et globale. C'est pourquoi, pendant les séances de psychomotricité, je me suis également interrogée sur le rôle des représentations mentales du corps, de l'acte et de l'image du corps dans la manière d'être en relation.

C. Le rôle des représentations mentales dans la relation à l'autre

Afin de comprendre comment les représentations mentales du corps et de l'acte jouent un rôle dans la relation, je souhaite m'appuyer sur les travaux de Denis¹⁰⁰. Comme il le désigne, les représentations mentales ont plusieurs fonctions¹⁰¹ caractéristiques. Suite à mes observations cliniques, je me suis aperçue que trois d'entre elles sont particulièrement utiles dans les relations interpersonnelles de l'aveugle : la conservation, le guidage et la symbolisation.

Pour illustrer ma théorie je souhaite prendre une vignette clinique d'Enzo : Assis face à nous sur une chaise, ses pieds sont croisés sous la chaise, ses mains sont posées à plat sur ses genoux écartés et son buste reste droit. Pour vérifier la représentation qu'il se fait de la position de son corps, nous lui avons demandé de prendre conscience de toutes ses sensations dont ses points d'appuis et de la place de ses membres les uns par rapport aux autres... Puis nous lui avons proposé de se lever, de rester quelques instants debout pour enfin reprendre sa position initiale. Dès le premier essai, Enzo réussit à reprendre sa posture sans la moindre erreur. Il présente ainsi la capacité de se représenter mentalement sa posture à partir de ses perceptions. Pour tester la représentation mentale qu'il se fait de sa posture, nous aurions pu lui proposer de la réaliser sur un pantin articulé. Pour terminer

¹⁰⁰ Cf. *supra*. p. 34.

¹⁰¹ Cf. *supra*. p. 36.

nous lui avons demandé si sa posture lui semble adaptée à la relation. Enzo est ennuyé car il n'arrive pas à répondre. Il finit par affirmer que sa posture convient, mais sans grande conviction. Nous revenons donc sur l'image qu'il renvoie et confirmons que sa posture est compatible à la discussion.

Ainsi, lorsque l'aveugle souhaite prendre une posture, inconsciemment il fait appel à sa représentation mentale du corps restant en état de disponibilité. A ce niveau, cette représentation est dite « type », car il s'agit des informations générales concernant le corps. On retrouve donc la fonction première des représentations mentales nommée : la conservation. En effet, la conservation permettant de garder une trace de l'objet en son absence semble indispensable car l'aveugle n'a pas accès au corps de l'autre ni au sien s'il ne le touche pas. L'objet « corps » est donc absent de ses perceptions mais grâce à sa représentation mentale du corps, il crée un produit cognitif. C'est une méthode rapide car l'image mentale est disponible directement. A partir de la représentation mentale du corps, l'aveugle congénital retrouve les informations nécessaires et peut les manipuler. Il peut alors se créer une représentation de posture-type.

Au cours de la relation, l'individu non-voyant place cette dernière en état d'actualité. Suivant le contexte, il peut modifier sa représentation mentale de posture-type en fonction des perceptions sensorielles du contexte, de ses émotions afin d'ajuster son attitude. Il s'agit alors d'une représentation-occurrence car l'objet de base est modifié. La personne comprend donc avec la représentation de sa posture si celle-ci est adaptée. Une fois la relation terminée, la représentation sera placée en mémoire (en état de disponibilité) et pourra être réutilisée si besoin.

De même pour réaliser un geste, l'aveugle utilise comme base, sa représentation d'acte-type. Puis grâce aux perceptions sensori-motrices, il peut prendre connaissance du nouveau geste ou de la situation environnementale et modifier sa représentation d'acte afin d'adapter son geste. Apparaît donc une représentation-occurrence car elle tient compte de la représentation-type de l'acte transformée en fonction de l'environnement. La représentation d'acte (« représentation pour ») est alors en état d'actualité si elle est réalisée lors de la relation. En revanche, dès que l'individu ne souhaite pas exécuter ce geste, elle s'inscrit en état de disponibilité.

Dans un groupe de voyants, les gestes et les expressions du visage soulignent le discours et aident à mieux se faire comprendre. Cependant, l'aveugle n'a pas accès à ces

mouvements spontanément. De ce fait, pour éviter une certaine passivité l'aveugle peut en apprendre certains. Ainsi, pour élaborer un geste, ou une mimique, les personnes non-voyantes pallient l'absence d'imitation visuelle par l'élaboration de représentation mentale d'acte en tenant compte des indices tactiles, kinesthésiques, et de tous les éléments constituant le schéma corporel.

Si l'on reprend la séance concernant Chaïma et la crème pour le visage nous pouvons montrer son intérêt dans l'affinement de la représentation mentale du visage et dans l'apprentissage des expressions faciales. En effet, en appliquant de la crème sur son visage, elle le touche et en ressent les différentes parties. A la suite de consignes comme « viens positionner ton index gauche sur ton oreille et ton index droit sur ton nez », elle peut ressentir la distance séparant les éléments de son visage, leur proportion, leur forme, leur volume... De plus, elle peut ressentir les variations toniques lorsqu'elle bouge son visage : lorsqu'elle sourit, lorsqu'elle tire la langue, quand elle gonfle une joue, dès qu'elle isole une partie du visage pour la mobiliser. Ainsi, elle peut se créer une représentation mentale de son visage fonctionnelle en passant par le toucher, mais aussi par son sens proprioceptif. De plus, lorsqu'elle applique de la crème sur le visage d'autrui, Chaïma peut découvrir de nouveaux mouvements faciaux (comme froncer les sourcils). En effet, sans vision, et sans découverte tactile, l'aveugle congénital ne peut soupçonner l'existence de certaines expressions du visage. Suite à cette expérience, nous pouvons lui proposer des exercices plus concrets amenant les émotions et les expressions faciales car elle possède une représentation du visage cohérente. Elle pourra partir de cette représentation mentale créée, intégrer de nouvelles expressions.

En ce sens, le guidage par la représentation mentale paraît faciliter l'adaptation de la posture, des gestes ou des mimiques. De même que la systématisation (interprétation et mémorisation) permet l'apprentissage des communications non-verbales et l'ajustement permanent du sujet.

Toutefois, l'absence d'imitation, le manque d'expériences sensori-motrices, la difficulté de percevoir son corps dans la globalité provoquent souvent chez l'aveugle une représentation morcelée du corps et une image du corps décalée. En ce sens, en quoi l'image du corps influence les attitudes de l'aveugle dans la relation ?

D. L'influence de l'image du corps dans la manière d'être en communication

On se rappelle de la théorie de Dolto¹⁰² affirmant que l'image du corps se construit grâce à nos expériences relationnelles. Dans la petite enfance, elle s'étaye surtout à travers le dialogue tonico-émotionnel associé au langage. Ainsi elle correspond à l'image que l'on se fait de notre corps dans la relation. Généralement inconsciente, je pense qu'elle détermine nos comportements involontaires, nos gestes, nos postures et nos mimiques car dès qu'un individu dans un échange interpersonnel doute de ses aptitudes ou de lui-même, il peut devenir maladroit ou inhibé. Un aveugle congénital, comme un voyant, s'il n'a pas confiance en ses compétences pourra s'isoler ou fuir la relation. De ce fait, il ne cherchera pas à comprendre les codes de communication, augmentant ses difficultés relationnelles et renvoyant une image négative. A l'inverse, dès qu'une personne se sent reconnue et appréciée, ses comportements se modifient. Elle est plus à l'aise, et l'image qu'elle renvoie est positive. Elle parviendra donc plus facilement à s'adapter dans la relation. Toutefois, il me paraît indispensable de prendre en compte le contexte socioculturel de l'époque car suivant les croyances, une même image du corps peut être rejetée ou acceptée.

Au quotidien, Chaïma présente une gestualité inappropriée quand elle raconte des faits. Il lui est difficile de faire passer des émotions car la notion de « ce qui est vu » n'est pas acquise. Elle ne parvient pas à se représenter que nous voyons ses gestes à travers ses mots. Ainsi, elle ignore l'image renvoyée par son corps aux autres. C'est pourquoi Chaïma exagère ses gestes, les déformants complètement et donnant des mouvements dépourvus de sens.

Lors d'un entretien avec le psychologue du service, je me suis interrogée sur la façon dont elle perçoit son corps. D'après lui, Chaïma possède une image du corps décalée d'elle-même. Par exemple, elle n'a pas conscience du volume de son corps. Elle n'a pas encore intégré les différentes possibilités de morphologies. Etant en surpoids, Chaïma n'aborde le sujet qu'après la visite chez le médecin, car elle ne sait pas ce que signifie « être en surpoids ». De plus, il me donne un deuxième exemple, concernant le port de sa tête en arrière. Malgré les explications apportées sur son image renvoyée aux autres, Chaïma ne modifie pas sa posture. Cette perturbation au niveau de l'image du

¹⁰² Cf. *supra*. p. 29.

corps est due au manque de conscience de l'image renvoyée aux autres. Ce dernier exemple illustre donc un trouble de l'image du corps, altérant la représentation du corps en relation.

L'image du corps se construisant dans la relation, s'étaye donc en fonction du regard de l'autre et de ses réactions. Sans retour sur son attitude, ses postures, ou ses gestes, Chaïma ne sait pas si son comportement convient. Depuis peu Chaïma demande à sortir de la pièce pour se moucher. Ne parvenant pas à situer le regard de l'autre, elle est gênée dans la relation. Ainsi, le travail que nous lui proposons en psychomotricité pour comprendre la vision est indispensable. Il est important de lui faire un retour pour alimenter son image du corps et parvenir à acquérir une représentation du corps dans la relation adaptée.

Lors des ateliers de step, Chaïma élabore au fil de la chorégraphie, une bibliothèque de représentations d'actes. Elle améliore sa représentation du corps car cette médiation enrichit son schéma corporel, et son image du corps. En effet, le step demande de la précision, des repères spatiaux et la coordination de ses membres. Au cours de la chorégraphie, l'image du corps de Chaïma intervient inconsciemment. Elle doit tenir compte de son image pour savoir si ce qu'elle fait est joli pour le spectateur. Par exemple en se dépêchant, les gestes sont bâclés, les personnes voyantes ne les comprennent pas, ce n'est donc pas très agréable à regarder. De plus, je lui ai expliqué suivant les mouvements, ce qui est vu ou non par le public. Pour introduire notre danse, nous descendons pour taper sur le step, puis nous remontons lentement. Pour travailler, l'esthétique de ses mouvements, je lui ai suggéré de se mettre face au public et de descendre le plus droit possible. En lui décrivant ce que je vois, je peux l'aider à mieux comprendre ce qui est visible. Ainsi je lui apporte des images significatives concernant sa posture ou ses attitudes et même son impulsivité.

Enfin, pour saluer le public, Chaïma place ses bras trop en arrière. Ne comprenant pas mes conseils oraux, je lui ai fait sentir le prolongement de mes bras en partant de mes épaules. Suite à ce ressenti, j'ai positionné ses bras de la même manière pour qu'elle l'intègre grâce au sens kinesthésique. Ainsi, le travail autour de la médiation step enrichit à la fois son schéma corporel et son image du corps afin d'acquérir une meilleure représentation de son corps. Cette représentation du corps, est donc la base pour accéder à une communication corporelle adaptée.

J'ai ainsi souligné les difficultés relationnelles que rencontraient les aveugles congénitaux du fait de leurs attitudes atypiques. Après avoir approfondi le rôle des différents sens, des représentations mentales et de l'image du corps dans la mise en relation du corps, je vais maintenant montrer la spécificité de la psychomotricité dans ce type de prise en charge.

E. Les communications non-verbales abordées en psychomotricité auprès d'aveugles congénitaux

Au cours de la réalisation de mes stages, j'ai pu observer la pratique de trois psychomotriciens investissant la psychomotricité en fonction de leur identité, de leur passion et de leur perception de la profession. En revanche, j'ai repéré des points communs permettant de développer les compétences corporelles des individus atteints de cécité congénitale. Ainsi, j'ai recueilli des éléments constituant la spécificité de la psychomotricité dans l'acquisition d'un meilleur investissement corporel et donc une communication corporelle plus riche.

Comme je l'ai expliqué précédemment, les représentations mentales du corps et de l'acte guident la personne non-voyante dans ses interactions relationnelles. En effet, lorsqu'elles sont absentes ou partielles, elles ne reflètent pas la réalité et peuvent mettre en difficulté les patients non-voyants. C'est pourquoi en séance de psychomotricité, les psychomotriciens doivent alimenter et aider la personne déficiente visuelle à les élaborer en utilisant des techniques spécifiques.

Pour Heyraud¹⁰³ « les expériences tactiles renouvelées et associées aux mouvements ainsi qu'au pouvoir évocateur des mots, permettent de parvenir à une représentation mentale élaborée, gage indispensable d'une évolution générale harmonieuse ».

Durant cette année de psychomotricité auprès d'individus non-voyants, je me suis aperçue que la qualité de l'expérience sensorimotrice et la verbalisation favorisent l'élaboration des représentations mentales du corps et des actions. Le fait de solliciter la reformulation est un moyen d'éviter le verbalisme ou l'établissement de représentation mentale perturbée.

¹⁰³ 2013, p. 101.

La verbalisation, me semble donc pertinente car en mettant en mots chaque position ou chaque action l'aveugle congénital construit des représentations mentales. Ainsi, les psychomotriciens incitent le patient à décrire lui-même ses ressentis, ses mouvements le plus précisément possible. De ce fait lors de la réalisation de nouveaux gestes, les psychomotriciens verbalisent segment par segment. Ils améliorent donc la représentation mentale en utilisant des noms évocateurs, ou des explications anatomiques donnant un sens aux remarques. De plus, pour limiter le verbalisme, il faut s'assurer que le sens du geste est compris et que sa représentation mentale est intégrée. En effet, la communication non verbale si elle ne peut pas être apprise par imitation, doit être décrite et expliquée.

De plus, une des spécificités de la psychomotricité correspond à l'implication corporelle des professionnels dans la relation avec le patient. Ils proposent aussi de venir vérifier tactilement sur eux ou d'accompagner corporellement le sujet dans la réalisation de ce mouvement. Il faut ensuite les répéter régulièrement mais aussi les généraliser sur des supports différents pour une intégration correcte. Pour les généraliser, les thérapeutes utilisent des outils comme le pantin articulé ou la pâte à modeler permettant au patient une meilleure compréhension du corps et de ses possibilités corporelles.

Ainsi les professionnels apportent un feedback alimentant les représentations mentales et l'image du corps. Ils ont donc la fonction de miroir sonore et tactile renvoyant l'idée d'une unité corporelle. La psychomotricité apporte un soutien et un support moteur à l'imitation, essentielle à la représentation du corps en action. Ce feedback n'est généralement pas suffisant dans l'entourage car il est compliqué d'aborder les difficultés corporelles et sociales avec leur enfant. De plus, nous l'avons vu, les communications non verbales reposent essentiellement sur le canal visuel. Ainsi, les individus non-voyants conservent leur attitude car ils n'ont pas d'images visuelles spontanées et globales de ce qu'ils renvoient à autrui. L'absence de ce feedback visuel direct et global entraîne donc des difficultés dans l'acquisition de la communication infra-verbale. Toutefois, ce manque de retour n'est pas la seule cause. En effet, comme nous l'avons vu tout au long de ce mémoire, il s'ajoute souvent une problématique corporelle comme des troubles du schéma corporel, de l'image du corps, des difficultés praxiques ou de conscience corporelle et des troubles de la représentation mentale.

L'exemple de la prévention des blindismes chez les non-voyants, me semble être un exemple concret illustrant leur manque de feedback et un trouble de la corporéité. Dès le plus jeune âge, nous pouvons aider l'enfant à conscientiser ses mouvements stéréotypés. Il est important de lui demander à quel moment il pense en présenter et si il sait pourquoi. Après en avoir pris conscience, et avec son accord, nous pouvons lui signaler ses mouvements inadaptés par un geste discret comme une main sur son épaule. Toutefois, il reste important de lui expliquer en quoi son attitude dérange pour qu'il puisse ajuster son image du corps. L'individu choisit alors s'il veut arrêter ou non. Toutefois, il ne faut pas interdire ces mouvements car l'immobilité n'est pas une solution. Ainsi, avec le psychomotricien, l'individu trouve des mouvements mieux adaptés socialement ou des lieux et des moments où il est libre de les réaliser.

Parallèlement, il faut garder en tête que les blindismes apparaissent pour combler un manque de stimulation sensorielle, il s'agit donc de proposer un maximum d'expérimentations sensorimotrices pour étayer le vécu corporel de l'aveugle congénital afin qu'il n'ait pas besoin de recourir aux blindismes.

Enfin, je souhaite reprendre une dernière vignette clinique pour illustrer l'évolution d'Enzo montrant ainsi l'apport des séances en psychomotricité dans la mise en jeu du corps dans la relation.

F. Le corps, un moyen d'être en relation : l'évolution d'Enzo.

Afin de mettre en pratique nos différentes séances concernant les communications non-verbales, nous avons choisi d'aller commander un café dans un bar. Etant en intégration dans un lycée classique, Enzo a parfois l'impression d'être pris pour « un sac de pommes de terre que l'on pose à un endroit puis dans un autre ». Comme il a oublié sa canne, nous lui proposons une mise en scène avec le scénario suivant : « Nous ne sommes plus psychomotriciens, mais tes camarades du lycée. Nous allons prendre un café entre amis, mais nous ne connaissons pas la technique de guide. Pour t'éviter des sensations désagréables, il serait important de nous l'expliquer ». Nous avons donc repris les points importants de la technique de guide afin qu'il puisse les transmettre facilement à son entourage.¹⁰⁴

¹⁰⁴ Cf. *infra*. annexe IV, p. 94.

Lors du trajet pour aller au café, la tête d'Enzo est bien droite, ses épaules sont moins hautes, mais des tensions restent présentes. Toutefois, lorsque nous sommes rentrés, sa tête a retrouvé une légère inclinaison.

Au café, j'ai donné l'argent à Enzo avant qu'il passe la commande. Pour s'adresser à la serveuse, il ne tourne pas sa tête et maintient son regard droit devant lui. Or dans le code de communication visuelle, il est important de tourner la tête pour montrer l'intérêt porté à l'interlocuteur. Après avoir passé la commande, il donne directement l'argent en tendant son bras devant lui sans tenir compte de la place de la serveuse. De ce fait, il ne se rend pas compte que celle-ci le repose devant lui sur la table. Nous lui expliquons qu'il faut attendre l'addition avant de payer.

Puis, nous avons abordé les éléments constituant l'espace : les bruits derrière le comptoir, les objets, la répartition des personnes, l'âge des clients... Après avoir repris la notion de comptoir dans sa fonction et sa structure nous lui lançons un défi. Enzo doit aller au comptoir pour demander un verre d'eau. N'étant pas en séance de locomotion, nous indiquons à Enzo que le comptoir est situé à cinq heures par rapport à lui. Il se dirige alors parallèlement à celui-ci tenant compte des bruits de la machine à café et du sens des masses renvoyé par le bar. Arrivé au comptoir, il s'intercale quelques secondes entre des individus discutant ensemble. La serveuse s'est spontanément adressée à lui. Sans cette indication, Enzo n'arrive pas à déterminer si c'est à son tour. Il appréhende d'aller voir les personnes inconnues.

Ultérieurement, nous avons décrypté toute la sortie afin de faire un retour le plus complet à Enzo. Nous avons alors servi de miroir, pour qu'il se rende compte de ce qu'il peut renvoyer aux individus voyants.

Lors de la séance suivante, Enzo arrive dans la salle de psychomotricité et installe sa chaise de manière à intégrer le psychomotricien et moi-même. Il montre donc qu'il a intégré l'importance de l'orientation du regard. Ainsi, en allant commander un café dans un lieu inconnu, nous avons mis Enzo en situation réelle. Nous avons travaillé différentes postures et la position du regard à adopter lors que la serveuse passe prendre la commande. De plus, nous avons abordé les distances interpersonnelles et la prise de repères sonores lorsqu'il doit demander quelque chose à un comptoir.

Il est à noter que les séances autour des communications corporelles continuent puisqu'Enzo présente encore des difficultés l'importunant au quotidien.

CONCLUSION

Au cours d'un entretien avec un aveugle, les individus voyants ont souvent des réactions de gêne ou d'incompréhension voire de dégoût car ils ne connaissent pas le monde de la déficience visuelle. J'ai ainsi réalisé ce mémoire dans l'idée d'apporter peut-être un autre regard sur leurs comportements atypiques.

Arrivée au terme de ce mémoire, je suis en mesure de répondre à plusieurs questions. Comme nous l'avons vu, la vision permet, avec une charge mnésique réduite, d'accéder directement à une perception globale de l'environnement. Elle favorise les apprentissages de la communication non-verbale. Elle permet aussi à l'individu d'ajuster ses comportements en fonction de ce qu'il voit de son interlocuteur. Or, l'aveugle n'a pas accès à ces informations. C'est donc à l'ouïe, au toucher, à l'odorat, et à la kinesthésie de les apporter.

Au vu des données théorico-cliniques que j'ai recueillies, j'ai pu constater l'importance de la représentation mentale du corps et de l'image du corps comme guide dans la relation. Les représentations mentales du corps et des actes me semblent être la base de la mise en relation du corps, car à partir de ces représentations-types, l'aveugle congénital peut les modifier pour adapter et ajuster ses gestes, ses expressions ou sa posture à la situation.

La psychomotricité a donc une place privilégiée dans cette problématique. En effet, elle propose des expériences sensori-motrices variées enrichissant à la fois le schéma corporel et l'image du corps. Cette acquisition de la corporéité permet d'accéder à un corps maîtrisé et représenté afin d'être en relation. Le psychomotricien apporte aussi, en verbalisant un feedback de l'image renvoyée par l'aveugle congénital, indispensable dans la compréhension des codes visuels de communication.

J'espère pouvoir approfondir cette réflexion, en continuant de travailler dans la déficience visuelle afin d'enrichir mes observations, de trouver d'autres pistes de travail pouvant aider les individus aveugles au quotidien et surtout de réduire les frontières voyant-non-voyant, pour qu'ils se sentent mieux acceptés dans la société actuelle.

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA J. (1974), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Edition Masson.

AUCLAIR L. (2011), Mémoire du corps-trouble du comportement : représentation du corps, aspect théoriques, cliniques et développementaux, *Evolution Psychomotrice*, volume 23, n°92, pp.91-101.

BALLOUARD C. (2003), *Le travail du psychomotricien*, Paris, Dunod, 2006 (2^{ème} éd.).

BAUDIER A. (2008), Emotions, postures et communication non verbale : Les neurones miroirs, *Evolution psychomotrice*, volume 20, n°79, pp.12-16.

BERNARD M. (1995), *Le corps*, France, Editions du Seuil.

BONNET F. (1999), *Représentation du corps chez l'aveugle*, Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, Erès.

CANCHY-GIROMINI F. (1995), *Corps et paroles sur le corps*, Paris, Vernazobres-Grego.

CARRIC J.C. (2001), *Le lexique du psychomotricien*, Paris, Vernazobres-Grego.

CHAIROPOULOS P. (2001), Un sens à la loupe, in *Science et Vie Hors-Série*, Paris, Excelsior Publications, n°216, pp.6-9.

CHARVOLIN M. (2006), *L'élaboration de la conscience corporelle et sa mise en jeu dans la relation chez les adolescents déficients visuels*, Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

CORRAZE J. (1980), *Les communications non-verbales*, Paris, PUF, 2001 (6^{ème} éd.).

- COSNIER J.** (1991), *Communication non verbale : état de la question*, Journée d'études de l'Association de langue française des psychologues spécialisés pour handicapés de la vue, Lille, pp.13-24.
- DANION-GRILLAT A., BURSZTEJN C.** (2011), *Psychiatrie de l'enfant*, France, Médecine sciences publications.
- DELEAU M.** (1999), *Psychologie du développement*, Rosny-sous-Bois, Breal, 2006 (2^{ème} éd.).
- DE LIEVRE B., STAES L.** (1993), *La psychomotricité au service de l'enfant*, Paris, Editions Belin.
- DENIS M.** (1989), *Image et cognition*, Paris, PUF.
- DOLTO F.** (1984), *L'image Inconsciente du corps*, Paris, Editions du Seuil.
- DUPONT R.** (1966), *Introduction à la psychomotricité*, Paris, Vernazobres-Grégo.
- FREUD S.** (1983), *Contribution à la conception des aphasies*, Paris, PUF.
- GALLINA JM.** (2006), *Les représentations mentales*, Paris, Dunod.
- GAY-BROWN C.** (2002), *De la construction spatiale à la représentation mentale chez les déficients visuels précoces*, Mémoire DE de psychomotricité, Paris, juin 2002.
- GAY-BROWN C., LEBAIL B.** (2013), *cours option déficience sensorielle*, IFP, Paris.
- GOLSE B.** (1985), *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Paris, Editions Masson, 2000 (3^{ème} éd.).
- GRABOT D., ROUVEYROL E.** (2001), *Ecrits psychomoteurs : images mentales et psychomotricité*, *Evolution psychomotrice*, n°54, pp.173-177.
- GREBOT E.** (1994), *Images mentales et stratégies d'apprentissages*, Paris, ESF.
- HALL E.T.** (1971), *La dimension cachée*, France, Edition du Seuil.
- HATWELL Y.** (1966), *Privation Sensorielle et intelligence*, Paris, PUF.

- HATWELL Y.** (2003), *Psychologie cognitive de la cécité précoce*, Paris, Dunod.
- HEYRAUD J.** (2013), *L'accompagnement au quotidien des personnes déficientes visuelles*, Toulouse, Eres.
- IMBERT M.** (2001), La rétine et son fonctionnement, in *Science et Vie Hors-Série*, Paris, Excelsior Publications, n°216, pp.19-33.
- INHELDER B., PIAGET J.** (1947), *La représentation de l'espace chez l'enfant*, Paris, PUF, 1977 (3ème éd.).
- LISSONDE B.** (1984), *Rôle de la vision dans la construction du schéma corporel*, thèse de doctorat 3^{ème} cycle en psychologie, Nancy II.
- PIAGET J.** (1968), *La formation du symbole chez l'enfant*, Suisse, Delachaux et Niestlé, 1970 (5^{ème} éd.)
- PIAGET J.** (1972), *Problèmes de psychologie génétique*, Paris, Editions Denoël.
- PIREYRE E.** (2011), *Clinique de l'image du corps*, Paris, Dunod.
- PITTERI F.** (2009), Le bilan psychomoteur dans tous ses états : approche neurocognitive des émotions et de la représentation mentale pour un réaménagement de la représentation de soi, *Evolution psychomotrice*, volume 21, n° 83, pp.41-53.
- POTEL C.** (2010), *Etre psychomotricien*, Toulouse, Eres.
- RAYNARD F.** (1991), *Se mouvoir sans voir*, Corcelles-le-Jorat (Suisse), Yva Peyret.
- RAYNARD F.** (2002), *Un autre regard : la réadaptation des déficients visuels*, Marseille, Solal.
- RICHAUME-CRINQUETTE A.** (1990), *L'accès à l'information parlée chez l'aveugle*, Thèse de doctorat, Québec.
- RIVIERE J.** (2000), *Le développement psychomoteur du jeune enfant*, Marseille, Solal.
- RIZZOLATTI G., SINIGAGLIA C.** (2011), *Les neurones miroirs*, Paris, Odile Jacob.
- ROBERT P.** (2011), *Le Petit Robert*, Paris, Le Robert.

SAGE I. (2008), Emotions, postures et communication non verbale : Quand le corps s'exprime : Les postures émotionnelles, *Evolution psychomotrice*, volume 20, n°79, pp.17-24.

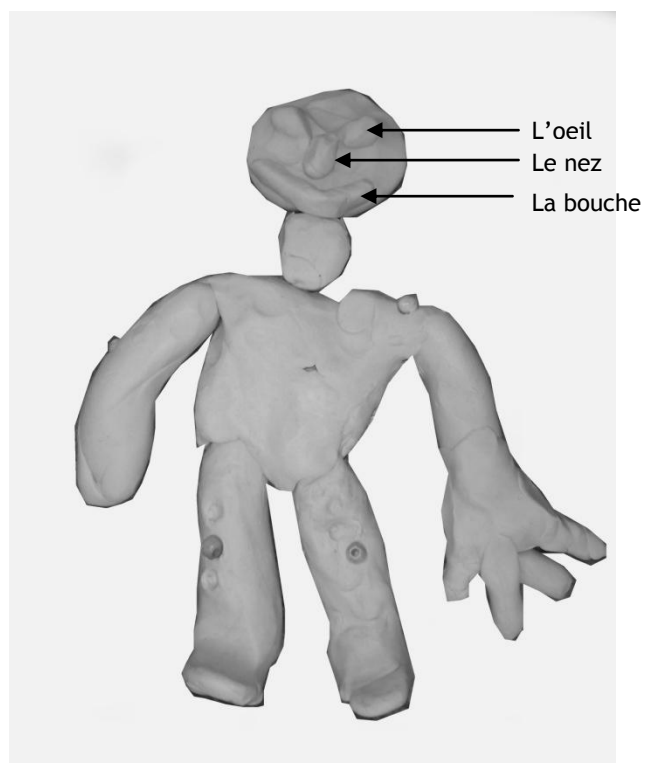
SAMPAIO E. (1989), L'Autisme Infantile : le Cas de l'Enfant Aveugle, *Psychologie Médicale*, p.2020-2024.

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

STRUYF-DENYS G. (1987), *Les chaînes musculaires et articulaires*, Bruxelles, ICTGDS.

WINNYKAMEN F. (1990), *Apprendre en imitant*, Paris, PUF.

ANNEXE I



Photographie de la représentation du corps en pâte à modeler d'Enzo

ANNEXE II

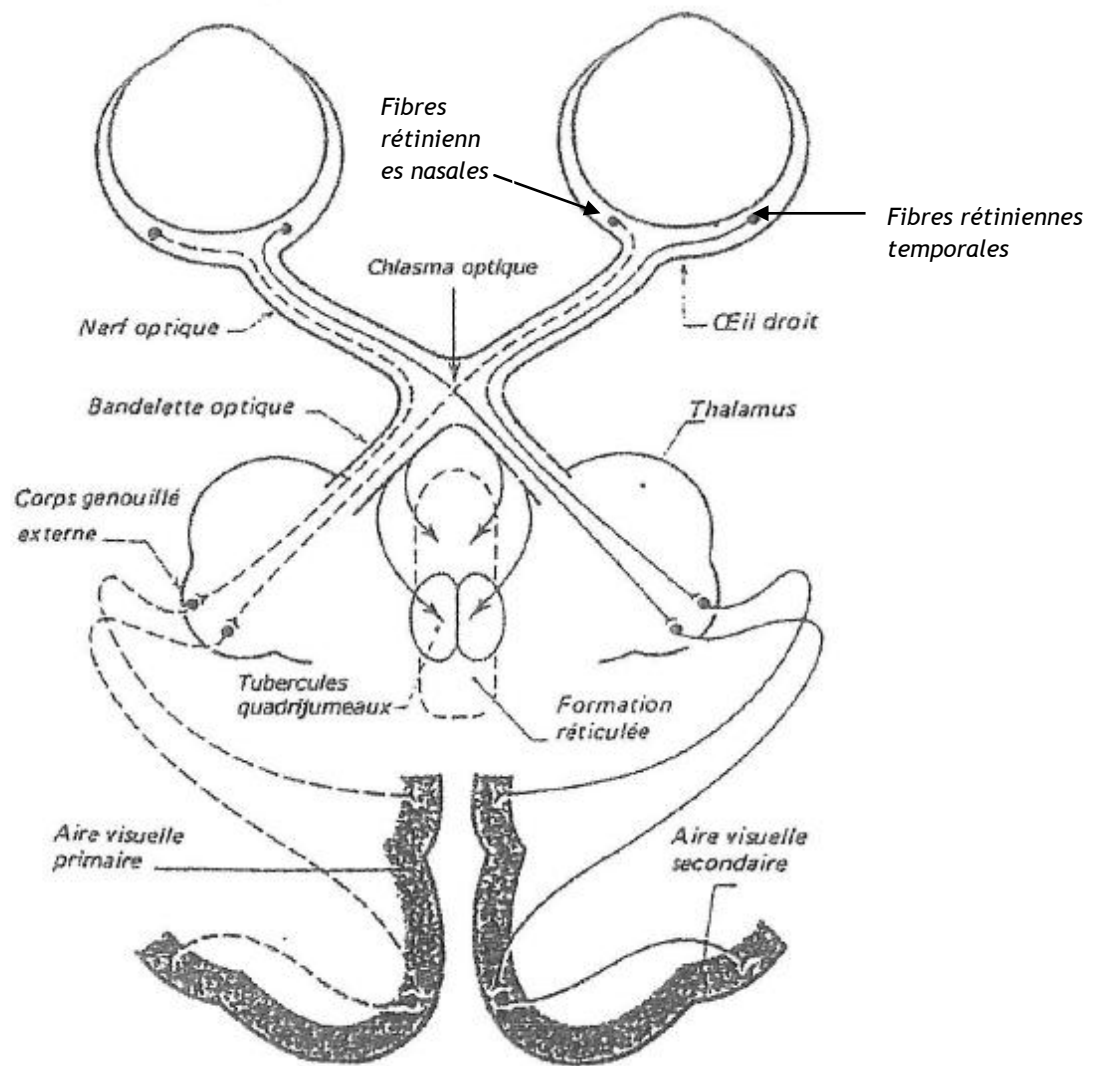
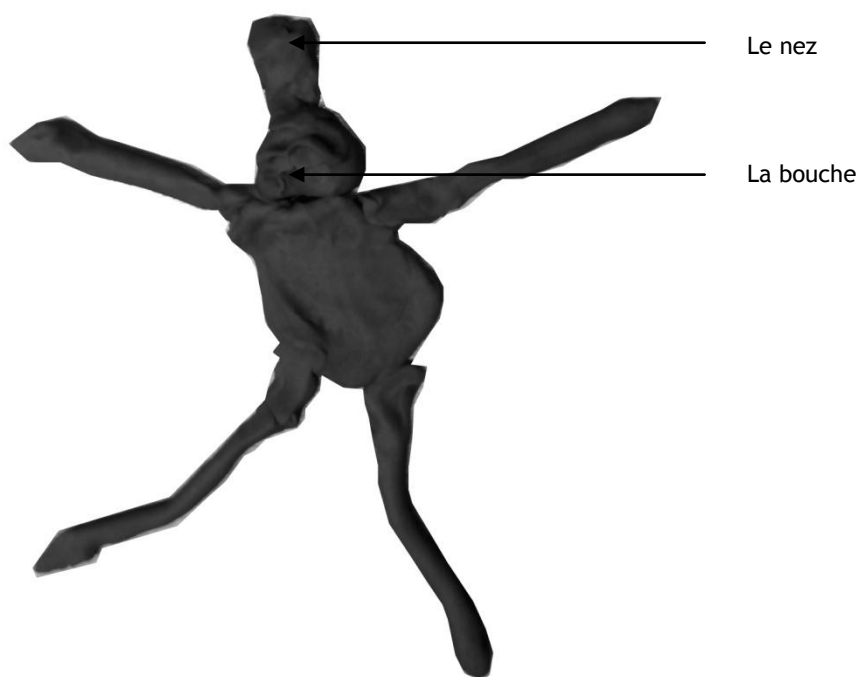


Schéma d'une coupe transversale des voies visuelles

ANNEXE III



Photographie de la représentation du corps en pâte à modeler de Chaïma

SERVIR DE GUIDE à une personne déficiente visuelle

➤ **ENTRER EN CONTACT AVEC LA PERSONNE**

- Signalez votre présence et présentez-vous.
- Demandez à la personne si elle a besoin d'aide.
- Si la personne a un chien-guide, ne sollicitez pas l'attention de l'animal car il est au travail.

➤ **QUITTER LA PERSONNE**

- Avisez-la que vous la quittez et dites-lui si vous revenez.
- Laissez-la en contact avec un objet (chaise, table, poteau) qui lui servira de repère.

➤ **DONNER DES DIRECTIONS**

- Placez-vous dans la même direction que la personne, cela facilitera votre explication
- Évitez les termes imprécis comme « par ici », « par là », « ce n'est pas très loin ».
 - Utilisez des termes précis : gauche, droite, devant, derrière.
 - Favorisez les déplacements en ligne droite et les virages à 90°.
 - Si possible, donnez un aperçu de la distance à parcourir en mètres.

➤ **GUIDER UNE PERSONNE**

- Offrez votre bras.
- La personne guidée prendra votre coude et sera ainsi à côté de vous mais un peu derrière.

▪ **PASSAGE ÉTROIT**

- Lors d'un passage étroit, on ne peut passer cote à cote,
- Placez votre bras (celui qui est tenu par la personne guidée) derrière votre dos.

- La personne guidée se place derrière vous en tendant le bras qui vous tient et ainsi pourra passer le passage étroit derrière vous (porte, foule, rétrécissement, ..)
- Lorsque l'espace s'élargit à nouveau, vous replacez votre bras sur le côté et ainsi la personne se replace à côté de vous.

▪ **CHANGEMENTS DE NIVEAU (marche, trottoir)**

- Faites un arrêt au ras de la marche ou du trottoir et seulement là, vous informez la personne guidée de la présence d'escaliers ou de changements de niveau. Indiquez-lui s'il faut monter ou descendre. Assurez-vous que la personne guidée a localisé le bord de cette première marche.
 - Proposez-lui la main courante.
- S'il faut que la personne guidée change de côté pour la saisir, faites-le avant d'aborder l'escalier.
- Faites un arrêt lorsqu'elle arrive sur le palier.

▪ **PRENDRE UN SIÈGE**

- Amenez la personne guidée vis-à-vis du siège.
- Mettez la, en contact avec le siège. Pour cela, votre bras qui la guide, touche la partie du siège (dossier, assise,..) Et dites-lui de quelle partie il s'agit. Elle pourra ainsi reconnaître la position de ce meuble.
- Précisez-lui s'il s'agit d'une chaise, d'un banc, d'un fauteuil, d'un divan ou autre...

CONSEILS GÉNÉRAUX

Adressez-vous à la personne et non à son accompagnateur
Proposez votre aide mais ne l'imposez pas

Ne submergez pas la personne déficiente visuelle d'informations, elle n'a pas forcément besoin d'une description parfaite des lieux. Décrivez ce que vous observez qui pourrait lui être utile pour comprendre où elle est, pour se faire une image mentale de l'endroit et de ses déplacements.

Parlez-lui d'une voix normale, ne modifiez pas votre manière de vous exprimer, ne craignez pas d'employer des mots comme « voyez », « regardez... »
 N'évitez pas les mots « voir » et « regarder. Ils font aussi partie de leur vocabulaire.

Portez une grande attention aux déplacements dans la foule et dans les escaliers. Indiquez seulement la présence d'obstacles lorsqu'ils sont sur le trajet.

Résumé : En entrant dans le monde de la cécité, nous découvrons les particularités du développement psychomoteur des non-voyants congénitaux. Ainsi, nous nous apercevons qu'enfants et adultes présentent tous des difficultés corporelles touchant le schéma corporel, l'image du corps ou la représentation mentale du corps. Privés de vision, comment perçoivent-ils leur corps, ou celui d'autrui ? Et par conséquent, comment engagent-ils leur corps dans la relation ?

Au fil de l'étude clinique, nous observons les difficultés relationnelles découlant de l'absence de vision et notamment de l'absence d'imitation visuelle. Leurs attitudes atypiques paraissent liées à l'incompréhension des codes sociaux visuels, à l'insuffisance de feedback concernant leur image du corps et au manque de représentation globale et instantanée de celui-ci. La psychomotricité propose des expériences sensori-motrices variées, sous tendues par une verbalisation précise et une fonction de miroir. Elle améliore leurs représentations mentales types du corps et de l'acte et leur permet ainsi d'acquérir une communication corporelle adaptée au contexte de la relation, en créant des représentations occurrences.

Mots clés : Aveugle congénital – Corporéité – Représentation mentale – Imitation - Psychomotricité – Communication non-verbale – Relation.

Summary: By coming into the world of blind people, we discover the particularities of the psychomotor development of congenital blind people. Therefore, we realize that both children and adults have corporal difficulties in relation with their body schema, body image or mental representation of body. With this lack of vision, how do they perceive their own body, or someone else's body? And how do they engage their body in relation?

By working on a clinical study, we observe the relationship difficulties brought by the lack of vision and especially by the lack of visual imitation. Their atypical attitudes seem to be linked to the non-understanding of the social visual codes, to the insufficiency of feedback on their body image and to its lack of global and immediate representation. Psychomotor therapy proposes various sensory-motor experiences, associated by a precise verbalization and a mirror function. It increases their mental type body and acts representation and allows them to acquire a corporal communication adapted to the relation context, by creating occurrence representations.

Key words: Congenital blind person – Mental representation – Imitation – Psychomotor therapy – Non-verbal communication – Relation.