



HAL
open science

La question du toucher chez les adolescents déficients auditifs

Emma Labat

► **To cite this version:**

Emma Labat. La question du toucher chez les adolescents déficients auditifs. Psychologie. 2018.
dumas-01835806

HAL Id: dumas-01835806

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01835806>

Submitted on 11 Jul 2018

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 DE BORDEAUX

Collège Science de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

La question du toucher chez les adolescents déficients auditifs en psychomotricité

Labat Emma

Née le 25 avril 1995 à Bordeaux

Nom du directeur de mémoire : **M. Stéphane Pinchon**

Juin 2018

Remerciements

Je souhaite adresser tous mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide, et qui ont contribué de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Merci à mon maitre de mémoire, M. Stéphane Pinchon, pour son accompagnement, son investissement, et ses précieux conseils.

Merci à, Astrid, psychomotricienne, pour m'avoir partagé son expérience, et transmis sa vision de la psychomotricité. Merci de m'avoir conseillé, et orienté dans ma réflexion.

Merci au CESDA pour m'avoir accueilli en stage cette année, et à l'ensemble des professionnels pour leur soutien. Grâce à eux, j'ai pu découvrir la richesse d'un travail en équipe pluridisciplinaire.

Merci également aux adolescents que j'ai pu rencontrer durant mon stage, et qui ont permis à ce mémoire de voir le jour.

Je souhaite remercier aussi mes proches, qui m'ont soutenu tout le long de mon parcours.

En fait, merci à tous ceux qui m'ont permis de devenir la future psychomotricienne que je suis...

Sommaire

<u>Introduction</u>	3
I- <u>Le manque à entendre dans le développement de l'enfant sourd</u>	5
A) Généralités sur la surdité.....	5
B) Impact du manque à entendre sur le développement psycho-affectif d'un enfant sourd.....	9
C) Impact du manque à entendre sur le développement psychomoteur d'un enfant sourd.....	16
II- <u>La question de l'adolescent sourd</u>	21
A) Généralités sur l'adolescence.....	21
B) L'adolescent sourd et son corps.....	30
III- <u>Problématique et hypothèse autour du toucher</u>	38
A) Le tactile comme opérateur de continuité.....	38
B) Le toucher thérapeutique : un potentiel outil pour les adolescents sourds en psychomotricité.....	43
Hypothèse de travail	52
IV- <u>Contexte clinique en psychomotricité</u>	53
A) Présentation de l'institution.....	53
B) Mise en place d'une médiation autour du toucher : un temps de massage.....	54
V- <u>Cas cliniques</u>	63
A) Etude de cas : Héléna.....	63
B) Etude de cas : Quentin.....	74
<u>Conclusion</u>	88
<u>Bibliographie</u>	89
<u>Annexe</u>	92
<u>Table des matières</u>	94

Introduction

Dans le cadre de ma troisième année de formation en psychomotricité, j'effectue mon stage au Centre d'Education Spécialisée pour Déficients Auditifs (CESDA), à raison d'un jour et demi par semaine. Durant ce stage, j'assiste et je participe aux prises en charge en psychomotricité. J'accompagne également l'Atelier patin à glace, organisé par la psychomotricienne.

Le choix de m'orienter vers l'univers de la surdité découle de mes nombreuses interrogations quant au travail proposé en psychomotricité auprès de cette population, qui m'était complètement étrangère.

Lors de mon arrivée au CESDA, je fais la rencontre d'adolescents déficients auditifs pour la première fois. Ce premier contact avec eux se révèle différent en fonction de leurs particularités, mais je remarque assez vite certaines similitudes qu'on peut retrouver chez chacun d'entre eux.

L'entrée dans la relation se fait facilement, je ne ressens pas de gêne, ni d'inhibition de leur part. Dans la cour, la plupart d'entre eux viennent même directement me voir et me serrer la main pour me saluer. En les observant interagir entre eux, je remarque facilement leur présence, ils sont très bruyants (même s'ils n'oralisent pas), et communiquent avec de grands gestes qui viennent soutenir l'émotion véhiculée. Leur gestion de l'espace est différente de la mienne. J'ai l'impression qu'ils investissent l'espace environnant en diffusant leur présence, en se l'appropriant. Une tension corporelle est palpable au sein du groupe, et prend de l'ampleur quand les échanges s'animent.

Au fil des séances, je remarque chez la plupart d'entre eux, la présence d'une hypertonie qui s'inscrit dans une organisation tonico-corporelle singulière. Le corps de l'adolescent sourd est marqué par une tension permanente, et répond à une hypervigilance qui lui permet de s'adapter et réagir à l'espace environnant. Le vécu corporel de l'adolescent sourd semble fragilisé par un développement psychomoteur particulier.

Dans ma réflexion, en tant que futur psychomotricien, je me suis orientée sur cette simple question : Quel outil thérapeutique pourrait répondre à la problématique psychocorporelle d'un adolescent déficient auditif ?

Au quotidien, toute personne est entraînée à toucher, ou à être touchée en retour. En séance de psychomotricité, je suis amenée à toucher ces adolescents de diverses façons, et dans différentes situations. Par exemple, je peux placer une main dans le dos du jeune que je rencontre pour le rassurer, lui offrir un appui lors d'un déséquilibre, ou lui serrer la main pour lui dire bonjour... Il existe ainsi des situations où le contact vient mettre en relation, et soutenir

le jeune dans ce qu'il entreprend. En travaillant avec ces adolescents déficients auditifs, je suis venue à me questionner sur leur rapport au toucher. J'ai l'impression que le sens tactile est plus développé chez ces eux, pour venir pallier ce manque à entendre. Ils n'hésitent pas, par exemple, à venir interpeller une personne en la touchant. En m'adressant à ces jeunes sourds, j'ai souvent ressenti des difficultés pour communiquer, ce qui m'a poussé comme eux à trouver un autre moyen de communication : le toucher.

C'est donc la question du toucher qui a retenu mon attention. Mon intérêt pour le toucher, en tant qu'outil thérapeutique et relationnel, s'est confirmé la première fois que j'ai assisté à une séance de relaxation avec la psychomotricienne. Elle propose régulièrement un temps de massage aux jeunes sourds, pour apaiser et détendre leurs tensions internes, et leur apporter une sensation de rassemblement, et d'unité corporelle. Je remarque un réel effet sur le comportement de l'adolescent qui reçoit ce massage. Il semble éprouvé une sensation de bien-être intérieure.

A mon tour, je me suis renseignée sur cette médiation, et appropriée ce temps de massage. Il existe diverses manières d'offrir un contact, ce qui rend chaque toucher différent. Dans ma proposition, je m'intéresse à un toucher contenant, structurant, et apaisant.

Pour mener à bien cette médiation, j'ai pris en compte l'importance d'un cadre thérapeutique, du rôle et de la place du psychomotricien, et la question de la distance des corps. En effet, on peut penser que toucher des adolescents détient sa part de risque, au vue des projections libidinales qu'amène la période de l'adolescence.

Dans un premier temps, je décrirai la déficience auditive, en tant que handicap sensoriel. Puis je développerai l'impact du manque à entendre dans le développement psychoaffectif et psychomoteur de l'enfant sourd. Dans un second temps, j'évoquerai la question de l'adolescent sourd, marqué dans son corps par la période de l'adolescence, et les conséquences de la surdité. Par la suite, je définirai le toucher en tant que fil conducteur dans le développement de l'enfant sourd, ainsi que les bienfaits d'un toucher thérapeutique en séance de psychomotricité. Suite à quoi je développerai plus spécifiquement la façon dont je me suis appropriée cette médiation, en proposant un temps de massage adapté à chaque adolescent. Pour finir, je viendrai appuyer mon hypothèse avec deux études de cas, Héléna et Quentin.

I- Le manque à entendre dans le développement de l'enfant sourd

A) Généralités sur la surdité

La surdité ou la déficience auditive, est définie comme un affaiblissement ou une abolition du sens de l'ouïe, soit une altération de la perception des sons.

La surdité peut apparaître progressivement ou brusquement. Elle peut fluctuer à certaines périodes de la vie, c'est-à-dire s'aggraver puis s'améliorer selon les moments.

La privation de l'ouïe ne constitue pas tout à fait une psychologie définie chez le sujet qui en est atteint, en raison de l'hétérogénéité de la population sourde, et des divers types de surdité.

- **L'étiologie**

Une des premières questions que se posent les parents est : « Pourquoi mon enfant est-il sourd ? » Les causes de surdité sont multiples. Elles peuvent être :

- **Héréditaire** : Il s'agit d'une atteinte génétique. La transmission peut également sauter plusieurs générations. En effet, il n'est pas rare d'avoir un enfant sourd de parents entendants.
- **Acquise** : Dans ce cas, elle n'est pas inscrite dans les gènes, et peut survenir à tout moment lorsque le fœtus est constitué. Par exemple, une anoxie à l'accouchement peut être à l'origine d'une surdité néonatale.

La surdité peut s'installer :

- Avant la naissance : On dit qu'elle est congénitale, qu'elle soit d'origine génétique ou acquise par la maladie pendant la grossesse.
- A la naissance : La surdité est dite néonatale.
- Après la naissance : On parle alors de surdité post-natale.

Selon M.H. Herzog, environ 40% des surdités sont d'étiologies inconnues, ni génétiques, ni traumatiques (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.42). Pour les parents ayant un enfant sourd, c'est compliqué de ne pas savoir d'où elle provient.

Elles varient également en fonction du type de surdité.

- **Les différents types de surdité**

Il existe deux grands types de surdité :

Les surdités de transmission : Elles sont dues à des atteintes de l'oreille moyenne et/ou externe. Il s'agit d'un problème mécanique, où le tympan ne fonctionne pas et ne transmet pas le son.

- La perte auditive est inférieure à 60 dB
- Beaucoup peuvent bénéficier d'un traitement médical et/ou chirurgical
- La perte est moindre et réversible ; elle n'empêche donc pas l'acquisition du langage, mais il s'agit souvent d'enfants qui parlent forts et qui déforment un peu les mots
- Les surdités de transmission sont acquises dans la petite enfance à 99% des cas : otites séreuses, perforation du tympan ...
- Elles peuvent être congénitales, dues à des malformations de la face et de l'oreille (aplasie majeure ou mineure)

Les surdités de perception : Elles sont dues à une atteinte de l'oreille interne et/ou des voies et centres nerveux. Il s'agit d'une lésion de l'organe de l'audition (cochlée), ou du nerf auditif.

Les cellules ciliées assurent la transduction des vibrations sonores. Lors d'atteinte neurosensorielle, la population des cellules ciliées est modifiée, et entraîne une perte sur le plan perceptif.

- La perte auditive est supérieure à 60 dB
- Elles peuvent être légères, moyennes, sévères, ou profondes
- Elles ne sont pas accessibles à un traitement médical et/ou chirurgical
- L'acquisition du langage peut en être pénalisée
- Elles peuvent être acquises (infection pendant la grossesse, médicaments, pathologie à la naissance, méningite...) ou génétiques

Parfois, les deux types de surdité sont combinés, avec une atteinte à la fois interne et externe. On parle alors de surdité mixte.

En outre, les surdités peuvent être :

- Uni ou bilatérales : Une oreille ou deux sont atteintes. Sachant qu'une oreille atteinte n'altère pas l'acquisition du langage.
- Symétriques ou asymétriques : Les deux oreilles peuvent avoir ou pas la même perte d'audition.

- **Les différents degrés de surdité**

En dessous de 20 dB de perte, l'audition est considérée comme normale. Pour le reste, on se reporte à la classification établie par le Bureau International d'Audiophonologie (BIAP) :

- Perte de 20 à 40 dB : Surdité légère (la parole normale est perçue mais certains éléments phonétiques échappent à l'enfant)
- Perte de 40 à 70 dB : Surdité moyenne (la parole est perçue seulement si elle forte)
- Perte de 70 à 90 dB : Surdité sévère (certains enfants entendent la voix à forte intensité mais ne comprennent pas les paroles)
- Perte supérieure à 90 dB : Surdité profonde

Dans ce dernier cas de surdité profonde, l'enfant n'a aucune perception de la voix et aucune idée de la parole. Néanmoins, B. Virole explique ceci : « Le monde auditif de ces enfants n'est pas, contrairement aux idées reçues, un monde de silence tel que nous l'imaginons, mais un monde de bruits chaotiques parfois difficilement supportables pour l'enfant sourd, d'autant plus que ces bruits ne peuvent être rattachés à une source sonore extérieur au corps ». (*Psychologie de la surdité*, 1996, p.96)

Dans le cadre de mon stage, je rencontre essentiellement des jeunes atteints de surdité profonde. C'est pourquoi lorsque je parlerai de « jeune sourd », je ferai référence à un jeune atteint de surdité profonde.

- **L'appareillage**

Un appareil de correction auditive, ou **prothèse auditive**, traite les sons environnants pour qu'ils soient mieux perçus par l'oreille déficiente.

La prothèse auditive comporte : un micro qui capte les sons, un circuit électronique qui filtre les sons, et un écouteur qui transmet les sons corrigés. Le plus souvent, l'appareil proposé aux enfants est le contour d'oreille.

L'appareillage est choisi, adapté, et réglé par un audioprothésiste.

Dans le cas où la cochlée (oreille interne) est trop altérée, l'amplification par la prothèse auditive est inefficace. Un **implant cochléaire** peut alors être proposé. Grâce à cette implantation, les enfants sourds profonds qui n'auraient jamais pu entendre, peuvent aujourd'hui découvrir le monde sonore.

L'implant cochléaire est constitué d'une partie interne, implantée chirurgicalement dans la cochlée, et d'une partie externe mobile, qui peut se retirer ou s'éteindre volontairement.

Néanmoins, l'implant ne résout pas tous les problèmes. Ce n'est pas une réparation rétablissant une audition normale, il ne transforme pas un enfant sourd en enfant entendant. En effet, la perception des sons transmis par l'implant est imparfaite. Comme pour toute prothèse, cette aide auditive nécessite un temps d'adaptation et de rééducation.

La plupart des jeunes que je rencontre sont implantés depuis leur plus jeune âge.

- **Les troubles associés**

Une surdité peut être isolée, ou associée à d'autres atteintes sensorielles ou déficiences, qui doivent être diagnostiqués et traités de manière spécifique. D'après M.H Herzog : « L'enfant sourd peut aussi avoir des troubles associés moteurs et/ou psychologiques » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.31).

Par exemple, il peut s'agir d'une **atteinte visuelle**, on parle alors de surdi-cécité.

Il existe des perturbations non sensorielles associées à la surdité, et qui partagent avec elles des circonstances causales communes. D. Colin met en évidence deux **troubles moteurs** susceptibles d'apparaître avec la surdité. Premièrement, il s'agit des infirmes moteurs cérébraux (IMC) qui maintiennent des incoordinations neuro-musculaires, souvent paralysantes. Ces troubles peuvent affecter la musculature des organes du langage, tout comme celle des membres du tronc et de la tête.

La seconde catégorie correspond aux troubles praxiques, ou dyspraxies. Par exemple, l'enfant aura des difficultés pour s'habiller, utiliser un outil, écrire... (*Psychologie de l'enfant sourd*, 1978, p.26)

Les **troubles du langage** sont également associés à la déficience auditive. On peut voir apparaître des retards de langage, des aphasies, et des dysphasies.

On peut retrouver également une liaison entre une atteinte auditive et vestibulaire, qui conduit à l'apparition de **trouble vestibulaire**. Nous détaillerons les conséquences d'une atteinte vestibulaire sur le développement psychomoteur de l'enfant sourd.

L'apparition de **désordres psychiatriques** peut également intervenir dans le développement de l'enfant sourd. Nous parlerons plus loin de l'impact possible de la surdité au niveau psychique.

B) Impact du manque à entendre sur le développement psychoaffectif de l'enfant sourd

Les relations établies entre l'enfant sourd et ses parents, jouent un rôle essentiel dans l'évolution psychologique antérieure de l'enfant. Néanmoins, le handicap génère généralement des perturbations au sein de cette relation.

En effet, l'affectivité de l'enfant sourd s'inscrit dans un contexte différent de celle de l'enfant entendant. L'enfant sourd rencontre des perturbations dans ses premières relations, et dans l'ajustement de la communication, ce qui va mettre à mal la construction du sentiment de soi.

- **L'impact de la surdité dans la sphère familiale**

Pour des parents entendants, l'annonce du handicap peut être un moment douloureux et traumatisant qui demandera par la suite un **travail de deuil** pour se reconstruire. Cela peut intervenir comme une rupture dans la filiation, à l'inverse des enfants sourds qui sont dans la continuité des parents sourds. Elle sera nuancée en fonction du milieu social, de la culture, et de l'histoire de vie de la famille.

D'après N. Wiernsberg : « Toute naissance dans le réel est précédée d'une naissance dans la tête. L'enfant, bien avant de naître, porte déjà la trace du désir de ses parents qui se le représentent tel qu'ils aimeraient qu'il soit ». L'enfant est source de représentations psychiques, de rêves, de fantasmes. A la naissance, la **confrontation au réel** peut s'accompagner d'un travail de deuil. D'autant plus si l'enfant naît avec un handicap tel que la surdité. Il y a un écart entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel : « Il n'est pas tout à fait comme je l'avais pensé ». Ici, la question du narcissisme parental est touchée. D'après B. Virole : « Les parents sont atteints jusqu'au plus profond d'eux-mêmes et tentent d'annuler leur propre blessure au travers d'une recherche de réparation de l'enfant » (*Psychologie de la surdité*, 1996, p.390). Ils devront renoncer à cette idée d'enfant réparé pour rencontrer véritablement leur enfant sourd. Ce travail psychique de deuil est nécessaire pour pouvoir avancer et aider leur enfant. Cependant, ces remaniements peuvent créer une **altération dans les liens**

parents-enfant, mais aussi au sein du couple. Cette rupture peut durer plus ou moins longtemps.

De plus, avoir un enfant c'est aussi une manière de prolonger le savoir et la culture familiale. Après la mort, les parents peuvent exister à travers leur enfant qui va continuer à porter l'histoire de la famille. Cependant, c'est principalement avec le langage que l'enfant pourra transmettre ce savoir. Les parents d'enfants sourds peuvent alors imaginer que leur enfant ne pourra pas porter l'histoire familiale au-delà des générations. C'est une pensée relativement inconsciente, mais qui reste très présente.

L'annonce du handicap peut venir perturber la **capacité de rêverie maternelle**, que décrit W.R. Bion (*Aux sources de l'expérience*, 1962). Grâce à cette capacité de rêverie maternelle, la mère joue un rôle essentiel dans le développement de l'appareil à penser de l'enfant, en transformant les angoisses du bébé en éléments détoxifiés et adoucis. Sans cette capacité de rêverie maternelle, le bébé resterait avec ses angoisses.

Dans ce cas, l'annonce de la surdité va venir modifier les représentations et comportements de l'entourage à l'égard de l'enfant. Les parents entendants peuvent se sentir démunis, ne sachant pas quelle posture adopter, ou comment réagir. Ces derniers peuvent alors rencontrer des **difficultés de maternage** par rapport à la surdité de leur enfant. La mère ressent l'incapacité de mettre du sens sur les éprouvés de son enfant, et de répondre à ses besoins. Ces difficultés sont le résultat d'une communication en souffrance, où le langage oral n'a plus d'intérêt. Un sentiment d'étrangeté peut naître chez ces parents, face à ce handicap qu'ils ne connaissent pas. La relation précoce va alors se modifier. Il n'est pas rare de voir naître des cas de dépressions chez certaines mères, qui se sentent démunies face à la situation, avec l'impression d'être une mauvaise mère.

M. Deleau a réalisé des études comparatives sur des moments d'échanges entre parents entendants et enfants sourds, et parents sourds et enfants sourds. Ces moments d'échanges sont appelés activités de tutelles. Elles correspondent à des moments où les parents jouent avec l'enfant, où ils lui renvoient des choses au sein de la relation.

L'analyse de ces activités de tutelle a pu mettre en évidence que l'impact de la surdité sur le développement de l'enfant dépend de la quantité de ces activités. Jusqu'à 18 mois, on note que les activités sont équivalentes chez n'importe quel parent. En revanche, à partir de 18 mois, on observe chez les parents entendants ayant des enfants sourds, que le nombre d'activités de tutelle va diminuer. Alors que chez les parents entendants ayant des enfants entendants, et chez les parents sourds ayant des enfants sourds, le nombre d'activités de tutelle reste au même niveau. Certains parents entendants jouent alors beaucoup moins avec leur enfant sourd, ce qui va le déstabiliser et perturber le développement de la pensée symbolique.

De plus, les parents peuvent hésiter sur les conduites à tenir au niveau de l'éducation. Certains auront tendance à surprotéger leur enfant sourd. En effet, D. Colin explique que ces parents craignent une plus grande vulnérabilité, et des futures relations sociales compliquées. Ils sont inquiets quant à l'avenir scolaire et professionnel de leur enfant (*Psychologie de l'enfant sourd*, 1978, p.90). Ce défaut d'ajustement peut faire perdurer une dépendance affective plus longtemps, donc une certaine **immaturité** chez l'enfant. On voit comment la privation de l'ouïe peut également défavoriser le développement harmonieux de la personnalité.

- **Les répercussions de la surdité sur l'intégration des limites corporelles dans le rapport à soi et à l'autre**

En 1993, les travaux sur le **sonore prénatal** de S.Maiello (G. Haag, « Le développement psychique du jeune enfant dans les trois premières années de la vie », 2001), font l'hypothèse qu'une certaine conscience d'exister naitrait de la perception différentielle son/silence des bruits rythmiques réguliers, puis de la perception différentielle des bruits rythmiques réguliers et de l'aléatoire de la voix maternelle. On remarque que le fœtus est très attentif à ces différenciations, et y répond par une accentuation des mouvements et une élévation du rythme cardiaque. Les enregistrements des sons intra-utérins ont également un effet apaisant sur le bébé.

Dans son article « Le développement psychique du jeune enfant dans les trois premières années de la vie » (2001), G. Haag rejoint les travaux de S. Maiello en montrant l'importance des échanges sonores dans la **circulation émotionnelle** de la vie pré et postnatale. Le plaisir se déploie à travers les échanges émotionnels que procurent les rythmicités sonores.

Dans son article « L'enveloppe sonore du soi » (1976), D. Anzieu parle d'un **miroir sonore**, d'une **peau auditivo-phonique précoce**, antérieure au stade du miroir. Les sons émis par l'environnement et le bébé composent une enveloppe sonore dont la combinaison produirait un **espace volume commun** avec la mère, et permettrait l'échange. D. Colin dit que « La voix de la mère, les bruits de la préparation des biberons, de certains jouets familiers, les berceuses... non seulement exercent et affinent l'audition, mais sont de nature à rassurer, à sécuriser l'enfant parce qu'ils sont générateurs d'états affectifs et d'émotions agréables » (*Psychologie de l'enfant sourd*, 1978, p.82). Dans ce système de communication, le bébé reconnaît spécifiquement la voix de sa mère. Tous ces échanges sonores entre le bébé et son entourage maternant vont un créer un bain de parole, qui va se cristalliser avec l'arrivée du langage.

La construction de cet espace commun va permettre au bébé de distinguer le dedans (les sons du bébé), et le dehors (ceux de l'environnement). Petit à petit, il va acquérir la

permanence de l'objet, et de l'autre. Il va prendre conscience que sa mère ne disparaît pas, qu'elle est toujours présente même s'il ne la voit pas, car il peut l'entendre au loin. Dans cette forme de régularité et de continuité, l'enveloppe sonore a une fonction sécurisante et rassurante, elle permet de maintenir le lien mère-enfant.

Petit à petit, le bébé construit un **sentiment continu d'exister** maintenu par ses parents, dont parle D.W. Winnicott (*L'enfant et sa famille : les premières relations*, 1991). La construction du sentiment de soi se met en place dans l'expérience de ce bain sonore. En effet, elle amène l'enfant à s'individualiser et à distinguer le soi du non-soi. Cet espace sonore permet aussi à l'enfant de développer une première **image spatio-auditive du corps propre**. Petit à petit, tous ces échanges sonores vont permettre à l'enfant d'accéder à l'idée de schéma corporel, et de corps unifié.

L'enfant atteint de surdité profonde est privé de cette enveloppe auditivo-phonique et donc de ce mode de communication. La permanence de l'objet se révèle plus compliquée que celle d'un enfant entendant. L'enfant sourd met plus de temps à faire le lien entre les événements de sa vie, à comprendre que sa mère existe encore lorsqu'elle disparaît de son champ de vision. En effet, la mère réapparaît brutalement, ce qui ne lui permet pas d'anticiper. L'enfant vit les choses dans des temps découpés, ce qui met à mal le sentiment de continuité.

Ici, il s'agit d'une **relation précoce particulière**, plus corporelle. Afin de communiquer et de raviver le lien qui unit l'enfant et sa famille, les parents peuvent utiliser les canaux préférentiels du bébé. Cela peut être : le visuel, le toucher, l'odorat... Par exemple, l'enfant sourd aura d'avantage besoin de câlins et de bercements pour se sentir rassuré, et s'apaiser. Il pourra ainsi retrouver la fonction sécurisante que l'enveloppe sonore n'a pas pu lui apporter. A travers ces échanges physiques, le lien mère-enfant peut devenir fusionnel car la parole ne vient pas mettre la distance nécessaire. En effet, avec le langage, on a plus besoin de se toucher pour se rassurer. Par conséquent, ce corps à corps peut créer une dépendance chez l'enfant sourd. La famille va devoir composer avec la surdité de l'enfant, et trouver d'autres façons de communiquer tout en lui permettant de grandir et s'autonomiser comme les autres.

En raison d'un **rapport à l'autre plus corporel** et physique, l'enfant sourd peut rencontrer des **difficultés à se construire une image différenciée** de celle de ses parents, et d'établir les limites corporelles et psychiques qui le distinguent de son entourage. Ainsi, ce **manque de bain sonore** peut **mettre à mal l'intégration des limites corporelles**. Des relations familiales parfois complexes, peuvent également faire défaut à l'élaboration d'une enveloppe corporelle contenant. L'enfant sourd peut se sentir dévaloriser, en raison de l'image que lui renvoie ses parents.

- Une communication en souffrance

Le manque à entendre atteint en particulier les capacités d'acquisition et de maniement de la langue. Mais il existe des différences interindividuelles, où les modes de communication sont très variables d'un enfant sourd à un autre.

L'acquisition du langage joue un rôle essentiel dans le développement psycho-affectif de l'enfant, avec sa fonction symbolisante des éprouvés internes. L'enfant sourd manque cependant de signifiants linguistiques au moment où il en a besoin pour pouvoir donner représentation à ses affects.

Sur le plan de la communication, l'enfant sourd va se sentir en difficulté, dans l'incapacité de pouvoir dire ce qu'il ressent. La complexité pour communiquer avec l'entourage est source d'**incompréhension**, et de tension. L'enfant sourd aura tendance à **s'exprimer à travers le corps**, à travers le faire et l'agir.

Parallèlement à ça, les parents se sentent démunis face à l'annonce du handicap, et ne savent pas comment communiquer avec leur enfant. En effet, la communication par le langage est biaisée. Cela peut être déstabilisant pour les parents d'avoir l'impression que la langue maternelle est inutile. Par conséquent, la mère peut se figer, et n'arrive plus à parler à son bébé. L'impossibilité de communiquer par le langage peut amener de l'**anxiété** chez ces parents, tout comme l'attente d'un premier mot qui n'arrive pas peut entraîner de la déception.

L'enfant peut ressentir une **rupture** dans l'attitude de ses parents à son égard. Les communications non verbales et le dialogue tonique s'en trouvent aussi affectés. Pour l'enfant, le résultat est un **maternage modifié**, et la souffrance de ne pas pouvoir exprimer ses désirs et ses envies. De ce fait, les premiers échanges tonico-émotionnels avec le milieu maternant vont généralement être perturbés, et ceux avec le monde extérieur vont se raréfier.

Si les parents sont en mesure de se rendre compte de l'importance de la communication, et qu'ils utilisent les moyens disponibles pour pouvoir communiquer avec leur enfant, alors la relation pourra être rétablie. Cela peut être à travers les gestes, les mimiques, le portage...

C'est pourquoi la **communication non verbale** et en particulier le **dialogue tonico-émotionnel** seront des éléments essentiels pour permettre à l'enfant sourd de s'exprimer, dans un corps à corps. Pour J. de Ajuriaguerra, le dialogue tonico-émotionnel est le reflet des états émotionnels des deux partenaires, avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre. C'est une réelle interaction entre le tonus musculaire de la mère et celui de l'enfant, qui devient un véritable outil de communication, et qui crée du dialogue (1977).

A travers la communication non verbale, le **regard** prend également une place très importante. D.W. Winnicott écrit que : « Dans le développement émotionnel de l'individu, le précurseur du miroir est le visage de la mère [...] qu'est-ce que le bébé voit lorsqu'il regarde le visage de sa mère ? Je suggère qu'ordinairement ce que le bébé voit, c'est lui-même »

(1967). Le regard permet de raviver le lien, de créer une continuité, des échanges, un **sentiment d'unification**. Par conséquent, si la mère détourne son regard, l'enfant n'aura plus ce miroir dans lequel il peut s'identifier et se construire.

Les parents peuvent également avoir recours à la **rééducation par la langue des signes**. Si eux-mêmes s'approprient la langue des signes, ils s'approprient de nouveau leur enfant comme un sujet, et se voient de nouveau communiquer avec lui. L'enfant redevient un sujet dans sa globalité.

On peut se sentir handicapé lorsqu'on communique avec un enfant sourd, mais il faut faire attention et essayer de reprendre ce qu'il dit avec des mimes ou des gestes. Cela permet de lui renvoyer quelque chose, et de mettre du sens sur ce qu'il dit. Le but est de lui donner le sentiment d'exister, et l'envie de communiquer. C'est important pour un enfant qui grandit et qui se construit de donner du sens à ce qu'il fait, à ce qu'il éprouve. Il ne s'agit pas d'interpréter mais de reprendre, de reformuler.

- **Le manque à entendre et ses difficultés d'anticipation**

Grâce à la **répétition des activités** quotidiennes de soins, l'enfant apprend à anticiper. Dans cette construction, la présence d'échanges sonores a des **effets sécurisants** et alertants. Par exemple, lorsque la mère couche son bébé, et quitte la chambre. Il peut entendre le bruit de ses pas qui s'éloignent, et s'imaginer qu'elle n'est pas très loin avec les bruits rassurants de la maison. Cet espace sonore est semblable à une **aire transitionnelle** qui permettrait la structuration de la pensée, et la possibilité de se séparer, selon D. W. Winnicott (*Jeu et réalité*, 1975).

Cette notion de **continuité** lui permet petit à petit de faire du lien entre les événements, et d'y mettre du sens. En effet, la régularité des rythmes de l'enfant lui permet de symboliser les moments de vie. En se les représentant mentalement, l'attente sera plus supportable car il pourra **anticiper**. Petit à petit, l'enfant va se saisir de ces repères temporels de la vie quotidienne pour appréhender les notions de durée et de succession.

Chez l'enfant sourd, cette capacité à anticiper est plus compliquée. M.H Herzog explique que « Le bébé sourd, lui, est privé de tout ce bain sonore si important. Il n'a aucun repère auditif pour anticiper sur les événements et va évoluer très vite dans un **climat d'insécurité** » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.18). Le manque d'informations auditives ne l'aide pas à se repérer dans l'espace, et ne lui permet pas d'apprendre à anticiper. Lorsque ses parents le déposent dans son lit, ils disparaissent brutalement de son champ de vision, ce qui peut être très inquiétant pour l'enfant. Il évolue dans une temporalité où il subit les choses qui lui arrivent, la plupart du temps, de manière brutale et inattendue. En effet, l'absence de flux sonores l'amène à vivre les événements dans l'**immédiateté**. L'enfant sourd

est alors sur le qui-vive. Il **vit les choses de façon morcelée**, ce qui met à mal le sentiment de continuité. L'absence de cette aire transitionnelle ne l'aide donc pas à développer les capacités de symbolisation et de représentation. De plus, on retrouve généralement une forme d'anxiété chez les enfants sourds, en réponse à ce **manque d'anticipation**. Mais ces peurs ne pourront être calmées par les paroles rassurantes de l'adulte.

Pour permettre à l'enfant sourd d'anticiper, les parents peuvent trouver des outils afin d'avertir l'enfant de manière plus douce. Par exemple, il est possible d'utiliser des supports imagés pour préparer l'enfant à telle ou telle action, ou bien d'allumer la lumière avant d'arriver.

- **De potentielles psychopathologies**

La rencontre entre la psychopathologie et le champ de la surdité amène à se demander : La surdité prédispose-t-elle aux **troubles psychopathologiques** ? Dans l'ensemble, il n'existe pas de lien de causalité très net entre la surdité et le type de désordres psychiatriques. Du point de vue de l'anamnèse, les facteurs de l'environnement jouent un rôle très important. D'après les travaux de B. Virole, les tableaux pathologiques décrits chez les enfants sourds peuvent être regroupés ainsi (*Psychologie de la surdité*, 1996, p.258-261) :

Dans un certain nombre de cas où la surdité est profonde, la venue de retraits autistiques partiels est possible. Ainsi, on peut voir apparaître un **Trouble du Spectre Autistique (TSA)**. Dans la 5^{ème} édition du DSM, le trouble du spectre de l'autisme comprend 2 catégories de symptômes : des déficits de la communication et des interactions sociales, et un caractère restreint et répétitif des comportements, intérêts ou activités. L'autisme infantile est marqué par le manque de communication, et par le retrait psychologique de l'enfant du monde extérieur. C'est le résultat de l'intrication de facteurs génétiques, événementiels, et psychologiques.

La surdité a également un lien avec l'apparition de **symptômes psychotiques**, sans en être la cause directe. Cette organisation psychotique révèle une altération du sens de la réalité. B. Virole : « Or ce sens de la réalité est acquis par l'activité perceptive participant à la construction du moi. Si cette activité perceptive est réduite ou diffère du fait d'une altération des modalités sensorielles, la construction du sens de la réalité s'en trouvera modifiée » (*Psychologie de la surdité*, 1996, p.261).

Dans ces différents tableaux cliniques, la surdité agit : soit en tant que **facteur contribuant** (en particulier pour les psychoses), soit en tant que **facteur prédisposant** (tels les retraits autistiques précoces), mais très rarement en tant que facteur provoquant.

C) Impact du manque à entendre sur le développement psychomoteur de l'enfant sourd

Tout comme le développement psycho affectif, le développement psychomoteur de l'enfant sourd présente également quelques particularités. Le système auditif se développe déjà in utero, et confère au son une place importante dans le développement psychomoteur de l'enfant. Dans son développement, l'enfant sourd franchit les mêmes étapes qu'un enfant entendant ; mais d'une manière plus singulière qui dépendra du degré de surdité, de l'appareillage, et des aides dont l'enfant bénéficie. En conséquence de ce manque à entendre, il est donc possible de voir des **troubles psychomoteurs** émerger.

D'après E. Lasserre : « Lorsqu'on examine ces enfants sourds, il apparaît que les dysfonctionnements mis à jour portent fréquemment sur les compétences neuropsychomotrices. Les désordres portent alors sur le développement de l'action du corps dans l'espace, et du mouvement » (« Surdité et motricité chez l'enfant : les troubles neuropsychomoteurs associés à la déficience auditive congénitale », 2009)

- **Le développement moteur**

D'après D. Colin, les capacités motrices font souvent appel à la participation du système auditif. De ce fait, la privation de l'audition peut entraîner une **suspension dans le développement de certaines mobilités motrices** (*Psychologie de l'enfant sourd*, 1978, p.22). Selon M.H. Herzog : « La rupture plus ou moins importante dans les interactions mère-enfant vient alors s'inscrire dans l'activité tonique et motrice de l'enfant déficient auditif » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.1).

Chez les enfants sourd, on peut remarquer un certain **retard dans l'acquisition des schèmes moteurs**. A. Ewing et D. Kendall observent un retard fréquent dans l'acquisition de la position assise, et de la marche (« Mental development of young children », 1957).

H. Herren réalise une étude sur l'acquisition de la marche chez les enfants sourds, en comparaison aux enfants entendants français. Selon lui, 77% des enfants entendants font leurs premiers pas aux alentours de 15 mois, et seulement 52% des enfants sourds ont acquis la marche à l'âge normal. D'après H. Herren, ces résultats seraient imputables à l'environnement familial, et aux circonstances pathologiques liées à la surdité (« Enquête sur le développement de jeunes sourds d'âge préscolaire », 1967).

D'après D. Colin : « La motricité du sourd est toutefois marquée par l'absence du contrôle de l'ou ie, ce qui s'exprime à travers une démarche lourde et mal assurée » (*Psychologie de l'enfant sourd*, 1978, p.22).

Selon E. Lasserre, les troubles peuvent concerner également la **régulation tonico-motrice du geste**. Elle explique ceci : « Le déroulement de celui-ci n'est alors pas sous-tendu par une tension musculaire de fond permanente et égale. La programmation des mouvements complexes est alors particulièrement affectée » (« Surdité et motricité chez l'enfant : les troubles neuropsychomoteurs associés à la d ficiency auditive congénitale », 2009). Lorsqu'on observe la motricité globale d'un enfant sourd, on peut apercevoir des mouvements brusques et saccadés, par le **manque d'ajustement harmonieux** des séquences.

D'après M.H. Herzog : « L'amplitude des mouvements de l'enfant sourd, leur **brusquerie**, leur incessante rapidité viennent remplir cet espace, y établir des liens, y rechercher des perceptions dans un agi vital » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.2). La perte d'audition entraine ainsi une **moins bonne régulation motrice**.

J'ai pu remarquer ce défaut de régulation tonico-motrice chez la plupart des adolescents sourds que je connais. Quentin est un jeune sourd que je rencontre en séance de psychomotricité. Lorsqu'il fait un dessin au tableau, je remarque que son geste est très rapide, brusque, et saccadé. Tout son bras et son corps sont en hypertonie. J'observe également la présence de syncinésies bucco-faciales. Le simple fait de dessiner semble lui coûter beaucoup d'énergie.

- **Une réponse par l'hypertonie**

D'après E. Lasserre, on peut retrouver une **atteinte du tonus de fond** chez l'enfant sourd, et d'autant plus lorsque la surdité est associée à un trouble vestibulaire (« Surdité et motricité chez l'enfant : les troubles neuropsychomoteurs associés à la d ficiency auditive congénitale », 2009).

Au niveau tonique, l'enfant sourd est amené à **se contracter** pour répondre au manque d'anticipation que nous avons décrit précédemment. L'oreille ne jouant pas son rôle de régulateur, il n'est pas rare d'observer une **importante tonicité musculaire** chez l'enfant déficient auditif. Selon M.H. Herzog : « Son hyperactivité, c'est sa présence au monde, sa manière d'être pour se situer, sa tentative d'unification des différentes sensations » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.2). Il peut augmenter son tonus de fond pour se tenir prêt à réagir à telle ou telle situation. Dans cette **hypertonie**, il s'agit et se contracte pour montrer sa présence. En effet, l'enfant sourd peut rencontrer des **difficultés d'intégration des limites corporelles**, comme nous l'avons vu tout à l'heure.

Il utilise également cette hypertonie comme **moyen de défense**, pour ne pas se sentir agressé par ce qui l'entoure. Cette carapace tonique l'aide en effet à se protéger des événements extérieurs, qui peuvent être vécus comme une agression, en raison du manque

d'anticipation. Il arrive alors que l'enfant sourd se construise ainsi depuis la naissance, dans un **état tensionnel** qui constitue une réelle **barrière tonique** entre son environnement et lui-même.

Cet état d'hypertonie s'accompagne d'une **hypervigilance**, et notamment une hypervigilance du regard. Chez l'enfant sourd, le regard est très important et lui permet de communiquer. Il va développer son attention visuelle, sa vivacité visuo motrice, et le sens du détails, car c'est une façon pour lui de maîtriser ce qui l'entoure. Il pourra s'en servir également pour l'apprentissage de la langue des signes. La vue vient alors se substituer à l'ouïe, mais la compréhension n'est pas aussi claire. Cependant, l'hypervigilance vient augmenter les tensions corporelles. Lorsqu'il mobilise une grande attention, l'enfant se retrouve alors tendu dans tout le corps.

Néanmoins, cette raideur n'est pas très adaptée comme moyen de compenser. Car chez le bébé, la contraction est associée à la frustration. Par ailleurs, des **troubles de l'attention** apparaissent, conséquence inévitable de la nécessaire vigilance que ces enfants développent par compensation. Ces éléments peuvent aller jusqu'à **l'instabilité psychomotrice**.

- **Le système vestibulaire**

L'oreille interne fait le lien entre l'audition et l'équilibre. Ce lien qui unit la cochlée au labyrinthe se retrouve très tôt dans l'ontogenèse, via une origine embryonnaire commune. Associés au déficit auditif, des problèmes d'équilibre peuvent en découler. On parle de **troubles vestibulaires**. Ainsi, la liaison entre une atteinte auditive et vestibulaire s'explique par une proximité organique et fonctionnelle.

A. Bullinger explique qu'après la naissance, une coordination entre les sensations vestibulaires et tactiles doit se mettre en place. Dans le cas où cette coordination est opérante, l'enfant va pouvoir avoir accès à la verticalité, et organiser ses appuis. Petit à petit, le bébé va gagner en stabilité, et ses mouvements vont être de plus en plus orientés. Mais lorsque cette coordination fait défaut, on peut avoir des troubles de la coordination vestibulo-proprioceptive. Il dit : « La faiblesse, l'absence de signaux vestibulaires peuvent être responsables du trouble. Ces difficultés sont souvent associées à un déficit auditif. A la calcification de la cochlée peuvent être associées des calcifications des canaux semi-circulaires » (*Les effets de la gravité sur le développement du bébé*, 2015).

D'après S. Lecervoisière, près de la moitié des enfants sourds ont des atteintes vestibulaires associées (*Manuel d'enseignement de psychomotricité, clinique et thérapeutiques*, 1952, p.107). D'autre part, H.R. Myklebust observe une atteinte très nette du sens de l'équilibre chez les sourds victimes de méningite (*The psychology of deafness*, 1960).

Une atteinte vestibulaire précoce de l'enfant sourd a des **répercussions sur le plan psychomoteur**. Par exemple, des difficultés de régulation tonique, une structuration du schéma corporel défaillante, et un véritable retard dans la construction d'un référentiel spatial et temporel. Il est possible de retrouver également des répercussions sur le plan cognitif, avec des difficultés dans la mise en place des praxies complexes et à visée symbolique, et des conséquences sur l'élaboration du langage.

- **Les repères spatiaux-temporels**

Selon D. Anzieu, le sonore vient très tôt servir d'enveloppe chez le nourrisson et permettrait la formation des **enveloppes temporelle et spatiale** (« L'enveloppe sonore du soi », 1976).

Comme nous l'avons vu, le manque d'anticipation et les difficultés dans l'acquisition de la permanence de l'objet, ont des **répercussions sur la construction des repères temporels** de l'enfant sourd. Selon M.H. Herzog : « Les expériences font appréhender à l'enfant sourd le temps vécu. Il lui est plus tardivement donné de percevoir le temps représenté » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.5). Le temps est alors vécu dans l'instantanéité, et sa représentation est mise à mal. L'enchaînement logique des actions ne lui est pas toujours accessible, et n'est pas automatiquement compris. Dans sa notion de durée, de succession, et de continuité temporelle, le temps est difficilement saisissable car le jeune déficient auditif vit les événements dans l'immédiateté. Par exemple, la notion de temps social se met difficilement en place. Les repères rythmiques sont ainsi fragilisés par le handicap. De plus, la projection dans le futur est souvent absente.

La production sonore renseigne l'enfant sur l'espace environnant dans lequel il se trouve, et sur sa motricité. Par exemple, si je marche en tapant des pieds et que je mets beaucoup de tonus, ça fait plus de bruit que si je marche sur la pointe des pieds. L'espace sonore permet la représentation des distances, des déplacements d'objets, de leur volume, et de leur vitesse. Le son permet ainsi à l'enfant d'appréhender le monde qui l'entoure, et d'organiser l'espace. Il participe à la **structuration de l'environnement**.

Chez l'enfant sourd, l'organisation spatiale fait défaut, et la représentation qu'il en a se révèle alors défaillante. E. Lasserre parle d'**atteinte des fonctions spatio-motrices**, en disant que : « C'est tout le développement du couplage perception/action qui pourra être perturbé. L'intégration des coordonnées spatiales (corporelles et visuelles) et des paramètres spatio-temporels nécessaires à l'action est alors déficitaire » (« Surdité et motricité chez l'enfant : les troubles neuropsychomoteurs associés à la déficience auditive congénitale », 2009).

En effet, l'audition ne joue pas son rôle dans la **perception et l'orientation de l'espace**. En conséquence au manque d'informations sonores, la perception des distances

est souvent modifiée. Les notions de volume, et d'intérieur/extérieur sont également fragilisées. M.H. Herzog explique que « Le retard de cette représentation spatiale ne lui permet pas d'établir une relation cohérente entre la perception de l'espace environnant et celle de son corps propre » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.4). C'est pourquoi la **construction de l'image corporelle se complexifie**. En réponse aux difficultés à se repérer dans l'espace, on peut voir apparaître des **troubles de la latéralité**. L'enfant déficient auditif peut également avoir du mal à prendre des décisions, à faire des choix.

Les repères spatio-temporels de l'enfant sourd se construisent ainsi sur des **bases fragiles**.

M. H. Herzog dit que : « La surdité est une **atteinte corporelle**. L'enfant sourd est atteint dans son corps. Il peut avoir l'image d'un être non fini, d'où toutes ses sensations qui viennent combler le manque » (*Psychomotricité, relaxation, et surdité*, 1995)

Le manque à entendre à un réel impact sur le corporel. L'enfant sourd peut se retrouver dispersé en raison d'un **vécu corporel diffus**, et des informations visuelles affluentes. On peut donc avoir une **connaissance du schéma corporel plus complexe**.

Cependant, il n'est pas possible de généraliser ces difficultés à tous les enfants déficients auditifs.

Pour pallier ce manque à entendre, l'enfant sourd va devoir trouver des **moyens de compenser** en investissant les autres modalités sensorielles. Selon la **théorie de la compensation perceptive**, les perceptions issues des sens intacts seraient plus riches et plus précises, en raison d'une vie plus intense en représentations et en images (*Psychologie de l'enfant sourd*, 1978, p.31).

Ainsi, l'enfant sourd aura à faire face à de nombreuses difficultés sur le chemin de son développement, notamment dans la communication, et la construction identitaire. Les remaniements qu'amènent l'adolescence se fondent sur cette construction dont l'enfant a bénéficié au cours de son développement. C'est donc un bouleversement qui vient s'appuyer sur des fondations déjà peu stables.

II- La question de l'adolescent sourd

A) Généralités sur l'adolescence

Etymologiquement, « adolescere » signifie « **grandir** » en latin. L'**adolescence** est un **processus physique et psychique** marqué par la fin de l'enfance, et le début de la vie d'adulte. C'est un phénomène universel, où chacun se construit sa propre histoire personnelle. Pendant l'adolescence, le cerveau traverse une période de maturation très importante. Les divers **remaniements** qu'amène l'adolescence ont alors des répercussions sur le plan comportemental, psycho-affectif, et cognitif.

Elle s'inscrit dans un processus de changement et de répétition, où l'adolescent va rejouer des scènes de sa vie infantile (réactivation des conflits œdipiens) pour **se construire psychiquement**, avec une nouvelle coordonnée : le corps qui a changé. Il s'agit donc d'une période transitoire et charnière au cours de laquelle l'équilibre établi durant l'enfance est bouleversé dans les domaines psychiques, corporels, et relationnels.

P. Jeammet parle d'une « vulnérabilité de leur personnalité qui génère un sentiment d'insécurité interne et une dépendance accrue à l'environnement pour se sécuriser » (*Evolution des problématiques à l'adolescence : l'émergence de la dépendance et ses aménagements*, 2010). Cette **période de vulnérabilité** peut favoriser l'émergence de différentes pathologies où s'intriquent des facteurs biologiques, génétiques, et environnementaux.

- **La puberté et ses remaniements physiques**

L'adolescence est un **temps de transformations**, marquée par **l'arrivée de la puberté**. La puberté est un processus physiologique caractérisé par la maturation rapide de la fonction hypothalamo-hypophyso-gonadique, aboutissant au développement complet des caractères sexuels primaires et secondaires (dû aux hormones sexuelles), à l'acquisition d'une taille définitive (due aux hormones de croissance), à la fonction de reproduction, et à la fertilité.

Avec l'arrivée de la puberté, l'adolescent voit son corps se transformer petit à petit. C. Potel parle de « **révolution corporelle** » (*Psychomotricité : Entre théorie et pratique*, 2008, p.215). Pour l'adolescent, le corps est donc un lieu de changements. S'agissant des critères physiques, pour les filles il y a : le développement des seins et des rondeurs féminines, la pilosité, le début des menstruations ... Et pour les garçons : les poussées de croissance, la mue de la voix, la pilosité, la croissance du pénis, l'éjaculation ...

Le début de la puberté de la fille se situe vers 11 ans, et celle du garçon vers 12/13 ans. Néanmoins, on retrouve des variations individuelles et collectives concernant ces données. Ce sont donc les changements corporels qui marquent l'entrée dans la puberté et non pas un âge précis. On pourra alors parler d'avance ou de retard pubertaire.

L'adolescent se crée une **nouvelle identité corporelle** en voyant son corps évoluer avec le temps, sans pouvoir y faire quelque chose. Son corps se métamorphose et les limites corporelles sont remaniées. En effet, le corps pubère grandit, et grossit. Toutes ces **transformations physiques** vont être vécues de manière différente par les adolescents. Certains vont les considérer comme des atouts, et se sentir valorisés ; alors que pour d'autres elles seront source d'inquiétude, voire d'angoisse. Cette angoisse peut s'accompagner d'un **sentiment d'étrangeté**, d'être à la fois soi et un autre. Il peut s'agir parfois d'une honte du corps pubère, dont P. Gutton fait référence en parlant de « **figure monstrueuse** » (*Le pubertaire*, 1991). Ces adolescents ressentiront alors le besoin de maîtriser ces changements pubertaires.

La puberté tente de rassembler un corps étranger et un appareil à penser influencé par les contraintes intérieures du sujet.

Adam est un jeune sourd psychotique (oralisant), que je rencontre en séance de psychomotricité. Il rentre peu à peu dans la puberté, et refuse visiblement de voir son corps se transformer. En effet, il exprime auprès des éducateurs le fait qu'il ne veut pas avoir de poils, ni de barbe. Cette idée se manifeste sous la forme d'une angoisse corporelle chez Adam. Il dit d'ailleurs avoir très peur d'un des éducateurs, en raison de sa barbe proéminente.

- **La sexualité**

Les transformations physiques de la puberté signent la maturation d'un **corps adolescent sexué**. D'un point de vue psychanalytique, S. Freud parle de sexualité infantile comme étant concomitante à la vie (*Théories sexuelles infantiles*, 1908). Pendant la période de latence, de 7 à 12 ans, la sexualité est mise en sourdine. Cette période de latence fait référence à l'organisation d'un Moi stable, non contrôlé par le registre pulsionnel. Cette personnalité si bien organisée est menacée par l'**assaut pulsionnel** de la puberté. En effet, l'**excitation sexuelle** qui en résulte fragilise le Moi dans son rôle de pare-excitation. Selon S. Freud, l'adolescence est l'adaptation psychologique de l'individu à la **rupture d'équilibre**. Cette période de la vie amène une **réactivation des enjeux œdipiens**. Il est important d'établir une continuité entre la sexualité infantile et la sexualité adulte.

La puberté et l'accession à la sexualité entraînent le regroupement des pulsions partielles sous le primat de la **pulsion génitale**. Les pulsions libidinales s'accroissent. Ainsi, l'adolescent éprouve une nouvelle poussée pulsionnelle, et des manifestations corporelles. Le corps s'érotise, et les contenus psychiques sont infiltrés d'un **désir de séduction**. Cette poussée pulsionnelle se traduit par un remaniement des intérêts, avec l'apparition de nouveaux désirs dans le domaine sexuel, et la **question de la masturbation**.

Après la masturbation infantile apparaît la masturbation pubertaire vers 13/14 ans, parallèlement à la découverte de la sexualité et à l'explosion hormonale. Chez le jeune homme, la masturbation participe à la découverte du corps sexué, et à l'élaboration d'une image corporelle unifiée. Petit à petit, l'adolescent va s'approprier son corps, et affirmer son appartenance à un sexe pour se créer une **identité sexuelle**. Il accède à une sexualité génitale, marquée souvent par le premier rapport sexuel.

Raphael est un adolescent sourd atteint d'un TSA. Durant les séances de psychomotricité, il lui est arrivé plusieurs fois de se masturber devant nous (la main sous le caleçon). En psychomotricité, le corps est sollicité, et mis en relation. Les sensations procurées sont peut-être des sources d'excitation pour Raphael, qu'il n'arrive visiblement pas à apaiser autrement qu'en se masturbant. Ses problématiques autistiques, et son manque d'inhibition sociale viennent justifier également ce comportement. J'interprète ce besoin de masturbation comme la découverte d'un corps sexué, qui subit la poussée pulsionnelle libidinale de l'adolescence.

- **Le processus de deuil et le chemin vers l'autonomie**

Pendant l'enfance, le Moi est porté par les symbolisations du cadre parental. A l'adolescence, un **processus de séparation et d'individuation** est nécessaire pour accéder à l'autonomie. Ainsi, l'adolescent a un long **travail de deuil** à faire, pour renoncer à sa vie d'enfant et investir ce nouveau statut de jeune adulte. Selon D. Marcelli, ce travail consiste en une perte des « objets infantiles », qu'on peut analyser à deux niveaux. Il y a d'abord la perte d'« objet primitif », faisant parfois comparer l'adolescence à la petite enfance, avec la séparation de l'objet maternel. Puis la perte d'« objet œdipien » chargé d'amour, de haine, et d'ambivalence. (*Adolescence et psychopathologie*, 2008, p.19)

Pour cela, l'adolescent s'éloigne de ses parents dont la présence réactive les conflits œdipiens. Il modifie alors ses rapports avec ses parents en y mettant de la distance, et **rompt ainsi avec les modèles identificatoires de l'enfance**.

Même s'il est douloureux ou complexe, ce détachement des parents s'inscrit dans l'**acquisition de l'autonomie**. L'adolescent devient alors de plus en plus indépendant. Cette

notion d'autonomie physique et psychique est très importante à l'adolescence. Elle est caractérisée par l'installation d'un Moi autonome, mais aussi une nécessité de s'assumer et d'**être responsable**. Cependant, dans le cas de carences affectives, ou au contraire de relations fusionnelles, ce processus de séparation peut poser problème.

L'adolescent doit donc se séparer psychiquement de ses parents, mais continuer à s'appuyer sur l'histoire familiale pour pouvoir se construire. Il est pris entre les désirs inconscients parentaux, et ses propres désirs qui le poussent à prendre en main son destin. Ce paradoxe constitue l'essence même de la **crise adolescente**, marquée par la conquête de l'autonomie. P. Gutton parle de « mal en adolescence » (*Du mal en adolescence*, 2005). Cette période de crise est marquée par des tensions et des malentendus au sein de la relation parents-enfant. Il est difficile de prendre assez de recul sur cette période critique qu'est l'adolescence. En conséquence, on peut observer chez l'adolescent une alternance entre des **attitudes provocatrices** et de dépendance.

Parallèlement, les parents doivent aussi faire le deuil de leur rôle d'éducateur et de confident. Il leur faut supporter de ne plus être l'objet privilégié de leur enfant. Cependant, il est important de ne pas laisser l'adolescent en autonomie totale, mais de poser un cadre et des limites.

- **De nouveaux supports identificatoires pour une quête de l'identité**

L'accès à l'autonomie amène l'adolescent à **s'éloigner de ses images parentales intériorisées**, pour refonder son sentiment d'exister. C'est important pour qu'il puisse investir de nouvelles relations avec ses pairs, et trouver de **nouveaux supports d'identification**. L'identification est l'incorporation des caractéristiques d'une personne extérieure au sujet, qu'il assimile ensuite comme étant des éléments de son être. Dans sa quête de l'identité, l'autre devient un miroir. Il est également nécessaire que les relations se modifient avec les parents pour se choisir un objet d'amour de sa génération.

Ainsi, l'adolescent découvre plein d'autres domaines qui réorganisent ses modèles identificatoires. Le Moi devient stable grâce aux constructions identificatoires. Généralement, l'adolescent va trouver sa **place au sein d'un groupe**, dans lequel il se sentira reconnu et compris. Selon C. Potel, « le groupe est une enveloppe qui contient » (*Corps brulant corps adolescent, des médiations corporelles pour les adolescents*, 2006, p.77). La pression du groupe conduit l'adolescent à utiliser son corps comme support d'un discours social, à la fois pour se différencier d'autrui mais aussi pour chercher une ressemblance rassurante avec les autres. Il sera plus sensible aux phénomènes de mode, dans le but de ressembler aux jeunes de son groupe (tatouage, piercing...). La notion d'appartenance à un groupe est un élément préoccupant et très important pour les adolescents, et d'une manière totalement différente

qu'à l'enfance. C'est un moyen de vivre une **nouvelle forme de socialisation**, avec toutes sortes de relations, qu'elles soient amicales, amoureuses, ou conflictuelles. La nécessité d'investir de nouvelles relations sociales interroge les liens d'attachements développés durant la petite enfance.

Chaque adolescent construit ainsi son histoire et son identité, avec ses singularités. A. Birraux dit que « La subjectivation définira le travail d'appropriation du corps, des pensées et des désirs que l'adolescent doit accomplir pour accéder au statut hypothétique de sujet : aptitude à la reconnaissance de soi et à celle de l'autre. » (*Le corps adolescent*, 2004, p.32)

Ce nouvel équilibre est d'autant plus difficile à trouver lorsque l'adolescent n'a pas encore développé une personnalité bien constituée. On peut alors déceler une **fragilité identitaire** chez certains adolescents, et des difficultés à s'affirmer qui se manifestent par exemple par un effacement, ou une exhibition. Cette période de chamboulements qu'est l'adolescence, peut donc parfois perturber la construction identitaire de la personne, et le sentiment d'exister. Ce sentiment est en lien avec la sensation d'avoir un corps habité et pensé par soi, souvent débordé par la poussée pulsionnelle qu'amène la puberté. En effet, c'est un moment où certains adolescents peuvent se poser la question : « qui suis-je ? », « **pourquoi j'existe ?** ».

- **L'adolescent face à son corps**

De quel corps parlons-nous ? Nous pouvons parler de corps physique et anatomique, fait de chair et d'os, et de réalité fonctionnelle (comme boire et manger). Il y aussi le corps libidinal, et érotisé par une nouvelle sexualité. Mais le corps est également symbolique et social, porteur de communication et de relation.

P. Jeammet dit que : « Le recours au corps est à l'adolescence un **moyen privilégié d'expression**. Le corps est en effet un repère fixe pour une personnalité qui se cherche et qui n'a qu'une image de soi encore flottante » (*Evolution des problématiques à l'adolescence : l'émergence de la dépendance et ses aménagements*, 2010)

De quelle façon ce corps est-il éprouvé ? Vécu ? Subjectivé ?

L'adolescent est confronté à la transformation de cet instrument de référence par rapport à l'environnement, qu'est la perception de son propre corps. Il lui faut du temps pour se familiariser et **s'approprier son corps en changement** L'adolescent va devoir assumer son corps, ses pensées, sa sexualité, son identité...

L'adolescent qui communique à travers son corps, **exprime l'ensemble des symbolisations qui l'ont façonné**. Le corps représente pour l'adolescent un moyen d'expression symbolique de ses modes relationnels. Il lui permet ainsi de communiquer avec

son entourage et son environnement. Le corps est un outil d'expression, influencé par différentes pensées qu'il ne contrôle pas, mais qui viennent moduler son apparence et ses comportements. Il lui permet ainsi de **s'affirmer au monde**, et de se positionner.

Par conséquent, **le corps occupe une place essentielle à l'adolescence**. L'adolescent va alors investir son corps sous diverses formes. Par exemple, il va investir ses vêtements qui vont lui permettre d'affirmer sa personnalité, et son appartenance à un groupe, tout en ayant une fonction protectrice. En effet, les vêtements sont vécus comme une enveloppe qui sécurise.

L'adolescence est un lieu de constructions, mais aussi d'effondrements. Le corps subit tous les **tiraillements entre les pulsions internes du sujet, et les contraintes du monde extérieur**. Le paradoxe du corps à l'adolescence est d'être considéré comme un objet transitionnel, faisant à la fois parti du Moi et du non-Moi. L'adolescent peut considérer son corps comme quelque chose qui ne lui appartient pas. Le corps devient alors un lieu d'expression de son malaise, à travers lequel il manifeste ses angoisses.

Face à ce mal être, l'adolescent peut avoir recours à des conduites somatiques comme mode d'expression de ses difficultés, mais aussi comme moyen de relation. Il s'agit de **conduites centrées sur le corps** (troubles du sommeil, de l'alimentation, de l'hygiène...), pour **externaliser les excitations internes** sur lesquelles il est difficile de mettre des mots. L'adolescent va tenter d'identifier ces nouvelles sensations et émotions qui l'envahissent.

- **L'image du corps et sa dimension narcissique**

On ne parle pas de la même chose lorsqu'on évoque les notions de corps et d'**image du corps**, mais elles sont néanmoins complémentaires. Le corps est un lieu qui nous permet d'accueillir et ressentir nos sensations. C'est à travers les échanges avec l'entourage et l'environnement que le bébé va en faire quelque chose, et organiser petit à petit son image corporelle. L'histoire d'un sujet se construit de la rencontre entre le corps et les représentations qui vont progressivement l'habiter. L'image du corps dépend des investissements dynamiques, libidinaux, et agressifs, au cours de l'histoire du sujet.

En psychologie, on peut définir le mot « image » comme une « représentation mentale élaborée à partir d'une perception antérieure ». On pourrait assimiler l'image du corps au « **miroir de soi** ». La notion d'image du corps a des contours relativement flous. F. Dolto parle d'**image du corps inconsciente** (*L'image inconsciente du corps*, 1984).

La constitution de l'image du corps implique la **reconnaissance d'une limite corporelle**. D. Anzieu cible l'image du corps comme l'intégration et la représentation des limites (*Le Moi peau*, 1985). D. Anzieu cite également R. Angelergues, en disant que l'image

du corps est un « processus symbolique de représentation d'une limite qui a fonction d'image stabilisatrice et d'enveloppe protectrice. Cette démarche pose le corps comme l'objet d'investissement et son image comme produit de cet investissement » (1973). Cette image corporelle est en perpétuel remaniement.

A l'adolescence, les notions de transformations physiques et de puberté, sont liées à celle d'image corporelle, c'est-à-dire la perception que l'adolescent a de son propre corps. L'image du corps participe à l'élaboration du **sentiment d'exister**.

Selon A. Birraux : « Le narcissisme primaire est l'éprouvé de soi-même qui résulte de ce que peut faire le bébé, de la position dans laquelle le place l'imaginaire parental. Le narcissisme secondaire, lui, se définit comme l'investissement du corps propre en tant qu'objet différencié, indissociable du moi. Cet éprouvé est indissociable de l'expérience structurante du miroir » (*Le corps adolescent*, 2004, p.74)

L'intérêt que l'adolescent porte à son corps propre illustre la **dimension narcissique** dans le fonctionnement mental, c'est-à-dire la place que prend la question de l'image du sujet dans sa vie. Le narcissisme est à comprendre comme l'**investissement de soi**, comme l'amour que le sujet se porte à lui-même. C'est tout l'équilibre narcissique qui est modifié à l'adolescence. Chez certains adolescents, on peut voir un hyper investissement vis-à-vis de la silhouette, c'est-à-dire un intérêt exagéré pour le corps. Il peut s'agir d'une tentative d'appréhender les transformations pubertaires, pour les intégrer au niveau narcissique. Le surinvestissement de sa propre personne peut être source de souffrance. Dans le cas contraire, on peut voir un désintérêt du corps chez d'autres adolescents. Cette attitude correspond à une répression des désirs sexuels, et une régression vers des modalités infantiles. Ces mécanismes défensifs sont au cœur de la problématique narcissique de l'adolescent.

Le narcissisme de l'adolescent est également en lien avec le **narcissisme parental** projeté, avec l'idée qu'il peut réaliser les fantasmes de ses parents. Certains adolescents peuvent se sentir aussi dévalorisés de ne pas pouvoir les réaliser, ce qui s'apparente parfois à un état dépressif.

L'idéal du Moi est une image susceptible d'apporter un soutien narcissique. C'est le modèle auquel l'adolescent cherche à se conformer, c'est-à-dire la recherche d'une image satisfaisante de soi-même. Cet **idéal du moi** est au fondement de l'identité.

- **Les passages à l'acte**

Pour se protéger des aspects conflictuels de l'adolescence, le corps pubère qui s'affranchit de l'environnement parental peut **se mettre en danger** et prendre des risques, à travers des

conduites déviantes. Elles sont utilisées comme des **mécanismes de défense** contre la passivité. L'adolescent passe ainsi par l'agir pour tenter de **soulager ses tensions internes**, et **maitriser les transformations corporelles**. Cependant, ces conduites à risques peuvent être une voie d'entrée dans des pathologies adultes, c'est pourquoi il est nécessaire de repérer lorsqu'un comportement est normal ou pathologique pour un adolescent.

Généralement, ces comportements pathologiques prennent le corps pour cible. D. Marcelli les classe ainsi (*Adolescence et psychopathologie*, 2008) :

- Les conduites **alimentaires** pathologiques : boulimie, anorexie
- Les conduites **addictives** : toxicomanie
- Les conduites **phobiques** : retrait relationnel, arrêt de la scolarité
- Les tentatives de **suicide**
- Les **conduites à risque** : se mettre en danger
- Les **somatisations** : migraines, mal de dos...
- La **décompensation psychotique** : L'adolescence est une période critique pour l'apparition d'une psychose. Les transformations pubertaires amènent à l'adolescent une impression d'irréalité préoccupante, avec la sensation d'être dans un corps qu'il ne reconnaît pas et qu'il ne contrôle plus.

Léna est une adolescente que je rencontre à l'Atelier patin à glace. Cette jeune fille qui voit son corps changer et faire d'elle une femme. Je remarque un certain mal être physique et psychique chez Léna, qui s'exprime corporellement. Lorsqu'elle va mal, Léna somatise, en nous disant qu'elle a mal au ventre, ou à la tête. Quand son angoisse s'installe durablement, la somatisation peut être un moyen d'expression chronique.

Ines est également une adolescente que je rencontre à l'Atelier patin à glace. Les éducateurs du CESDA, ainsi que sa famille, ont remarqué depuis quelques temps des conduites alimentaires pathologiques chez Ines. Lorsqu'elle est en colère, ou triste, Ines refuse de manger. Sa mère nous a rapporté qu'elle avait perdu beaucoup de poids. Pendant le repas, Ines demande systématiquement à aller aux toilettes, et un grand nombre de fois également dans la journée. Elle a avoué récemment à une éducatrice avec qui elle se sent proche, qu'il lui arrivait de se faire vomir. Ici, Ines utilise l'anorexie et la boulimie pour pouvoir exprimer son mal être.

Le **passage par l'agir** est une **décharge motrice** qui permet à l'adolescent d'externaliser ses conflits internes et ses angoisses. Selon A. Porot, le passage à l'acte est le plus souvent

violent et agressif, à **caractère fréquemment impulsif** et délictueux (*Manuel alphabétique de psychiatrie*, 1952). On peut parler également de fugues, de vols, et de délinquance.

En plus des facteurs internes qu'amènent l'adolescence, s'ajoutent les facteurs environnementaux que décrit D. Marcelli. Parmi ceux-ci, il y a les conséquences de la liberté, de l'autonomie, et de l'indépendance qui favorisent l'agir. La puissance de l'appartenance à un groupe et l'influence des interactions sociales peuvent aussi provoquer l'agir, par imitation ou par réaction. Ou bien lorsque les exigences de la réalité sont trop difficiles à respecter pour l'adolescent, celui-ci peut avoir recours au passage à l'acte (*Adolescence et psychopathologie*, 2008, p.98).

Cette agressivité s'exprime différemment d'un adolescent à un autre. Elle peut être discrète et passée inaperçue, ou prendre de l'ampleur et éclatée aux yeux de tous. Elle concerne le vécu de l'adolescent, et représente toute la problématique entre l'envie de changer et d'évoluer, et le désir opposé de régresser. C'est à travers cette agressivité que l'adolescent pour affirmer ce qu'il est. Le recours à la violence est une tentative de donner du sens à son existence. Mais lorsqu'elle devient le seul langage possible, la communication avec l'autre ou avec soi est altérée.

Il peut s'agir de **violence hétéro-agressive** envers des objets ou des personnes, ou bien de **violence auto-agressive** avec des mutilations par exemple.

Les **auto mutilations** consistent à se faire du mal de façon délibérée, et souvent répétée, sans intention consciente de se suicider. La personne qui se mutiler peut se brûler, se couper, se griffer, se cogner... Les automutilations impulsives sont les plus fréquentes. Elles arrivent brutalement, **suite à une montée d'anxiété ou de colère** par exemple. Ici, l'adolescent passe d'une frustration qu'il subit à une douleur infligée. Cette décharge auto agressive peut résulter d'une **image de soi défaillante**. Au sujet de la douleur, la moitié des sujets qui se mutilent disent ne rien ressentir. Elle peut également être le signe d'un appel au secours, d'une demande de communication à l'autre. Les automutilations peuvent devenir fréquentes pendant un ou deux ans. Généralement, ces conduites s'atténuent progressivement avec le passage dans la vie adulte, et la découverte d'un équilibre meilleur. Elles peuvent néanmoins persister plus longtemps, et s'inscrire comme un rituel caché.

Ces auto mutilations sont en lien avec les transformations pubertaires et les limites corporelles que l'adolescent n'arrive parfois pas à intégrer. Dans cette conduite auto agressive, D. Le Breton distingue trois composantes. Il dit que le retournement de l'agressivité contre soi peut être associée à la **culpabilité**, et au besoin de se punir. Il parle d'une **recherche d'affirmation identitaire** par des marques corporelles, et par l'**exploration de**

limite de soi. Et selon lui, c'est une manière de faire « peau neuve » à travers une ritualisation (*La peau et la trace : sur les blessures de soi*, 2003).

Quentin est un jeune qui rencontre des difficultés à vivre et à accepter les frustrations. Un incident s'est passé au domicile familial, que sa mère a rapporté aux éducateurs. Quentin a l'habitude de se doucher avec sa petite sœur, avec qui il est très proche. Sa mère lui a demandé de se doucher seul, car il est maintenant trop grand pour partager ce moment avec elle. Quentin s'est énervé, et s'est enfermé dans la salle de bain. Pour calmer cette montée de colère, il a pris un rasoir et s'est mutilé à plusieurs reprises le dessus de la main. Quentin a sûrement utilisé cette conduite auto agressive, pour soulager une tension interne qu'il n'arrivait pas à contrôler sur le moment.

B) L'adolescent sourd et son corps

L'accès au langage contribue à l'évolution de l'affectivité, la construction de la personnalité, et à développer ses rapports sociaux.

Selon M.H. Herzog : « La surdité est un handicap lourd parce que le langage qui est touché n'est pas seulement un moyen de communication, mais aussi un vecteur de développement intellectuel, symbolique et social » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.11).

Nous l'avons vu, l'adolescence est une période critique qui peut être difficilement vécue, et d'autant plus lorsque le handicap de la surdité vient s'y greffer. L'adolescent sourd devra s'adapter à un monde fait par les entendants, pour les entendants.

• Le rapport à soi et à l'autre

Depuis l'annonce de la surdité, la relation parents-enfants a continué d'évoluer et de se construire autour de ce handicap. L'enfant sourd a grandi dans un climat où des choses sont mis en place pour pallier ce manque à entendre, tels que des moyens de communication et une scolarité adaptés. Mais l'arrivée de l'adolescence peut remettre en jeu le fondement de cette relation.

Généralement, l'adolescent sourd a envie de faire ses propres expériences comme les autres jeunes, et de ne plus dépendre de ses parents. Les réactions de la part des parents peuvent osciller entre **surprotection et rejet**. Dans le cas où le handicap a crée une relation particulière plus protectrice, il est difficile pour eux de trouver une juste distance. L'incapacité de certains parents à penser leur enfant apte de devenir adulte, et donc sujet à part entière,

sera un obstacle de plus sur lequel l'adolescent sourd viendra se heurter. L'orientation de leur enfant peut également être vécue comme un échec pour les parents, mais elle est pourtant une réalité clinique qu'ils n'ont pas voulu voir dans le passé, et qui ressurgit à l'adolescence. Cette **désillusion** renvoie aux **fantasmes des parents** que l'adolescent sourd n'est pas forcément en mesure de réaliser, et qui peut mettre à mal son estime de soi.

Finalement, il persiste encore des **blocages** des parents vis-à-vis du handicap de leur enfant, qui viennent complexifier la période critique de l'adolescence.

Au CESDA, la majorité des adolescents sourds évoluent dans un contexte familial et socio-culturel précaire. La plupart des parents refusent d'apprendre la langue des signes, par manque de moyens, ou de volonté. Cette barrière de la langue vient cristalliser les problèmes de communication déjà existants.

- **La construction identitaire de l'adolescent sourd**

La construction identitaire de l'adolescent est fragile, et d'autant plus pour ce jeune sourd, qui a l'audition et la parole en moins.

D'après S. Lecervoisière, neuf enfants sourds sur dix naissent dans une famille entendante (*Manuel d'enseignement de psychomotricité, clinique et thérapeutiques*, 1952, p.111). Au sein d'une famille entendante, comment l'adolescent sourd va-t-il trouver ses repères et ses modèles identificatoires pour accepter sa surdité et trouver sa place dans cette famille ?

L'**identification sociale** concerne particulièrement la période d'adolescence où s'élaborent les sentiments d'identité sur la base des identifications parentales. Comme nous l'avons vu, il y a une recherche de modèles d'identification extérieurs à la famille, s'inscrivant dans une dimension socioculturelle (à l'intérieur d'un groupe par exemple). Sur le chemin de l'âge adulte, il est important pour l'adolescent sourd de s'identifier à des adultes ayant la même déficience que lui. En effet, l'**identification adolescente passe fondamentalement par le semblable à soi**. (*Psychologie de la surdité*, 1996, p.231)

L'adolescent sourd va alors se **positionner par rapport à son handicap**. Il faut savoir que l'association de la surdité au handicap ne fait pas l'objet d'un avis unanime. Selon l'idéologie de chacun, elle n'est pas forcément considérée comme un handicap, mais plutôt comme une particularité qui possède sa propre langue, et sa propre culture. En effet, certains adolescents sourds sont loin de se considérer comme des personnes handicapées, d'autant

plus quand ils sont intégrés dans une structure spécifique pour sourds. Mais d'un point de vue physiologique, il s'agit bien d'un handicap sensoriel.

Enfant, l'adolescent sourd pouvait s'imaginer qu'il deviendrait entendant en grandissant, ou qu'il ne deviendrait jamais adulte. Or à l'adolescence, la réalité éclate et l'adolescent sourd doit faire face à son handicap, et à la réalité du monde extérieur. Il est possible qu'il puisse se questionner au sujet de son handicap, et qu'il demande des renseignements sur l'origine de sa surdité. Les réponses qu'il a eu étant enfant ne lui suffisent plus. Selon M.H Herzog : « L'enfant sourd pose des questions sur sa surdité à différents âges, alors même que des réponses claires lui ont été initialement données » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.42).

D'après D.Colin, la déficience auditive suscite des réactions de la part de la personne sourde, mais également de la part de l'environnement familial, et de la société en général (*Psychologie de l'enfant sourd*, 1978).

Cette privation de l'ouïe dont il souffre ne se voit pas, ce qui la rend plus difficilement représentable pour lui-même, comme pour les autres. Par ailleurs, l'adolescent sourd peut appréhender le regard de l'autre vis-à-vis de sa surdité, et **redouter le jugement**. Selon B. Virole : « Se voir handicapé dans le regard de l'autre, c'est se voir amputé de sa propre intégrité » (*Psychologie de la surdité*, 1996, p.401). En effet, le handicap peut renvoyer une **image d'incomplétude**.

Pour Ines, il est difficile d'accepter le handicap de la surdité, et notamment auprès de personnes entendantes. Jusqu'à présent, sa mère refusait qu'elle signe en public (en pensant que c'était honteux), ce qui la dévalorisait d'autant plus. Dans le cadre de son orientation professionnel, Ines va être amené à pratiquer l'équitation avec des personnes entendantes. Elle dit qu'elle appréhende beaucoup à l'idée de les rencontrer. Ines a peur du regard des autres, d'un potentiel jugement, ou des difficultés de communication.

La difficulté pour l'adolescent sourd est de trouver sa place dans un monde qui n'est pas toujours adapté pour lui. En effet, la surdité vient modifier le sens de la réalité, marquée par l'apparition d'un sentiment d'étrangeté au monde. L'**acceptation du handicap** par l'adolescent peut se faire de différentes manières.

Il peut, par exemple, se positionner en tant que personne sourde à part entière et

Par exemple, Adam se considérait comme une personne entendant pendant une période, alors que Mélanie voulait revendiquer son statut de sourd en refusant d'oraliser, et de porter l'implant.

décide de communiquer en LSF. Comme toutes les langues, elle permet d'échanger et de nouer des liens entre les personnes qui la pratiquent. On peut observer par exemple le refus de porter l'implant chez certains d'entre eux. C'est alors qu'on voit l'adolescent sourd **affirmer son identité de sourd**.

D'autres adolescents sourds sont appareillés et oralisent, et se considèrent comme des personnes entendantes, par imitation. Ils peuvent cependant rencontrer des incompréhensions au sein de la communication, en raison d'un retour auditivo phonique peu efficace. Cela leur demande certains efforts d'ajustement et d'adaptation.

Et d'autres encore oscillent entre les deux. Ils communiquent en LSF avec les autres personnes sourdes, et oralisent avec les entendants. Cela n'aide pas forcément à se construire une identité, mais permet une meilleure intégration dans la société.

Avec les remaniements qu'amène l'adolescence, ce positionnement est souvent indécis, et fluctuant selon l'interlocuteur (s'il s'agit d'une personne sourde ou entendants). Comme tout adolescent, **la difficulté est celle de s'accepter soi**. Mais la différence est que la surdit e vient rajouter de la complexit e dans cette acceptation. L'adolescent sourd doit donc trouver ce qui l'identifie en tant qu'individu diff erent. Progressivement, l'adolescent sourd va prendre conscience de son handicap, de sa sexualit e, et de l'avenir qui s'offre à lui.

- **L'importance d'un groupe à son image**

Un bon nombre de jeunes sourds subissent, pendant plus ou moins longtemps, un **isolement social** important. Cette p eriod e d'isolement peut influencer leur envie d'apprendre, et par cons equent leur r esultat scolaire. Se sentir isolée est également **n efaste pour une bonne estime de soi**, et pour pouvoir entrer en communication avec les autres.

Quelques chercheurs ont étudiée le ph enom ene de r esilience de jeunes sourds, face à cet isolement social. Par exemple, Charlson et al. (1992) ont analys e les caract eristiques d' l eves sourds en coll ege et lyc ee. La conclusion de cette étude est que les adolescents sourds souffrent d'avantage d'isolement dans des écoles pour entendants. Ils remarquent ainsi que l' ideal pour ces jeunes sourds est de c otoyer d'autres adolescents sourds, pour pouvoir rompre avec ce sentiment d'isolement.

Pour se r eassurer comme beaucoup d'adolescents, c'est au sein d'un groupe de jeunes d eficients auditifs que l'adolescent sourd se sentira plus fort et soutenu. C'est à dire dans la **communaut e sourde**, parmi ses pairs avec qui il partage le m eme langage, et les m emes angoisses. On remarque une persistance de liens sociaux particuliers entre les personnes sourdes. N eanmoins, la communaut e sourde est g en eralement un milieu fermée. En effet, les adolescents sourds qui grandissent dans les m emes structures, se c otient depuis leur plus jeune âge.

En observant les jeunes dans la cour du CESDA, je peux voir l'importance pour chacun d'entre eux d'appartenir à un groupe. Je remarque une solidarité singulière, et des liens très forts entre eux. Le ressenti d'une cohésion au sein de la communauté sourde est frappant.

- **Le besoin d'une décharge tonique**

L'hypertonie est une forte **contraction musculaire**, une augmentation du tonus de base. Elle a une fonction particulière de **pare excitation**, comme système de régulation, pour contrôler les stimuli externes qui pourraient être vécus comme trop violents. L'hypertonie est considérée comme pathologique quand le sujet n'est pas capable d'avoir une résolution tonique volontaire.

Nous avons remarqué qu'il n'était pas rare de voir s'installer une **hypertonie** dans le développement psychomoteur de l'enfant sourd. Cette hypertonie lui permet de s'adapter et réagir à son environnement. Il est amené à se contracter et déployer un état d'hypervigilance pour répondre au manque d'anticipation, et se tenir prêt à réagir à telle ou telle situation. A l'adolescence, nous pouvons souvent observer que cette tension persiste encore, et s'exprime dans l'**engagement corporel et gestuel** de la personne, qui reflète les traces de son vécu émotionnel.

En effet, d'après D. Colin : « Un mode habituel de décharge de l'agressivité passe par le langage. Au fur et à mesure que l'enfant grandit, les émotions se socialisent. Elles perdent leur violence explosive (au niveau du corps) et s'expriment de plus en plus par le biais de langage. Pour l'enfant sourd, la colère exprimée par le corps ou par le geste restera plus longtemps son mode d'expression privilégiée » (*Psychologie de l'enfant sourd*, 1978, p.82).

Ainsi, le langage corporel de l'adolescent sourd est d'une grande richesse.

En effet, je remarque toute la richesse du langage corporel, chez la plupart des adolescents sourds que je rencontre. En communiquant par exemple avec Quentin, je le sens très tonique dans sa façon de signer et de s'adresser à moi. L'expression de ses émotions est d'avantage exacerbée car le corps est engagé dans la communication, à travers la langue des signes. Quentin utilise le langage corporel, pour montrer sa présence. Il s'agit d'un surinvestissement corporel dans son expressivité, pour décharger parallèlement une tension interne.

D'après M.H Herzog : « De la même façon que l'enfant peut retenir sa voix pour ne pas la perdre, l'enfant sourd se contracte pour ne pas se perdre. **Son hypertension c'est sa présence, son unité, son moi corporel** » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.2).

Chez les personnes atteintes de surdité, **les tensions se déchargent davantage en action** qu'en stratégies mentales. Par exemple, l'adolescent sourd peut avoir besoin de bouger et de cogner pour soulager ces tensions. Il peut avoir recourt à la violence et à la tonicité pour se sentir exister. C'est donc généralement à travers l'hypertonie qu'il semble décharger ses tensions. Cette hypertonicité peut être comprise comme « **un trop plein** » qui **ne peut pas encore s'exprimer**.

Chez l'adolescent sourd, le **cri** prend également la valeur d'une **décharge tonique**. En effet, il peut crier pour exprimer ce qu'il ressent. Pour lui, le son est vécu de l'intérieur, il n'est donc pas toujours en mesure de contrôler ses cris. Selon M.H. Herzog : « Le passage du cri à l'expression contrôlée du mot demande à l'enfant sourd une capacité de distance par rapport à ce qu'il ressent et une certaine conscience de ses limites corporelles pour faire sortir un mot » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.44). Néanmoins, nous avons vu qu'un **défaut d'intégration des limites corporelles** n'est pas rare chez ces jeunes déficients auditifs. En criant, l'adolescent sourd recherche aussi **de la raisonance et des vibrations**, auxquelles il est particulièrement sensible. D'après D. Colin : « Le sens vibratoire, dont l'ouïe serait un perfectionnement, peut remplacer l'audition dans certains cas » (*Psychologie de l'enfant sourd*, 1978, p.35).

Régulièrement, Raphael pousse des cris continus, en variant d'intensité. J'interprète ce comportement comme une recherche sensorielle de résonance. Le cri amène des vibrations dans le corps, auxquelles Raphael est très attentif. A ce moment-là, je le vois   l'écoute de son corps, sensible aux sensations qu'il lui procure.

La richesse de la communication non verbale pourra amoindrir ces tensions qui s'expriment souvent dans l'excès.

- **Un vécu corporel encore fragile**

Comme nous l'avons vu, en raison d'un développement psychomoteur particulier, il est possible d'observer chez l'adolescent sourd une **difficulté pour se construire une enveloppe corporelle contenant** (ou alors il l'investit d'une autre manière). Par conséquent, on peut avoir un **vécu corporel fragilisé**. Des répercussions peuvent être repérées au niveau du **schéma corporel**, et de l'**image du corps**. D'après M.H Herzog : « L'enfant sourd, dans son image du corps, n'a pas une bonne perception entre son image interne et son image externe » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.42).

Il y a peut donc y avoir un **impact sur l'intégrité corporelle** de l'adolescent sourd, qui peut se sentir moins assuré dans sa perception et son engagement corporel.

B. Virole évoque cette marque dans l'intégrité corporelle, en rappelant que généralement, une surdité n'est pas survenue seule. Que ce soient des infections anténatales,

des difficultés périnatales, ou des maladies plus tardives, on constate régulièrement les séquelles. Il y a également la présence d'un **vécu hospitalier**, qui vient marquer l'adolescent sourd dans son corps (*Psychologie de la surdité*, 1996, p.403).

Par ailleurs, le handicap renvoie à une image d'impuissance. Cela ne facilite pas le travail de l'adolescent sourd qui concerne l'investissement de son corps sexué. Il vit parfois son **corps comme inachevé**, avec un trop plein de sensations non extériorisées, et un vide sonore. Selon M.H. Herzog : « Par manque de perceptions claires entre son espace interne et son espace externe, l'enfant sourd explore sans cesse ses enveloppes : il fait dans un agi immédiat des expériences douloureuses de ses limites corporelles. Entre un trop-plein interne et un vide extérieur, il **se construit une enveloppe serrée, tendue** » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.2).

Ainsi, la déficience sensorielle touche l'adolescent dans son corps. L'adolescent sourd peut rencontrer des **difficultés à être à l'écoute de son corps**, et de ses sensations. Il doit pourtant se construire une enveloppe externe, et un intérieur non dévastateur, pour être en mesure de réguler les interactions du dedans et du dehors.

- **Des traits de personnalité particuliers**

Les adolescents sourds se comportent très différemment selon où ils se trouvent, que ce soit en institution, dans le cadre familial, ou dans un milieu d'entendants. Chacun d'entre eux évolue dans un **contexte singulier**, et développe ses propres traits de personnalité.

D'après le test de Rorschach, C. Beizman note certains **traits de la personnalité** qui reviennent souvent chez les sujets sourds. On retrouve par exemples des difficultés de conceptualisation, une **immaturité émotionnelle**, une certaine rigidité, des difficultés dans l'établissement de relations sociales satisfaisantes, et des intérêts culturels plus limités (« Quelques considérations sur le Rorschach des sourds-muets », 1950).

De plus, M.H. Herzog dit ceci : « Il a une appréhension égocentrique des événements. Il ne fait pas le tri dans tout ce qu'il perçoit. Il a parfois l'idée que tout dépend de lui, qu'on parle, qu'on se moque de lui tout le temps » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.43). En effet, certaines situations peuvent amener une **paranoïa** chez le jeune sourd, lorsqu'il se retrouve confronté à la barrière de la langue.

Ces traits de personnalité ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population sourde. De façon plus générale, certains auteurs pensent que tous les types d'ajustement peuvent être trouvés chez les enfants sourds.

Pour P. Oléron : « De tous les traits caractéristiques du sourd que l'on pourrait relever, il est bien évident que la surdité n'est pas la cause directe ; elle n'est cause que par les situations et les expériences qu'elle provoque » (*Recherches sur le développement mental des sourds-*

muets, 1957). En effet, un enfant sourd ne développera pas les mêmes traits de personnalité selon le cadre dans lequel il évolue. Par exemple, s'il grandit dans une famille d'entendants, ou bien de sourds.

- **Psychopathologie de l'adolescent sourd**

Si la dimension somatique pubertaire se développe de la même façon chez les jeunes sourds, les autres dimensions sont modifiées spécifiquement par la perte d'audition. La plupart du temps, l'émergence de **situations pathologiques** est multifactorielle.

Selon D. Colin, on retrouve régulièrement des **troubles du caractère et du comportement** chez l'adolescent sourd, qui s'accompagnent par exemple d'**impulsivité**, d'**agressivité**, d'**explosivité**... qui perdurent à l'âge adulte (*Psychologie de l'enfant sourd*, 1978, p.89). Les troubles profonds de la personnalité sont également fréquents chez l'adolescent sourd, et se manifestent notamment par des passages à l'acte et de la **violence**.

On retrouve aussi des **états dépressifs**. D'après C. Colin, on peut émettre l'hypothèse que cette dépression est la conséquence d'une souffrance de la communication, ou de la « ségrégation » du monde entendant (*Psychologie de l'enfant sourd*, 1978, p.89).

Qu'il s'agisse de comportements violents, ou de signes dépressifs, ces psychopathologies s'accompagnent généralement de comportements d'**opposition scolaire et familiale**, associés à un refus des sollicitations éducatives.

A l'adolescence, le système cognitif se fixe définitivement du fait de la nouvelle organisation neuronale. Pour le jeune sourd, ce passage à l'adolescence creuse un écart impossible à combler entre ses véritables compétences et les attentes scolaires. D'après B. Virole, on note beaucoup d'**échecs scolaires** du jeune sourd. Les difficultés d'accès au langage oral se répercutent sur certains apprentissages. Il faudra alors adapter les contenus pédagogiques au profil de l'adolescent sourd. Il s'agit par exemple de moyens d'apprentissage basés sur du concret, et du visuel (*Psychologie de la surdité*, 1996).

Un grand nombre d'enfants et d'adolescents sourds présentent également des **inhibitions intellectuelles** massives. Elles sont le résultat d'un développement précoce sans possibilité de communiquer aisément.

Après avoir décrit la problématique du jeune déficient auditif dans sa période adolescente, nous allons chercher un outil thérapeutique pour répondre aux besoins de cet adolescent sourd, en psychomotricité.

III- Problématique et hypothèse autour du toucher

A) Le tactile comme opérateur de continuité

Comment l'enfant sourd peut-il compenser ce manque à entendre ?

Pour cela, l'enfant sourd va devoir trouver des moyens de pallier la déficience auditive en investissant les autres modalités sensorielles. De la vie fœtale à la naissance, l'audition et le tactile sont des opérateurs de continuité. De ce fait, en l'absence du sens auditif, l'enfant va investir d'avantage le tactile. D. Colin parle d'une **sensibilité tactile** chez les sujets sourds (*Psychologie de l'enfant sourd*, 1978, p. 35).

- La maturation du toucher dans le développement de l'enfant sourd

Le toucher est le **premier sens** à se développer *in utero*. Il est sollicité entre la 8ème et 10ème semaine de vie intra utérine (« L'aube des sens », *Les cahiers du nouveau-né*, 2009). En effet, les **récepteurs cutanés** qui assurent la perception du toucher, apparaissent à deux mois de grossesse environ. A la 11ème semaine de gestation, ces récepteurs tactiles sont présents sur l'ensemble du visage, sur la pomme des mains, et la plante des pieds. A la 20ème semaine, c'est tout le corps du fœtus qui en est doté, et qui réagit aux stimuli tactiles.

Avant la naissance, le bébé peut ainsi faire l'expérience de la stimulation tactile dans le ventre de sa maman. Tout son corps, et particulièrement son dos, est en contact avec la paroi utérine qui lui apporte une **sensation sécurisante**. Lorsqu'il se déplace dans le liquide amniotique, il éprouve l'agréable sensation d'être enveloppé de caresses. Sa peau devient un terrain privilégié de stimulations et d'échanges. On considère que les mouvements du bébé contribuent au fait que l'enfant commence à découvrir son corps. Il y a donc déjà une expérimentation de la **proprioception**, et une recherche de sensations. On associe souvent le toucher avec la proprioception, celle-ci ayant à voir avec la perception de soi-même.

Cela se retrouve également après la naissance, avec le **portage**. Dans son hypothèse psychanalytique, G. Haag explique que lorsque la mère porte l'enfant dans ses bras, le bébé accède au **sentiment de rassemblement** de l'espace avant et arrière. Dans les bras de sa mère, l'enfant aura alors conscience d'un corps unifié et fermé (« Le développement psychique du jeune enfant dans les trois premières années de la vie », 2001).

Par la suite, le bébé va d'abord explorer le monde par le toucher. Le sens du tactile est alors très investi par l'enfant sourd, notamment dans sa relation avec les objets. Il ressent un besoin de toucher, de tester les limites, de vérifier. De cette façon, il appréhende le monde par le toucher et s'approprie ainsi les qualités de ce qui l'entoure. Il en est de même avec son entourage, et en particulier avec sa mère. L'enfant sourd recherche ce contact physique, ce corps à corps. Le sens du tactile contribue à un **sentiment de continuité** entre la vie utérine et la vie dans le monde extérieur. A travers le toucher comme connaissance sensorielle, l'enfant sourd devient acteur. Il lui permet découvrir le monde, son propre corps, et de faire du lien avec les autres.

Ce toucher est donc également un **sens explorateur** qui se développe en complément de la vision, ou même en suppléance dans le cas de déficit sensoriel. En effet, la **dimension visuelle** est également très importante pour cet enfant sourd. Il va s'y rattacher car elle lui permet d'être en relation avec son environnement. Cependant, il peut rencontrer des difficultés pour prendre de la distance et se détacher du canal visuel qui le maintient en contact avec son entourage.

Le sens du tactile agit comme un **fil conducteur** dans le développement de l'enfant sourd. C'est pourquoi on peut inciter les parents d'enfant sourd à remplacer le portage oral par le tactile, comme le souligne B. Virole. Ce sont des enfants qu'il faut beaucoup toucher pour pouvoir les prévenir, les interpeller, leur signifier quelque chose ; tout en veillant à se mettre dans leur champ de vision (*Psychologie de la surdité*, 1996).

- **L'expérience de la peau dans la construction de l'enveloppe psychique**

Qu'est-ce qu'une enveloppe ? Selon l'étymologie, « **l'enveloppe** » c'est un étui, une gaine, un fourreau, un contenant, un réceptacle. Ce qui caractérise l'action d'envelopper, c'est couvrir, contenir, emmailloter.

Un « **contenant** » est défini par un objet qui contient, qui a la capacité de maintenir. « **Contenir** » c'est maintenir ensemble, unir, former un tout cohérent. C'est aussi la caractéristique statique de l'enveloppe qui tient et entoure des parties, qui les fait fonctionner ensemble de manière harmonieuse la plupart du temps. Elle est donc animée par la fonction de contenance, qui permet **l'intégration de l'enveloppe corporelle au niveau psychique**.

En effet, pour D. Houzel, l'enveloppe a une fonction contenante qui consiste à contenir et à transformer (*Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, 1987).

S. Freud dit que : « Le moi est avant tout un **moi corporel**, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface » (*Le moi et le ça*, 1923, p.238). Il met en évidence les **limites du Moi**, d'un dedans et d'un dehors (*Esquisse d'une psychologie*

scientifique, 1986). Selon lui, la peau est une **interface** entre l'intérieur et l'extérieur, qui va envelopper l'appareil psychique. Elle filtre les échanges entre le dedans et le dehors. L'enveloppe est donc le réceptacle des afférences du monde extérieur, sources d'excitations, qui peuvent être perçues comme du plaisir ou du déplaisir. S. Freud considère l'enveloppe et la membrane comme deux synonymes, ayant un **rôle de pare-excitation**. (*Au-delà du principe de plaisir*, 1920).

Pour W.R. Bion, l'expérience confuse du bébé nécessite la présence d'un contenant (représenté par l'appareil à penser de sa mère) qui puisse accueillir et transformer cette expérience, la **détoxiquer**. Le « contenant-contenu » ainsi formé est réintrojecté par le bébé, et se développe jusqu'à devenir le propre **appareil à penser** du bébé. L'**objet contenant** transforme les éléments « bêta », éléments bruts projetés, en éléments « alpha », éléments disponibles pour la pensée. Ainsi, c'est la fonction contenante de la mère qui donne de la cohérence et du sens aux projections du bébé (*Aux sources de l'expérience*, 1979).

Comme en parle R. Roussillon, cette fonction contenante est une **fonction « symbolisante »** (1995). Ce qui contient, ce qui detoxifie l'expérience, c'est le processus de symbolisation.

E. Bick, dans la lignée de W.R. Bion, décrit la **fonction psychique** de la peau dans le développement du bébé. Elle montre la nécessité de l'expérience d'un objet contenant, auquel le bébé puisse s'identifier afin de se sentir suffisamment contenu dans sa propre enveloppe corporelle. Cet objet contenant est éprouvé comme une peau. L'enveloppe résulte de l'intériorisation de l'objet contenant, ou de la fonction contenante de l'objet. Elle décrit par ailleurs la manière dont les perturbations de cette fonction « première peau » peuvent conduire au développement d'une formation « seconde peau », en créant un substitut à cette fonction de contenant-peau (« L'expérience de la peau et dans les relations d'objets précoces », 1968). Cette **seconde peau pathologique** peut être de nature musculaire ou motrice, comme de l'hypertonie par exemple.

On ne peut pas avoir de contenu s'il n'y a pas de contenant. Dans certains cas, D. Anzieu dit que « le contenant contient mal ou contient de travers » (*L'épiderme nomade et la peau psychique*, 1990). A la carence de ces fonctions peuvent répondre différents types d'angoisses.

Dans *Naissance à la vie psychique* (p.119), A. Ciccone et M. Lhopital reprennent l'hypothèse du **Moi-peau** de D. Anzieu. Selon D. Anzieu, les expériences tactiles amènent le bébé à distinguer une surface comprenant une face externe et une face interne, et à donc à différencier **le dehors et le dedans**, et la notion **volume** dans lequel il se sent baigné. Ce volume procure à l'enfant la sensation d'un contenant. Comme S. Freud, D. Anzieu compare cette surface à une « interface ». Les échanges corporels avec la mère amènent le bébé à percevoir la peau comme une surface, qui participe à l'élaboration d'une **intégrité de**

l'enveloppe corporelle, et narcissique. D. Anzieu : « Par moi-peau, je désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps ». Le Moi-peau se développe ainsi sur la **pulsion d'attachement**, et « fonde la possibilité même de la **pensée** ».

Selon D. Anzieu, l'enveloppe psychique contient deux couches qui se distinguent dans leur fonctionnement. La couche externe est la plus rigide, elle va filtrer les stimulations du monde extérieur, pour jouer le rôle de pare-excitation. La couche interne est la plus sensible, elle reçoit les signaux. Ainsi, l'enveloppe psychique est une interface qui sépare le monde externe du monde interne, tout en les mettant en relation (*L'épiderme nomade et la peau psychique*, 1990).

Ainsi, la peau intervient comme un **vecteur de communication**, et de signification dans le développement de l'enfant sourd.

- **Le toucher dans sa globalité**

Selon J. Savatofski, tout comme boire, manger, dormir, respirer... le toucher est une **nécessité vitale**, dont la privation chez le jeune enfant pourrait nuire à son bon développement. Comme les autres sens, si le toucher n'est pas suffisamment stimulé, il peut perdre sa sensibilité. Plus la peau est touchée et caressée, plus elle sera réceptive (*Le toucher apprivoisé*, 2009).

Selon D. Anzieu, l'enveloppe psychique de base est une **enveloppe tactile**. Selon lui, « La peau possède un **primat structural** sur tous les autres sens ». En effet, le toucher est le sens le plus généralisé, en étant diffus sur toute la surface de la peau.

D. Anzieu explique aussi qu'elle contient elle-même **plusieurs sens distincts**. En effet, ses récepteurs tactiles ont la faculté d'analyser différentes qualités sensorielles. Ils sont sensibles au froid, à la chaleur, à la pression, à la douleur, « au plaisir ». Ce qui explique que la nature d'une sensation peut passer de l'un à l'autre.

De plus, D. Anzieu ajoute que : « Le toucher est le seul des sens externes à posséder une **structure réflexive** ». Le toucher répond en effet à une dialectique : je touche, et je suis touché dans le même temps. Ainsi, il n'y a pas de toucher sans réciprocité. Il s'agit d'une bipolarité activité-passivité qui rend le toucher d'autant plus complexe. Selon D. Anzieu : « C'est sur le modèle de la réflexivité tactile que se construisent les autres réflexivités sensorielles. Etayée sur cette réflexivité sensorielle, se développe la réflexivité de la pensée » (*L'épiderme nomade et la peau psychique*, 1990, p.68-69).

Voici certains aspects importants du toucher selon C. Potel (*Psychomotricité : entre théorie et pratique*, 2008) :

- Le toucher **dans la culture** : Le sens et la valeur du toucher diffèrent d'une culture à une autre. Pour certaines civilisations, il permet de rentrer facilement en communication. Pour d'autres, il est au contraire objet de tabou et d'interdit.
- Le toucher **aux différents âges de la vie** : Le ressenti et l'utilisation du toucher varient en fonction de l'âge de la personne. Pour un enfant, ça peut être un moyen de rentrer facilement en communication, de manière spontanée. Pour l'adolescent, le toucher est associé à une sexualité naissante, et peut être vécu comme une gêne, notamment vis-à-vis de ses parents. Pour l'adulte, le toucher peut faire écho à la façon dont il a été lui-même touché étant plus jeune, par exemple dans ses relations en tant que parent avec ses enfants.
- Le toucher est lié aux **sentiments** : Lorsqu'on est amoureux, on ressent le besoin de se rapprocher corporellement de la personne désirée. Mais le toucher est lié également aux sentiments de haine, d'agressivité, et de violence. Par exemple, une agression physique engendre aussi le rapprochement de deux corps, après avoir franchis la distance qui garantit le minimum d'espace vital. Le toucher établit une relation d'intimité.
- Le toucher a une **valeur sexuée** : C. Potel le précise ainsi : « Il vectorise, véhicule, l'identité sexuée de chacun. Il est forcément tributaire ou attribut de cette dimension qui définit l'humain, qui détermine l'identité du sujet. Selon qu'on est une femme ou un homme, un garçon ou une fille, on ne touche pas pareil, on ne ressent pas pareil ».

- **Ethique et toucher**

Le toucher prend racine dans la sensation, mais il peut également être **symbolisé**. Une personne peut être touchée par des gestes, mais aussi par des mots. Il n'y a pas une unique façon de toucher. Le contact revêt diverses manières de faire, et peut être interprété différemment d'un sujet à l'autre. A. Lauras-Petit a décrit **divers touchers**, en voici certains (*Manuel d'enseignement de psychomotricité, méthodes et techniques*, p.295) :

- Toucher objectivant : déshumanise la personne
- Toucher flou, hésitant : dans la retenue du geste
- Toucher invasif : s'infiltrer partout, et ne respecte pas les limites de la personne
- Toucher **excitant** : peut être comparé aux « chatouilles », et entraîner de l'inquiétude

- Toucher carençant : gestes répétitifs qui laissent la personne dans une passivité
- Toucher surprenant : ne prévient pas, et peut déconcerter la personne
- Toucher **structurant et contenant** : réaffirme l'unité de l'image corporelle
- Toucher ferme : amène de la solidité
- Toucher **enveloppant** : gestes qui tissent la surface englobante de la peau
- Toucher profond : amène du volume, de la résonance
- Toucher différenciant : distingue certaines parties du corps
- Toucher enraciné : amène de l'énergie, et un effet sécurisant
- Toucher engagé : implique le corps dans sa globalité
- Toucher ajusté : gestes progressifs qui respecte les limites de la personne
- Toucher rythmé : gestes répétitifs qui suivent une cadence
- Toucher **apaisant** : amène le calme

Ainsi, le toucher peut se différencier selon le caractère du geste effectué, qui ne prendra pas le même sens selon son intensité, sa régularité, son intention... De plus, la perception du contact reçu dépend de l'histoire de la personne, et des **souvenirs** qui peuvent en émerger.

B) Le toucher thérapeutique : un potentiel outil pour les adolescents sourds en psychomotricité

Comme nous l'avons vu, le toucher intervient comme un fil conducteur dans le développement de l'enfant sourd. Il serait donc intéressant d'aborder les effets du toucher sur les adolescents déficients auditifs, en psychomotricité.

Tout comme la psychomotricité, la relaxation considère le sujet dans sa globalité psychocorporelle, et dans son histoire pathologique, et affective. L'intérêt de la psychomotricité, pour un adolescent sourd, est son approche corporelle singulière. En psychomotricité, le corps est impliqué en action et en relation avec autrui. De plus, l'approche psychomotrice amène une réflexion autour de l'expérience corporelle vécue.

P. Prayez explique que dans notre société actuelle, le toucher est affaire de tabous et présente de nombreux interdits. Néanmoins, il prône les **bienfaits du toucher thérapeutique** en psychothérapie, et comment on peut l'utiliser (*Le toucher en psychothérapie*, 1994).

La **pratique des massages** concerne la sensorialité, et particulièrement le toucher avec le contact de la peau. Le toucher représente la plus ancienne forme de thérapie naturelle. Le

massage fait partie de la médecine traditionnelle chinoise, vieille de 4000 ans. Il s'agit d'un toucher privilégié dont les effets ont été développés par divers auteurs.

Au travers de cette médiation corporelle, quels seraient les apports d'un toucher thérapeutique au contact d'adolescents sourds, en psychomotricité ?

- **Un apaisement des tensions corporels**

Comme nous l'avons vu, nous pouvons souvent observer une forme d'hypertonie dans le développement de l'enfant sourd. Cette **tension corporelle** persiste encore à l'adolescence, et s'exprime dans l'engagement corporel et gestuel de la personne. Dans certains cas, le contact peau à peau peut être ressenti comme une **cuirasse tonique**, qu'on pourrait tenter d'apaiser à travers la pratique des massages. Le psychomotricien peut proposer des **séances de relaxation** autour de ce toucher-massage, pour aider l'adolescent sourd à accepter l'immobilité sans le vivre comme une perte ou un danger, et à diminuer petit à petit cette hypertonie. Ici, la relaxation pratiquée ne vise pas à contrôler le corps, mais à **se détendre**, et à **lâcher prise**, comme l'explique J. Sarda (« Le toucher en thérapie psychomotrice », *Enfances & Psy*, 2002).

Ce travail corporel induit des effets au niveau psychique et physique. Selon B. Gucy et H. Crête-Charbonneau (« Les techniques de relaxation », *le Médecin du Québec*, p.72) :

Les principaux **effets physiologiques** de la relaxation :

- Réactions cardiaques : **diminution du rythme cardiaque**, et circulation du débit sanguin vers le cerveau et la peau
- Cortex cérébral : augmentation du rythme alpha, et synchronisation-cohérence de la répartition de l'activité alpha dans le cerveau
- Réactions biochimiques : diminution de la réponse aux récepteurs adrénérgiques, diminution du lactate, diminution du cholestérol, diminution du cortisol, et augmentation des métabolites de la sérotonine
- **Respiration** : diminution du rythme respiratoire, et diminution de la consommation d'oxygène
- Muscles : **diminution du tonus musculaire**

Les principaux **effets psychologiques** de la relaxation :

- Comportement : augmentation de l'habileté perceptuelle, assouplissement des réponses perceptuelles et émotives à l'environnement, augmentation de l'empathie pour les autres, et **diminution de l'anxiété**

- Expériences subjectives : tranquillité de l'esprit et du corps, **sensation de calme** et de paix, expérience d'une désensibilisation globale, et comportement plus stable.

Cette expérience de détente a pour objectif d'harmoniser les fonctions physiologiques et psychologiques.

Selon J. Berges, les objectifs thérapeutiques de cette médiation sont entre autre : **l'amélioration des capacités d'attention** soutenue, le recentrement, la gestion de l'anxiété s'il y en a, et **l'autorégulation tonico émotionnelle** (*Manuel d'enseignement de psychomotricité : méthodes et techniques*, 2015).

Ainsi, l'intention du toucher-massage a des **effets relaxants, déstressants, apaisants**, et amènent de la **réassurance**. Le massage abaisse la tension artérielle, ralentit le rythme cardiaque, et aide à la respiration (souplesse, ampleur, rythme). C'est une technique qui influence la **baisse du niveau de vigilance**, et qui modifie des états de conscience. Ainsi, la relaxation permet peu à peu d'accéder à un **bien-être**, et à se sentir mieux.

Rose est une adolescente sourde qui présente un retard intellectuel, et que je rencontre en séance de psychomotricité. Elle investit particulièrement le temps de massage que je lui propose. Des signes physiques m'indiquent qu'elle est détendue, et qu'elle profite de mes inductions tactiles. Je peux sentir un relâchement musculaire sous mes doigts, et son tonus diminuer. Rose ferme les yeux, et sa respiration est plus lente. Une sensation de calme emplit son corps. Elle accède peu à peu à un bien être, par l'effet d'apaisement du massage. Au bout d'un moment, je m'aperçois que Rose s'est endormie. Lorsqu'elle se réveille, elle semble un peu surprise. Après le temps de reprise, Rose me dit : « c'était parfait ».

Raphael est souvent dans un état d'agitation, sous l'emprise de ses pulsions primaires. Il se cogne la tête contre le sol, et se met à crier. Le temps de massage est un moment calme dont il a besoin. Les inductions tactiles l'apaisent et le détournent de ses pulsions primaires. Raphael apprécie particulièrement les effleurements de peau, qui ont un effet instantané sur son état tonique. Dès que le contact est établi, Raphael interrompt ses mouvements stéréotypés, et ses vocalises. Il est apaisé.

La présence d'une tension corporelle chez l'adolescent sourd a forcément un sens pour lui. Néanmoins, M.H. Herzog dit que : « Pour le sujet sourd, agir c'est s'agiter, c'est s'interdire de recevoir l'autre dans son désir de communication » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.104). Grâce au toucher-massage, le psychomotricien peut faire prendre conscience à

l'adolescent sourd que l'on peut sentir son corps sans s'agiter et se contracter. A travers cette régulation tonique, le jeune sourd devient plus disponible pour l'autre, par effet d'apaisement.

La richesse de la communication non verbale pourra aussi amoindrir ces tensions qui s'expriment souvent dans l'excès.

- Une communication non verbale à travers le toucher

Durant mon stage, j'ai souvent ressenti des difficultés à rentrer en communication avec les adolescents sourds, ce qui m'a poussé à trouver un autre moyen de communiquer : le toucher.

N'ayant pas accès à la communication verbale, le développement de la **communication non verbale** est d'autant plus important chez les adolescents sourds, souligne M.H. Herzog (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995). Le psychomotricien s'intéresse particulièrement au champ de la communication non-verbale. Plus la relation avec le patient est archaïque, et plus le passage par le corps est important. Le toucher intervient souvent là où il n'y a pas de mots. Il met le corps en relation, et permet de communiquer. Comme nous l'avons vu, on ne peut toucher autrui sans être touché soi-même. En touchant le corps du patient, il y a un effet direct, dans l'immédiat de l'**échange corporel**. Ainsi, la privation de l'ouïe chez l'adolescent sourd implique un mode relationnel fait de dialogue tonique, et d'échanges visuels.

T. Bénavidès dit ceci : « Bien qu'il existe un usage très contraignant du contact, **toucher c'est accueillir**. C'est échanger ou tout au moins **partager un vécu** qui se construit dans l'ici et maintenant » (*Manuel d'enseignement de psychomotricité, méthodes et techniques*, p.293).

Le **dialogue tonico-émotionnel** entre le psychomotricien et son patient est fondamental lorsqu'on parle de toucher thérapeutique. En 1949, H. Wallon met en évidence le lien entre le tonus et l'émotion, ce qui donne une relation tonico-affective. Selon lui, le tonus est le point d'articulation, d'expression, de ressenti des émotions. Il s'agit d'une **communication affective et émotionnelle**. Dans la rencontre thérapeutique, l'utilisation du toucher avive les échanges émotionnels. En effet, nos émotions sont d'autant plus sollicitées lorsqu'une rencontre se fait dans un contact peau à peau.

Ces échanges à travers le toucher impliquent tous les **attributs du corps** telles que la sensorialité, la gestualité, l'expressivité... Le corps est alors **vecteur d'expression et d'émotion**. En relaxation, le corps de l'adolescent sourd est un corps qui communique, qui nous livre des choses, par l'intermédiaire du corps du psychomotricien. Selon C. Potel : « Ce

qui frappe avec les adolescents, c'est l'insistante présence de leur corps et la manière dont ils en font un instrument de langage » (*Psychomotricité : entre théorie et pratique*, 2008). Le langage corporel de l'adolescent sourd est d'une grande richesse. De plus, la communication par l'intermédiaire du corps, peut amener une situation de jeux de miroir. M.H. Herzog parle de « **miroir tonique** » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.6).

M.H. Herzog dit aussi que : « Le corps de l'enfant sourd et le corps du thérapeute forment une **bulle communicationnelle**. La peau, par ses sensations vibratoires, constitue l'enveloppe sonore de l'enfant sourd » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.97).

- **Vers une image corporelle plus unifiée**

Comme nous l'avons expliqué précédemment, l'adolescent doit se réapproprier un corps en changement pendant l'adolescence. Nous avons vu que l'adolescent sourd peut rencontrer des difficultés pour se construire une enveloppe corporelle contenant. Il peut être compliqué pour lui d'être à l'écoute de son corps, et de ses sensations. Des répercussions peuvent être repérées au niveau du vécu corporel, du schéma corporel, et de l'image du corps. On a donc un **impact sur l'intégrité corporelle** de l'adolescent sourd.

M.H. Herzog dit ceci : « Il semble important d'enrichir les situations où l'enfant sourd peut se percevoir, être à l'écoute de lui-même : dans l'immobilité (par la relaxation) comme dans l'action (par des exercices psychomoteurs) » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.6).

D'après J. Berges : « La relaxation est essentiellement liée à une expérience personnelle impliquant le corps » (*La relaxation thérapeutique chez l'enfant*, 1974, p.67).

Selon E. W. Pireyre, le massage est une forme de toucher qui s'adresse préférentiellement à la peau, et qui a pour objectif d'accompagner le processus de **prise de conscience du corps** (*Clinique de l'image du corps*, 2011). Ce moment de relaxation permet une prise de conscience corporelle, en invitant le jeune sourd à être **à l'écoute de son corps**.

Dans cette médiation où le corps prend une place centrale, les notions de schéma corporel, et d'image corporelle sont essentielles. La pratique des massages peut amener une prise de conscience sur le poids du corps, la place du corps dans l'espace, son volume, ses appuis... qui viennent **nourrir l'image du corps**. Le toucher peut également amener l'adolescent sourd à conscientiser sa peau, ses muscles, sa structure osseuse ; par exemple, autour d'un travail sur le « dur » et le « mou ». Le massage apporte des **sensations tactiles « limitantes »**, permettant au corps puis à l'adolescent sourd de reconnaître ses limites corporelles. Il

rencontre la sensation de ce qu'est son corps, jusqu'où il va et où il s'arrête. Il peut également faire l'expérience du dedans et du dehors, permettant d'**appréhender le schéma corporel**.

Le temps de massage de Raphael lui permet de se recentrer sur lui-même, et être à l'écoute de son corps. J'effectue des percussions sur son corps, auxquelles il est très attentif. Cette exploration sensorielle lui permet de ressentir sa structure osseuse, appuyée par mes mots : « Oh ! Ici c'est dur ! ». Ce toucher structurant lui permet de découvrir une solidité interne, et d'apprécier les vibrations qui en résultent.

Ainsi, ce temps de massage peut amener une consistance, une solidité interne, et donner de la structure. Il peut procurer une **sensation d'éprouvé corporel positive**, et permettre une **meilleure acceptation de sa corporéité**. Le psychomotricien aide ainsi le jeune sourd à restructurer son schéma corporel, et à tendre vers une **image du corps plus unifiée**. Petit à petit, l'adolescent sourd se réapproprie son corps en changement, pour aller vers un **vécu corporel plus sécure**.

A partir de ça, le jeune sourd va accéder petit à petit au ressenti de ce qu'est son Moi. C. Potel dit ceci : « L'enjeu des médiations corporelles avec les adolescents est donc de proposer de situations où peut s'éprouver et se construire une identité corporelle » (*Corps brûlant corps adolescent : des médiations corporelles pour les adolescents*, 2006, p.100).

- **La consolidation d'un Moi identitaire**

Comme mentionné plus haut, il peut être difficile pour l'adolescent sourd de se construire une identité, un Moi solide. Le travail sur une restructuration du schéma corporel et sur une image corporelle plus unifiée, que nous avons expliqué précédemment, peut participer à la consolidation identitaire de l'adolescent sourd.

On va dépasser le champ de la communication corporelle qui s'inscrit dans un « ici et maintenant », pour aller vers la relation établie entre le psychomotricien et son patient, à travers le toucher. Dans ces échanges corporels, l'objectif thérapeutique du psychomotricien est aussi d'accompagner l'adolescent sourd dans l'élaboration d'une **identité corporelle et psychique**.

La sensorialité est en rapport avec l'exploration du monde environnant, et la conscience de soi, le sentiment d'exister. Comme nous l'avons vu, les travaux d'E. Bick et D. Anzieu ont montré le lien entre la pensée et le corps, qui passait par la sensorialité. Ceux de D. Stern rejoignent également cette idée, lorsqu'il parle de « **transmodalité sensorielle** ». Il s'agit d'un processus essentiel dans l'accordage affectif, qui participe à la **constitution du Moi**. Cette

thérapie à dominante sensorielle rejoint alors la notion de constitution du Moi. A travers l'approche du toucher, on retrouve en effet les notions de développement de la conscience de soi, et de l'expérience de soi. Lorsqu'on touche la peau, on se rapproche du côté de l'archaïque, car elle participe principalement à la construction du moi de l'enfant, ce moi corporel étant le premier dans l'élaboration psychique de l'enfant.

D'après C. Potel : « Le toucher a des effets dans la construction de l'identité humaine. Utilisé comme moyen de construction de deux espaces corporels différents, il va être **vecteur de symbolisation dans la reconnaissance de l'identité du sujet** » (*Psychomotricité : entre théorie et pratique*, 2008).

Exister c'est être perçu, a souligné C. Jaquet (*Les liens corps esprits, perspectives croisées à partir de cas cliniques*, 2014, p.41). Ici, l'adolescent sourd peut être perçu par le psychomotricien. Le sentiment d'exister se construit à travers la présence de l'autre.

Selon C. Potel : « Toucher, c'est en quelque sorte, « **porter l'autre** » vers une connaissance ou une reconnaissance de lui-même en tant que sujet » (*Psychomotricité : entre théorie et pratique*, 2008).

De plus, l'angoisse peut se traduire sous forme de stress, ou de tensions. Cet affect met à mal le sentiment d'existence. C'est pourquoi le massage permet d'élaborer le sentiment d'exister en venant apaiser les angoisses.

- **Une symbolisation des éprouvés corporels**

Nous l'avons évoqué plus haut, il peut être difficile pour un adolescent de mettre des mots sur ce qu'il ressent, et d'autant plus pour un jeune sourd. Ce dernier a tendance à s'exprimer davantage à travers le corps. Le toucher, comme médiation, peut être un **moyen de conscience**.

Lorsque le sujet communique avec son environnement, il reçoit des informations à travers sa sensorialité. Cette information sensorielle est vécue comme une sensation sur l'instant *t*. Les **sensations** vont devenir des **perceptions**, puis des **représentations**. Elles sont généralement associées à des **émotions**. Le corps élabore ainsi une interprétation de la sensation. Le corps permet de percevoir le monde externe, et la perception engage le sujet dans l'expérience. Ce cheminement : corps → sensations → perceptions → représentations, participe à l'**élaboration des pensées**.

C'est la relation qui permet ce cheminement, à travers l'échange émotionnel.

M.H. Herzog dit que : « La relaxation va permettre à l'enfant sourd de se constituer une **nouvelle relation au monde** » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.88).

Cette **expérience corporelle** permet de penser le monde qui nous entoure, à travers la mise en relation avec les éléments qui le composent. Elle tente d'explorer l'intérieur de l'adolescent sourd, et peut être révélateur de son monde interne. Le toucher prend racine dans la sensation, mais il peut également être symbolisé.

A travers le toucher-massage, le psychomotricien peut inviter l'adolescent sourd à être présent, et à l'écoute de ce qui se passe à l'intérieur de son corps. Les jeunes sourds n'ayant pas forcément les moyens d'exprimer ce qu'ils ressentent, cette médiation corporelle est un support pour **mettre du sens sur leur vécu corporel**, sur les émotions qui rentrent en jeu. Autrement dit, elle oriente le vécu du corps vers une **symbolisation des éprouvés**. Le toucher amène l'adolescent sourd à prendre conscience de ses états émotionnels, qui peuvent être repris par le psychomotricien. Ce dernier va donner du sens à ces éprouvés corporels, en y mettant des mots, des émotions, des pensées. Le but de cette médiation étant d'accompagner l'adolescent sourd dans l'accès à la symbolisation de ses ressentis, et de son vécu corporel.

- **Une fonction contenant**

Nous l'avons vu, la peau est une enveloppe corporelle et psychique, animée par une fonction contenant. Certains adolescent sourd rencontrent des difficultés à se construire une enveloppe corporelle contenant. Dans certains de ces cas où le contenant contient mal, on peut utiliser le toucher pour contenir davantage, pour maintenir l'ensemble. Selon C. Potel, le toucher a une **fonction de contenance psychique** (*Psychomotricité : entre théorie et pratique*, 2008).

J. Sarda dit ceci : « Il ne s'agit évidemment pas du massage bien spécifique à la kinésithérapie, mais du massage-toucher thérapeutique où **les mains sont contenant d'un corps contenu** » (« Le toucher en thérapie psychomotrice », *Enfances & Psy*, 2002).

En effet, la perception de l'enveloppe peut être soutenue, chez les jeunes sourds, par le massage. Le toucher-massage peut participer à **l'intégration d'une enveloppe plus sécurisée**. Le massage vient unifier, et rassembler.

C. Potel dit que : « Dans ce travail de relaxation, on prend ici le parti de penser le corps comme support d'une rêverie et comme une enveloppe contenant d'un intérieur psychique » (*Corps brûlant corps adolescent : des médiations corporelles pour les adolescents*, 2006, p.199).

Selon M.H. Herzog : « Les inductions gestuelles globalisantes vont permettre à l'enfant sourd de restituer son moi corporel. Elles vont lui donner la possibilité de percevoir son corps comme une enveloppe contenant » (*Psychomotricité relaxation et surdité*, 1995, p.97).

Cette pratique corporelle est en lien avec le concept de handling et holding, développé par D.W. Winnicott (*Jeu et réalité*, 1981). Le handling correspond à la façon de tenir, manipuler et de contenir ; et le holding à l'importance du maintien, et du portage. Ici, il s'agit d'un portage autant physique que psychique.

L'**enveloppement** peut faire partie également de cette médiation, en venant rajouter un effet contenant et sécurisant. Il maintient la **fonction globalisante** de l'enveloppe corporelle, en apportant une sensation de « tout autour » continu.

D. Anzieu décrit les **fonctions du Moi-peau**, dont le psychomotricien peut s'inspirer dans sa pratique du toucher-massage (*Le Moi peau*, 1985). Le moi peau assure notamment une :

- Fonction de **maintenance psychique**
- Fonction de contenance : **contient les pulsions**, leur donnent des limites
- Fonction de **pare-excitation**
- Fonction d'**individuation du soi** : apporte le sentiment d'être unique, et la possibilité de se reconnaître et de s'affirmer comme individu différencié et différent
- Fonction d'intersensorialité : aboutit à la constitution d'un « sens commun »
- Fonction de recharge libidinale du rechargement psychique
- Fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles

Lorsqu'on parle du toucher, notre réflexion s'élargit finalement à d'autres champs tels que : les limites, les interdits, les sentiments, la conscience de soi, la symbolisation...

Comme nous l'avons vu, l'adolescent sourd évolue dans un contexte particulier, et peut rencontrer des difficultés sur le chemin de sa construction identitaire. Le passage à l'adolescence peut amener une crise identificatoire, avec des remaniements physiques et psychiques que le jeune peut vivre de manière traumatique. Il perd le privilège de l'enfance, et se retrouve confronter à l'assaut pulsionnel de la puberté, qui vient perturber son équilibre narcissique. Afin de maîtriser ces transformations corporelles, l'adolescent peut passer à l'acte et adopter des conduites à risque.

Le handicap de la surdité vient complexifier la constitution identitaire de l'adolescent, d'un point de vue social et relationnel, mais aussi corporel. Le jeune sourd rencontre des difficultés à vivre son corps, et l'exprime généralement à travers une décharge tonique, qui lui permet d'exister. Le handicap a un impact sur l'intégrité corporelle de l'adolescent, et sur son image narcissique du corps. Le vécu corporel du jeune sourd est alors fragilisé. Comment répondre aux besoins d'un adolescent sourd ? Comment répondre à cette organisation tonico-corporelle particulière, pour aller vers un vécu corporel plus unifié ?

Je pose ainsi l'hypothèse que :

Le toucher thérapeutique, à travers la pratique des massages, peut répondre aux besoins des adolescents sourds en psychomotricité, en les aidant à vivre leur corps plus sereinement

A travers cette médiation corporelle, je peux amener une nouvelle façon de communiquer, un apaisement physique et psychique, et un effet contenant. Elle permet de pallier la difficulté, et peut venir consolider le Moi identitaire de l'adolescent sourd.

IV – Contexte clinique en psychomotricité

Suite à l'annonce de mon hypothèse de travail, je vais maintenant présenter l'institution dans laquelle je rencontre ces jeunes déficients auditifs, puis je décrirai spécifiquement la façon dont j'ai pu mettre en place ma médiation sur le toucher-massage.

A) Présentation de l'institution

Le **CESDA** est géré par l'Institution Régionale des Sourds et des Aveugles (IRSA). Il s'agit d'un établissement médico-social qui accueille des **jeunes déficients auditifs** de 10 à 20 ans, avec handicaps associés. Il peut s'agir de pluri-handicap, sur-handicap, handicap rare, ou troubles psychologiques et psychiatriques.

Généralement, ce sont des jeunes envoyés par le Centre d'Audition et du Langage (CAL), et l'institution Clair de Lune.

Le CESDA assure une **prise en charge globale** en semi internat, et en internat de semaine. Cet établissement comprend donc un système d'hébergement, de restauration, et de transports. Les jeunes qui rentrent chez eux le soir, sont ramenés en taxi jusqu'à leur domicile.

L'**équipe pluridisciplinaire** du CESDA est constituée de professionnels du médical, du paramédical, du pédagogique, et de l'éducatif : orthophoniste, audiométriste, pédopsychiatre, psychologue, psychomotricienne, éducateurs spécialisés, professeurs formés à l'enseignement auprès de jeunes enfants sourds ou malentendants, éducateurs techniques, infirmière, médecin généraliste, et assistante de service social.

À partir du Projet Individualisé d'Accompagnement (**PIA**), les professionnels du CESDA ont pour but d'accompagner l'adolescent et sa famille afin de :

- Traiter au mieux les troubles de l'identité et de l'image du corps, les troubles psychomoteurs, les perturbations et déficits de communication, les difficultés relationnelles, les troubles des apprentissages, et les déficiences intellectuelles

- Permettre le développement de la communication, la poursuite des acquisitions scolaires, la préparation de l'insertion sociale, la préparation de l'insertion professionnelle en milieu protégé et/ou ordinaire, ainsi que la structuration de la personnalité.

J'ai eu l'occasion de rencontrer les divers professionnels du CESDA, pour leur poser des questions au sujet de leur profession. Par exemple, l'orthophoniste m'a expliqué qu'elle travaillait l'articulation, la syntaxe, et la discrimination auditive avec les jeunes oralisants. Avec ceux qui signent, ça peut être aussi la lecture labiale. Et avec ceux qui communiquent de manière non verbale, elle peut travailler la relation, les habilités sociales, ou mettre en place des outils d'expression alternatifs.

Le professeur (CAPEJS) m'a expliqué qu'elle recevait les jeunes en groupe, ou en individuel (selon le profil) ; et qu'elle travaillait avec eux le français, les mathématiques, l'histoire/géographie, et les sciences. Pour les petits niveaux, il s'agit de classes d'éveil.

En ce qui concerne les éducateurs, il se divisent entre l'internat et l'externat. Ils m'ont expliqué que leur rôle est d'amener une cohésion de groupe sur le groupe éducatif, de travailler l'autonomie, la communication, et d'apporter des outils tels que des pictogrammes et des emplois du temps personnalisés. Ils mettent également en place des activités, et des ateliers. Ils font aussi le lien avec la famille, par téléphone ou à travers le carnet de liaison ; et peuvent être amenés à la rencontrer.

B) Mise en place d'une médiation autour du toucher : un temps de massage

Après avoir décrit le fonctionnement du CESDA, je vais à présent développer la mise en place de ma médiation sur le toucher-massage. Nous avons vu, de manière générale, les bienfaits du toucher thérapeutique. Je vais maintenant décrire la façon dont je me suis approprié cette pratique, en m'adaptant à chaque adolescent.

Pour C. Potel, une médiation thérapeutique est « une proposition de rencontre autour d'un objet d'investissement partageable et partagé » (*Psychomotricité : Entre théorie et pratique*, 2008, p.217). Elle prend forme dans un espace et un temps définis. D. W. Winnicott parle de « zone transitionnelle » intermédiaire entre soi et l'autre.

Mais pour mener à bien ce temps de massage, il faut certaines conditions dont l'ensemble constitue le cadre thérapeutique. Il est donc important de définir un cadre autour de cette médiation corporelle, ainsi que ses objectifs, ses moyens, ses indications, et ses contre-indications.

- **Le cadre thérapeutique en psychomotricité**

En séance de psychomotricité, je peux proposer le massage comme un retour au calme, ou comme un retour à soi. Parfois, c'est moi qui propose un temps de massage, et parfois c'est l'adolescent qui en fait la demande.

Au fil des séances, j'établis une relation de confiance avec le jeune que je rencontre. Cette **alliance thérapeutique** est essentielle pour qu'il puisse investir le cadre que je vais lui proposer, et ma proposition autour du toucher.

Le **cadre thérapeutique** apporte une **sécurité physique et psychique**, et vient délimiter l'espace que je propose. Il s'organise autour de **règles** implicites, et explicites ; et requiert certaines conditions pour une approche psychomotrice des enveloppes. Au sein de la séance, le cadre me permet d'amener de la **contenance**, comme nous l'avons vu avec la fonction de l'enveloppe corporelle.

Dans ce cadre, j'amène une délimitation entre : le dehors et le dedans (**espace**), ainsi que l'avant et l'après (**temps**). En ce qui concerne l'espace, deux zones sont proposées à l'adolescent. La première est un coin calme, avec des paravents, un plancher vibrant, des coussins, des couvertures, et de la musique. La deuxième est un espace dans le coin de la pièce, sur des tapis, avec de la musique également (on peut aussi y amener des coussins et une couverture). En ce qui concerne le temps du massage, les rituels de chacun leur permettent de repérer le déroulement du massage, du début à la fin. Il s'agit donc d'un espace et d'un temps proposés spécifiquement pour l'adolescent sourd.

Dans cet espace-temps, j'amène des éléments spécifiques à la psychomotricité. Ici, il s'agit du toucher-massage, où l'adolescent sourd pourra explorer ses sensations à travers nos échanges, ou son vécu corporel. Je prends également le temps de lui expliquer au préalable ce qu'on va faire, et de répondre à ses questions.

La **rythmicité** de nos échanges amène le **sentiment de continuité**, à travers des phénomènes de répétition et d'anticipation. Ce séquençage rythmique des interactions génère le sentiment d'enveloppe. En effet, les **rituels** sont importants chez l'adolescent sourd, et la possibilité de pouvoir anticiper ce qui va arriver a un effet rassurant. C'est pourquoi je fais attention à ne pas le surprendre lorsque je rentre en contact avec lui, pour réduire les effets de surprise qui pourraient être mal vécus.

Pour garantir l'intérêt du toucher dans cette médiation corporelle, j'ai choisi de mettre en place deux règles établies par C. Potel, lorsqu'elle évoque son expérience en massage avec les adolescents (*Psychomotricité : entre théorie et pratique*, 2008) :

Premièrement, il s'agit des **zones corporelles concernées** par le toucher. Ce contact avec le jeune sourd nécessite un ajustement, et une certaine précaution de ma part. Le toucher que j'établis avec le jeune que je rencontre, ne concerne que certaines parties du corps. Je peux donner un massage de la tête, des jambes, des bras, ou du dos par exemple. J'autorise le toucher seulement à la surface du corps, et sur la peau. Pour ne pas devenir trop intrusif, il ne peut en revanche pas explorer les muqueuses, et les cavités. Il ne s'adresse pas non plus aux parties intimes, afin de **respecter l'adolescent dans son intimité**, et son seuil de tolérance. En outre, les parties sexuelles ne seront en aucun cas touchées, car le toucher thérapeutique n'est pas dans un objectif de « donner satisfaction ». Cela n'enlève cependant pas le plaisir de toucher, ou d'être touché.

Cette règle m'amène ainsi à réfléchir sur les limites corporelles d'un adolescent sourd, mais également sur mes propres limites, c'est-à-dire : « est-ce que je pourrais donner un massage du ventre ? » par exemple. Ce questionnement est important pour **préserver mon intégrité corporelle**, tout comme celle du jeune que je rencontre.

La deuxième règle se réfère à cette phrase de C. Potel : « Le corps de l'autre, comme son propre corps, ne peut être pris en otage ». Ainsi, le recours au toucher peut être un moyen d'avoir une emprise sur l'autre, en générant une sorte de pouvoir. Dans la pratique que je propose, il faut donc que je sois vigilante en ce qui concerne les **phénomènes de manipulation** (que ce soit manipuler, ou être manipulé).

- **Mon rôle en tant que futur psychomotricien**

Pour conférer au toucher son aspect thérapeutique, il y a la mise en place du cadre que nous avons vu, mais également l'importance de mon **rôle**, en tant que futur psychomotricien, dans cette médiation. Les interactions thérapeutiques qui s'établissent avec le jeune que je rencontre, peuvent être définies comme une rencontre, qui se vit dans les deux sens. On parle alors de **co-construction**. C'est-à-dire que j'engage une partie de moi-même dans cette médiation corporelle, tout comme l'adolescent sourd m'amène des choses en retour.

C. Potel dit ceci : « Le savoir-faire du psychomotricien dans l'exercice de son métier est de donner une place juste au corps et aux actes, entre expériences et langage, afin d'harmoniser le rapport entre la fonction instrumentale du corps, sa fonction de résonateur émotionnel, et son rôle de porteur d'expressions symboliques » (*Manuel d'enseignement de psychomotricité, méthodes et techniques*, 2015, p.21)

Au-delà du savoir-faire, je dois aussi développer un **savoir être** fondé sur l'**écoute**, la **présence**, l'**attention**, l'**authenticité**... Le « voyage » que propose la médiation corporelle demande un **étayage** de ma part, en tant que futur psychomotricien. Ici, mon rôle est d'amener

une **situation de confiance**, et un climat de respect, pour mener à bien la séance. Dans cet engagement, mon corps est sollicité et tourné vers des niveaux de présence, d'organisation du mouvement, et d'intériorisation de l'expérience sensorimotrice. De plus, mon attention est portée à l'observation de la dynamique corporelle de l'adolescent sourd. Pendant la relaxation, je me dois également d'avoir un **regard bienveillant et apaisant**, qui reçoit et qui accueille.

C'est une médiation qui demande également beaucoup de **patience** de ma part, comme de l'adolescent concerné. Il est possible que le jeune sourd résiste avant de se laisser aller au toucher proposé, ce qui demandera un temps d'adaptation et d'ajustement.

Comme nous l'avons vu, mon rôle de futur psychomotricien est aussi d'aider l'adolescent sourd à s'approprier son corps en changement, et l'**accompagner** dans la construction de son développement psychique.

Selon P. Delion : « L'être humain est porté à tout moment à symboliser ses expériences du monde selon trois modalités complémentaires du corps, des images, et des mots. Mais en même temps, il a besoin en permanence d'un tiers pour valider ses représentations du monde, et cela sur un mode à la fois verbal, imaginé, émotif, et moteur » (*Corps psychose et institution*, 2007).

Progressivement, l'adolescent sourd va tenter d'identifier l'origine de ses pulsions internes, pour y mettre du sens et essayer de les contrôler. Parfois, il aura besoin de mon langage pour l'aider à **mettre en sens** les messages afférents du monde environnant, comme le décrit la fonction détoxifiante de W.R. Bion (*Aux sources de l'expérience*, 1979). Dans cette médiation, je peux donner du sens à ces éprouvés corporels, en y mettant des mots, des émotions, des pensées. Le but de cette médiation étant d'accompagner l'adolescent dans l'**accès à la symbolisation** de ses ressentis, et de son vécu corporel.

Tous ces remaniements peuvent être déstabilisants et venir désorienter le jeune sourd, notamment au niveau du langage, et de la sociabilité. C'est pourquoi ma présence peut venir **soulager cette prise de conscience** et **marquer un temps d'arrêt**, avec une séance de relaxation.

- **Un temps de massage propre à chacun**

Pour pratiquer ce temps de massage, je me suis inspirée de la **méthode de relaxation de J. Bergès**, que j'ai adapté aux jeunes sourds. C'est une médiation qui va privilégier le ressenti du corps dans l'immobilité et la passivité. Elle peut s'appliquer chez l'enfant, chez l'adolescent, et chez l'adulte. Cette méthode s'articule en trois temps : l'installation dans le calme, la décontraction musculaire, et la reprise (*La relaxation thérapeutique chez l'enfant*, Paris,

Masson, 1974, p.13-14). Je rajouterai un quatrième temps, qui concerne la verbalisation des éprouvés corporels.

- L'installation dans le calme

Dans un premier temps, le jeune choisit ce dont il lui est nécessaire pour être bien installé : coussin, couverture... Après lui avoir demandé s'il n'avait pas de douleur, je l'invite à s'allonger sur le tapis, dans la position de son choix (sur le dos, ou sur le ventre). Si besoin, je peux le remobiliser durant le massage pour une **position plus confortable** selon le toucher proposé. Je prends soin d'éteindre la lumière, pour éviter les stimulations visuelles. Je lui propose de mettre une musique calme (si son implant lui permet de l'entendre), pour amener à la détente. Je peux également le border avec une couverture, pour qu'il se sente plus contenu.

Puis je **l'invite à se détendre**, en se concentrant sur une **image calme**. Je suis assise à côté de lui, je reste présente. Je peux l'inviter également à fermer les yeux s'il le souhaite, et à respirer profondément. Il ne faut cependant pas le forcer à fermer les yeux, car la rupture avec le lien visuel pourrait être vécue de manière angoissante. D'ailleurs, la plupart des adolescents sourds que je rencontre gardent les yeux ouverts, sûrement pour se rassurer.

- La décontraction musculaire

Après l'installation dans le calme, et lorsque je vois que l'adolescent est prêt à recevoir mon toucher, je viens prendre contact avec lui en posant ma main sur son bras ou sa jambe. Je laisse le temps au jeune de s'habituer à mon contact, avant de commencer les **inductions tactiles**. Je **nome la partie du corps** que je touche (en langage des signes) au moment où je la mobilise, pour aider le jeune à se la représenter topographiquement. Généralement, je fais en sorte de suivre les lois céphalo caudales et proximo distales. Par exemple, je peux commencer par le côté gauche avec : le pied, la jambe, le bras, la main ; puis masser le côté droit en sens inverse, pour faire le contour du corps. La zone du visage et de la tête peut être proposée au jeune, tout comme la zone du dos.

Comme nous l'avons vu, il y a **différents types de toucher**. En ce qui concerne les membres inférieurs et supérieurs, mes inductions tactiles sont généralement des **pressions fermes, contenantes, structurantes, et progressives**. Elles sont, la plupart du temps, assez lentes et suivent un **rythme régulier**. Je fais attention à ne jamais perdre le contact, pour garder un sentiment de continuité. Parfois, je peux varier de toucher, et mobiliser un segment corporel avec des pétrissages, des percussions, des vibrations, des étirements, des portages... Lorsque je repose le bras ou la jambe du jeune, il prend conscience de la lourdeur et l'importance de cette partie du corps.

En ce qui concerne les autres parties du corps, la main est très sensible au toucher, et

possède une excellente qualité tactile (la quantité de récepteurs est multipliée par dix sur cette zone). Je peux mobiliser doucement le poignet, masser le dessus et l'intérieur de la main, pétrir les deux éminences musculaires... Le haut du dos et la nuque sont sujets aux contraintes physiques et mécaniques. Le dos, et notamment la partie haute du dos, est le lieu privilégié des petits tracés du quotidien, et du stress, qui viennent s'inscrire sous forme de tensions. Ainsi, la nuque et le dos peuvent être des massages antistress. Les frictions sur le dos sont réchauffantes et énergisantes. Le visage est également une zone du corps souvent sous tension, et compliquée à relâcher. Ce massage permet de relâcher la musculature faciale, de détendre les mâchoires, et peut intervenir contre les maux de tête. Pour les pieds, je peux mobiliser la cheville, frotter avec le poing fermé sur la voûte plantaire, puis faire des pressions glissées avec le pouce sur la face supérieure du pied.

Je peux également remplacer ce toucher par un **objet médiateur**, tels qu'une balle (molle, dure, à picot...), un ballon, un gros ballon, un robot vibrant... pour apporter de nouvelles sensations, ou réajuster le seuil de tolérance si besoin. Le massage avec le gros ballon, par exemple, apporte un effet plus globalisant. Je peux aussi utiliser des pinceaux, ou des plumes sur la zone du visage, afin d'amener un toucher plus doux pour cette partie plus sensible.

Si je veux que mon massage soit plus contenant, je peux également rajouter des **coussins durs** tout autour et au-dessus de l'adolescent, en plus des inductions tactiles. Il est possible aussi d'utiliser la **méthode de l'emballotement** avec une couverture, pour un effet enveloppant et englobant.

Durant le massage, je porte mon attention sur la partie du corps massée, tout en observant les **manifestations physiologiques et tonico émotionnelles** du jeune : sa respiration, sa détente musculaire, les traits de son visage... Mes mains reçoivent directement les points de tensions du corps de l'adolescent. Durant le massage, je peux donc être amenée à parler avec le jeune, pour le rassurer, ou l'inviter au relâchement musculaire. Je peux également lui rappeler d'être présent et à l'écoute de son corps. Mais l'**accompagnement par la parole** est souvent compliqué avec les adolescents sourds, car les **images mentales** sont difficiles à amener en langue des signes.

Ces inductions tactiles se terminent par une **étape de généralisation**, avec des grands éventails sur l'ensemble du corps, pour apporter un effet de rassemblement. Le corps n'est plus appréhendé segment par segment, mais comme un tout. La décontraction musculaire est donc d'abord segmentaire, puis globale.

Après avoir quitté le contact, je peux laisser le jeune profiter quelques instants des sensations qu'il a reçu, pour pouvoir les intégrer. C'est un temps qui permet aussi de prolonger le bien être, avant le retour à la réalité.

- La reprise

Il est possible que l'adolescent s'endorme pendant la séance. Je fais alors attention à le ramener doucement à la réalité, en l'accompagnant. Après ça, je le laisse **se recentrer sur lui-même** pendant un instant, pour qu'il puisse prendre conscience de ce qu'il a ressenti pendant la séance.

Pendant ce temps de reprise, j'invite le jeune à **réveiller le corps**, à bailler, à s'étirer, et à se mettre en mouvement. Ce temps-là peut être difficile à vivre pour certains d'entre eux. Il est possible que l'adolescent ne veuille pas quitter le temps de massage, et fasse durer le moment de reprise. A ce moment-là, je prends soin d'accompagner le jeune dans **ce retour à la réalité**, et de le rassurer.

- La verbalisation des éprouvés corporels

Comme nous l'avons vu, le toucher est une **sensation** qui peut être également **symbolisée**. Le corps est une expérience, donc je m'appuie sur l'**expérience vécue** du jeune sourd, pour l'aider à **mettre du sens** sur ces sensations. Durant ce temps de massage, le jeune sourd a éprouvé des sensations à la fois de l'intérieur et de l'extérieur. Elles peuvent être agréables, ou bien agressives par exemple.

Après le temps de reprise, je peux donc l'inviter à **verbaliser sa pensée**, et à me faire part de ses ressentis. C'est là que l'adolescent peut **explorer son monde psychique**. On peut alors échanger sur ce qu'il a vécu, y mettre des mots et du sens. Cela lui permet d'élaborer ses éprouvés. Il s'agit de la continuité du dialogue tonico émotionnel qui s'est installé durant le temps de massage.

Néanmoins, ce temps de verbalisation est souvent compliqué pour les adolescents sourds, en raison des difficultés de communication. Je remarque leur complexité à mettre des mots sur leurs sensations vécues, et leurs émotions.

• **La question de la distance corporelle**

En proposant un travail sur le corps, je me confronte forcément à la complexité de l'adolescent qui communique ce qu'il ressent avec son corps. Et comme le dit C. Potel : « Le corps à l'adolescence, ça brûle ! » (*Corps brûlant corps adolescent : des médiations corporelles pour les adolescents*, 2006, p.95). Généralement, l'adolescence est une période où la prise en charge en relaxation est vécue comme une **relation intime** pour le jeune sourd. De ce fait, la médiation autour du toucher amène une **situation paradoxale**.

Le toucher thérapeutique induit un **rapproché corporel** entre celui de l'adolescent, et mon propre corps. C'est pourquoi la question de la **distance relationnelle** et la **place du corps** sont à prendre en compte, au sein de cette médiation. Dans certaines situations, ces rapprochés peuvent poser problème.

E.T. Hall développe le concept de « **proxémie** » pour décrire la façon dont le sujet investit son espace environnant, en tant que produit culturel nécessaire à son équilibre (*La dimension cachée*, 1966). Il existe une distance personnelle qui correspond à l'écart normal entre deux organismes dans les conditions de vie courante. Cette proxémie est différente selon les cultures. Dans ce temps de massage, je dois donc trouver la juste position pour accompagner l'adolescent, sans qu'il se sente envahi, ou mis à distance.

Lorsque mon corps et celui de l'adolescent sont mis en jeu, le risque est le **débordement pulsionnel**, et une excitation inadaptée. En effet, le toucher peut engendrer une **érotisation**. Généralement, cette émotion est trop forte pour être contenue, et permettre au travail psychique de se faire.

Au sein de cette relation, je peux donc me retrouver interpellée quant à mes propres limites. Mon corps devient le réceptacle de **mouvements transférentiels** de l'adolescent, induits par le toucher, dont je me dois d'accueillir et de transformer. De même, je dois être vigilante en ce qui concerne mon **contre-transfert**. Par exemple, le toucher peut induire pour l'adolescent un risque de confusion entre mon rôle de futur psychomotricien, et celui d'une mère qui console. En effet, la pratique du massage favorise la régression vers une relation mère-enfant, en concernant la sphère affective de la notion d'enveloppe.

De ce fait, le toucher avec des adolescents **demande beaucoup d'attention et d'intuition**. Je dois être vigilante à ce que le toucher ne devienne pas excitant pour l'adolescent, ce qui serait contradictoire avec une relation thérapeutique apaisante et rassurante. L'adolescent peut ressentir du plaisir à être touché, sans pour autant être débordé par les sensations.

Comme nous l'avons expliqué, il est donc important de poser un **cadre physique et psychique** avant de commencer la médiation, et d'expliquer les limites à l'adolescent. Il s'agit d'un espace qui ne soit pas trop excitant. Ici, mon rôle de **pare-excitation** en tant que futur psychomotricien est essentiel, pour limiter les effets de séduction. Pour cela, ma présence se doit d'être rassurante et ferme à la fois.

Durant le temps de massage, Rose induit souvent un rapproché corporel en posant sa main sur ma cuisse, en me caressant la main, en posant sa tête sur mes genoux... Il peut s'agir aussi d'un enlacement au moment de se dire aurevoir. Il lui arrive également de me poser des questions inadaptées sur mon physique, ou de réajuster mon tee-shirt sans me prévenir. Ici, le toucher prend une valeur affective. Pour Rose, la relation psychomotricien-patient semble floue. Je fais en sorte de ne pas rejeter son intention car ce refus pour être mal vécu, mais je mets des mots sur la situation. Cette recherche de proximité et de contact physique demande un rappel du cadre, et de la place de chacun dans la relation.

Après avoir décrit le cadre et les modalités de ce temps de massage, je vais maintenant présenter deux cas cliniques. Il s'agit d'Hélène, et Quentin, que je rencontre dans le cadre de mon stage au CESDA. L'étude de ces cas cliniques permet de faire le lien entre mon hypothèse de travail, et ma pratique psychomotrice avec ces jeunes déficients auditifs.

V- Cas cliniques

A) Etude de cas : Héléna

- L'anamnèse

Helena est une **jeune fille** assez grande, et élancée. Elle est née le 13 septembre 2001, elle a donc actuellement 16 ans.

Ses parents sont séparés. Elle a une sœur jumelle, ainsi qu'un demi-frère du côté de son père, qui vit actuellement avec sa mère. Au niveau de la grossesse, il s'agit donc d'une grossesse gémellaire. De plus, Helena était un **bébé prématuré**, elle est née à 28 semaines d'aménorrhées.

Actuellement, les parents d'Héléna se partagent sa garde un week-end sur deux. Le **cadre familial est stable**, et les parents sont investis dans l'épanouissement de leur fille. Par exemple, ils utilisent les outils mis en place au CESDA, pour aider Héléna, et faire du lien avec l'établissement. Ils se rendent également disponibles pour les rendez-vous et les questions des éducateurs.

La surdité d'Héléna a été détectée à l'âge de 6 mois, il s'agit d'une **surdité bilatérale profonde**. Elle porte un implant cochléaire droit depuis 2004 (mais son tout premier appareillage date de ses 10 mois). Depuis peu, on le lui a retiré, car il émettait un chuintement, et il n'apportait pas de gain fonctionnel observable.

De plus, un diagnostic de **Trouble du Spectre Autistique** est posé (TSA). Le médecin pédopsychiatre du CESDA a confirmé ce diagnostic. En effet, nous avons vu que la surdité est un facteur prédisposant au TSA.

Helena a été scolarisée à l'âge de 3 ans, en 2004. Elle a fait deux années en petite section, une en moyenne, et une en grande section en milieu ordinaire.

En 2006, elle a intégré un hôpital de jour, où elle participait à des ateliers : musicothérapie, pataugeoire, et pâtisserie. Elle bénéficiait également de quatre repas thérapeutiques hebdomadaires.

Par la suite, elle a intégré un IME en 2008, dans lequel elle était accompagnée par une éducatrice d'un SESSAD pour sourds. Elle bénéficiait de deux séances de psychomotricité (une individuelle et une en binôme), et d'une séance en orthophonie. Parallèlement, une scolarisation à l'école se poursuivait.

Elle est arrivée au CESDA le 19 août 2015, cela fait donc plus de deux ans qu'elle a intégré la structure.

L'assistante de service social explique que les parents d'Hélène s'interrogent quant à l'avenir de leur fille : orientation vers une structure pour adultes, mesure de protection, droit des adultes handicapés...

- **Présentation d'Hélène**

Hélène dort à l'internat du lundi au vendredi. Depuis le mois d'août 2017, Hélène a changé de **groupe éducatif**. Celui-ci se compose de sept jeunes, de 14 à 17 ans avec des profils variés. Elle s'est vite appropriée l'ensemble des règles de vie du CESDA.

Au CESDA, Hélène bénéficie d'un temps de classe d'éveil, d'une séance d'EPS, d'un cours en LSF, d'une séance de groupe en psychologie, et d'un suivi individuel en orthophonie, et en psychomotricité une fois par semaine. Elle participe également à l'Atelier « patin à glace » organisé par la psychomotricienne, et à la sortie piscine par le professeur d'EPS.

Sur le plan de l'**autonomie**, Helena se saisit bien de son emploi du temps imagé pour se repérer, et manifeste de l'impatience à l'approche de ses activités. Elle peut se déplacer seule au sein de l'établissement vers les lieux où l'attendent les différents professionnels. Pour être sereine, Hélène a tout de même besoin qu'on l'aide à anticiper les changements d'organisation, et d'avoir à proximité des adultes repérés. Elle est autonome pour s'alimenter, aller aux toilettes, et se doucher. Néanmoins, l'habillage/déshabillage peut être long, en raison d'un manque d'initiatives. Hélène a donc besoin d'être stimulée, l'adulte doit impulser l'action pour qu'elle puisse ensuite la poursuivre.

Sur le plan de la **communication**, le domaine du langage présente un retard conséquent, avec une dichotomie entre le versant réceptif et expressif. Au niveau de l'expression, on remarque qu'Helena évolue peu dans la communication signée. Elle signe très peu, et est beaucoup dans l'écholalie, ce qui laisse peu de place à des échanges spontanés et fonctionnels. L'écholalie peut être interrogée dans une dynamique d'initiation à l'imitation. Ainsi, la LSF est peu investie, et Hélène s'exprime principalement par une communication non verbale. On note également que les échanges de regard sont très courants et insistants. Hélène connaît cependant quelques mots, qu'elle arrive à utiliser, tels que « eau », « gâteau ».

Au niveau de la compréhension, certaines consignes simples et courtes peuvent être comprises en LSF, mais sa perception des signes semble tout de même très restreinte.

En raison de sa problématique autistique et ses difficultés à communiquer, on peut constater un retentissement sur ses relations sociales et familiales.

Un classeur de communication à base de pictogrammes (**PODD**) a été mis en place par l'orthophoniste, pour permettre à Hélène de s'exprimer et d'avoir un moyen de communication alternatif à la langue des signes, qui ne semble pas des plus adapté. Les

professionnels souhaitent également partager cet outil d'expression avec la famille. Le pointage et la communication non verbal sont à privilégier.

Sur le plan de la **socialisation**, Helena ne montre pas d'opposition aux activités de groupe. Néanmoins, elle ne va pas vers l'autre spontanément. Si l'adulte lui propose de jouer avec un autre jeune, elle le fait avec plaisir. Mais sans lui, elle cesse le jeu rapidement. Respectée dans ses rythmes et dans sa singularité par les autres jeunes, Héléna a une place bien à elle au sein du groupe.

Il arrive qu'Héléna refuse de partager des puzzles ou des jeux de société avec le reste du groupe éducatif. L'adulte intervient pour lui rappeler qu'elle n'est pas la seule à utiliser tel ou tel jeu, ce qui peut la mettre dans des états de frustration et d'énervement.

Héléna est, la plupart du temps, dans une **posture d'attente**. Lors des temps libres, elle entre rapidement dans ses rituels. Mais elle reste tout de même présente, et attentive à son environnement. Elle s'assied et observe. Peu de choses lui échappent, mais elle n'en exprime rien. Il lui arrive cependant, de plus en plus souvent, de prendre l'initiative d'une occupation, comme se mettre à dessiner ou jouer avec ses livres d'images. A ce moment-là, elle cherche automatiquement l'approbation de l'adulte pour prendre une feuille ou un crayon

- **Héléna et son corps**

En psychomotricité, un bilan a été réalisé en janvier 2017 et nous donne plusieurs éléments sur le profil psychomoteur d'Helena à son arrivée au CESDA.

- Le bilan psychomoteur

Dans sa **posture générale**, Helena se tient voutée, et adopte une démarche particulière (asymétrie de la marche). Elle penche sa tête du côté opposé à l'implant, et donne l'impression de marcher sur des œufs, comme si elle était incertaine de la stabilité du sol. Chez les sujets atteints de TSA, cette démarche peut être interprétée comme une solution compensatoire de nature sensori-tonique, à un défaut de l'intégration des appuis corporels.

On peut également remarquer de nombreux mouvements parasites qui viennent perturber sa motricité générale.

Concernant le **tonus musculaire**, on remarque un manque d'harmonie tonique. Son tonus de fond est marqué par une hypertonie, son tonus de posture a tendance à l'effondrement de l'axe, mais son tonus d'action est plutôt correct. On remarque régulièrement une tension corporelle, et des diffusions toniques dans le haut du corps.

L'élan dans les **coordinations générales** est difficile à maîtriser. De plus, on remarque une certaine fragilité en ce qui concerne l'équilibre statique et dynamique. Les coordinations

occulo manuelles et de motricité fine sont quant à elles correctes pour son âge. Mais le graphisme est néanmoins très archaïque.

De plus, le **schéma corporel** est assimilé. Sa somatognosie est efficace, et lui permet d'avoir de bons repères corporels.

Helena présente une **latéralité** homogène à gauche.

Dans sa **structuration spatio-temporelle**, le temps narratif et la notion de continuité ne semblent pas faire sens pour Helena. Les puzzles sont maîtrisés, et Helena témoigne d'une très bonne analyse visuelle.

On remarque qu'Helena a besoin d'un **temps de latence** pour répondre à certaines demandes, qui sont plus facilement effectuées au second essai.

- Ses particularités corporelles

En plus du bilan psychomoteur, mes **observations cliniques** dans le cadre des séances de psychomotricité, viennent orienter ma réflexion sur les particularités corporelles d'Hélène.

➤ Gestuelles et sensorielles

Au niveau **tonico-émotionnel**, la joie d'Hélène se manifeste par de grands sourires, et des rires appuyés du regard. Mais ces manifestations émotionnelles engendrent des **stéréotypies vocales, et digitales** (crispation des doigts). Beaucoup d'**agitation** peut venir l'envahir. Par moment, Helena s'enferme dans ses stéréotypies, avec de grands mouvements de bras, ou des balancements du corps. La manifestation de ces **particularités gestuelles** s'explique par une **recherche sensorielle** (vestibulaire ou kinesthésique), propre aux caractéristiques autistiques. Ainsi, ces stéréotypies viennent isoler Hélène dans un contexte émotionnel. Quand elle est anxieuse, ces mouvements s'amplifient et s'accroissent en intensité également.

Par exemple, il est arrivé une fois que la séance de patin à glace soit annulée, ce pourquoi la psychomotricienne avait proposé de la remplacer par une séance de yoga. Lorsqu'Hélène est arrivée pour le yoga, elle était complètement désorientée. En réponse à ce changement d'organisation, j'ai pu remarquer une importante agitation dans son corps, et une **motricité pulsionnelle** qu'elle n'arrivait pas à contrôler (avec des stéréotypies digitales et vocales). Hélène pleurait à chaudes larmes, et était très angoissée par la situation. Ici, Hélène se laisse envahir par son émotion du moment, et l'exprime à travers son corps. Comme nous l'avons vu, le jeune sourd est généralement amené à exprimer ses émotions à travers une décharge tonique.

➤ Sa recherche de contenance

Ses particularités corporelles s'expriment également à travers la mise en place d'activités partagées en séance, tel qu'un jeu autour de la **toupie géante** qu'Hélène apprécie particulièrement. A travers ce jeu, je remarque qu'Hélène est régulièrement en **recherche de contenance, et d'appuis dorsaux**, afin de mieux percevoir son arrière fond et son axe. C'est pourquoi elle apprécie se mettre dans la toupie géante, dans laquelle elle peut s'appuyer et ressentir cet appui dorsal recherché. Dans cette toupie, elle a également besoin de favoriser les **postures d'enroulement** du bassin afin de se recentrer sur elle-même. Selon A. Bullinger, cette conduite est un moyen pour le jeune autiste de compenser ses difficultés essentielles de rassemblement et de stabilisation des divers espaces qu'il habite.

Helena montre de l'intérêt pour les **explorations sensori-motrices** qu'on lui propose. Elle affectionne aussi se mettre dans un **sac de motricité**, dans lequel elle se déplace et peut éprouver une **sensation globalisante du corps**. Comme nous l'avons, le manque à entendre a un réel impact sur le corporel, et le jeune sourd peut se retrouver disperser en raison d'un vécu corporel diffus. Nous avons évoqué aussi la possibilité d'une difficulté à se construire une enveloppe corporelle contenant. Je remarque en effet un **vécu corporel fragile** chez Hélène, qui se traduit par une recherche d'axe, de contenance, et de limite soi/non soi qu'elle n'arrive visiblement pas à saisir.

- Le projet thérapeutique en psychomotricité

Les observations cliniques viennent compléter le bilan psychomoteur et affiner le projet thérapeutique d'Helena, grâce aux nouvelles situations rencontrées en séance. Ce projet de soin s'oriente vers un travail d'ouverture à son environnement autour de la **communication** (avec des outils d'expression et de la communication non verbale), et d'un **ajustement relationnel**. Il aborde également la reconnaissance de l'autre et du « **faire ensemble** », et la perception d'un **vécu corporel plus sécure**.

En effet, le vécu corporel fragilisé d'Hélène, et la prédominance de ses particularités corporelles sont des raisons d'envisager un travail autour du **toucher thérapeutique**. En effet, Hélène a développé une seconde peau pathologique au cours de son développement, comme nous l'avons vu avec E. Bick. C'est pourquoi un temps de massage lui est proposé à chaque fin de séance. Cette médiation corporelle a pour objectif de calmer sa motricité pulsionnelle, apaiser ses tensions corporelles, et par conséquent **diminuer son hypertonie**. Le travail est également orienté sur la **sensation d'une globalité du corps**, à travers la **fonction contenant** du massage, pour répondre aux besoins d'Hélène.

- **Héléna en séance de psychomotricité**

- Le cadre de la séance

Les séances d'Héléna avec la psychomotricienne du CESDA ont commencé en octobre 2015. L'année dernière, elle avait deux séances de psychomotricité par semaine. Cette année, elle bénéficie d'un suivi en psychomotricité une fois par semaine, et elle participe également à l'Atelier « patin à glace », organisée par la psychomotricienne.

A l'aide de son emploi du temps imagé, Héléna a bien repéré son temps de psychomotricité. Elle prend du plaisir en séance, dans lesquelles elle se montre disponible et investi.

Durant les premiers mois de mon stage, je suis restée en observation pendant les séances d'Héléna. Elle a rapidement accepté ma présence, et a appris à me connaître petit à petit. A partir du mois de décembre, la psychomotricienne m'a intégré dans la séance, pour travailler à trois. Actuellement, je suis amenée à mener la séance du début à la fin, en présence de la psychomotricienne.

Au départ, il était compliqué pour Héléna d'exprimer ses envies. Aujourd'hui, la psychomotricienne utilise un cahier imagé, pour favoriser l'expression de ses choix. A l'aide de ce cahier, Helena compose le contenu de sa séance, avec l'accord de la psychomotricienne. Elle choisit généralement les mêmes activités, mais des modifications sont possibles. Cet outil permet également de structurer sa séance dans le temps, à l'aide des déplacements d'images conjointement à l'enchaînement des activités. Le pointage est de plus en plus évident. L'attention conjointe est possible, et des échanges de regards sont présents.

Comme nous l'avons vu, Héléna est de nature passive, et se laisse porter. De ce fait, un travail sur la prise d'initiative et la question de l'envie est mis en place.

Généralement, la séance commence par un petit temps au bureau, avec un travail de motricité fine ou un jeu cognitif. Elle se poursuit par une ou deux activités partagées autour de la mise en mouvement du corps, avec un jeu d'imitation par exemple. Puis elle se termine par un moment de relaxation, pour finir avec un retour au calme.

- Une approche spécifique autour du toucher

- Des rituels pour se rencontrer

La plupart du temps, Héléna arrive en séance dans un **état d'excitation**. Je remarque des diffusions toniques dans le corps, et des crispations au niveau des doigts et de la bouche. De manière générale, un **rituel** est une répétition qui permet de structurer le temps, et la

pensée. Il s'inscrit dans l'idée de **macro rythmes** de D. Marcelli, qui favorisent le sentiment de continuité. Nous avons vu l'importance des rituels dans le développement du jeune sourd, pour pallier au manque d'anticipation. Lorsque je m'installe au bureau avec Héléna, un petit rituel s'est mis progressivement en place pour lui permettre de se calmer, et d'être présente à ce qu'on va lui proposer.

Lorsque je pose mes mains sur la table, elle fait de même en m'imitant, puis vient rechercher le contact en me touchant du bout des doigts (les mains toujours posées sur la table). Lorsque j'ouvre mes mains, elle vient déposer les siennes à l'intérieur, et inversement. S'en suit alors une sorte de découverte de l'autre, à travers ce toucher de peau à peau. Héléna peut ainsi tester les limites du soi, et du non soi, en collant la paume de sa main contre la mienne. Des jeux de mains, ou des jeux de pouce peuvent se mettre en place. Héléna sourit, et semble apprécier cet échange. Généralement, **ce petit moment l'apaise** très vite, et permet de commencer la séance, avec un jeu au bureau.

Une fois, Héléna a pris les mains de la psychomotricienne pour les déposer sur sa bouche. Cette image m'a fait penser au stade oral de S. Freud, où le bébé utilise sa bouche pour explorer ce qui l'entoure, à travers le sens tactile. Ensuite, Héléna a déposé son visage dans le creux des mains de la psychomotricienne, comme une **recherche de contenance** (en faisant le contour du visage).

Tout comme le toucher peut être contenant, il peut également être source d'excitation pour Héléna. En effet, Héléna présente une **hypersensibilité tactile**, qu'on peut voir par exemple avec les effleurements de peau, qu'elle sollicite. Ce contact peau à peau peut susciter chez elle une forte émotion de plaisir, qu'elle n'arrive visiblement pas à gérer. En raison de son **défaut d'ajustement tonico-émotionnel**, elle se laisse alors envahir par ses particularités gestuelles. A ce moment-là, je place une main dans son dos, et j'attends qu'elle s'apaise. Ce contact rassurant a un effet instantané sur Héléna, qui se calme automatiquement.

➤ Imiter pour mieux partager

La suite de la séance est composée de petits jeux où Helena met son corps en action, et en relation dans la salle de psychomotricité. Elle s'oriente de plus en plus vers des activités d'échanges. Nous avons mis en place un **temps d'imitation**, qu'Héléna investit particulièrement.

Dans un jeu d'ajustement relationnel, elle est en mesure d'imiter de façon spontanée, et s'amuse beaucoup du fait d'être imitée. A son initiative, un jeu d'**interactions réciproques** se met alors en place, autour de mouvements de mains, de bras, de déplacements ... Selon J. de Ajuriaguerra : « Notre n'est rien sans le corps de l'autre, complice de son existence », donc imiter le corps de l'autre est nécessaire pour apprendre à utiliser son corps. Par moment,

Héléna peut rester bloquée, il faut alors la remobiliser pour recréer du lien à l'autre, et susciter une nouvelle proposition gestuelle. Le **miroir** intervient également dans un mouvement de rassemblement de sa représentation corporelle, et d'analyse de la situation en cours. Il lui permet d'avoir une vision plus globale de la scène. Héléna est intriguée par l'image du miroir, et en joue.

A travers ce jeu d'imitation, il arrive souvent qu'Héléna vienne une fois de plus rechercher le contact physique, et **manquer de distance**. Il peut s'agir d'enlacement, de collage forcé... Ces demandes ne semblent pas être dans une démarche sociale, mais plutôt dans une recherche de contenant psycho-corporel, et sensoriel. Ainsi, lorsque Héléna vient « se coller » à moi en m'enlaçant ou en me présentant son dos, je transforme son geste par un mouvement plus adapté, sans pour autant rejeter son intention. Un travail sur la mise à distance, et sur la place du corps se fait alors naturellement. Il s'agit d'une prise de conscience de la place de chacun, de sa propre individualité. En effet, nous avons vu que le rapport à l'autre peut être plus corporel et physique chez le jeune sourd, et qu'il peut ainsi rencontrer des difficultés à se construire une image différenciée, et établir les limites corporelles et psychiques qui le distinguent de son entourage. Par moments, Héléna peut aussi se mettre dos à dos avec moi, et observer la scène dans le miroir. Un jeu de poussées se met alors en place, ou de portage. Il arrive aussi qu'Héléna prenne mes mains pour les déposer une fois de plus sur son visage.

Ainsi, un travail autour du **dialogue tonico-émotionnel** est en jeu. Ici, le toucher nous permet de communiquer, et de créer une relation. Nous avons vu l'importance du dialogue tonico-émotionnel avec les travaux de J. de Ajuriaguerra, pour qui le tonus est un véritable outil de communication, et d'autant plus pour les jeunes sourds.

➤ Le temps de massage d'Héléna

C'est un temps de relaxation qu'elle investit particulièrement, et dont elle fait maintenant la demande.

L'installation, un moment fondamental

Le temps de massage est un **moment ritualisé**, où j'invite Héléna à **s'installer confortablement** sur les tapis. Je place un coussin sous sa tête, puis j'éteins la lumière pour éviter les stimulations visuelles. Généralement, Héléna s'installe en position fœtale, mais je peux la guider pour changer de position, si cela est nécessaire. Par exemple, je peux l'inviter à se mettre sur le dos pour avoir d'avantage accès à ses bras, ou à ses jambes. La première fois que j'ai incité Héléna à s'allonger sur le dos, j'ai remarqué une importante déviation de l'axe du corps. Elle était **désaxée**, dans un **schéma d'hyperextension**. Je peux donc venir

placer mes mains sur sa taille pour orienter son bassin dans l'axe corporel, et placer ses bras le long du corps pour rassembler le tout.

Ensuite, je la borde délicatement avec une couverture épaisse, en prenant soin de lisser la couverture pour un effet plus contenant.

Une perception du corps à travers des pressions

Lorsqu'Hélène est bien installée, je peux commencer par prendre contact avec elle, en plaçant ma main sur sa jambe, ou son bras. Puis j'effectue des **pressions** fermement sur la partie du corps concernée. Je me déplace ainsi en gardant un rythme régulier, généralement assez lent. Je peux parfois varier le toucher en exerçant des étirements, ou des vibrations. Certains massages peuvent se concentrer sur une partie du corps, tel que le dos ; et d'autres vont concerner la totalité du corps, en passant par les pieds, les jambes, les bras, les mains... Hélène affectionne le **massage du dos**, ce qui fait écho à sa recherche d'appuis dorsaux que nous avons évoqué précédemment. Il lui est arrivé de me demander un massage du dos, en prenant ma main pour la placer sur son dos. A ce moment-là, je remarque qu'elle a les yeux presque fermés, les bras enroulés autour du coussin, et la tête posée dessus. Elle semble bien.

Ainsi, les pressions que j'effectue sur son corps viennent nourrir sa **proprioception**. Généralement, je termine par des éventails sur l'ensemble de son corps pour amener un effet globalisant.

Quel dosage pour Hélène ?

Du fait de ses particularités sensorielles, ce contact corps à corps peut parfois devenir trop **excitant** pour Hélène. Cette excitation peut être liée également à l'assaut pulsionnel dans le corps de l'adolescent, que nous avons évoqué plus haut. Par exemple, lorsque je viens toucher ses pieds, je le ressens à travers des diffusions toniques, ou des rires nerveux. Son corps se met en tension, elle s'agite. Je maintiens alors le contact en pression à ce même endroit, avant d'aller vers d'autres zones, pour créer un **phénomène d'habituation** dont Hélène a besoin. Elle peut vivre ainsi l'émotion du moment, sans que je rajoute de surstimulation à travers le toucher. Hélène se détend alors petit à petit, par ce phénomène d'habituation, et de confiance en mes propositions.

Je peux également remplacer ce toucher par un **objet médiateur**, tels qu'une balle, un ballon, un robot vibrant... pour venir réajuster son seuil de tolérance avec de nouvelles sensations. La première fois que j'ai essayé le robot vibrant avec Hélène, elle était très intriguée par ce nouvel objet, et semblait apprécier les nouvelles sensations qu'il lui procurait. Elle a voulu également le tester d'elle-même, sur son bras.

Un toucher contenant

Une autre fois, j'ai également essayé le **gros ballon** avec Héléna. Elle semblait assez agitée, je me suis donc adaptée à son état en lui proposant un **effet plus globalisant** grâce au gros ballon. Allongée sur le ventre, Héléna semblait plus détendue. Cependant, en changeant de côté pour faire l'autre parti du corps, j'ai ressenti quelques diffusions toniques dans le corps d'Héléna. J'ai fait l'hypothèse qu'elle était perturbée de m'avoir perdue de vue. En raison de son handicap sensoriel, elle a sûrement besoin d'une accroche visuelle pour faire le lien entre la sensation éprouvée et ce qu'elle voit. Pour garder cette continuité, j'ai donc pensé à lui faire tourner la tête quand je change de côté.

En plus des pressions sur l'ensemble du corps, je place des **coussins durs** tout autour et au-dessus d'Héléna, pour en faire les contours. Ces coussins durs amènent de la **contenance**, et permettent à Helena de ressentir une enveloppe corporelle, qui ne fait pas assez corps. Il est possible de les mettre dès le début, puis d'effectuer les pressions dans un second temps. Ou bien d'effectuer les pressions en premier, puis rajouter les coussins durs à la fin, pour qu'Héléna puisse prendre conscience de la lourdeur des coussins, et profiter de cette sensation globalisante.

J'ai essayé également la **méthode de l'emmaillotage**, avec une couverture. Comme nous l'avons vu, cette image de l'enveloppe a un **effet de pare excitation**, qui est essentiel pour Héléna. J'ai pensé à laisser les bras d'Héléna croisés sur sa poitrine, pour qu'elle ne se sente pas enfermée si jamais elle voulait se dégager de la couverture. Je peux alors rajouter des pressions sur l'ensemble du corps. Dans ce cocon, Héléna semble apprécier et profiter de l'effet contenant de l'emmaillotage. Je déduis cela en ouvrant délicatement la couverture à la fin, lorsqu'elle reste allongée sereinement, sans bouger, les mains croisées derrière sa tête. Alors qu'habituellement il lui arrive de se relever directement, et de courir pour aller mettre ses chaussures.

L'apport d'un effet apaisant

Durant ce temps de massage, je peux voir les apports bénéfiques du toucher en observant le comportement d'Héléna. A travers ce travail sur le « **tout autour** », Héléna semble ressentir une consistance corporelle qui fait défaut. Je vois qu'elle **s'apaise** instantanément. En la touchant, je peux sentir un **changement d'état tonique** lorsque son corps se relâche, après un temps d'habituation. Sa respiration est plus profonde, son visage est neutre et plus détendu. Il n'y a plus de mimiques sur son visage, ni de mouvements parasites qui viennent l'envahir. Héléna regarde dans le vide, sans recherche d'accroche

visuelle. J'ai l'impression qu'elle pourrait rester longtemps comme ça, elle semble bien. C'est un temps rien que pour elle qui la rassure, où elle **se sent en sécurité**.

Un rapproché corporel pour vivre la fin de séance plus sereinement

A la fin du massage, un **temps de reprise** est nécessaire pour lui permettre de revenir dans « l'ici et maintenant ». Je lui propose de s'étirer, de se remettre doucement en mouvement. Mais une fois que j'ai enlevé la couverture, il arrive qu'Hélène vienne rechercher un **contact physique**. Lorsqu'elle se relève, elle peut venir m'enlacer, ou se mettre dos à moi pour que je la contienne avec mes bras (recherche une fois de plus de contenance au niveau du dos). Une fois, elle a seulement déposé sa tête sur mes genoux avant de se relever. J'ai accueilli son contact en posant délicatement mes mains sur sa tête, le temps qu'elle puisse passer à autre chose. Est-ce un moyen de **vivre la transition** ? De se rassurer ? De se rassembler ? On pourrait interpréter ça comme un besoin de temps supplémentaire pour pouvoir intégrer les diverses sensations du massage.

La tentative d'une mise en sens

Afin de **mettre du sens sur les éprouvés** d'Hélène après ce temps de massage, j'ai tenté de lui présenter un tableau des émotions pour qu'elle puisse me dire son ressenti en s'identifiant à l'une des images. Après quelques tentatives, je me suis rendu compte que cet outil n'avait aucun sens pour elle ; et qu'il était, pour l'instant, impossible pour elle de me faire part de ses émotions. Cette incapacité fait écho à sa problématique autistique, qui rajoute une complexité au handicap de la surdité et ses problèmes de communication.

- Evolutions et préconisations

Au sein de la rencontre et du travail en psychomotricité, Hélène évolue et expérimente de **nouvelles sensations**, en engageant son corps dans l'action et la relation à l'autre. Le travail sur l'ajustement de la communication, et la façon de rentrer en relation est à poursuivre avec Hélène. Il s'agit par exemple de la place de chacun à différencier (**individualité corporelle**), notamment à travers le toucher. Les jeux d'imitation sont également à poursuivre, car Hélène y porte beaucoup d'attention et exprime les prémices d'un **intérêt pour la relation**. Cette sollicitation s'exprime aussi à travers le jeu de la toupie géante. Au départ, Hélène recherchait des sensations vestibulaires en tournant dans la toupie (à grande vitesse sans s'arrêter). Depuis peu, ces comportements sont moins présents, ce qui laisse plus de place pour les échanges relationnels. Dernièrement, j'étais aux côtés d'Hélène lorsqu'elle était dans

la toupie, et elle venait d'elle-même rechercher mon attention en me tapant dans la main à chaque tour. C'est là qu'on peut voir les progrès d'Hélène dans les interactions à deux, à travers un contact par exemple.

Les séances de psychomotricité permettent aussi de travailler sur une **contenance globale du corps**, avec une séance de relaxation qui permet d'apaiser, et de **rassembler**. Ce temps de massage permet à Hélène d'avoir une sensation plus claire de son corps, et amène un bien-être psychique et physique dont elle a besoin. Le toucher que je lui propose vient nourrir ses systèmes sensoriels, par effet d'apaisement. C'est une médiation corporelle qui permet également d'agir sur ses particularités sensorielles et posturales, notamment au niveau du dos, à travers une fonction contenante. Le cheminement d'Hélène se remarque dernièrement lorsqu'elle quitte la salle de psychomotricité, après ce temps de massage : elle est détendue, il n'y a plus d'agitation dans le corps comme à son arrivée, et elle semble rassurée. Ce départ dans le calme traduit l'**apaisement de son tonus hypertonique**, grâce aux bienfaits du toucher thérapeutique

Ainsi, Hélène profite pleinement de ce temps de psychomotricité, durant lequel elle montre du **plaisir** et des sourires. Il convient alors de maintenir et de renforcer cette séance, car elle contribue à un **meilleur épanouissement**. L'apport de sensations corporelles globales contribue au bien être d'Hélène, et à un **vécu corporel plus sûr**, nécessaire pour une ouverture au monde extérieur. Elle investit plus narcissiquement son corps, et apprend petit à petit à s'ajuster selon les modalités tonico-émotionnelles de l'instant. Le toucher lui permet aussi de s'approprier progressivement son corps en changement avec la période de l'adolescence.

B) Etude de cas : Quentin

- **L'anamnèse**

Quentin est un **jeune garçon** né le 29 mars 2005, il a donc actuellement 13 ans. Physiquement, il n'est pas grand pour son âge, mais assez trapu.

Quentin est issu d'une **famille d'entendants**. Ses parents sont mariés. Il a une petite sœur de 7 ans, dont il est très proche (parfois même un peu trop selon le discours de sa mère), et une demi sœur de 19 ans. Quentin évolue dans un **cadre familial stable**. D'après son dossier, il a une relation assez fusionnelle avec sa mère, et est souvent en conflit avec son père, car il supporte mal l'autorité.

Ses parents expliquent que Quentin ne fait rien seul, à part jouer à sa tablette ou à son ordinateur. Il dit de lui-même ne pas aimer pas le sport, et trouve cela difficile.

Quentin est atteint d'une **surdité profonde bilatérale** diagnostiquée à 18 mois, dont l'origine est congénitale (malformation de la cochlée). Il n'y a pas d'antécédents familiaux. Quentin est implanté à droite à 2 ans et demi, en 2008.

D'après le dernier bilan neuropsychologique, Quentin a également **un trouble du comportement**, et un **trouble des apprentissages**. Des problèmes d'équilibres en raison d'une **hyporéflexie vestibulaire bilatérale** sont également rapportés. Comme nous l'avons vu, la surdité peut être associée à l'apparition d'un trouble vestibulaire.

Quentin a été en crèche jusqu'à l'âge de 2 ans et demi. De 2008 à 2010, il était en école privée. La présence d'une codeuse LfPC (Langue française Parlée Complétée) et d'une orthophoniste a été mise en place par les parents de Quentin. La codeuse transmet tous les messages oraux en langue française à l'aide de la LfPC, notamment en accompagnant l'élève sourd dans ses apprentissages. De 2010 à 2013, il était en CLIS, toujours avec une codeuse. Quentin était content d'aller à l'école, mais rencontrait des problèmes de communication et d'interactions sociales avec ses pairs. Ses parents ne prenaient pas en compte la possibilité de la LSF, et ce n'est que plus tard qu'ils en ont mesuré l'importance. Depuis 2014, Quentin était dans un centre pour jeunes déficients auditifs. Il bénéficiait d'une prise en charge en orthophonie trois fois par semaine, et en psychomotricité deux fois par semaine.

Quentin a intégré le CESDA il y a 8 mois, le 28 août 2017.

Ses parents souhaitent que Quentin puisse continuer à évoluer et à apprendre, pour pouvoir se projeter dans l'avenir, et travailler peut-être plus tard. Ils aimeraient que Quentin soit plus autonome, et plus en sécurité face à des inconnus.

- **Présentation de Quentin**

Au CESDA, Quentin dort à l'internat du lundi au vendredi. La journée, il fait parti d'un **groupé éducatif** composé de sept jeunes. Il bénéficie de temps de classe en individuel, d'un cours de LSF, d'une séance d'EPS, mais aussi d'une séance d'orthophonie deux fois par semaine, d'une prise en charge en psychologie, et d'un suivi en psychomotricité deux fois par semaine.

Quentin se rend avec plaisir à ses prises en charge, et participe aux différentes activités éducatives avec motivation.

Depuis qu'il a découvert le centre spécialisé pour enfants sourds, Quentin dit ne pas aimer les « entendants ».

Sur le plan de l'**autonomie**, Quentin se repère dans les différents espaces de l'établissement. Il est autonome physiquement pour se doucher, s'habiller, aller aux toilettes, s'alimenter... Il est cependant difficile pour lui de se repérer dans le temps (heures, durée). Quentin a donc besoin d'aide pour s'orienter dans le déroulement de sa journée, et pour gérer

sa sécurité personnelle (en raison de comportements dangereux que nous évoquerons plus loin). On remarque aussi des difficultés au niveau du sommeil. Quentin se réveille trois à quatre fois dans la nuit, et se lève tôt.

Sur le plan de la **communication**, Quentin communique essentiellement en LSF, accompagné parfois de mots à l'oral pour appuyer son discours, mais qui restent difficilement compréhensibles. Quentin émet des vocalises assez bruyantes. Les divers professionnels remarquent de nombreuses **incompréhensions** de sa part. Il fait souvent mine d'avoir compris, alors qu'en réalité il ne comprend pas ce qu'on lui dit. Les échanges sont empreints de malentendus et d'incompréhensions, ce qui rend les prises en charge plus complexes.

Dans ses **relations sociales**, Quentin rencontre des **difficultés dans la distance à l'autre**. C'est un garçon avenant qui va facilement vers ses camarades, mais souvent de façon non appropriée. Les sourires et regards persistants, et les tentatives d'approches maladroites sont souvent perçues par ses pairs comme des insistances malvenues et inadaptées, voire pour certains comme une persécution. Quentin a du mal à prendre une place au sein de son groupe. Sa difficulté à s'intégrer au groupe le mettait dans une position de « victime », mais les éducateurs ont rapidement constaté que Quentin peut provoquer ses camarades en dehors du regard de l'adulte, et y trouver une certaine forme de plaisir.

Quentin observe beaucoup ce qu'il se passe autour de lui, mais comprend peu les situations. Il est souvent en décalage avec l'instant présent. Quentin est souvent dans le mimétisme des comportements de ses pairs. Il est difficile de percevoir la sincérité de ses émotions. Il a du mal à comprendre l'émotion de l'autre, et manque d'empathie et de théorie de l'esprit. Ce comportement vient accentuer ses difficultés d'interactions avec ses pairs.

Dans son **comportement général**, Quentin a des **attitudes de « tout petit »**, soulignant son **immaturité psycho-affective**. En effet, nous avons vu que les modifications du lien mère-enfant avec l'arrivée de la surdité, pouvait faire perdurer une dépendance affective plus longtemps, et donc une certaine immaturité. Quentin rencontre aussi des difficultés face à l'autorité. Lorsqu'il est frustré, il peut facilement se braquer, provoquer, et se mettre à pleurer. Ses réactions émotionnelles sont parfois exagérées et disproportionnées. Il peut également se montrer inquiet, et a besoin d'être rassuré.

Ces difficultés de communication ont un retentissement sur les relations sociales et familiales de Quentin. Il présente des comportements avec une mise en jeu singulière du corps, qui suscite une attention particulière de la part des différents professionnels.

- **Quentin et son corps**

Un bilan psychomoteur a été réalisé à l'arrivée de Quentin au CESDA, en septembre 2017. Ce bilan nous renseigne sur le profil psychomoteur de Quentin.

- Le bilan psychomoteur

Concernant le **tonus musculaire**, le tonus de fond de Quentin est hypertonique. Il rencontre des difficultés pour relâcher son corps, et reste dans le contrôle et la vigilance. De plus, la régulation de son tonus d'action est labile. Cette régulation tonique est nettement impactée par son manque d'ajustement tonico-émotionnel, soulignant son immaturité psycho-affective. De plus, des syncinésies buco-faciales persistent de manière non négligeable.

En ce qui concerne les **compétences motrices** de Quentin, le test d'évaluation des compétences motrices M-ABC 2 confirme un retard d'acquisition dans ce domaine. Les activités proposées pour sa tranche d'âge sont échouées. Quentin est parvenu à réaliser les épreuves pour une moyenne basse de 6/7 ans. Les épreuves d'équilibre statique et dynamique viennent objectiver son trouble vestibulaire.

On remarque également une motricité fluctuante selon son état, oscillant entre passivité et agitation, avec émissions de vocalises.

Les **compétences visuo-constructives** sont correctes, mais l'organisation praxique fait défaut dans le domaine de la dextérité manuelle, où il demeure maladroit. La dissociation manuelle est difficile. Son défaut de concentration impacte les diverses coordinations visuo-motrices.

L'organisation de son **schéma corporel** est correcte pour son âge. Cependant, Quentin a refusé de réaliser le dessin du bonhomme. Les imitations de gestes (EMG) sont justes, avec une bonne configuration praxique dans l'espace. Cependant, Quentin n'est pas orienté dans l'espace, et la réversibilité n'est pas automatique.

Concernant la **latéralité**, Quentin présente une latéralité manuelle et visuelle à droite, et pédestre à gauche.

L'investissement du **graphisme** est coûteux pour Quentin.

En ce qui concerne la **structuration spatio-temporelle**, Quentin n'a pas de difficultés au niveau visuo-constructif et visuo-spatial. Cependant, le repérage dans le temps n'est pas fluide. Le temps narratif et le temps social sont fragiles, avec un niveau de 6 ans. Et le repérage du temps générationnel est confus.

Quentin rencontre des difficultés d'**attention**. Concernant ses capacités mnésiques, la mémoire à court terme est correcte, mais la mémoire à long terme est plus difficile à solliciter.

On note également un **manque de confiance en lui**. Quentin est très sensible à l'évaluation, et au regard de l'autre. Il est donc important de le valoriser en situation de réussite.

- Une problématique psycho corporelle

En plus du bilan psychomoteur, mes **observations cliniques** dans le cadre des séances de psychomotricité, viennent orienter ma réflexion sur la problématique psycho corporelle de Quentin.

➤ **Un défaut d'investissement narcissique du corps**

Le manque d'aisance de Quentin dans son expression corporelle, son **dessin d'un bonhomme bâton**, et l'investissement de son corps propre sont des éléments qui m'amènent à réfléchir sur son rapport au corps, et sa **représentation corporelle**.

Pour travailler sur cette difficulté, je lui ai par exemple proposé de faire de la **pâte à modeler**, pour mettre en forme l'idée de son bonhomme. Ici, le but est de donner de la consistance au corps du bonhomme, de venir consolider et enrichir l'image qu'il en a ; et voir comment il peut aborder la matière en 3D.

J'ai également dessiné les **contours du corps de Quentin** sur une grande feuille au sol, pour aborder sa représentation corporelle, sous un angle plus personnel (il s'agit de ses propres dimensions).

Quentin est sceptique face à cette proposition, ce qui m'amène à le rassurer et lui expliquer comment ça va se passer. Lorsque je montre le résultat à Quentin, ce dernier n'exprime aucune réaction devant le dessin de son corps. Je lui propose ensuite de personnaliser son dessin, en y rajoutant par exemple des éléments du visage, des vêtements, son prénom... Cependant, l'investissement du dessin lui est difficile, et semble le mettre mal à l'aise. Lorsque je lui propose de venir devant le miroir pour trouver un signe de distinction, Quentin refuse, et regarde son image au loin. Cette confrontation avec son image dans le miroir suscite peu d'émotion, et une mise à distance. Il ne semble pas se reconnaître, et n'investit pas ce reflet comme la représentation de son corps propre. Finalement, Quentin peut dessiner des cheveux, des yeux, un nez, des oreilles, et une bouche sur son dessin, grâce à mon étayage. Les fois d'après, il refuse de continuer son dessin, et semble angoissé à cette idée. Quentin me fait de grands gestes en disant « non », l'air paniqué. C'est pourquoi je lui propose de finir ce dessin en inscrivant simplement son prénom sur la feuille, pour spécifier qu'il s'agit bien de lui, et que cette représentation du corps lui appartient.

A travers ce travail sur le **dessin du corps propre**, on peut voir que l'image corporelle de Quentin est peu investie. Ce désintérêt est sûrement lié à cette **faible narcissique** dont nous avons parlé, à une intégrité du corps défaillante. Comme nous l'avons vu, le manque d'espace sonore qui permet à l'enfant de développer une première image spatio-auditive du corps propre, peut venir impacter le sentiment d'un corps unifié. Quentin a **besoin d'étayage**

pour mieux appréhender son corps, et l'investir narcissiquement. Ses problématiques d'« attaques corporelles » appuient cette **difficulté d'harmonisation du vécu corporel**, et sa **problématique de l'image du corps**.

➤ Des attaques corporelles récurrentes

D'après le rapport des éducateurs, Quentin peut se blesser volontairement et prendre des risques sans avoir conscience de la gravité du danger, et sans évaluer sa douleur. En effet, dès que les premiers soins sont appliqués, il peut dire qu'il n'a plus mal. On se questionne alors sur son **seuil de tolérance à la douleur**. En effet, on note des **attaques du corps** à répétition depuis ces derniers mois. Ça a commencé cet été après une sortie piscine, sur le torse. Puis il y a eu une brûlure de la main sur une plaque électrique, un doigt cassé, des ongles arrachés, une main mutilée...

Dernièrement, Quentin s'est enfermé à clef dans la salle de bain de l'internat, pour se regarder saigner du nez dans le miroir. Il dit aimer le goût du sang. A l'internat, il a également caché un couteau dans son lit. De plus, il est monté sur le radiateur de sa chambre pour se pencher au-dessus de la fenêtre ouverte, il était à la limite de basculer et de tomber du deuxième étage. Quentin explique qu'il pensait simplement se blesser, mais pas se tuer.

Est-ce un moyen pour lui de tester ses limites corporelles ? D'apaiser une tension interne, une angoisse ? Ou une difficulté d'appréhender le danger ? La psychologue du CESDA explique qu'il s'agit d'un rapport « expérimental » à la douleur. Il peut s'attaquer physiquement par frustration ou colère ; ou encore pour explorer ses sensations, et ses limites. Comme nous l'avons vu, ce passage à l'acte peut être une **recherche d'affirmation identitaire par des marques corporelles, et par l'exploration de la limite de soi**.

L'entrée pour Quentin dans l'adolescence amène les divers professionnels du CESDA, et la famille de Quentin, à renforcer leur vigilance pour sa sécurité et celles de ses pairs, étant donné que Quentin **ne mesure pas du tout la dangerosité ni les conséquences de ses actes**.

➤ Un manque d'ajustement relationnel

Je remarque chez Quentin un **défaut d'ajustement relationnel**, qui s'exprime de diverses manières au fil de nos rencontres. Tout comme les éducateurs, je relève chez Quentin une **immaturité psycho-affective**, qui se traduit par des **difficultés à vivre une frustration**. Il peut se mettre à pleurer facilement, pensant contrôler la situation, et cherchant aussi à susciter l'émotion chez l'adulte. Ses réactions émotionnelles sont parfois exagérées, et manquent d'authenticité. Je note également une « **bizarrierie** » dans la relation, marquée par les incompréhensions de Quentin dans la communication, et des comportements non adaptés.

Par exemple, Quentin m'adresse parfois un regard dérangeant, et insistant.

De plus, les fins de séance ont été parfois compliquées pour Quentin, avec une réactivation semble-t-il d'**angoisses de séparation**. S. Freud décrit l'angoisse de séparation comme la crainte d'une perte d'objet. Dans cette situation, Quentin faisait en sorte de me provoquer, pour faire durer la séance plus longtemps, en cherchant à garder la maîtrise de ce moment à charges émotionnels importantes. Il s'agit sûrement d'un besoin de retester le cadre et la réponse de l'adulte, afin de se rassurer et de les ré éprouver.

Ce manque d'ajustement au sein de la relation, passe aussi par un **manque de distance corporelle**, qui s'exprime par exemple à travers un temps de massage, que nous allons évoquer par la suite.

- Le projet thérapeutique en psychomotricité

Les observations cliniques viennent compléter le bilan psychomoteur et réajuster le projet thérapeutique de Quentin, en raison des nouvelles difficultés rencontrées en séance. Le projet soin de Quentin en psychomotricité s'est orienté autour d'un **travail d'ajustement tonico-émotionnel**, et de l'investissement d'une trace en lien avec sa représentation corporelle. La sollicitation des **compétences d'équilibre** est également envisagée, tout comme un travail sur le temps social et générationnel.

Le trouble vestibulaire de Quentin amène des déséquilibres, et par conséquent un sentiment d'insécurité, et un **vécu corporel fragilisé**. Mais plus qu'un travail sur l'équilibre, c'est un travail sur le rapport à l'autre, et à son propre corps qui prime au sein de cette rencontre. Une approche autour de sa représentation corporelle lui permettrait de mieux appréhender son corps. La proposition d'un travail autour du toucher peut être un outil thérapeutique pour **procurer une sensation d'éprouvé corporel positive** à Quentin, et répondre à sa problématique du corps. Il a besoin d'étayage pour mieux appréhender son corps, tant d'un point de vue moteur qu'émotionnel. Ainsi, ce temps de massage est envisagé pour apprendre à Quentin à aimer son corps, et à **consolider son Moi corporel et identitaire**. En effet, c'est une médiation qui peut venir **renarcissiser le corps**, et harmoniser son vécu corporel. Elle est également proposée dans le but de **diminuer l'hypertonie** de Quentin, et faire redescendre l'agitation. Elle peut ainsi répondre au **besoin d'apaisement** de Quentin face à sa problématique d'attaques du corps et de limites corporelles, en diminuant une potentielle angoisse liée à ces comportements à risque. Comme nous l'avons, ces décharges auto agressives peuvent aussi résulter d'une image de soi défaillante, ce qui fait écho à ce que nous avons expliqué sur la problématique psycho corporelle de Quentin.

- **Quentin en séance de psychomotricité**

- Le cadre de la séance

Depuis son arrivée au CESDA, Quentin bénéficie de deux séances de psychomotricité par semaine, dont une où je suis seule avec lui. Il semble bien investir les séances, pour lesquelles il se montre enthousiaste et motivé.

Concernant le contenu de la séance, je choisis habituellement une ou deux activités à l'aide du cahier imagé, et Quentin en choisit une également.

Généralement, la séance comprend une ou deux activités dans la salle, où le corps est mis en mouvement. Il peut s'agir par exemple d'un parcours d'équilibre, ou d'un jeu autour du sac de motricité. Puis elle se termine par un massage, lors d'un retour au calme.

Au travers des parcours d'équilibre (sauts, roulade, échasses), un **travail sur l'équilibre** statique et dynamique est mis en place, pour reprendre des automatismes que Quentin n'avait pas pu s'approprier auparavant. Après plusieurs séances, il a su se saisir de mes conseils (respiration, regard, contrôle postural, tenue de l'axe) et les réinvestir. Quentin est sensible à la **verbalisation des compétences réussies**, et ressent le besoin de prendre confiance en lui et ses capacités avec des **appuis corporels solides**. Son manque de confiance en lui révèle une faille narcissique, qui nécessite de le **valoriser** et l'encourager dans ses efforts.

- Une approche spécifique autour du toucher

- **Communiquer à travers le jeu**

A la demande de Quentin, un jeu avec le **sac de motricité** a également été mis en place. J. Piaget met en avant l'importance du jeu, et notamment son rôle dans l'équipement affectif de l'enfant. Dans ce sac, Quentin aime être **recouvert en entier**. Mais la transparence du tissu lui permet de ne pas quitter l'adulte du regard. Il se déplace en trottinant, mais n'explore pas vraiment l'espace de la pièce. A plusieurs reprises, il vient m'interpeller et susciter mon attention. Quentin ressent le **besoin de rentrer en interaction** avec moi. Il essaie de me dire des choses en signant, que je ne peux pas comprendre avec le sac de motricité. A partir de là, j'ouvre mes mains pour lui proposer un contact. Quentin pose ses mains dans les miennes, pour faire naître une **communication à travers le toucher**. S'en suit alors des jeux de mains, et des jeux de poussées. Parfois, je viens toucher son visage à travers le tissu, et il fait pareil sur le mien.

Un **jeu d'imitation réciproque** se met lentement en place. Je peux alors l'inciter à investir l'espace de la pièce, en faisant par exemple des roulades au sol, ou des petits sauts.

Ce sac de motricité lui permet de vivre une expérience sensori-motrice, tout en partageant quelque chose avec moi à travers un jeu d'imitation, ou de toucher. Comme nous l'avons vu, la communication non verbale est essentielle pour permettre au jeune sourd de s'exprimer. Ici, le toucher peut accueillir, et partager un vécu.

Ce sac lui procure également une sensation de « tout autour » en venant envelopper son corps. Il s'agit d'une **sensation globalisante** qui lui permet de contenir le corps.

➤ Le temps de massage de Quentin

Après avoir mis le corps en mouvement, la fin de séance s'accompagne d'un retour au calme, avec un temps de massage. Ce temps de massage a été relativement bien investi par Quentin.

Première découverte du massage

Dès de le départ, Quentin a choisi de s'installer dans le « **coin calme** » pour le temps de massage. Il s'agit d'un endroit contenant, avec des coussins, des couvertures, de la musique...

Lors de la première séance de relaxation, Quentin décide de s'allonger sur le ventre, les bras et les mains repliés sous son corps. Son visage est enfoui dans le coussin, ce qui ne facilite pas sa respiration. Cette posture m'indique que Quentin n'est pas en mesure de recevoir le massage, et semble appréhender cette nouvelle proposition. C'est pourquoi je lui propose de s'installer plus confortablement, pour pouvoir mieux respirer, et je le rassure en lui expliquant comment ça va se passer. Le **premier contact** que j'établis en posant le ballon sur sa jambe semble l'intriguer. Pendant le massage des jambes, Quentin regarde régulièrement ce que je fais. Il a du mal à se détendre, et fait beaucoup de grimaces. Lorsque je lui demande s'il souhaite continuer, il est difficile pour lui de me dire ce qu'il ressent et ce dont il a envie. Ce premier temps de massage est compliqué pour Quentin, c'est pourquoi je décide de l'arrêter avant la fin de séance, pour pouvoir mieux la reprendre une autre fois avec lui. Cette séance nous renvoie donc l'idée que Quentin ne semble pas avoir l'habitude qu'un intérêt particulier soit porté sur son corps, et qu'il semble lui-même **en difficulté** pour l'investir.

Les fois d'après, Quentin est encore un peu **agité**, et investit le massage d'une différente manière. Il peut faire exprès de respirer fort, il signe tout seul... Il est peut-être compliqué pour lui de se retrouver face à son corps. Nous avons vu également que l'adolescent sourd peut rencontrer des difficultés pour être à l'écoute de son corps, et de ses sensations.

Vers l'acceptation d'un éprouvé corporel

Après deux ou trois **séances d'ajustement**, Quentin commence à investir corporellement le temps de massage. Je lui propose alors de fermer les yeux s'il le souhaite, et je l'invite à respirer profondément. Pour la première fois, il peut me dire qu'il apprécie, lorsque je le masse avec le rouleau à picot sur l'ensemble du corps. Nos séances de massage s'orientent davantage sur une **exploration sensorielle** à travers l'utilisation de divers **objets médiateurs**, que sur un temps de détente globale. En effet, nous avons vu que le toucher est un sens explorateur. Quentin semble apprécier cette découverte sensorielle, qui renvoie une fois de plus à un aspect plus archaïque (lorsque le jeune enfant explore son corps à travers la sensorialité). La diversité des objets médiateurs que je lui propose (balle dure, balle molle, balle à picot, robot vibrant...) lui apportent une **pluralité de sensations**, qui semblent l'interpeller. Un travail sur le dur, le mou, l'agréable, le désagréable... est mis en place à travers une mise en sens des éprouvés. Je lui montre par exemple la distinction entre un toucher sur le vêtement, et un toucher à même la peau, en l'invitant à réfléchir autour de ça. Cette **conscientisation d'une solidité interne**, et des limites corporelles viennent nourrir sa représentation du corps.

Quentin affectionne particulièrement le toucher sur la **zone visage**, et en fait constamment la demande. Avec une plume ou un pinceau, je fais les contours de son visage, de ses yeux, de sa bouche... pour lui apporter une sensation plus claire de cette partie du corps. Cet intérêt pour la zone du visage rejoint également le **stade oral** de S. Freud. Quentin a peut-être besoin de revenir vers un éprouvé sensoriel primaire. A ce moment-là, il sourit, et me dit : « j'aime ». A la fin, Quentin veut reproduire sur mon visage ce même toucher, avec le pinceau. Il peut alors tester ma réaction, pour voir ce que cela me procure, et si on ressent la même chose. Ici, il vient également interroger la place de chacun.

Finalement, ce temps de massage amène Quentin à être **à l'écoute de son corps**, et à profiter des sensations que je lui procure. Il est parfois difficile de distinguer lorsque Quentin est simplement dans l'**excitation du toucher**, ou s'il peut transformer cette sensation vers quelque chose de plus symboligène pour lui. En effet, nous avons vu qu'à l'adolescence, le corps s'érotise et subit une poussée pulsionnelle libidinale. Cette exploration sensorielle l'aide tout de même à **enrichir sa conscience corporelle**, et la représentation d'un éprouvé corporel. En effet, le travail sur les notions de volume, de poids, de solidité... lui apporte la sensation d'une **image du corps plus unifiée**, et donc un vécu corporel plus sécurisé.

Le besoin d'un corps « tout entier »

Généralement, Quentin me dit : « **je veux tout le corps** ». Par la suite, j'ai donc eu l'idée de transformer ce massage vers un **toucher plus globalisant**, à l'aide du **gros ballon**.

Quentin est intrigué par cette nouvelle proposition. Il me dit apprécier le passage du gros ballon sur tout son corps, et qu'il aimerait continuer sans que ça s'arrête.

J'ai essayé également l'**emmaillotage** avec la couverture, comme avec Héléna, pour un effet plus contenant (qu'il recherche aussi avec le sac de motricité). Néanmoins, Quentin ne semble pas apprécier ce cocon, ce que je perçois à travers des diffusions toniques, et un visage fermé. Se sent-il peut-être trop serré à l'intérieur de la couverture ? A l'inverse du sac de motricité, où il a cette contenance tout en ayant la possibilité de se mouvoir.

Ton corps, mon corps, quelle est la bonne distance ?

Nous avons vu précédemment que l'enfant sourd peut être amené à développer un rapport à l'autre plus corporel et physique, pour répondre au manque d'audition. Pendant ces temps de massage, Quentin a soulevé son tee shirt à plusieurs reprises, pour avoir un massage à même la peau. Par exemple, il lui est arrivé plusieurs fois de remonter son tee shirt au niveau du torse, en me demandant un massage du ventre. Il a fait la même chose avec le dos. J'interprète cette demande non pas comme une forme d'érotisation, mais comme un **besoin de maternage**. On peut faire le lien avec la relation « fusionnelle » établie entre Quentin et sa mère. Ici, le toucher induit chez Quentin une confusion entre le geste « affectivé » d'un parent, et le geste pensé, théorisé et détoxifié du psychomotricien dans le cadre de sa pratique. Il s'agit d'un geste de type « holding », dont parle D. W. Winnicott.

Quentin a trouvé un autre moyen d'induire un **rapproché corporel**, non adapté à la situation. Il lui est arrivé quelques fois de me caresser discrètement la jambe pendant le massage. A ce moment-là, j'ai eu l'idée de lui proposer une peluche qu'il pourrait caresser à la place de ma jambe. Cette peluche est utilisée comme un **objet transitionnel**, comme le décrit D.W. Winnicott. Quentin a refusé cette proposition, en associant sûrement cela à une représentation trop régressive, faisant référence aux « tout petits ». J'ai donc remplacé l'idée de la peluche par un morceau de tissu, doux et agréable au toucher. Quentin l'a utilisé en le posant sur son visage, et avait l'air d'apprécier cette sensation.

Dans ces deux situations, on peut supposer que Quentin vient **tester la limite de l'autre, et la place de chacun**. Je lui explique que, selon moi, le massage du ventre à même la peau n'est pas approprié, car je suis une professionnelle. Je lui dis aussi que ce n'est pas les mêmes rapports qu'avec sa mère, pour marquer la distinction. J'ai donc fait le choix de garder le tee shirt pour le massage du ventre, car c'est un toucher qui aurait pu provoquer de trop fortes émotions pour Quentin. Ici, il est important de reposer le cadre, et de travailler sur la distance des corps en réajustant la place de chacun, afin de **contenir les mouvements transférentiels** en cours. Il a fallu que je lui explique ceci plusieurs fois, pour qu'il puisse le comprendre et l'intégrer.

La difficulté du retour à la réalité

Les fins de séance ont été parfois compliquées pour Quentin. Ce temps de massage induit un **relâchement musculaire**, et joue ainsi sur la baisse du tonus musculaire. Cette détente libère des émotions, car le tonus est lié à la sphère émotionnelle. Ainsi, ce cadre contenant (avec la musique, le toucher, et la relation thérapeutique) peut lui procurer de **fortes émotions**. Il lui est arrivé de verser quelques larmes lorsque je devais lui dire que la séance était finie. D'autres fois, il restait simplement allongé les yeux fermés, et coupait ainsi toute communication. Ce temps pouvait durer plusieurs minutes.

Dans ces moments-là, la transition et le retour à la réalité du CESDA est difficile à vivre pour Quentin, et semble réactiver des **angoisses de séparation**. Il y a ici l'idée d'un rassemblement corporel, et d'un rapprochement sécurisant, pour mieux vivre la séparation. La rupture de fin de séance vient interroger une crainte de destruction et d'éparpillement, d'où le besoin de garder le contrôle et se montrer parfois opposant pour lutter contre les appréhensions, voire l'angoisse du moment. Il arrive à me dire : « **j'ai envie de rester ici** ». Je prends alors le temps de le rassurer, de lui dire qu'on se reverra la semaine prochaine, et qu'on pourra continuer ce travail ensemble.

Actuellement, la fin de séance se passe mieux, et Quentin vit plus facilement et sereinement la séparation.

Une symbolisation du vécu corporel

Durant ce temps de relaxation, j'ai essayé de mettre du sens sur ce que je faisais, et sur les éprouvés que pouvait ressentir Quentin. Cependant, il a été parfois difficile pour moi d'expliquer certaines choses à Quentin, en signant. Tout comme il a été difficile pour lui de me faire part de ses émotions. Ses problèmes de compréhension viennent également rajouter une complexité dans la communication, et dans la mise en sens des éprouvés. J'aurais pu proposer à Quentin un dessin de fin de séance, pour qu'il puisse m'exprimer son ressenti à travers un autre support. Cependant, le passage sur la feuille reste compliqué pour lui, il refuse de laisser une trace.

Malgré ces **difficultés de communication**, j'ai tout de même amené une prise de conscience, en ce qui concerne le toucher. Comme nous l'avons vu, je pouvais le questionner sur la sensation que lui procurer tel ou tel objet médiateur, si c'était agréable ou non, quelle partie du corps il préférerait... en orientant sa réflexion. Pendant le massage, Quentin me dit souvent : « j'aime », ce qui montre son plaisir à recevoir ma proposition. Cette **symbolisation des éprouvés** vient mettre des mots lorsqu'il n'y arrive pas, et étayer ainsi son vécu corporel.

- Evolutions et préconisations

Quentin est investi dans ses séances de psychomotricité et se montre à l'écoute de l'étayage de l'adulte. Concernant l'évolution de Quentin en séance, je remarque une **progression dans ses capacités d'équilibre**, qui s'accompagne d'une envie de réussir, et d'une diminution de l'impulsivité. Ce travail est important pour Quentin, car il lui permet de se sentir valoriser à travers mon discours, et de prendre confiance en lui. C'est pourquoi la sollicitation des compétences d'équilibre est à poursuivre, et à approfondir.

Mais comme nous l'avons dit, le travail est d'avantage axé sur ses difficultés d'ajustement relationnel et psycho-corporel, que sur son trouble vestibulaire. Nous l'avons vu, Quentin pouvait parfois adopter des conduites provocatrices, et rendre les fins de séance compliquées. Actuellement, je remarque une **amélioration dans ce défaut d'ajustement**. En effet, ces comportements ne viennent plus parasiter la séance, mais laissent place à davantage d'échanges spontanés, qui viennent enrichir notre relation. Quentin semble plus rassuré.

Le travail sur la représentation du corps est également à poursuivre, car il lui permet peu à peu d'**apprivoiser son corps en changement** (avec l'arrivée de la puberté à l'adolescence), et de l'investir davantage. Par exemple, avant de ranger le dessin du corps de Quentin, ce dernier s'est allongé sur le tracé, une dernière fois, le sourire aux lèvres. Cette image est le premier signe d'un intérêt pour sa propre image corporelle, en séance de psychomotricité.

Ce travail prend forme également à travers une exploration sensorielle, pendant le temps de massage. C'est un **espace de confiance**, qui lui permet de **rejouer un vécu de sa vie infantile**, pour pouvoir mieux s'ajuster dans la relation à l'autre. Par exemple, à travers une prise de conscience de la **distance corporelle**, et de la place de chacun au sein de la relation. Le toucher amène également une meilleure acceptation de sa corporéité, et un **vécu corporel plus sécure**. Il tente de réparer un corps abîmé psychologiquement, et une image corporelle peu investie. Il permet à Quentin d'**élaborer son identité et unité corporelles**, et d'exprimer progressivement ses ressentis.

Il est nécessaire de poursuivre les temps de massage, pour **approfondir le travail sur l'investissement narcissique du corps**. Petit à petit, une image du corps plus solide pourra peut-être aider Quentin à **maitriser ce besoin pulsionnel d'attaquer le corps**. En continuant ce temps de relaxation, on pourra travailler davantage sur la diminution de son tonus hypertonique, par effet d'apaisement et de détente. En effet, il est encore parfois difficile pour Quentin de relâcher son corps, et se laisser aller.

La poursuite des séances en psychomotricité est donc nécessaire pour le **bien-être physique et psychique** de Quentin. Ainsi, le travail sur la régulation tonico-émotionnel et sa problématique d'image corporelle sont à approfondir. L'objectif est de **consolider le Moi identitaire de Quentin**, qui, comme nous l'avons vu, est fragilisé à l'adolescence et d'autant plus avec le handicap de la surdité. Un travail sur la manipulation du temps social et générationnel est également envisagé.

La participation pour Quentin à l'Atelier patin à glace lui permettrait aussi d'investir son corps en action et en relation, dans une **nouvelle expérience sensori-motrice**. Cette médiation pourrait l'aider à prendre confiance en lui, et à élaborer une meilleure estime de soi.

Conclusion

En me référant dans un premier temps aux données théoriques de la surdité, et de la complexité de la période adolescente, j'ai pu faire ressortir le profil particulier d'un adolescent sourd, qui correspond à ceux que je rencontre au CESDA. L'adolescence est une période compliquée qui vient modifier la relation à soi, à l'autre, et à son propre corps. Bien évidemment, c'est un profil qui ne peut être généralisé à l'ensemble de la population sourde.

A partir de ces données théoriques et de mes observations cliniques, j'ai développé comme hypothèse que l'utilisation du toucher thérapeutique, à travers la pratique des massages, peut répondre aux besoins des adolescents sourds en psychomotricité, en les aidant à vivre leur corps plus sereinement.

Ainsi, je me suis intéressée de plus près au toucher en psychomotricité, à la forme qu'il prenait, et aux enjeux qu'il soulevait. J'ai pu mettre en pratique cette médiation corporelle, et me l'approprier pour la faire évoluer tout au long de mon stage. De ce travail, j'ai pu retenir les apports essentiels du toucher thérapeutique, qui répondent à l'organisation psychocorporelle des adolescents sourds. Un travail d'apaisement du corps, et un effet contenant et unificateur viennent redonner une consistance corporelle qui fait défaut. Le massage permet également de consolider le Moi identitaire de l'adolescent sourd, de le faire exister à travers le toucher. Par ce travail, nous avons aussi montré que le toucher semble être, au même titre que le psychomotricien, un partenaire indispensable et indissociable de la relation. Il permet de communiquer un ressenti, à travers un travail de symbolisation des éprouvés corporels.

Néanmoins, j'ai été mise en difficulté, en me retrouvant confrontée plusieurs fois aux limites de cette pratique. En effet, tout comme le toucher peut être contenant, il peut aussi être source d'excitation pour un adolescent dont le rapport au corps est sujet à l'explosion de pulsions libidinales. Il n'était pas toujours simple d'être à la fois prise dans une relation « corps à corps », tout en restant maître de la situation. Cette proposition m'a donc demandé un travail d'ajustement, et je suis parvenue progressivement à trouver ma place et mon rôle de futur psychomotricien, auprès de ces jeunes sourds.

D'un point de vue personnel, l'élaboration de cette médiation m'a permis d'expérimenter ma pratique psychomotrice, et de solliciter mes capacités d'adaptation. Elle m'a aidé à nourrir mon identité professionnelle, et a confirmé mon orientation pour la suite.

C'est une médiation que je souhaite approfondir par la suite, et pratiquer avec mes futurs patients. Car le massage s'accorde à une grande diversité de populations, et à tout âge de la vie.

Bibliographie

Ouvrages :

ALBARET J., GIROMINI F. et SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité : méthodes et techniques* (p.1-328) ; et « L'enfant sourd en psychomotricité : éducation précoce et prise en charge des troubles associés », *Manuel d'enseignement de psychomotricité : clinique et thérapeutiques*, Paris, Boeck, 2015.

ANZIEU D., *Le Moi peau*, Paris, Dunod, 1985 ; et *L'épiderme nomade et la peau psychique*, Paris, Aspygée, 1990, (p.11-75).

BERGES J., *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*, Paris, Masson, 1974.

BIRRAUX A., *Le corps adolescent*, Paris, Bayard, 2004, (p.7-74).

BULLINGER A., « Quelques réflexions sur l'espace de pesanteur », *Les effets de la gravité sur le développement du bébé*, Paris, Eres, 2015 ; et *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, Eres, 2013.

CICCONE A. et LHOPITAL M., *Naissance à la vie psychique*, Paris, Dunod, 1991.

COLIN D., *Psychologie de l'enfant sourd*, Paris, Masson, 1978.

DELION P., « L'intérêt de Tex Avery et de quelques autres dans la psychopathologie de l'image du corps », *Corps psychose et institution*, Paris, Eres, 2007, (p.9-20).

FIELD T., *Les bienfaits du toucher*, Payot, 2006.

GUCY B. et CRETE-CHARBONNEAU H., « Les techniques de relaxation », *Le médecin du Québec*, 1998.

GUTTON P., *Le pubertaire*, Paris, Quadrige, 1991.

HERBINET E. et BUSNEL M.C., *L'aube des sens*, Les cahiers du nouveau-né n°5, 2009 (version internet).

HERZOG MH., *Psychomotricité, relaxation et surdité*, Paris, Masson, 1995.

JEAMMET P., *Evolution des problématiques à l'adolescence : l'émergence de la dépendance et ses aménagements*, Rueil-Malmaison, Doin, 2010.

LECLERCQ P., *Les praticiens du toucher thérapeutique : vers une éducation et une formation professionnelles*, Paris, l'Harmattan, 2016.

MARCELLI D. et BRACONNIER A., *Adolescence et psychopathologie*, Paris, Masson, 2008.

PIREYRE E. W., *Clinique de l'image du corps*, Paris, Dunod, 2011.

POTEL C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, In press, 2008 ; et *Corps brûlant corps adolescent : des médiations corporelles pour les adolescents*, Toulouse, Eres, 2006.

PRAYEZ P., *Le toucher en psychothérapie*, Paris, Desclée de Brouwer, 1994

SAVATOFSKI J. et PRAYEZ P., *Le toucher apprivoisé*, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2009.

VIROLE B., *Psychologie de la surdité*, Bruxelles, Boeck, 1996.

WINNICOTT D.W., *L'enfant et sa famille : les premières relations*, Paris, Payot, 1991.

Articles :

ANZIEU D., « Enveloppe sonore du soi », 1976.

CICCONE A., « Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques », *Cahiers de psychologie clinique*, Boeck, 2001.

HAAG G., « Le développement psychique du jeune enfant dans les trois premières années de la vie », 2001.

LASSERRE E., « Surdité et motricité chez l'enfant : les troubles neuropsychomoteurs associés à la déficience auditive congénitale », 2009.

LECERVOISIER S., « L'aréflexie vestibulaire chez l'enfant sourd : répercussions possibles sur le développement psychomoteur et à plus long terme sur les apprentissages », 2010

SARDA J., « Le toucher en thérapie psychomotrice », *Enfances & Psy*, 2002, (p.86-95).

Mémoires de psychomotricité :

LECERVOISIER S., *Rééducation vestibulaire chez l'enfant sourd : apports de la psychomotricité*, Paris, 2009.

LOIZEAU A., *Que faire de mon corps adolescent sourd ? Apport de la danse et de la relaxation, en psychomotricité, dans la régulation tonique des adolescents sourds*, Bordeaux, 2006.

MESSAGER A.L., *Vivre une relation « touchante » en pratique psychomotrice avec des adolescents autistes*, Bordeaux, 2013.

PINEAU C., *La distance dans la relation en psychomotricité : rencontre avec l'autre en relaxation*, Bordeaux, 2016.

THEAS C., *L'enveloppe corporelle de l'adolescent sourd*, Bordeaux, 1996.

Sites internet :

<https://www.coquelicot.asso.fr/surdite/generalite.php>

www.ssefs-pep84.org/psychomotricite.aspx

<http://psychomot.tout.petit.free.fr/developpement-postural.htm>

https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/developpement/fiche.aspx?doc=naitre-grandir-developpement-sens-toucher

Annexe

Méthode de l'emballage avec la couverture





Les coussins durs « tout autour »



Table des matières

<u>Remerciements</u>	1
<u>Introduction</u>	3
I- <u>Le manque à entendre dans le développement de l'enfant sourd</u>	5
A) Généralités sur la surdité.....	5
• L'étiologie.....	5
• Les différents types de surdité.....	6
• Les différents degrés de surdité.....	7
• L'appareillage.....	7
• Les troubles associés.....	8
B) Impact du manque à entendre sur le développement psycho-affectif d'un enfant sourd.....	9
• L'impact de la surdité dans la sphère familiale.....	9
• Les répercussions de la surdité sur l'intégration des limites corporelles dans le rapport à soi et à l'autre.....	11
• Une communication en souffrance.....	13
• Le manque à entendre et ses difficultés d'anticipation.....	14
• De potentielles conséquences psychopathologiques.....	15
C) Impact du manque à entendre sur le développement psychomoteur d'un enfant sourd.....	16
• Le développement moteur.....	16
• Une réponse par l'hypertonie.....	17
• Le système vestibulaire.....	18
• Les repères spatiaux-temporaux.....	19
II- <u>La question de l'adolescent sourd</u>	21
A) Généralités sur l'adolescence.....	21

• La puberté et ses remaniements physiques.....	21
• La sexualité.....	22
• Le processus de deuil et le chemin vers l'autonomie.....	23
• De nouveaux supports identificatoires pour une quête de l'identité.....	24
• L'adolescent face à son corps.....	25
• L'image du corps et sa dimension narcissique.....	26
• Les passages à l'acte.....	27
B) L'adolescent sourd et son corps.....	30
• Le rapport à soi et à l'autre.....	30
• La construction identitaire de l'adolescent sourd.....	31
• L'importance d'un groupe à son image.....	33
• Le besoin d'une décharge tonique.....	34
• Un vécu corporel encore fragile.....	35
• Des traits de personnalité particuliers.....	36
• Psychopathologie de l'adolescent sourd.....	37
III- <u>Problématique et hypothèse autour du toucher</u>.....	38
A) Le tactile comme opérateur de continuité.....	38
• Le toucher dans le développement de l'enfant sourd.....	38
• L'expérience de la peau dans la construction de l'enveloppe psychique.....	39
• Le toucher dans sa globalité.....	41
• Ethique et toucher.....	42
B) Le toucher thérapeutique : un potentiel outil pour les adolescents sourds en psychomotricité.....	43
• Un apaisement des tensions corporelles.....	44
• Une communication non verbale à travers le toucher.....	46
• Vers une image corporelle plus unifiée.....	47
• La consolidation d'un moi identitaire.....	48
• La symbolisation des éprouvés corporels.....	49
• Une fonction contenante.....	50
Hypothèse de travail.....	52

IV-	<u>Contexte clinique en psychomotricité</u>	53
	A) Présentation de l'institution.....	53
	B) Mise en place d'une médiation autour du toucher : un temps de massage.....	54
	• Le cadre thérapeutique en psychomotricité.....	55
	• Mon rôle en tant que futur psychomotricien.....	56
	• Un temps de massage propre à chacun.....	57
	- L'installation dans le calme.....	58
	- La décontraction musculaire.....	58
	- La reprise.....	60
	- La verbalisation des éprouvés corporels.....	60
	• La question de la distance corporelle.....	60
V-	<u>Cas cliniques</u>	63
	A) Etude de cas : Héléna.....	63
	• L'anamnèse.....	63
	• Présentation d'Héléna.....	64
	• Héléna et son corps.....	65
	- Le bilan psychomoteur.....	65
	- Ses particularités corporelles.....	66
	➤ Gestuelles et sensorielles.....	66
	➤ Sa recherche de contenance.....	67
	- Le projet thérapeutique en psychomotricité.....	67
	• Héléna en séance de psychomotricité.....	68
	- Le cadre de la séance.....	68
	- Une approche spécifique autour du toucher.....	68
	➤ Des rituels pour se rencontrer.....	68
	➤ Imiter pour mieux partager.....	69
	➤ Le temps de massage d'Héléna.....	70
	- Evolutions et préconisations.....	73
	B) Etude de cas : Quentin.....	74
	• L'anamnèse.....	74
	• Présentation de Quentin.....	75
	• Quentin et son corps.....	76
	- Le bilan psychomoteur.....	77

- Une problématique psycho corporelle.....	78
➤ Un défaut d'investissement narcissique du corps.....	78
➤ Des attaques corporelles récurrentes.....	79
➤ Un manque d'ajustement relationnel.....	79
- Le projet thérapeutique en psychomotricité.....	80
• Quentin en séance de psychomotricité.....	81
- Le cadre de la séance.....	81
- Une approche spécifique autour du toucher.....	81
➤ Communiquer à travers le jeu.....	81
➤ Le temps de massage de Quentin.....	82
- Evolutions et préconisations.....	86
<u>Conclusion</u>	88
<u>Bibliographie</u>	89
<u>Annexe</u>	92