



HAL
open science

**La communication non verbale, un dialogue de sourds ?
La communication non verbale au cœur de la pratique
psychomotrice auprès de jeunes sourds ayant des
troubles associés**

Yohann Gaillard

► **To cite this version:**

Yohann Gaillard. La communication non verbale, un dialogue de sourds ? La communication non verbale au cœur de la pratique psychomotrice auprès de jeunes sourds ayant des troubles associés. Psychologie. 2019. dumas-02178172

HAL Id: dumas-02178172

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178172>

Submitted on 9 Jul 2019

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.



INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

Collège sciences de la santé

3 ter place de la victoire - case 65

33076 BORDEAUX Cedex

**LA COMMUNICATION NON VERBALE, UN DIALOGUE DE
SOURDS ?**

La communication non verbale au cœur de la pratique psychomotrice
auprès de jeunes sourds ayant des troubles associés

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

GAILLARD Yohann
Né le 16 Juin 1996 à Bordeaux

Sous la direction de : BELLANGER Astrid

Juin 2019



INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

Collège sciences de la santé

3 ter place de la victoire - case 65

33076 BORDEAUX Cedex

**LA COMMUNICATION NON VERBALE, UN DIALOGUE DE
SOURDS ?**

La communication non verbale au cœur de la pratique psychomotrice
auprès d'enfants sourds ayant des troubles associés

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

GAILLARD Yohann
Né le 16 Juin 1996 à Bordeaux

Sous la direction de : BELLANGER Astrid

Juin 2019

REMERCIEMENTS

A Astrid Bellanger, maitre de mémoire et maitre de stage en cette dernière année de formation, pour sa présence et son implication dans ce travail. Sa disponibilité, son expérience et son professionnalisme m'ont accompagné tout au long de ce projet et durant mon stage.

A mes référents de stage qui, durant ces trois années de formation, m'ont étayé et guidé tant sur le plan théorique que sur ma pratique psychomotrice et ma réflexion.

A tous les enseignants et intervenants présents à l'Institut de Formation en Psychomotricité pour leurs connaissances et la qualité de leurs enseignements.

A ma famille et mes amis, pour leur amour, leur humour douteux et leurs encouragements. Ainsi que pour leurs précieux conseils, la relecture et correction de mon mémoire.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	
SOMMAIRE	
INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : SURDITE ET TROUBLES ASSOCIES	3
1. GENERALITES SUR LA SURDITE	3
2. ASPECTS DEVELOPPEMENTAUX DU JEUNE SOURD	8
3. TROUBLES ASSOCIES.....	16
4. LA COMMUNICATION AU CESDA.....	23
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE TRAVAIL	30
PARTIE 2 : APPROCHE PSYCHOMOTRICE DE LA COMMUNICATION NON VERBALE	32
1. LE TOUCHER.....	33
2. LA PROXEMIE	36
3. REGARD ET ATTENTION CONJOINTE.....	40
4. GESTUELLE, POSTURE ET POINTAGE.....	43
5. MIMIQUES ET EXPRESSION EMOTIONNELLE.....	47
6. IMITATION	50
PARTIE 3 : PRATIQUE	55
1. ETUDE DE CAS : TIFFANY.....	55
2. ETUDE DE CAS : ETIENNE	67
CONCLUSION	77
BIBLIOGRAPHIE	79
LISTE DES ABREVIATIONS	84
ANNEXES	85
ANNEXE 1 : SCHEMA DU SYSTEME AUDITIF	85
ANNEXE 2 : DACTYLOLOGIE	86
ANNEXE 3 : LEXIQUE DE LSF.....	87
TABLE DES MATIERES	89

INTRODUCTION

Pour cette troisième année de formation en psychomotricité, j'effectue mon stage dans un Centre d'Education Spécialisé pour Déficients Auditifs (CESDA). Il s'agit d'une structure d'accueil et d'hébergement pour des enfants et adolescents déficients auditifs avec troubles associés.

Cette institution dépend d'une association qui comprend plusieurs services : le service enfants pour des enfants entre 3 et 10 ans, le service adolescents pour des jeunes entre 10 et 20 ans, et le Service de Soutien à l'Education Familiale et à la Scolarisation (SSEFS). Je réalise mon stage dans le service adolescents.

Au CESDA, les jeunes sont accueillis et pris en charge majoritairement pour leurs troubles associés (déficience intellectuelle, Trouble du Spectre de l'Autisme, trouble praxique, problème psychique, trouble des apprentissages, trouble du langage). Autrement, les jeunes sans troubles associés sont réunis à l'Institut National des Jeunes Sourds (INJS). Parmi les troubles associés, je rencontre majoritairement durant ce stage des jeunes atteints de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) ou de déficience intellectuelle.

Contrairement à des jeunes ayant accès au langage, j'ai tout de suite remarqué quelques particularités dans leur façon de communiquer : ils utilisent de grands gestes, interpellent l'interlocuteur en l'attrapant par l'épaule de façon intrusive et sont très bruyants. Leur communication est impactée tout d'abord par leur déficience sensorielle puisque celle-ci ne leur permet pas toujours d'avoir accès à l'oral, mais également par leurs troubles associés qui ne leur autorisent parfois pas l'accès à la Langue des Signes Française (LSF). La compréhension ainsi que l'expression de ces jeunes sont impactées.

Cette communication n'est pas altérée seulement d'un point de vue unidirectionnel (du jeune vers le professionnel ou du jeune vers autrui). Il s'agit d'un **double handicap**. En effet, tout comme certains jeunes, je ne maîtrise pas l'emploi de la LSF. Lors de nos interactions, nous sommes dans une situation de handicap partagé. Aucun d'entre nous n'a accès au moyen de communication qui est propre à son interlocuteur.

De cette difficulté de communication émergent mes premiers questionnements. Par quels outils l'enfant sourd peut échanger avec ses camarades et les adultes? Cette question se pose également dans le sens de l'adulte vers l'enfant. Existe-t-il un outil commun pour communiquer?

De là, s'est dégagée une question principale :

Comment s'instaure la communication chez des jeunes sourds ayant des troubles associés et quels outils peut-on utiliser pour communiquer avec eux ?

Afin de mieux cerner le contexte de la communication, j'ai décidé dans un premier temps de m'intéresser aux troubles en eux-mêmes. Dans cette idée, j'élaborerai tout d'abord une présentation de la surdité d'un point de vue physiologique, étiologique, développemental et sociologique. Dans cette même partie, je présenterai les troubles associés que je rencontre le plus souvent chez ces jeunes au CESDA. Par souci de clarté, seulement certains aspects seront traités, et j'ai conscience que cela n'est en aucun cas exhaustif.

A travers cette présentation, le but est d'avoir les connaissances suffisantes concernant ces pathologies afin de comprendre le fonctionnement des jeunes rencontrés. Les particularités des jeunes permettront d'apprécier l'origine des outils de communication communément employés dans les différentes prises en charge (LSF, cahiers de communication) et leurs limites. Par la suite, en tenant compte des limites de ces outils, identifier un moyen adapté à leurs troubles comme soutien à la communication, dans la prise en charge psychomotrice.

Plusieurs étudiants en psychomotricité ont réalisés des mémoires au sujet des personnes atteintes de surdité, de TSA, de déficience intellectuelle ou concernant la communication [1, 12, 35, 36, 58]. Ces écrits ont permis d'orienter ma réflexion et guider mes recherches théoriques.

PARTIE 1 : SURDITE ET TROUBLES ASSOCIES

1. GENERALITES SUR LA SURDITE

La surdité, du latin « surditas », se définit comme la perte ou diminution notable du sens de l'ouïe. On peut également employer l'expression de déficience auditive. Il s'agit d'une atteinte sensorielle d'un des cinq sens de relation au monde.

1.1. Physiologie de l'audition

Du latin « audio » qui signifie entendre. L'audition se définit comme : l'action d'entendre. La physiologie de l'audition s'intéresse à toutes les fonctions et propriétés des organes et tissus nécessaires pour entendre. Nous effectuerons une description générale du mécanisme de l'audition afin de comprendre l'origine des lésions.

L'oreille humaine¹, organe de l'audition, s'organise en trois parties distinctes mais reliées entre elles [40, 67]: l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne.

L'oreille externe comprend le pavillon et le conduit auditif externe (CAE). Ces deux éléments permettent respectivement de capter et diriger le son vers l'oreille moyenne. La membrane du tympan sépare l'oreille externe de l'oreille moyenne.

L'oreille moyenne est composée de la cavité tympanique qui contient les osselets, ainsi que la trompe auditive ou trompe d'Eustache. Elle reçoit les vibrations acoustiques aériennes provenant de l'oreille externe par l'intermédiaire du tympan. Ces vibrations sont transformées en vibrations mécaniques par l'intermédiaire des trois osselets (respectivement dans cet ordre : marteau, enclume et étrier). L'étrier a un rôle spécifique puisqu'il protège le système cochléo-vestibulaire de l'oreille interne en atténuant les sons de forte intensité.

L'oreille interne quant à elle est constituée du système vestibulaire (pour l'équilibre) et de la cochlée (pour l'audition). Les vibrations mécaniques de l'oreille moyenne arrivant à la cochlée sont traitées par les cellules ciliées. Celles-ci baignent dans un liquide et sont responsables de la réception des vibrations. Les informations récoltées s'acheminent de manière précise par un groupe spécifique de cellules ciliées en fonction de la fréquence du

¹ Voir annexe 1.

son (aigüe, grave). Les informations sont transmises au tronc cérébral par l'intermédiaire du nerf auditif, ou nerf vestibulo-cochléaire (8^{ème} paire des nerfs crâniens). La cochlée transforme donc les vibrations mécaniques transmises par les osselets en stimulations nerveuses, à travers le nerf auditif. Dans le cortex cérébral les informations seront traitées en fonction de leur intensité, leur fréquence, leur rythme.

Ainsi, l'audition est un système complexe basé sur la transmission d'une vibration d'abord aérienne (sonore), puis mécanique (tympano-osseuse) et enfin liquidienne (cellules ciliées de la cochlée). On comprend la complexité de l'organisation de l'oreille et donc la richesse de l'information sensorielle.

1.2. Une surdité ou des surdités ?

Compte tenu de l'organisation de l'audition, des atteintes de l'une ou l'autre des structures engendrera des problématiques diverses en fonction : de l'intensité, de la nature ou de la localisation de la lésion. D'autres critères se rajoutent comme le caractère uni ou bilatéral de la perte, le moment d'apparition de la surdité. On peut décrire ainsi différents types de surdité, ayant des conséquences particulières sur l'individu et sa sensorialité.

La surdité peut être définie en fonction de **l'intensité** de perte auditive, mesurée à l'aide d'une audiométrie. Elle s'exprime en Décibel (dB). On parle ainsi d'une surdité légère (perte de 20 à 40 dB), une surdité moyenne (perte de 41 à 70 dB), une surdité sévère (perte de 71 à 90 dB), une surdité profonde (perte de 91 à 120 dB) et une surdité totale ou cophose (à partir de 120 dB).

On peut caractériser la surdité en fonction de **l'oreille** touchée. Si la lésion est unilatérale (lorsqu'elle touche une seule des deux oreilles) ou bilatérale (lorsque les deux sont atteintes). Lorsqu'elle est bilatérale, les deux oreilles n'ont pas obligatoirement le même degré d'atteinte. On dit que l'atteinte est symétrique (lorsque les deux oreilles ont le même degré d'atteinte) ou asymétrique.

La surdité est également définie en fonction du **moment d'apparition** de la lésion : elle est dite congénitale lorsque la lésion a lieu avant la naissance, néonatale à la naissance, et post-natale après la naissance.

Enfin, la surdité est décrite en fonction de la **localisation** : on parle de surdité de transmission, surdité de perception ou de surdité mixte. Selon la topographie de la lésion, la perte auditive sera généralement plus ou moins forte; secondaire à des maladies ou affections particulières.

On parle de **surdité de transmission** lorsque la/les lésions sont issues de l'oreille externe et/ou moyenne et qu'elles ne peuvent assurer la conduction des vibrations acoustiques de l'air. Elle ne dépasse pas plus de 60 dB de perte.

Les causes de cette surdité sont diverses. On retrouve par exemple un manque de mobilité du tympan consécutif à des otites, des calcifications, des perforations.

La **surdité de perception** quant à elle concerne une lésion sur l'appareil de perception. Cela peut être dû à un déficit au niveau de la cochlée, du nerf auditif ou des structures cérébrales liées à l'audition. La perte s'étale de surdité légère à profonde.

Les pathologies responsables de cette surdité peuvent être la presbycusie (vieillesse des cellules), le neurinome de l'acoustique (tumeur nerveuse), ou encore par traumatisme.

La **surdité mixte**, comme son nom l'indique, présente une atteinte de la transmission et de la perception donc de l'oreille interne et externe.

1.3. Les appareillages

Il existe des systèmes de compensation pour la perte auditive. Ceux-ci seront différents en fonction du degré ou du type de perte auditive. Parmi les dispositifs médicaux rencontrés, on retrouve notamment des implants cochléaires ou des prothèses auditives [25, 34].

L'**implant cochléaire** est un appareil « remplaçant » les fonctions de l'audition pour les personnes présentant une surdité sévère, profonde ou des acouphènes. Il s'agit d'un implant composé de deux parties. Une partie externe, amovible, capte les sons pour les transformer en code numérique. La partie interne, implantée chirurgicalement sous la peau derrière

l'oreille, comprend un récepteur et un stimulateur, et permet de transformer le code numérique en impulsions électriques pour les transmettre au nerf auditif. Ces impulsions sont interprétées comme des sons.

Les **prothèses auditives** captent les signaux par l'intermédiaire d'un microphone, les amplifient et envoient le son vers le conduit auditif.

La surdité est définie comme un handicap, sur le plan physique, par sa nature lésionnelle organique [19]. Cependant, ce handicap de nature « interne » n'est pas visible au premier abord. Son identification s'avère complexe tant sur le plan diagnostique - par sa diversité - que sur le plan social. Les appareillages ne sont que des compensations de la perte.

Par son hétérogénéité, la surdité a soulevé de nombreux questionnements tant sur le plan communicatif, éducatif, politique ou sociétal. Ces questionnements ont participé à l'élaboration de l'histoire des sourds, à l'origine de la fierté pour leur langue et de leur différence [47]. La présentation de cette histoire permet de comprendre la sphère psychosociale des personnes atteintes de surdité.

1.4. La culture sourde

Tout d'abord, qu'est-ce qu'une culture ? Guy ROCHER propose une définition de la culture en synthétisant des définitions sociologiques et anthropologiques. Selon lui, la culture est « *un ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte* » [54, p.104]. Pour la conception d'une culture, il faut prendre en considération une spécificité de fonctionnement dans les sphères cognitives, affectives, sensori-motrices; dans un aspect collectif, social.

Ainsi, pourquoi employer l'expression de « culture sourde » ? Avant tout puisque le CESDA accueille majoritairement des adolescents. Leurs déficiences regroupent les jeunes dans des centres dans un but pédagogique, rééducatif et éducatif. Ce sont les centres qui permettent de rassembler les jeunes autour de leurs déficiences et d'aborder les questions identitaires

[19]. A cet âge, la construction identitaire et la recherche d'appartenance à un groupe est omniprésente. Cette **recherche identitaire** fait partie intégrante des adolescents rencontrés; de leur fonctionnement social, cognitif ou encore affectif.

De plus, du fait de leur déficience, leurs relations sociales s'avèrent impactées notamment dans la sphère communicationnelle. Or, la communication est un phénomène éminemment culturel. Chaque culture élabore ses outils, sa langue au service d'une communication qui lui est spécifique.

La communauté sourde a lutté pour l'éducation des jeunes sourds ou encore la reconnaissance de la langue des signes comme langue maternelle. La présentation de leur histoire [8, 34, 47, 65] permet de comprendre l'utilisation de l'expression « culture sourde ».

Au 18^{ème} siècle, l'Abbé de l'Epée, est un des précurseurs majeurs de l'enseignement spécialisé aux sourds et par la même occasion, des prémices de la langue des signes par des méthodes gestuelles de communication. Il instaure ce qu'il appelle les « signes méthodiques ». Il s'agit d'une association de gestes naturels issus de ses élèves avec des signes de sa propre invention. Contrairement aux idées reçues, il n'a pas inventé la LSF, il a contribué à son élaboration de manière indirecte par le groupement d'élèves sourds entre eux. Sa méthode des signes méthodiques n'a pas abouti puisqu'il s'agissait d'assimiler la structure syntaxique du français à la gestuelle des sourds.

A la suite de cela, de nombreuses querelles ont eu lieu entre les éducateurs qui prônaient l'enseignement par la parole, les « oralistes », et ceux qui prônaient l'enseignement par le gestuel.

En 1880 a lieu le **Congrès de Milan** où il est question de choisir entre la langue des signes et l'oralisation comme méthode d'éducation la plus adaptée [34, 65]. C'est à l'occasion de celui-ci que l'interdiction de la langue des signes a été proclamée dans tous les pays participants au congrès (hormis les Etats-Unis et l'Angleterre). L'éducation par les langues orales est privilégiée au détriment des langues visuelles. Cette interdiction a duré environ 100 ans.

Aux alentours de 1980, la reconnaissance de la LSF ainsi que divers évènements convergent aboutissent à la « *prise de conscience collective de la langue des signes comme source et instrument de la culture sourde* » [47, p.33].

2. ASPECTS DEVELOPPEMENTAUX DU JEUNE SOURD

2.1. Construction sensorielle

Le développement sensoriel débute in utero [53]. En temps normal, toutes les modalités sensorielles se mettent en place selon un ordre qui est le suivant : « *toucher, olfaction, gustation, audition puis vision* » [57, p.105]. Elles ne seront pas matures à la naissance et continueront d'évoluer tout au long de la vie.

Jean PIAGET parle de la notion **d'inter-sensorialité** (1961) qui correspond à une coordination des informations sensorielles et motrices qui amène l'enfant à concevoir l'objet ou la personne dans la globalité et lui permet de mettre du sens sur le monde environnant [57]. La mise en relation de ces sensations s'effectue de manière progressive pour élaborer une représentation globale et cohérente. Au départ, ces sensations n'ont pas de sens pour le bébé et seront combinées et mises en mémoire pour une intégration de ces modalités sensorielles.

Marie-Hélène HERZOG exprime : « *La surdité modifiant les stimulations, l'enfant sourd ne sait pas toujours se situer dans ce qu'il perçoit [...] Il ne lui manque pas seulement l'ouïe, mais également le rapport entre l'ouïe et la vue, celui entre l'ouïe et l'odorat, celui entre l'ouïe et le toucher, et celui entre l'ouïe et le goût* » [30, p.18]. Etant donné que chacune des modalités sensorielles est associée aux autres dans son évolution et sa mise en place, comme évoqué précédemment par PIAGET; s'il en manque une à l'individu cela impacte sa relation au monde environnant. D'un côté par le manque d'informations sensorielles se rattachant à ce sens, mais également et surtout par le manque de la relation entre ce sens et les autres qui ne sont pas directement impactés. C'est une **intermodalité sensorielle**.

D'autres auteurs expliquent la construction de la sensorialité dans le développement, et notamment André BULLINGER. A la naissance, le bébé reçoit un flash de sensations. BULLINGER appelle ce flash de sensations : les **flux sensoriels**. Un flux peut être défini selon lui comme « *un apport continu et orienté d'un agent susceptible d'être détecté par une surface sensible à cet agent : le capteur* » [13, p.81]. C'est-à-dire, un flux est une information sensorielle spatialisée et temporalisée détectable par l'organe sensoriel associé.

BULLINGER s'intéresse d'une part à la manière dont va se réguler ces flux; et d'autre part à la manière dont le bébé appréhende ses sensations puisque son appareil psychologique est immature. Selon lui, les « *effets de ces stimulations se situent au niveau de la régulation tonique, du contrôle de la posture et des mouvements* » [13, p.85]. Ces sensations sont à l'origine des réactions posturales, des contractions et des réflexes (réflexe de Moro, grasping réflexe). En ce sens, les flux sensoriels permettent de réguler le tonus et constituent donc des matériaux essentiels dans la construction du corps. Pour BULLINGER, l'activité motrice est indissociable de la sensorialité. On parle d'intrication, de « boucle sensori-motrice ».

Au moment de la naissance, les fonctions sensorielles sont les vecteurs entre la vie anténatale et la vie post-natale. Ces fonctions facilitent la **continuité de l'existence** entre une vie intra-utérine et une vie extra-utérine.

Parmi les flux sensoriels de BULLINGER, essentiels à la construction du corps; on retrouve le flux gravitaire, le flux tactile, le flux olfactif, le flux gustatif, le flux visuel et le flux auditif.

Le **flux auditif** est un sens à distance, c'est-à-dire qu'on n'est pas obligé d'avoir l'oreille contre la source sonore. Ce flux est particulier puisque sa continuité fait que l'on ne peut pas couper cette entrée sensorielle, sauf en cas de surdité. L'absence de flux auditif pose des questions majeures dans le développement de l'enfant sourd.

En effet, l'audition est un sens important dans l'investissement et la découverte de l'espace. A partir de 7 mois, par le fait que le bébé commence à se déplacer et à manipuler; la question de la distance, de la profondeur émerge. Un son brusque va provoquer un mouvement tonique, c'est la réaction d'alerte. Cette étape d'alerte correspond à une mise

en tension recrutant le tonus de manière importante. Par l'instauration de cette **fonction d'alerte** de l'audition, le bébé sera capable de discriminer si un bruit est situé dans son espace, si c'est loin ou près. Cette réaction d'alerte est à l'origine de l'organisation et de l'adaptation des postures de bases.

Le **flux visuel**, quant à lui, tient un rôle important dans la compréhension des trajectoires des objets et du corps. La vision et l'audition sont deux sens qui s'associent la plupart du temps et qui constituent ainsi la **réaction d'orientation** [13, 66]. Cette réaction est la mobilisation tonique du corps et son orientation vers un stimulus de l'environnement. Le son a donc un rôle de signal d'alarme et d'orientation. Ces fonctions constituent des points de références majeurs de l'organisation du corps et de la construction de l'espace environnant.

L'ouïe informe sur la nature du bain sonore (bruits inhabituels, familiers, dangers) ainsi que sur leur localisation (intensité, provenance) [61]. En l'absence de ces informations, l'enfant sourd se retrouve privé de ce bain sonore et n'a alors aucun repère pour anticiper la survenue des événements associés aux signaux sonores (de quelques natures qu'ils soient). Il sera alors informé de l'évènement lorsque celui-ci entrera dans son champ de vision ou à son contact. Cependant, il n'aura pas pu se préparer à l'irruption de cet évènement. Ce défaut d'anticipation pourra le faire évoluer vers une augmentation du tonus de posture.

2.2. Construction sensori-motrice

Il existe un lien entre surdité et dysfonctionnements vestibulaires [19, 61], la prévalence s'élève à hauteur de 60% environ. L'atteinte vestibulaire est donc susceptible d'avoir des répercussions sur les fonctions psychomotrices en cours de développement du jeune sourd.

Compte tenu des éléments évoqués (absence de flux auditif, fonction d'alerte et d'orientation, défaut d'anticipation ou atteinte vestibulaire), la motricité de l'enfant sourd est susceptible d'être impactée à plusieurs niveaux selon Elisabeth LASSERRE [38, 39] :

- ✓ Dans le **contrôle tonico-postural** : le contrôle de la posture est en effet très sensible aux flux sensoriels évoqués par BULLINGER.

- ✓ Dans le **contrôle tonico-moteur** : les atteintes vestibulaires engendrent des difficultés de stabilisation de l'axe et du regard inhérentes également aux difficultés de contrôle postural.
- ✓ Dans les **fonctions spatio-motrices** : le développement des fonctions d'alerte et d'orientation associées aux flux auditifs impacte l'intégration des paramètres spatiotemporels nécessaires à l'action.
- ✓ Dans **l'initiation et la planification du mouvement**.

Parmi les coordinations motrices globales significatives du développement de l'enfant [57, 62], certaines de ces acquisitions peuvent être appréhendées de manière anxieuse par les enfants sourds. Du fait de leur surdité, des changements de positions ou des organisations locomotrices de bases sont impactés.

Par exemple, les retournements du décubitus dorsal au décubitus ventral (entre 6-7 mois), le bébé se retrouve « dos au monde » et donc coupé de nombreuses informations sensorielles. D'autant plus lorsqu'il ne se hisse pas encore sur ses bras pour redresser son buste. La reptation (ou l'action de tracter son corps par les membres supérieurs), aux alentours de 6 mois; ou la marche quadrupède (à quatre pattes), aux alentours de 7 mois, présentent pour le jeune sourd les mêmes difficultés que pour le décubitus ventral.

Ces modes de déplacements ne sont pas présents chez tous les enfants puisque tous n'usent pas des mêmes procédés d'exploration. Cela n'empêche en rien un bon développement moteur et l'acquisition de la marche chez les sourds, mais un impact et des difficultés dans les acquisitions peuvent être notés.

2.3. Construction affective

❖ La place de l'autre pour se construire

Dans la vie intra-utérine, le bébé vit dans un mode atemporel, mais il perçoit les rythmes biologiques de la mère (pulsations cardiaques, fonctionnement organique). Le fœtus n'a pas la perception du temps car ses besoins s'auto régulent. A la naissance, ce bébé vulnérable va commencer à éprouver les rythmes de son corps propre (besoin physiologique, temps de sommeil). Ses besoins physiologiques vont peu à peu amener une rythmicité dans la vie de

l'enfant. Les rythmes biologiques, relationnels et environnementaux vont concourir à la structuration globale de l'individu.

Donald WINNICOTT présente notamment deux concepts fondamentaux des interactions corporelles précoces : le **holding** et le **handling** [46, 57].

Le holding représente l'adaptation posturale de la mère, la façon dont le bébé est tenu, porté, manipulé, touché. Le handling représente la manière dont l'enfant est traité. La mise en forme de ces concepts diffère selon les cultures. Par exemple, une mère sourde d'un enfant sourd ne peut le porter et utiliser la LSF conjointement, le portage s'avère modifié. Selon WINNICOTT, la qualité du portage, sa dimension contenante et sa régularité va petit à petit avoir un effet organisateur permettant d'apporter à l'enfant un sentiment de sécurité et de fiabilité. La **répétition** de ces éprouvés construit un sentiment de continuité corporelle à l'enfant, ébauche de l'instauration d'une stabilité psychique.

La régularité et la répétition des soins portés par la fonction maternelle correspondent à ce que Daniel MARCELLI [44] appelle les **macrorhythmes** (le lever, le repas, la toilette, le bain, le coucher). Ces macrorhythmes sont organisateurs du sentiment de sécurité. Petit à petit la mère va introduire de nouveaux rythmes dans l'interaction avec son bébé, ce sont les **microrhythmes** (jeux de surprises et de tromperies). L'instauration de ces rythmes dans les soins parentaux est nécessaire pour la constitution du sentiment de sécurité et du sentiment de continuité.

Comme évoqué précédemment, le son participe à la structuration de l'espace (plus ou moins loin) ainsi qu'à la structuration du temps. Il a donc un effet nécessaire au sentiment de sécurité car il permet d'alerter d'un danger ou d'entendre la présence des parents. Le son peut être vécu, selon WINNICOTT comme une **aire transitionnelle**.

Avec l'absence de flux auditifs, l'enfant ne peut anticiper les venus/départs des figures parentales (ou d'attachements) dans les soins portés. L'absence de continuité auditive engendre une immédiateté dans les actions. La sécurisation que donne la perception auditive, grâce à la possible prévision, n'existe pas [55]. La présence et l'absence ne sont

matérialisées que par l'aspect physique ou visuel. Cette immédiateté peut être source d'angoisse.

Le sujet est susceptible de présenter un **défaut d'anticipation**, d'où l'importance des macrorhythmes et microrhythmes de MARCELLI pour l'instauration de la sécurité psychique et la continuité corporelle. Ce défaut d'anticipation, source d'insécurité et d'angoisse, conduit le jeune sourd à une augmentation de la vigilance, à l'utilisation d'une hypervigilance sensorielle. Cette hypervigilance peut s'observer dans les modalités visuelle et tactile. Le recrutement tonique semble être une des issues à la résolution de la tension d'alerte [39].

❖ La place de l'autre pour communiquer

WINNICOTT exprimait *“Un bébé, ça n'existe pas”*. Il insistait sur le fait qu'un bébé ne peut pas exister seul, en dehors de la relation avec sa mère, une autre personne, son environnement [26]. Selon lui pour se développer et grandir, un bébé a besoin de communiquer avec le monde qui l'entoure et doit avoir accès à des modes de communication en commun avec son entourage.

L'enfant déficient auditif manque d'informations sensorielles organisant son environnement et sa communication avec l'entourage. Parmi les manques que peut induire la déficience auditive, l'enfant manque d'une source sécurisante : la **voix de sa mère**. Alors que dès la naissance (à 5 semaines), le bébé présente des compétences auditives puisqu'il distingue la voix maternelle des autres voix, alors qu'il ne différencie pas encore le visage maternel des autres visages [2, 51].

Cette importance de la voix de la mère est étudiée dans l'expérience du « **still-face** », ou visage impassible, d'Edward TRONICK qui montre l'importance du visage et de la voix dans les échanges des partenaires.

Cette expérience présente l'interaction entre un enfant et sa mère [48, 51, 59]. Celle-ci s'installe tantôt dans l'échange et la bienveillance, tantôt elle se met dans une intention d'inexpressivité et d'absence de bain de langage. Une angoisse est perceptible chez le bébé.

A travers l'expérience du « still-face », on comprend qu'une privation auditive ou d'expression faciale, parasite les procédés relationnels. Cela souligne l'importance des échanges dans l'interaction et donc dans le développement de l'enfant.

❖ Particularités du sourd dans le lien à l'autre

Le nouveau-né sourd, privé de ces échanges, peut être confronté à des difficultés lors des interactions avec sa mère. Lorsqu'il quitte le contact du visage, il n'a plus accès au bain du langage. Le nouveau-né sourd est « *privé totalement de la présence de sa mère- ou du substitut de la mère- dès qu'elle sort de son champ de vision* » [55, p.910]. Malgré le fait que le visuel persiste, s'il n'est pas focalisé sur le partenaire, il n'a accès ni au bain du langage (ou aux mouvements des lèvres), ni aux expressions faciales. Il perd donc de nombreuses informations et la rythmicité de l'échange est interrompue. Il est alors contraint de **rythmer** les échanges par le **visuel**, ou encore le **tactile**.

D'après une étude de CHASIN & HARRIS (2008), entre 9 et 18 mois, « *les enfants sourds montrent une plus grande sensibilité aux visages des mères lorsqu'elles communiquent avec eux; et ceci est d'autant plus vrai pour les enfants sourds de parents sourds* » [4, p.183].

L'utilisation du canal visuel permet à l'enfant sourd de percevoir les expressions faciales, les mouvements de la tête, des lèvres mais il lui est difficile d'y mettre du sens. En effet, le système sémantique est accessible par la voix. La mise en mot est porteuse de sens, elle véhicule des émotions. Le parent commente, échange sur les réactions de l'enfant et ses propres réactions ; ce qui permet de mettre du sens aux interactions. L'observation seule rend donc l'accès au sens de l'échange plus difficile pour l'enfant sourd. Il a accès au sens mais les conventions sociales sont plus difficiles à assimiler.

❖ L'adolescence

Qu'en est-il pour l'adolescent sourd ? L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit l'adolescence comme « *la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans* » [49]. Il s'agit d'une **période transitionnelle** de l'existence dans laquelle se produisent de nombreux changements pour l'individu à plusieurs niveaux [57].

Tout d'abord, la puberté induit des transformations conséquentes sur le plan physique (taille, poids, musculature, pilosité) différentes entre chaque individu mais similaires par le processus de modification.

Cette période de transition entre l'enfance et la vie d'adulte procure une nouvelle identité corporelle au jeune à l'origine de changements sur les plans comportementaux, sociaux, cognitif ou encore sur les capacités et performances psychomotrices. Le sujet doit s'approprier ces modifications.

Concomitant à ces évolutions physiques, l'adolescence entraîne des bouleversements psychiques dans des sphères telles que l'estime de soi, l'image du corps, la sexualité ou dans les supports identificatoires [57].

L'inscription sociale constitue un souci majeur durant l'adolescence, puisque l'adolescent se compare avec les autres et ce qu'ils pensent pour s'approcher de ce qui est annoncé comme normal [7]. L'identification correspond à « *incorporer à son moi, introjecter en soi, des traits, des caractéristiques plus ou moins partielles de personnes extérieures au sujet et les assimiler ensuite comme étant les éléments de son être* » [65, p.235], c'est-à-dire intégrer des caractéristiques émanant de personnes extérieures et les assimiler comme faisant partie de soi.

De plus, Benoit VIROLE expose que « *l'identification adolescente passe fondamentalement par le semblable à soi* » [65, p. 231]. On peut donc déjà soulever une problématique concernant l'identification du jeune enfant sourd lorsque ses parents sont entendants. Cela questionne sur la recherche de processus identificatoires de l'adolescence et donc la construction de l'identité. Les processus d'identifications ne sont pas différents de ce qu'il se passe pour n'importe quel adolescent, sourd ou non. Cependant, la surdité impacte ces processus d'un point de vue linguistique, affectif ou encore sociologique ; notamment dans le cadre du regroupement des sourds entre eux dans les institutions.

3. TROUBLES ASSOCIES

3.1. Trouble du Spectre de l'Autisme

❖ Définitions, classifications et sémiologie

La sémiologie, ou symptomatologie, correspond à « *l'ensemble des symptômes qui caractérise une maladie ou un trouble ainsi que l'étude de ces symptômes* » [57, p.287].

Historiquement, Léo KANNER décrit le syndrome d'autisme infantile en 1943. Dans son article « *Autistic disturbances of affective contact* », il exprime, concernant la sémiologie de l'autisme : « *le trouble fondamental le plus frappant est l'incapacité de ces enfants à établir des relations de façon normale avec les personnes et les situations dès le début de leur vie* » [50, p.1].

KANNER présente une sémiologie associant : une recherche d'immuabilité de l'environnement, des troubles du langage, des capacités mnésiques et perceptives remarquables [50].

Pendant de nombreuses années, la description de l'autisme a fait partie des **Troubles Envahissants du Développement** (TED). Les TED se définissaient à travers trois grandes classifications : le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4^{ème} édition (DSM-IV), la Classification Internationale des Maladies 10^{ème} édition (CIM-10) ou la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA).

Leur description comportait une **triade symptomatique** comprenant une perturbation au niveau des interactions sociales réciproques (en terme de qualité), de la communication (verbale et non verbale) ainsi que des comportements restreints et stéréotypés.

L'American Psychiatric Association (APA) a sorti la 5^{ème} édition du DSM (DSM-V) en 2013, et l'OMS a publié en 2018 la nouvelle Classification Internationale des Maladies (CIM-11). Le terme de TED est remplacé par celui de **Trouble du Spectre de l'Autisme** et les critères diagnostiques ont été actualisés. On passe d'une triade symptomatique à une diade.

Le TSA est considéré comme un **trouble neurodéveloppemental**. A quoi correspond un trouble neurodéveloppemental ? Tout d'abord, le trouble est « *un ensemble de symptômes*

pour lequel il n'y a pas de cause unique identifiée » [57, p.287]. Le neuro-développement désigne l'ensemble des mécanismes qui vont guider la façon dont le cerveau se développe, orchestrant les fonctions cérébrales (fonction motrice, langagière, cognitive, d'intégration sensorielle, structuration psychique, comportement). Les troubles neurodéveloppementaux sont donc des manifestations symptomatiques d'une organisation développementale particulière de la maturation neurophysiologique.

Pourquoi le terme de « spectre » du trouble de l'autisme ? On considère des particularités communes aux individus atteints de TSA ; cependant, il existe une grande **hétérogénéité** dans l'expression de ces particularités. De plus on se trouve dans le cas d'une origine multifactorielle du TSA associant des facteurs neurodéveloppementaux, génétiques, environnementaux.

Aujourd'hui, la diade symptomatique du TSA se caractérise par un **déficit persistant de la communication sociale et des interactions sociales** observés dans des contextes variés, ainsi que par des **activités ou intérêts restreints et stéréotypés**. Le diagnostic est avant tout clinique.

KANNER avait déjà identifié ce déficit de communication sociale. L'historique de la classification de l'autisme constitue le fondement dans la compréhension des recherches et des apports théoriques associés à l'autisme. Par souci de clarté et pour l'utilisation d'une clinique commune, le choix est fait de se référer à la sémiologie la plus récente.

Il est nécessaire d'expliquer les particularités communes décrites dans la diade afin de dégager un profil de fonctionnement du sujet au plus proche de ses expressions individuelles, et ainsi proposer une prise en charge adaptée.

❖ **Communication, interactions et habiletés sociales**

Certains comportements sociaux ne sont pas présents ou perturbés chez des enfants ultérieurement diagnostiqués autiste [32, 50, 62]. Par exemple, les organisateurs du psychisme de René SPITZ : le **sourire réponse** au visage (vers le 3^{ème} mois) et la **peur de**

l'étranger (vers le 8^{ème} mois) n'apparaissent pas chez le sujet TSA. D'autres éléments comme l'attention conjointe², le pointage³, l'imitation ou la synchronie⁴ peuvent être perturbés.

Le DSM-V présente des critères diagnostiques pour les déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés, qui sont : des déficits de la réciprocité émotionnelle ; des déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales ; des déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations.

Une hypothèse peut être faite sur l'origine de ce déficit de la communication et des interactions sociales. Cette hypothèse s'appuie sur une des particularités neuropsychologiques présente dans le TSA à l'origine de l'atypicité du traitement de l'information : la **théorie de l'esprit** [50].

La théorie de l'esprit se définit comme l'habileté mentale à attribuer des états mentaux (émotions, croyances, intentions) à autrui ainsi qu'à soi-même. Cette théorie se base sur les fondements de la communication sociale du bébé ; or, chez les sujets TSA ces bases-là sont altérées. La théorie ne peut émerger d'où l'intérêt de reprendre les signes de communications basiques.

Cette théorie de l'esprit prédispose ainsi à un défaut d'empathie puisque la connaissance de la différence des états mentaux par rapport à un tiers n'est pas acquise. Or, pour avoir accès aux émotions d'autrui il faut pouvoir se mettre « à la place ».

Pour résumer, ce sont des personnes susceptibles de présenter des difficultés à initier et maintenir la relation ou à répondre aux sollicitations relationnelles. Les codes sociaux peuvent être enfreints ou négligés de manière involontaire.

² Voir partie 2 : 3.3. Un regard qui parle : l'attention conjointe.

³ Voir partie 2 : 4.2. Le pointage.

⁴ Correspondance entre des faits, entre des événements considérés comme simultanés » [17].

❖ Intérêts restreints, stéréotypies et sensorialité

Le DSM-V présente des critères diagnostiques pour le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités qui sont : le caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage ; une intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux et non verbaux ritualisés ; des intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but ; une hyperréactivité ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement.

On peut retrouver, selon le DSM-V, une réactivité particulière aux informations sensorielles (somesthésique, visuelle, auditive, vestibulaire, gustative, olfactive, tactile et proprioceptive) vécue soit de manière accentuée, soit de manière amoindrie. Ce qui renvoie à une perception de l'information sensorielle dans le « trop » ou le « pas assez ».

Dans un cas, le sujet a une perception accrue de l'information sensorielle. On dit qu'il a un seuil bas de tolérance, il est **hyper-réactif** face aux différentes informations pouvant lui parvenir.

Je rencontre quelques jeunes qui présentent des hypersensibilités. Kylian et Léa présentent une hypersensibilité visuelle. Cela se manifeste pour Kylian par une focalisation sur les lignes (radiateurs, plafond, alignement de cubes) ; et pour Léa par des accroches du regard (à des poussières, des rayons du soleil). Léa présente également une hypersensibilité gustative et n'ingère que des aliments froids et liquides (eau, compotes).

Dans l'autre cas, le sujet a besoin d'un niveau de stimulation sensorielle important pour percevoir et traiter les informations. On dit qu'il a un seuil élevé de tolérance, il est **hypo-réactif** face aux différentes stimulations sensorielles.

Kylian présente une hyposensibilité tactile et gustative. Il se frappe successivement la joue puis le menton pour percevoir des informations tactiles sur cette zone. Kylian ingère des aliments non comestibles tels que des cailloux, des bouts de bois.

Léa quant à elle expose une hyposensibilité vestibulaire qui se manifeste par de nombreux balancements de son corps d'avant en arrière ou un flapping (flexion/extension des poignets).

Cette recherche de sensations est également caractérisée comme des stéréotypies. La **stéréotypie** est une « répétition d'une attitude, d'un geste, d'un acte ou d'une parole, sans but intelligible » [37]. André BULLINGER dit « l'image du corps est maintenue présente par les sensations elles-mêmes; mais dès que les sensations cessent l'image du corps s'estompe ». Les sujets hypo-réactifs se créent des sensations sensorielles pour maintenir cette image du corps. Toutes ces conduites ont un rôle de sécurisation, d'organisateur psychocorporel et de rassemblement [33].

Dans le domaine visuel par exemple, différentes études se sont intéressées sur le souci du détail et de l'identification des visages qui parasite l'accroche du regard dans la communication et les interactions. Notamment la méthode de « **l'eye tracking** » (ou poursuite oculaire) qui analyse la façon dont l'exploration du visage se déroule, en comparant des personnes autistes et des sujets ordinaires [50].

Ces études révèlent que les sujets autistes explorent majoritairement la bouche, le menton et des détails externes ; en comparaison aux sujets ordinaires qui s'attardent sur l'axe du visage (yeux, nez). Cela conduit à penser que le sujet autiste guide son attention visuelle sur des détails n'entrant pas dans les processus d'identification du visage, des mimiques, des émotions.

Cette particularité semble s'expliquer par une des spécificités cognitives des sujets autistes : le **défaut de cohérence centrale** [50], qui est la capacité à intégrer de manière globale une information et y mettre du sens. C'est une fragmentation de la perception du monde, les informations sensorielles sont traitées dans le détail.

Les sujets atteints de TSA présentent des particularités sensorielles (hyper-focalisation du regard, retraits moteurs) et interactionnelles (retard ou absence de langage, manque de réciprocité émotionnelle). Il est prédictible que ces particularités rendent d'autant plus difficile la relation et la communication lorsque le TSA est associé à une surdité ; surdité qui rajoute encore une particularité sensorielle et impacte déjà la communication du sujet.

La CIM-11 présente une distinction entre l'autisme avec et sans handicap intellectuel, alors que le DSM-V déclare seulement que l'autisme et le handicap intellectuel peuvent être simultanés [49]. Ceci nous permet de nous intéresser à la déficience intellectuelle qui est un handicap également retrouvé au CESDA, comme le TSA.

3.2. Déficience intellectuelle

Historiquement, il existe de nombreux termes permettant de désigner la déficience intellectuelle. Elle a pu être nommée l'imbécillité, l'idiotie, la débilité mentale, la déficience mentale, le retard mental ou encore la déficience intellectuelle.

Tout d'abord, l'OMS crée en 1980, avec l'aide de Philip WOOD, la Classification Internationale des Handicaps (CIH). Le handicap y est défini selon trois aspects majeurs : la déficience, l'incapacité et le désavantage.

La définition de la **déficience** se présente alors comme « *toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique* ». Elle correspond à l'aspect lésionnel du handicap. L'incapacité quant à elle correspond à l'aspect fonctionnel, et le désavantage à l'aspect situationnel du handicap. Ce modèle de la CIH a été critiqué car il restait trop centré sur le médical.

En 2001, l'OMS publie de nouvelles directives en remplaçant la CIH par la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Dans cette nouvelle classification, l'OMS donne une définition du handicap comme « *un terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. Il désigne les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (ayant des problèmes de santé) et les facteurs contextuels face auxquels il évolue (facteurs personnels et environnementaux)* » [15, p.30].

Actuellement, trois grandes classifications définissent la déficience intellectuelle : la CIM-10, l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), et le DSM-IV.

Le DSM-IV propose une définition de la déficience intellectuelle : « *fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne (quotient intellectuel (QI) d'environ 70 ou au-dessous pour un test de QI passé de façon individuelle). Limitations significatives du fonctionnement adaptatif dans au moins deux des secteurs suivants : communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et sécurité. Ces déficits ou altérations doivent avoir débuté avant l'âge de 18 ans* » [15, p.25]. Le DSM-V utilise le terme « déficience intellectuelle ».

La classification de la déficience intellectuelle peut se faire selon le niveau intellectuel (en termes de QI). En couplant les données de classifications du DSM-IV et de la CIM-10, quatre niveaux de gravité de la déficience intellectuelle sont descriptibles :

- ✓ Une déficience intellectuelle légère pour un QI entre 50 et 70.
- ✓ Une déficience intellectuelle moyenne pour un QI entre 35 et 50.
- ✓ Une déficience intellectuelle grave pour un QI entre 20 et 35.
- ✓ Une déficience intellectuelle profonde pour un QI inférieur à 20.

Cependant, cette classification n'exprime pas les besoins et les différences individuelles [9]. Il est en effet difficile de pouvoir se rendre compte du soutien nécessaire avec simplement la donnée chiffrée du QI. De plus, cette donnée ne rend pas compte de l'hétérogénéité des profils cognitifs. En effet, l'étiologie de la déficience intellectuelle est multifactorielle avec des facteurs biologiques, génétiques, familiaux [9, 56]. Les causes de la déficience intellectuelle sont multiples, l'expression hétérogène et la sémiologie variée. C'est pourquoi il convient d'être prudent avec des critères de classifications où des notes seuils permettant de situer les personnes.

Parmi les classifications évoquées précédemment, des critères diagnostiques communs émergent. On retrouve des déficits dans différents domaines [9, 56] :

- ✓ Des déficits des **fonctions intellectuelles**. Les fonctions intellectuelles incluent le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification des actions, l'attention, les capacités d'imitation, la pensée abstraite, le jugement.
- ✓ Des déficits du **comportement adaptatif**. Les habiletés adaptatives comprennent le langage et la communication (articulation, syntaxe, compréhension), les soins personnels, les habiletés sociales, l'immaturation psychoaffective ou encore l'autonomie.

J'effectue avec Alexandra un jeu de passes avec un ballon. Il ne faut pas que j'anticipe l'explication du déroulement de l'activité pendant la réalisation de celle-ci puisqu'elle présente des difficultés de planification de l'action. Par exemple, si j'exprime à Alexandra « Maintenant, tu vas lancer à une main » au moment où elle doit réceptionner le ballon à deux mains ; elle prépare une seule main pour la réception. Un phénomène de double tâche fait interférence avec l'action à réaliser. Je dois planifier dans l'immédiat la consigne afin de la soutenir dans la réalisation : « Tu vas lancer à une main » quand elle doit m'envoyer le ballon.

Un critère temporel se rajoute. Les déficits doivent être apparus durant la période de développement (pour le DSM) et avant 18 ans (pour l'AAIDD).

Compte tenu des particularités des fonctions intellectuelles et adaptatives des sujets atteints de déficience intellectuelle, on peut imaginer les difficultés cognitives et relationnelles lorsque cette déficience est associée à la surdité. Il existe déjà un effort de régulation du traitement des flux sensoriels dû à la surdité, qui s'associe en plus à un effort de compréhension des informations dû à la déficience.

4. LA COMMUNICATION AU CESDA

4.1. Communications verbales

Selon le Larousse, la communication est « l'action, le fait de communiquer, de transmettre quelque chose ». D'un point de vue linguistique, le verbal concerne le verbe et

son utilisation. Dans cette idée, la communication verbale est l'ensemble des processus utilisant le verbe par lesquels s'effectuent des échanges d'informations et de significations entre deux personnes. Cela peut être le verbe oral, le verbe écrit ou encore le verbe signé. Que ce soit à l'oral, à l'écrit ou en langue des signes, une différence fondamentale se fait entre l'émission et la réception.

❖ Langue écrite

L'écriture se définit comme un système de représentation graphique [17]. Le graphisme est un acte complexe mettant en jeu la motricité globale du corps et la motricité fine de la main nécessitant des habiletés (motrice, tonique, postural, perceptive) pour acquérir la maîtrise du geste de l'écriture.

Avant d'écrire [22, 23], dans son développement, l'enfant laisse une trace de manière imprévue dans la rencontre entre un instrument traceur et un support quelconque : il griffonne, gribouille, dessine. Peu à peu, l'enfant se rendra compte des traces qu'il laisse, de l'intérêt que son entourage y porte, puis mettra une intention de dessin ou « d'écriture ». Les traces s'organisent les unes avec les autres pour former des parties de lettres qui s'assemblent pour former des mots. Les mots inscrivent la trace comme une fonction de communication : l'écriture.

« *Ecrire c'est parler silencieusement avec sa main au rythme de sa pensée* » [23, p.66]. C'est-à-dire que les éléments graphiques se combinent dans l'espace pour élaborer la pensée de manière successive. Cette organisation s'effectue selon une ligne de temps gauche-droite.

L'apprentissage et l'utilisation de l'écriture nécessitent la capacité à élaborer un message à valeur de communication ainsi que l'utilisation des habiletés permettant l'utilisation des outils d'écriture (crayons, feutres, feuilles).

❖ Langue des Signes Française

La Langue des Signes Françaises, ou LSF, constitue une langue à part entière et s'inscrit parmi les langues des signes internationales. C'est un moyen de communication mis en place par les sourds de la société française, un des piliers de la culture sourde en France.

Il s'agit d'une langue utilisant le « *canal visuel-gestuel* » [65, p.216]. La réception se fait à travers le canal visuel tandis que la transmission s'effectue à travers le canal gestuel. Puisqu'il s'agit d'une langue utilisant ces deux canaux et n'ayant nul besoin de l'oral, elle se présente comme la langue naturelle des sourds d'un point de vue physiologique. Ces deux canaux leurs permettent une expression et une compréhension immédiate du message. Son élaboration est complexe, nous décrirons quelques points clés de son organisation afin d'en comprendre son utilisation.

Selon William STOKOE ou Bill MOODY, chaque signe de la LSF s'organise autour de cinq paramètres majeurs permettant une organisation syntaxique et grammaticale spécifique. [8, 11, 65] :

- ✓ La **configuration** qui correspond à la position de la main et des doigts pour signer. Il y a des configurations de bases utilisables avec une seule main ou avec les deux ; les configurations des deux mains peuvent être symétriques ou différentes.
- ✓ L'**orientation** de la main qui se fait sous différentes modalités (paume vers le haut, vers le bas, face à l'interlocuteur ou vers soi) pour une même configuration.
- ✓ L'**emplacement** qui correspond à l'espace ou l'endroit du corps (visage, buste, bras, coude) où est réalisé le signe.
- ✓ Le **mouvement** qui comprend des variables telles que le trajet, l'orientation, la vitesse de la configuration de la main.
- ✓ L'**expression du visage** lors de la réalisation d'un signe. Pour un même signe, la distinction peut se faire seulement par l'expression du visage.

Concernant le vocabulaire, la LSF propose un signe pour un bon nombre de mots, mais ce n'est pas le cas pour l'ensemble des mots de la langue française. Il est alors possible d'épeler un mot. Chaque langue a son alphabet [22]. Il existe un alphabet de la LSF : la **dactylogogie**⁵.

« Les alphabets dactylogogiques sont des systèmes gestuels dans lesquels chaque lettre de l'alphabet écrit correspond à une configuration particulière de la main et des doigts » [43,

⁵ Voir annexe 2.

p.193]. La dactylogogie est utilisée en général pour épeler son nom et son prénom, les noms propres ou les concepts qui n'ont pas de signe ou dont on ignore le signe.

En reprenant les paramètres précédents, il y a ainsi une configuration spécifique de la main pour chacune des lettres de l'alphabet. Ces mêmes configurations de mains sont reprises pour exprimer des mots commençant par cette lettre mais associant d'autres paramètres (une mise en mouvement, un déplacement). Par exemple, pour exprimer « lundi », il faut associer la configuration de la main pour la lettre « L » avec une agitation dans l'espace.

La **syntaxe** particulière rend l'accessibilité de la LSF difficile dans l'organisation. L'élément visuel le plus caractéristique apparaît en premier lors de l'expression du message, et les autres éléments s'articulent autour. On parle d'une composante iconique de la LSF où le trait distinctif de l'objet est érigé en signifiant [65].

Ce trait est le signifiant pour l'objet, mais l'organisation des signes s'articule à la suite de cet objet iconique. Dominique COLIN exprime que « *l'ordre des gestes est déterminé par celui des évènements* » [19, p.13].

L'organisation de la pensée s'apparente à du « simultané », différent de la pensée du successif de l'écrit. Cela représente une des potentielles difficultés pour le passage en LSF : pour un sourd de la LSF vers l'écrit, ou pour un entendant de l'écrit ou l'oral vers la LSF.

La mise en forme gestuelle s'effectue par une organisation spatiale et temporelle spécifique. Cette **organisation spatio-temporelle** se fait par l'orientation, l'emplacement et le mouvement de chaque partie du corps. Selon Benoit VIROLE : « *l'espace est également utilisé pour exprimer le temps* » [65 p.216]. En effet, la représentation du temps en LSF se fait selon un axe antéro-postérieur ou gauche-droite (ligne de temps de l'écriture).

Dans cet axe antéro-postérieur, le déplacement vers l'avant représente le futur ; celui vers l'arrière le passé ; et lorsque le signe s'effectue à hauteur du corps, il représente le présent. Tandis que l'axe horizontal gauche-droite s'emploie pour la dactylogogie.

❖ Méthode oraliste et Langue française Parlé Complété

L'oralisme est une **méthode d'enseignement** de la langue orale à des sourds. Le sourd apprend à lire sur les lèvres d'autrui et à prononcer les syllabes. « *L'entraînement à la lecture labiale s'appuiera également sur une prise de conscience par la personne malentendante de sa propre articulation, en produisant soi-même des sons de parole avec feed-back kinesthésique* » [11, p.30]. C'est cette méthode qui a prédominé durant près d'un siècle suite au Congrès de Milan.

Cependant, l'accès à l'oralisme (langage oral et lecture labiale) est impacté à différents niveaux. Certains phonèmes⁶ du français présentent des conformations articulaires semblables ou difficilement discernables. De plus, ces phonèmes s'associent entre eux dans la parole continue, ce qui peut engendrer des confusions.

En fonction du degré de surdité et de la présence d'autres troubles ; les capacités auditives, visuelles ou encore cognitives ne permettent pas une utilisation optimale de l'oralisme. Ainsi, cette méthode est complétée par un autre procédé.

La **Langue française Parlé Complété** (LfPC), anciennement Langage Parlé Complété (LPC), est une méthode de soutien à l'apprentissage et à la compréhension orale pour les sourds. C'est un « *système de signaux visuo-manuels qui lève les ambiguïtés de la lecture labiale* » [34, p.10]. Le but étant de donner des informations visuelles ou parfois tactiles pour renforcer les informations labiales. C'est une méthode où le visuel soutient l'auditif.

Elle permet de différencier les syllabes ayant la même image labiale, en associant à chaque syllabe un signe par configuration manuelle. Le locuteur adopte avec sa main près de sa bouche, différentes configurations de la main pendant qu'il parle afin que le récepteur voit simultanément les mouvements des lèvres et des mains. En français, la main emploie huit configurations différentes et cinq positions autour de la bouche [43]. La LPC est plus efficace que la lecture labiale seule.

⁶ Un phonème est un élément sonore du langage articulé considéré d'un point de vue physiologique (disposition des organes vocaux) et d'un point de vue acoustique (perception auditive) [17].

4.2. Communications alternatives

Du fait de leurs troubles, la communication verbale (orale, écrite et langue des signes) chez ces jeunes n'est pas toujours accessible (organiser leurs gestes pour écrire, pour signer, discerner les mouvements labiaux ou gestuels, expressions faciales). Cependant des outils de communication sont disponibles et utilisables. En fonction de leurs capacités cognitives, praxiques ; les moyens mis en place ne seront pas les mêmes. On retrouve les pictogrammes ou les cahiers de communications.

❖ Pictogrammes

Les pictogrammes sont des symboles graphiques. Ils correspondent à une représentation schématique ayant une fonction de signe. Ils peuvent prendre différentes formes : un tracé schématique, une image détaillée, un dessin voire même une photographie. Un mot écrit peut être associé à cette représentation. Il s'agit d'une perception visuelle de la communication permettant une communication pour des personnes n'ayant pas de communication verbale (oral, écrit, LSF) à cause de difficultés motrices, praxiques, cognitives ou sensorielles.

Les pictogrammes s'utilisent sous diverses formes : à l'aide de cartes, de tableaux ou de cahiers de communication notamment. Par exemple, au sein de certains groupes éducatifs du CESDA, un panneau de l'emploi du temps/activités des jeunes comprend des pictogrammes afin de signifier l'organisation journalière pour chacun : qui fait quoi, quand, avec qui, où. Ainsi, on retrouve des pictogrammes avec des lieux (le réfectoire, la maison), des personnes (psychologue, psychomotricienne, orthophoniste) ou des activités différentes (livres, sport, ordinateur). D'autres outils d'ordre plus personnel emploient les pictogrammes : les cahiers de communication.

❖ Cahiers de communication

➤ Pragmatic Organisation Dynamic Display

Les Pragmatic Organisation Dynamic Display (PODD) sont des outils de communication à base de **pictogrammes**. On peut traduire cet acronyme par « tableaux dynamiques à

organisation pragmatique ». Il porte ce nom car le vocabulaire y est sectorisé dans un classeur afin d'en faciliter l'utilisation.

Le PODD s'appuie sur **l'information visuelle**, importante dans la communauté sourde. Son utilisation se fait avec un partenaire, d'où son intérêt chez des sujets porteurs de traits autistiques ayant un déficit de la communication et des interactions sociales. Son emploi permet autant à l'enfant qu'à l'adulte d'exprimer toutes sortes de messages (demander un objet, exprimer ses émotions). Le contenu y est très riche afin de proposer une communication complète dans toutes les situations. Son élaboration se fait en tenant compte des capacités et difficultés du sujet, chaque sujet aura son propre PODD.

En ce sens, son utilisation peut être complexe. En effet, elle se fait dans un but de communication, donc avec un partenaire. Cependant il faut que le partenaire (particulièrement les professionnels dans notre cas) puisse le maîtriser pour optimiser son utilisation. La richesse du contenu du PODD est garant de sa difficulté d'utilisation. Cet outil requiert un investissement conséquent. Tout d'abord du jeune pour savoir s'en servir, mais également des professionnels compte tenu de l'unicité de chacun de ces outils.

➤ **Picture Exchange Communication System**

Le Picture Exchange Communication System (PECS) est un outil de communication par **échange d'images** pour des personnes n'ayant pas accès à la communication verbale (autisme, sourd).

Lorsque l'enfant désire un objet, il donne à son interlocuteur l'image de l'objet. C'est une technique de renforcement positif, de type comportemental, pour favoriser les comportements centrés vers un échange, une communication.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE TRAVAIL

Dans la première partie, nous avons pu présenter les aspects sensoriels, affectifs et cognitifs qui sont impactés chez les adolescents sourds porteurs de TSA ou de déficience intellectuelle. La communication verbale n'est pas toujours accessible et utilisable du fait de leurs déficiences. De ce fait, certains outils pour fluidifier la communication sont mis en place. L'emploi seul de ces outils ne suffit pas toujours. La communication en résultant s'avère parfois pauvre et restreinte.

Ainsi, c'est à nous professionnels, dans notre prise en charge, de trouver d'autres moyens pour **soutenir la communication**.

Benoit VIROLE dit notamment que quand « *deux sourds de langues des signes différentes se rencontrent, ils ont simplement recours à la communication non verbale* » [65, p. 207]. C'est de cette idée que mon hypothèse de travail émerge.

Afin de pallier les défauts de communication qu'imposent la surdité et les troubles associés ; un questionnement se pose sur l'instauration d'une **communication non verbale**, une communication axée sur le langage corporel.

Je me questionne sur la place, des interactions corporelles dans la pratique psychomotrice, et comment elles s'intègrent dans un vecteur communicationnel. Par conséquent, je dégage ma problématique centrale :

Comment la communication non verbale soutient l'émergence de la communication auprès de jeunes sourds ayant des troubles associés, dans le cadre d'une prise en charge en psychomotricité ?

Les outils tels que la LSF, l'écrit et les cahiers de communication peuvent servir de supports pour la prise en charge mais il m'a été **nécessaire** de trouver d'autres canaux.

J'é mets l'hypothèse que moyennant une **lecture** et une analyse précise de la communication non verbale des jeunes ; couplées à une **boucle d'ajustement** de ma

communication non verbale aux éléments communicationnels repérés ; une **fluidité dans la relation** s'instaurera. Elle permettra une diminution des éléments parasites du message et de sa transmission et clarifiera la communication instaurée. Ainsi, pour soutenir la communication, je souhaite m'attacher :

- ✓ A la façon dont le sujet utilise l'espace lorsqu'il fait des **gestes**, exprime des **émotions**, prend des **postures**.
- ✓ Aux canaux sensoriels non impactés par la surdité tels que le sens **tactile** et le sens **visuel**.
- ✓ Au concept de **proxémie** ou des distances interpersonnelles et relationnelles. M'étant attardé sur l'environnement social et culturel des sujets atteints de surdité, la proxémie prendra à mon avis une place importante au sein de la communication non verbale.

Le langage mis en jeu, suppose s'inscrire par et à travers le corps, au service de la communication ; que ce soit par le toucher, le regard, la distance relationnelle ou encore la posture, les gestes et les mimiques. Le psychomotricien est entraîné à la lecture des messages corporels. Tous ces paramètres constitueraient des éléments à privilégier dans la mise en place des séances, dans la capacité à guider et adapter la prise en charge au service de l'instauration d'une communication, bidirectionnelle.

La communication non verbale instaurée entre le « soignant » et le « soigné » permettrait de répondre aux besoins des jeunes et pouvoir potentialiser leurs compétences psychomotrices.

PARTIE 2 : APPROCHE PSYCHOMOTRICE DE LA COMMUNICATION NON VERBALE

La communication non verbale est définie par Jacques CORAZZE comme étant « *l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds-muets, etc.)* » [20, p.15] ou comme un terme que l'on applique « *à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des orientations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise* » [20, p.16]. Selon lui, la communication non verbale emploie trois types de supports :

- ✓ Le corps dans ses qualités physiques ou physiologiques et dans ses mouvements.
- ✓ Les artefacts liés eux-mêmes au corps (vêtements, tatouages, mutilations rituelles).
- ✓ La dispersion dans l'espace des individus, espace fixe ou territorial, ou de l'espace entourant le corps et lié à lui.

Dans notre situation, parmi les moyens existants de communication non verbale, on retient :

- ✓ L'organisation du corps par sa posture, ses gestes, ses mimiques.
- ✓ La disposition du corps dans l'espace et dans l'interaction : la proxémie.
- ✓ Les qualités physiologiques sensorielles du corps : les sens tactile et visuel.

Des théoriciens de la communication à l'origine de l'école de Palo Alto expriment une phrase emblématique : « *on ne peut pas ne pas communiquer* » [8]. Nous communiquons malgré nous, à chaque instant.

A ce sujet, DITTMAN exprime que la communication non verbale consiste en « *des comportements auxquels habituellement nous ne prêtons pas attention, peut-être parce que nous sommes entraînés à ne pas le faire* » [20, p.24]. On pourrait aussi penser que nous n'y prêtons pas attention habituellement parce que nous ne sommes pas entraînés à le faire.

Les éléments constituant la communication non verbale sont des procédés de communication, du corps. Certains auteurs tels que Christian BALLOUARD les nomment d'ailleurs « *communications corporelles* » [7]. La psychomotricité se présente comme une

profession à médiation corporelle. Le psychomotricien quant à lui est entraîné dans l'observation de ces signaux non verbaux. La psychomotricité a donc un intérêt dans cette thématique auprès de sujets atteints de surdité et ayant des troubles associés dont on sait que l'accès à la communication verbale s'avère impacté.

1. LE TOUCHER

Le toucher est le **premier sens** parmi les cinq à se développer chez le fœtus. Celui-ci commence à s'organiser avec les premiers récepteurs tactiles tôt dans le développement de l'individu, dès la 6^{ème} semaine de vie embryonnaire. Le bébé explore son environnement par l'intermédiaire de ses récepteurs tactiles.

De plus, il s'agit du seul sens qui implique **l'entièreté du corps** [18] par l'intermédiaire de la surface que constitue la peau, organe du toucher. Contrairement à la vision, l'audition ou l'olfaction qui ont des capteurs à distance des informations sensorielles. Le tactile et le gustatif nécessitent un contact avec la source de stimulation [14].

De ce fait, je m'intéresse aux caractéristiques de la peau, organe le plus étendu du corps, comme support à l'interaction et au dialogue dans le toucher.

1.1. La peau, organe du toucher

La peau constitue l'interface entre dedans et dehors [18], l'intermédiaire entre le sujet et son milieu. Il s'agit du seul organe qui recouvre la totalité du corps. La peau constitue ainsi une **enveloppe protectrice** et une **surface d'échange**.

En effet, cette enveloppe protège mais elle n'est pas étanche. Il existe des échanges à double sens entre le sujet et son milieu. La surface, la non-étanchéité et la structuration physiologique de la peau lui octroie de nombreuses propriétés [18, 20] :

- ✓ **Physiologiques** : elle régule la température interne (thermorégulation), protège contre la déshydratation.
- ✓ **Sensorielles** : par la présence de récepteurs sensitifs, la peau représente un canal cutané par lequel passent des informations sur la pression (le tact), sur la température (chaud/froid) et sur la douleur.

- ✓ **Identitaire** : par sa couleur, et l'apparence de la peau selon notre état (rougeur, pâleur, transpiration).

Les nombreuses propriétés de la peau contraignent à être vigilant à la façon dont on la touche.

Avant l'élaboration d'un parcours psychomoteur, un temps de « réveil corporel » se met en place. Il s'agit d'un échauffement musculaire. Les propositions sont agencées en fonction des capacités motrices des jeunes, de leurs idées et de mes suggestions. Ainsi, nous réalisons des tapotements, des frictions, des caresses sur la peau.

Autant de manière qui définissent une façon de toucher. Existe-il un moyen de savoir comment toucher la peau ? Le sujet doit être attentif au tonus de son interlocuteur.

1.2. Le tonus

Le tonus musculaire correspond à l'état de tension du muscle et ses variations que ce soit au repos, dans le maintien et dans l'organisation de la posture ou face à une situation d'organisation de la motricité. Il existe trois types de tonus :

- ✓ Le **tonus de fond** ou de repos, est une activité tonique qu'on a en permanence. Il est involontaire et d'origine réflexe. Il maintient la cohésion des différentes parties du corps, base du schéma corporel.
- ✓ Le **tonus postural** ou d'attitude, représente l'activité tonique minimale qui permet la gestion de l'équilibre. Il maintient la mise en forme corporelle et lutte contre la pesanteur.
- ✓ Le **tonus d'action** sert à la réalisation du mouvement. Il s'agit d'un ajustement des contractions musculaires ou du relâchement musculaire qui va permettre la réalisation du mouvement, du geste.

Dans le décret d'acte de psychomotricité [41], le psychomotricien est habilité à accomplir des actes pour la rééducation des troubles de la maturation et de la régulation tonique. Il s'intéresse donc au tonus des individus qu'il rencontre.

Le psychomotricien utilise des pratiques corporelles pour la rééducation des troubles du tonus. Parmi ces pratiques, certaines impliquent le toucher pour leur réalisation telles que les enveloppements, les portages, les massages. Ces méthodes s'effectuent de manière **directe** (peau-à-peau) ou de manière **indirecte** (objets). Il est important de comprendre que le toucher ne se limite pas simplement au peau-à-peau. Une « mise à distance » peut s'effectuer par l'intermédiaire d'objets.

En fin de séance, je propose des temps calmes de type massages. Ceux-ci s'effectuent toujours par l'intermédiaire d'un objet, en comparaison aux temps de réveils corporels qui se réalisent en peau-à-peau. Parmi les objets employés, on retrouve des balles, des ballons, des balles à picot, des objets vibrants, des coussins, des couvertures.

Les méthodes attribuent des **qualités différentes** au toucher et doivent être choisies avec parcimonie en fonction des objectifs de travail et des besoins du sujet. Selon les qualités recherchées, le contact sera plus ou moins lent, minutieux et localisé. L'utilisation de techniques particulières demande une écoute des demandes du sujet, de ses réactions, et nécessite la prise en compte de ses attributs physiologiques et de ses pathologies.

En effet, pour un sujet atteint de TSA, l'expression des modalités sensorielles s'exprime de manière hétérogène d'un individu à l'autre. Particulièrement en fonction de leur sensibilité tactile et proprioceptive, le contact admettra des qualités distinctes. Par exemple, dans le cas d'une hyposensibilité proprioceptive, le contact devra présenter des qualités de fermeté et de consistance afin de mobiliser les récepteurs de pression.

Malgré tout, la méthode et les qualités du toucher sont **modulables** au cours du temps. On adapte le contact en matière de vitesse, de pression, de localisation à ce qu'on ressent du sujet, notamment par son tonus. Le sujet ressent notre tonus et nous ressentons le sien. Le toucher constitue une modalité sensorielle à double sens.

1.3. Un sens à double sens

Des échanges existent entre l'individu et son environnement, par l'intermédiaire de sa peau. Cependant, « *la peau n'est pas à sens unique* » [18, p.28]. C'est-à-dire que, lorsque le

sujet touche un objet ou quelqu'un, il se trouve lui-même soumis aux échanges avec l'objet ou la personne qu'il vient de toucher.

Le toucher induit le concept de **réciprocité**. Il y a une personne qui touche et une personne qui est touchée, avec l'idée d'un couple activité/passivité. Le toucher accorde une **bidirectionnalité** à la sensation, support à la communication.

Ce concept de réciprocité nécessite la présence de deux corps distincts, « *nous n'avons un corps que dans la relation à autrui* » [18, p.47]. En ce sens, le toucher met en jeu les caractéristiques propres aux deux partenaires d'interaction (leur âge, leur sexe, leur pathologie et les aspects développementaux toniques, affectifs, moteurs). On parle d'un dialogue tonique.

Puisque ce dialogue tonique met en jeu les caractéristiques émotionnelles des individus engagés, certains auteurs parlent de dialogue tonico-émotionnel⁷.

D'autre part, du fait de la présence d'un échange tonique et émotionnel, ainsi que la proximité qu'induit le toucher, cela questionne sur la distance relationnelle. D'où l'instauration d'un choix entre le contact direct (peau-à-peau) ou indirect (avec un objet). Ce concept de distance relationnelle s'appelle la **proxémie**.

2. LA PROXEMIE

Le concept de proxémie, présenté par **Edward TWITCHELL HALL**, concerne l'étude de la **distance sociale**. Le terme proxémie désigne « *l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique* » [7, 20, 21]. C'est-à-dire ce qui touche l'organisation et l'utilisation de l'espace chez l'homme. Cette manière de structurer l'espace ou le temps s'inscrit dans un phénomène éminemment culturel [21, 60].

La proxémie nous intéresse particulièrement pour plusieurs raisons. Tout d'abord parce qu'en psychomotricité, nous sommes attentifs à la gestion de l'espace de l'individu vis-à-vis de lui-même (organisation de ses gestes, de son corps), de l'environnement (dans son

⁷Voir partie 2 : 5.3. Le dialogue tonico-émotionnel.

quotidien, en salle de psychomotricité), mais également vis-à-vis de ses partenaires d'interactions.

De plus, la proxémie développe une idée de « **bonne distance** ». Dans notre pratique de psychomotricien, il est nécessaire de trouver la bonne distance pour soi (être à l'aise, disponible) mais surtout pour l'autre. Il s'agit d'une régulation à **double sens** [8]. L'ajustement de cette distance constitue un élément fondamental pour s'adapter aux besoins et demandes de la personne en face. D'autre part, comme nous l'avons évoqué, la proxémie s'affilie à un phénomène **culturel**. Ainsi, cela suppose une appropriation de l'espace différente dans la communauté sourde.

Lors du passage dans les espaces de vie ou en séance, puisque l'appel désigné ne peut aboutir, certains jeunes n'hésitent pas à interpeler un adulte ou un camarade en l'attrapant avec une main sur l'épaule. Cet acte s'inscrit totalement dans la façon d'interpeler des sourds, mais peut paraître intrusive dans une culture ayant un rapport à la distance différent.

Cette occupation spatiale particulière chez les sourds s'explique également par l'utilisation de la LSF. Marie-Hélène HERZOG exprime concernant un individu sourd qu' « *il prend plus de distance corporelle et d'espace par ses mouvements gestuels dans la communication* » [29, p.48]. Il existe en effet un cadre pour signer : « l'espace de signation ». La dimension d'espace propre de l'individu sourd augmente par ce besoin d'espace pour signer, pour communiquer.

2.1. La « bonne distance »

Dans la proxémie, il est question d'étudier la distance physique établit dans l'interaction entre des personnes. Selon HALL, ces distances varient selon les cultures considérées mais également selon la localisation où l'interaction se déroule.

Les sujets sourds ont une conception des distances personnelles différentes de la nôtre. De plus, la distance sera hétérogène selon que l'interaction se déroule dans un groupe

éducatif, dans la cours de récréation ou en salle de psychomotricité. Au sein même de la salle de psychomotricité, les distances varieront également selon l'activité choisie : exercice au bureau, activité dans l'espace ou temps calme de type relaxation.

Communément, HALL distingue quatre catégories majeures de distances interindividuelles [8, 20] :

- ✓ La **distance intime** (entre 15 et 45 centimètres) : cette zone s'accompagne d'une grande implication physique et d'un échange sensoriel élevé (odeurs, chaleur et contacts cutanés majoritaires). Cela correspond, dans la pratique psychomotrice, à la distance en relaxation.
- ✓ La **distance personnelle** (entre 45 centimètres et 1,35 mètre) : cette zone s'utilise dans les conversations particulières avec des amis et des proches. Elle s'établit dans les relations de confiance pour avoir des conversations privées.
- ✓ La **distance sociale** (entre 1,35 et 3,70 mètres) : cette zone se retrouve au cours de l'interaction avec des amis et des collègues de travail.
- ✓ La **distance publique** (supérieure à 3,70 mètres) : cette zone s'apparente à la distance à laquelle un individu parle à des inconnus, à des groupes, ou la distance à laquelle on croise des personnes dans la rue.

HALL présente donc des distances typiques des relations interpersonnelles, variables et modulables. Il développe en outre le concept d'une « bulle » environnant chaque individu. Il s'agit d'une **zone émotionnellement symbolique**, un périmètre de sécurité individuel. Elle représente en quelque sorte l'intégrité psychique et vitale de la personne.

Ce concept de bulle dépend de nombreux facteurs. Il faut prendre en considération les facteurs individuels (psychologiques, culturels, sociaux) et les facteurs environnementaux de la relation (l'espace, le temps). Marie-Hélène HERZOG exprime concernant les sourds « *ils peuvent « violer » l'autre, ils n'ont pas toujours la distance nécessaire* » [29, p.75]. Cette phrase étaye le concept de bulle comme une zone symbolique environnant chaque individu, bulle que le sujet sourd n'a pas l'intention ou la conscience de franchir.

Notre façon d'exploiter l'espace constitue ainsi un marqueur de notre identité tant culturelle que personnelle.

La gestion de cette distance sera hétérogène en fonction de la population (enfants, adultes, sourds, aveugles), du professionnel (psychomotricien, médecin, dentiste, gynécologue) ou encore du sexe (femme, homme).

La gestion de la distance aura un impact sur la communication. En effet, le contenu du message dépend de la distance à laquelle nous le transmettons. Un même message n'aura pas la même valeur selon notre distance, mais également nous ne transmettons pas les mêmes messages selon notre distance.

L'espace s'organise en fonction des canaux sensoriels utilisés et de la somme d'informations qu'un individu peut supporter [20]. On peut penser que l'approche proxémique ne se réduit donc pas simplement à une valeur de communication de la distance établie. Elle comprend d'autres aspects liés à l'interaction visuelle, tactile, auditive, gustative, olfactive ; et la façon dont l'individu capte, supporte et utilise ses canaux sensoriels pour réguler ses distances relationnelles dans la gestion de l'espace environnant, de son espace, de sa bulle.

2.2. Un positionnement modulable

Pendant un échange courant, les partenaires d'interaction se décalent, changent de place de manière tout à fait naturelle sans même parfois s'en rendre compte. Dans notre cas, le psychomotricien sera amené à repenser son positionnement différemment tout au long de la séance en fonction de la personne rencontrée (âge, sexe, personnalité, pathologie, culture) [20] ou du message à véhiculer.

Par exemple avec des sujets sourds, il est préférable de se tenir dans l'espace du champ de vision du patient de manière à pouvoir interagir avec celui-ci si nécessaire. Nous devons être dans son champ visuel pour lui signer quelque chose ou tout simplement pour qu'il sache que nous sommes là.

Selon les objectifs, le psychomotricien pourra se tenir en face ou à côté de son patient. Par exemple, s'il faut créer une **situation de coopération**, les individus ont tendances à se placer côte à côte afin d'adopter le même point de vue, d'avoir les mêmes repères, de

partager les idées et d'avancer dans la même direction. L'orientation est dite « en parallèle ». Dans cette position, les partenaires peuvent se tourner vers un troisième interlocuteur avec lequel ils échangent [20]. Dans notre cas, l'orientation s'effectue régulièrement vers le miroir qui triangule la relation et constitue un support d'échange.

D'autre part, s'il faut créer une **situation de compétition**, les individus ont tendances à se placer l'un en face de l'autre. Le face à face représente une disposition durant laquelle la communication est directe et réciproque. Cette organisation s'utilise dans les jeux d'opposition dans lesquels il y a un duel, où les joueurs ont le même objectif pour remporter la partie (jungle speed, dominos).

Toutefois, un positionnement ne contraint pas à une situation spécifique. Particulièrement avec des jeunes sourds, où l'appui du regard ou l'imitation sont mis en jeu dans la relation. Le « côte à côte » ou le « face à face » sera modulable selon les demandes des jeunes, leurs pathologies et l'activité.

3. REGARD ET ATTENTION CONJOINTE

La **vision** se définit comme une « *perception par l'œil de la lumière, des couleurs, des formes ; ensemble des mécanismes physiologiques par lesquels les radiations lumineuses reçues par l'œil déterminent des impressions sensorielles de nature variée* » [17].

Le **regard** pour sa part, se définit par l'« *action de regarder, mouvement des yeux qui se portent vers un objet, une personne* » [17].

La vision représente l'aspect physiologique, la modalité sensorielle ; tandis que le regard correspond à l'acte, la praxie mettant en scène les caractères physiologiques.

3.1. Développement de la vision

A la naissance la vision n'est pas mature et son développement s'étendra jusqu'à l'adolescence. On distingue deux types de visions [40, 42, 67] :

La vision périphérique correspond à la sensibilité aux mouvements, aux formes, aux contrastes lumineux et aux couleurs vives. Il s'agit de la vision usuelle majoritaire chez les

personnes TSA. Ce système de vision périphérique assure les fonctions **d'alerte** et **d'orientation** [14].

La vision focale quant à elle sert à la discrimination fine, à la sensibilité des détails dans le centre du champ visuel. Le bébé, dès la naissance, a une préférence pour le visage humain, et particulièrement celui de sa mère.

La maturation des fonctions visuelles occupe une place fondamentale dans le développement psychomoteur, cognitif et social de l'enfant. En effet, dans les différentes acquisitions de son développement, le visuel prend une part importante pour l'enfant : lors de l'apprentissage de la marche, de la lecture, pour la préhension des objets, le traitement des visages et des émotions [42].

3.2. Le regard dans l'interaction

Avant d'évoquer différentes façons de regarder, qui reflètent l'intention du sujet, nous distinguerons déjà le fait de regarder ou de ne pas regarder, de fermer les yeux.

Généralement, on ferme les yeux dans un endroit dans lequel on se sent bien, en sécurité ou lorsque l'on veut diminuer le nombre d'informations nous parvenant afin de se détendre. Dans cette idée, le regard se trouve lié à l'état tonique. Chez les sujets sourds, fermer les yeux revient à se couper de l'environnement extérieur.

Romane est une jeune sourde à qui je propose des temps calmes de massages en fin de séance. Ces temps se déroulent, à l'aide de balles ou d'un robot vibrant, dans un espace de la pièce prévu à cet effet. Je sens le tonus de Romane se relâcher, elle se détend et ferme les yeux. Etant sourde profonde, l'information visuelle constitue le moyen privilégié d'interaction avec l'environnement. La coupure visuelle me communique un apaisement et un sentiment de confiance, elle n'a pas besoin de me voir faire.

Avant même de parler d'interaction avec un interlocuteur par le regard, on observe notre environnement, ce qui nous entoure. Dans certaines situations, les jeunes que je

rencontre s'observent dans le miroir. Jacqueline NADEL évoque notamment chez un public TSA l'utilisation du miroir pour « *se voir en train de faire* » [48, p.171].

Il est fréquent d'observer durant les séances que les jeunes atteints de TSA portent une attention particulière au miroir présent dans la salle. Yvan par exemple utilise le miroir la majeure partie de son temps pour « *se voir en train de faire* ». Il se regarde pendant qu'il agite un ruban, lorsqu'il monte sur des briques en bois. Le miroir permet un feedback de l'action en cours, il s'observe faire.

Par la suite, on peut évoquer diverses façons de regarder. Celles-ci diffèrent en fonction de la nature, de la durée ou de l'intensité du regard. Ainsi, découle de nombreux qualificatifs pour décrire un regard : fixe, fuyant, furtif, insistant, rapide, perçant, scrutateur.

A contrario, pour une même intention et selon les cultures, le regard peut constituer une source d'interprétation différente. Par exemple, « *un regard trop intense est interprété comme irrespectueux par les Africains et les Asiatiques, tandis que trop peu de regard est ressenti comme inattentif ou impoli par les Arabes et les Sud-Américains* » [21, p.2041]. Etant donné que l'utilisation de la LSF emploie le canal visuel-gestuel, les personnes utilisant la LSF doivent nécessairement se regarder pour communiquer, un regard intense ne sera pas une marque d'irrespect.

Enfin, le regard occupe un rôle dans l'interaction avec autrui. Il s'emploie dans les processus d'imitations. Il peut également signifier un refus de communiquer (en détournant notre regard), ou bien peut s'employer pour attirer l'attention de notre partenaire. Il s'agit du phénomène **d'attention conjointe**.

3.3. Un regard qui parle : l'attention conjointe

L'attention conjointe apparaît vers 9-12 mois [62] et se définit comme la capacité à partager un événement avec autrui, à attirer et à maintenir son attention vers un objet ou une personne afin d'obtenir une observation commune et conjointe. C'est la « *capacité à s'intéresser à ce qui intéresse l'autre* » [48, p.81].

Le sujet déplace son attention sur l'objet d'attention de son interlocuteur, mais aussi **dirige l'attention** de l'autre sur son propre objet d'attention. Il s'agit de la capacité de partager son centre d'intérêt et/ou son état mental avec autrui.

Yvan s'intéresse à la date, aux calendriers. A chaque séance, avant de s'installer, il met à jour le jour, mois, l'heure et la météo sur l'éphéméride en bois.

En s'installant au bureau, il lui est arrivé de regarder à côté de moi quelque chose qui se trouvait dans mon dos. Je me retourne et me rappelle qu'un calendrier est fixé au mur derrière ma chaise. Yvan a dirigé mon attention sur son objet d'attention par l'intermédiaire de son regard.

Le processus d'attention conjointe s'effectue par l'intermédiaire du regard ou du pointage.

4. GESTUELLE, POSTURE ET POINTAGE

Spontanément en séance, n'ayant pas la possibilité d'exprimer verbalement mes idées, j'utilise le pointage pour le choix des activités sur le cahier de communication ou pour montrer un objet dont nous avons besoin (ballons, cerceaux, briques en bois, matelas, coussins). De plus, on a évoqué dans la partie précédente que le pointage pouvait être à l'origine du processus d'attention conjointe.

De plus, dans les interactions précoces mère-enfant notamment, les premiers gestes de l'enfant précèdent le langage puisque l'enfant n'y a pas encore accès. L'enfant n'a accès qu'aux babillages, aux cris, et l'aspect corporel prime. Ainsi, les gestes sont utilisés comme « *substituts de mots que l'enfant n'a pas encore dans son vocabulaire* » [27, p.442]. L'enfant dispose d'un répertoire gestuel et postural à valeur de communication (saluer, refuser de la tête) [64]. Les gestes et postures de l'enfant constituent les éléments par lesquels il exprime son état interne, et auxquels la mère va réagir.

Parmi les gestes que l'enfant maîtrise, on retrouve le pointage. L'enfant peut combiner des gestes de pointage et des mots [63, 64]. Par exemple, il indique avec son doigt un gâteau tout en exprimant oralement « manger », sous-entendu : « manger gâteau » [27].

Cependant, privé de langage, je me demande quel impact arbore le geste de pointage chez les sujets sourds, et plus largement les gestes ayant une valeur de communication comme ceux utilisés en LSF. De ce fait, je m'intéresse à la fonction de communication des gestes, des postures et du pointage.

4.1. Gestes et postures

La posture c'est la « *position du corps, ou de ses parties, par rapport à un système de repères déterminés* » [20, p.143]. Elle correspond à la position des éléments corporels dans l'espace, ainsi que les uns vis-à-vis des autres. Pour pouvoir traiter de la position des parties du corps, il convient nécessairement de présenter les repères de l'espace dans lesquels ils prennent place.

Ainsi, en anatomie, on décrit des **plans de référence** [67]. Au sein de ces divers plans, on décrit des mouvements de base : flexion-extension dans le plan sagittal⁸, abduction⁹-adduction¹⁰ dans le plan frontal¹¹ et rotations médiale-latérale dans le plan horizontal¹². La description de ces plans et des mouvements associés permettra de faciliter la compréhension et la représentation mentale des gestes et postures potentiellement décrites.

Chaque personne possède une façon de se tenir, elle a une **posture propre**. Cette posture représente la personne à un instant T. En effet, une prise de position modélise un élément relativement fixe, durable dans le temps.

La posture à cet instant T traduit corporellement l'état de la personne ; tant au niveau tonique, émotionnel, qu'affectif. Elle dépend du tonus, des émotions et se réfère au concept de dialogue tonico-émotionnel. La posture s'effectue naturellement, de manière plutôt inconsciente. Cependant, l'individu peut y porter attention et être vigilant pour faire passer des messages par ce canal.

⁸ Plan vertical orienté dans le sens antéro-postérieur, il divise le corps en deux côtés droit et gauche.

⁹ Mouvement qui consiste à écarter un membre ou un segment de membre de l'axe du corps [17]. Pour l'épaule par exemple, cela correspond à une élévation du bras.

¹⁰ Mouvement qui consiste à rapprocher un membre ou un segment de membre de l'axe du corps [17].

¹¹ Plan vertical orienté de gauche à droite, il passe par l'axe du corps de profil.

¹² Plan horizontal qui coupe le corps horizontalement, il est parallèle au sol si le sujet est debout.

Par exemple, un partenaire peut avoir envie d'écourter ou de couper l'interaction en adoptant une **posture « fermée »**. Inversement, il peut se montrer « **ouvert** » à son interlocuteur. Cette intention s'effectue majoritairement par l'intermédiaire des membres supérieurs.

En anatomie, deux mouvements principaux se dégagent dans le plan de l'épaule : le mouvement d'ouverture et le mouvement de fermeture [67]. L'ouverture associe un mouvement d'écartement du bras par une élévation de celui-ci ainsi qu'une projection vers l'avant et une rotation latérale : une posture « à bras ouverts ». La fermeture, quant à elle, associe un mouvement de rapprochement du bras et une rotation médiale.

Les prises de postures représentent ainsi une ouverture ou une fermeture vis-à-vis de l'extérieur, donc une ouverture ou fermeture à la relation si un interlocuteur est présent.

Lors d'excitations émotionnelles intense, Kylian peut se mettre assis au sol « en boule » (buste plié, mains sur la tête, coude contre le corps). Par sa posture fermée, il coupe les afférences sensorielles et exprime son souhait de ne pas communiquer.

Dans cette description, on évoque des **postures symétriques**, de repli (fermeture) ou d'extension (ouverture). Il existe également des **postures asymétriques**, postures au sein desquelles la répartition tonique se différencie entre les deux hémicorps [14].

Dans le décret d'acte de psychomotricité [41], le psychomotricien est habilité à accomplir des actes pour la rééducation des maladresses motrices et gestuelles. Il s'intéresse donc à la gestuelle et à la posture des individus qu'il rencontre.

Pour la rééducation de ces troubles, le psychomotricien utilise de nombreux outils tant au niveau matériel que corporel. Il peut employer des activités d'expressions corporelles (danse, yoga) ou utiliser des objets comme lors de parcours psychomoteurs (tunnel, cerceaux, plots, haies, briques en bois). Ces propositions permettent d'expérimenter de nombreuses mises en mouvement ou postures du corps.

Par exemple, pour un parcours, l'objectif peut être de sauter à pieds joints, à cloche-pied, de ramper dans le tunnel, de lancer une balle sur une cible à deux mains ou à une seule main. Le psychomotricien cherche l'émergence ou la consolidation de schèmes moteurs. Il délimite également des espaces pour réaliser ces actions par l'intermédiaire de cerceaux, de

plots ou de rubans. Ces éléments peuvent signifier au sujet les étapes du parcours ou bien lui indiquer des **temps de pauses**. Temps de pauses lors desquels le sujet pourra situer l'organisation des différentes parties de son corps dans l'espace, il s'agit du concept de proprioception [14].

Le yoga constitue une activité intéressante dans l'aspect de la prise de posture et de l'expérimentation des moments de pause. Il s'agit d'une activité que j'ai eu l'occasion d'expérimenter sous une forme ludique à travers des reproductions de postures par imitation d'images. Cela a permis d'accomplir des flexions des coudes, des genoux, de tenir en équilibre sur un pied, les bras le long du corps ou les bras tendus. Le choix des images pour le yoga a pu se faire par une indication gestuelle : le pointage.

4.2. Le pointage

Le pointage correspond à l'action de montrer du doigt un objet. Habituellement, ce geste s'effectue à l'aide de l'index en extension et apparaît aux alentours de 9 mois [62].

A la fin de la séance, le rangement s'effectue en collaboration avec les jeunes afin de les rendre actifs. Après avoir signifié que nous devons ranger, si un objet se trouve dans le dos du jeune, je pointe de mon index l'objet afin de lui signifier la présence d'un élément d'intérêt dans la direction de mon doigt. Le jeune se retourne et attrape l'objet pour le ranger. Le partage de mon centre d'attention lui sert à comprendre ma demande.

On distingue deux types de pointage [62, 64] : le pointage « **impératif** » qui s'utilise pour tenter d'obtenir un objet de la part d'un adulte, et le pointage « **déclaratif** » quant à lui s'emploie pour indiquer à une autre personne un objet ou un évènement qui suscite son intérêt, pour un partage émotionnel ou un échange affectif. Le pointage déclaratif suppose l'attribution et le partage des états mentaux avec autrui, il s'avère plus exigeant sur le plan cognitif. Ce geste de pointage est considéré comme dysfonctionnel dans l'autisme [63]. Cela peut probablement s'expliquer par le défaut de théorie de l'esprit dans le TSA.

5. MIMIQUES ET EXPRESSION EMOTIONNELLE

L'expression du visage constitue un des paramètres majeurs dans l'organisation de la LSF et prend une place conséquente au sein de la communication dans la culture sourde. Le visage représente la partie la plus visible du corps et arbore par conséquent une composante expressive majeure. Jacob STEINER évoque le pouvoir communicatif des mimiques faciales [51].

La plupart des jeunes que je rencontre au CESDA n'ont pas les moyens d'exprimer leurs émotions de manière verbale ; mais celles-ci peuvent s'observer en étant attentif au sujet. En effet, le tonus des jeunes évoquera des éléments concernant leurs émotions par le dialogue tonico-émotionnel. Ainsi, je m'intéresse à la place des mimiques et de l'expression émotionnelle notamment par l'intermédiaire du tonus.

5.1. Les mimiques, c'est quoi ?

Les mimiques, ou expressions faciales, sont les mouvements du visage. Ces mouvements sont possibles parce que le visage comprend de nombreux muscles et notamment les muscles de la mimique [40, 67]. La contraction de ces muscles provoque des déplacements de la peau qui induisent des mouvements des parties du visage : les yeux, la bouche, les joues, le front, les paupières, les sourcils. Leur rôle majeur est l'optimisation des fonctions des organes des sens, mais ils participent également à l'expression du visage.

Par la quantité de muscles annexés au visage, il existe une grande variabilité des expressions faciales et donc de l'expression des émotions par l'intermédiaire des mimiques. Cette variabilité existe également en fonction des individus et des cultures.

Une personne communiquant par LSF aura une aisance particulière pour exprimer des émotions par ses mimiques. Les mimiques occupent une place notable dans la communication chez les sujets sourds, ils y sont attentifs.

Lors de la mise en place d'un parcours psychomoteur, j'explique les consignes à Romane en LSF et en mimes. En fonction de la situation dans laquelle je me trouve, par exemple la réflexion, l'incompréhension ou même la surprise, j'adopte des mimiques diverses (sourire, froncement de sourcil, clignement des yeux). Romane ne cesse de me demander pourquoi j'élabore de telles mimiques. Les mimiques sont importantes dans la relation avec des sujets sourds.

L'identification des expressions du visage peut être une épreuve difficile compte tenu de la variabilité des mimiques en fonction des individus. Par exemple, certains sujets porteurs de TSA expriment leurs émotions de façon paradoxale, excessive et leur identification s'avère ainsi limitée ou biaisée. Afin de bonifier l'identification des mimiques et ainsi des émotions associées, on peut s'intéresser aux aspects corporels de l'expression des émotions et pas seulement aux mimiques du visage.

5.2. Expression émotionnelle

L'émotion vient du latin « ex » qui signifie (en dehors) et « movere » (mouvement). L'émotion serait un phénomène dynamique de déplacement vers l'extérieur [3, 6, 45]. Elle est ressentie par le sujet à l'intérieur de lui-même mais s'exprime à l'extérieur. Il s'agit d'une expression externe d'un sentiment interne. Elle représente une jonction du sujet avec son environnement. Selon les courants de pensées, des distinctions s'opèrent entre émotions, affects, pulsions ; nous n'en tiendrons pas compte afin de clarifier les propos.

Fondamentalement, on retient six affects essentiels : la joie, la tristesse, la colère, la peur, la surprise et le dégoût [20, 21]. Le sujet ne ressent pas plusieurs émotions en même temps donc un travail existe sur la reconnaissance des émotions. Cette reconnaissance avec les sujets atteints de TSA nécessite une organisation spécifique puisque l'expression de leurs émotions est paradoxale et qu'ils présentent des difficultés pour décoder les émotions d'autrui. Le psychomotricien peut par exemple demander au sujet son ressenti à l'aide d'un pictogramme, d'une photo.

Cependant, une même émotion ne dure qu'un laps de temps, le sujet oscille entre différentes émotions. L'émotion est un processus changeant, passager. Du fait de son dynamisme il faut sans cesse identifier l'évolution des émotions du sujet rencontré. Le côté labile et variable de l'expression peut rendre la communication compliquée. En effet, avec des sujets porteurs de TSA, un bon moment peut se terminer en « crise d'angoisse ».

Kylian est un jeune TSA avec lequel les séances s'effectuent dans une salle hyposensorielle afin de limiter les stimulations. Lors de moments forts émotionnellement en terme d'interactions partagées (regards, échanges d'objets, pointages), Kylian rompt quasiment systématiquement la relation et se lève, un débordement émotionnel se manifeste. Kylian n'a pas les moyens de réguler par lui-même ses émotions et rompt la relation en guise de régulation.

Cette expression émotionnelle émerge également avec des manifestations toniques. Pour fluidifier la communication, une régulation peut s'opérer avec l'aide du professionnel. C'est à nous d'aider le patient à réguler ses états. Les moyens de régulation proviennent de l'extérieur. Cette régulation peut s'opérer par l'intermédiaire du tonus : le dialogue tonico-émotionnel.

5.3. Le dialogue tonico-émotionnel

Julian DE AJURIAGUERRA présente le dialogue tonico-émotionnel [6] comme un phénomène interactionnel précoce entre la mère et le bébé. Ce dialogue serait le reflet des états émotionnels de chacun des partenaires d'interaction et la possibilité d'une transmission entre ces partenaires ; on évoque une trans-subjectivité entre la mère et le bébé. Selon lui, dans l'interaction, il y a un entrelacement des échanges par des modulations toniques et posturales. Ce dialogue correspond à un ajustement tonique, affectif, sensoriel mutuel entre les deux partenaires. Il porte notre intérêt sur la manière dont les émotions se régulent entre deux partenaires. En ce sens, le dialogue tonico-émotionnel constitue un outil thérapeutique en psychomotricité afin d'entrer en relation avec la personne et d'accompagner le partenaire dans la régulation de ses manifestations toniques et émotionnelles, support à l'instauration d'une communication non-verbale.

A son arrivée en séance, Yvan paraît perturbé : il crie, agite ses bras, contracte ses poings, plisse les traits de son visage. Un temps calme lui est proposé régulièrement en fin de séance. Cependant, la manifestation de son état tonico-émotionnel m'indique une disponibilité limitée pour instaurer la relation. Je propose alors plutôt un temps de massage avec une balle en début de séance afin d'abaisser ses tensions et d'accompagner Yvan vers un état tonique et émotionnel plus serein.

Le dialogue tonico-émotionnel représente la corrélation entre le tonus et les émotions de partenaires d'interaction pour entrer en relation avec un sujet ou de l'accompagner dans la régulation de son état. Un autre élément pourrait également permettre d'entrer en relation : l'imitation.

6. IMITATION

Spontanément en séances, tout comme pour le pointage, je rencontre un problème d'expression pour l'explication des consignes des activités. Pour étayer mes propos, j'effectue la démonstration d'un parcours, d'un lancer de balles ou je mime des actions à effectuer.

Giacomo RIZZOLATTI et son équipe exposent les bases neurophysiologiques de l'imitation. Ils ont découvert des neurones moteurs qui s'activent quand on observe un geste ou une intention de geste chez l'autre : les **neurones miroirs** [8, 28, 38, 48]. Ces neurones sont impliqués dans les couplages « faire / imaginer faire » et « faire / voire faire ». Ils seraient à la base de l'apprentissage par l'observation. Ces neurones miroirs s'activent également au moment de l'imitation d'un geste.

Cette découverte physiologique encourage l'imitation comme **support d'apprentissage et de communication**. De ce fait, je m'intéresse à la place de l'imitation dans la communication non verbale.

6.1. L'imitation, c'est quoi ?

James BALDWIN donne une définition de **l'imitation** « *un acte par lequel un modèle est reproduit* » [48, p.34], ou « *action d'imiter (un bruit, un comportement, une personne ou bien un animal en essayant de reproduire les attitudes, les façons de s'exprimer); résultat de cette action* » [17].

Il existe deux facettes dans l'imitation : le fait d'imiter et le fait d'être imité (le modèle). Les imitations se distinguent selon le moment auquel elles s'effectuent. On les classe ainsi selon trois types distincts [48, p.23] :

- ✓ L'imitation immédiate : faire comme l'autre en même temps que l'autre.
- ✓ L'imitation décalée : faire la même chose que l'autre avec du retard.
- ✓ L'imitation différée : faire la même chose que l'autre mais après, en son absence.

Durant un parcours moteur, Romane se retrouve debout sur une brique, en équilibre. Afin qu'elle se tienne droite ; je lui mime qu'un fil tire le sommet de ma tête en me redressant. Proposition qu'elle saisit directement, elle se redresse en tirant un fil au-dessus de sa tête. Il s'agit d'un cas d'imitation décalée.

La semaine suivante, un autre parcours lui est proposé dans lequel les mêmes briques sont intégrées. Dès la première brique, Romane me regarde, sourit, et reprend ce processus sans aucune indication de ma part. On parle d'imitation différée.

Il existe des imitations de gestes, de postures, d'actions mais également des imitations dites vocales (par exemple le phénomène d'écholalie¹³), qui apparaissent avant les imitations gestuelles [48]. Dans le cas d'un jeune sourd, si son ouïe ne lui permet pas d'entendre les sons environnants, il ne sera pas à la recherche d'une imitation de ces sons.

Jacqueline NADEL présente une échelle de l'observation de l'imitation chez des personnes porteuses d'un TSA. Elle se déroule dans une pièce dans laquelle les jeux sont disponibles en double exemplaire. Cette échelle se décline en trois temps : les imitations spontanées, la reconnaissance d'être imité et l'imitation sur demande. Elle remarque que

¹³ L'écholalie correspond pour le sujet à « une répétition involontaire et dénuée de sens des derniers mots qu'il vient d'entendre » [48]. C'est la répétition de ce qui vient d'être dit.

sur les trois domaines, les personnes TSA sont meilleures sur la **reconnaissance d'être imité**. Ils portent une attention plus particulière sur le fait qu'on les imite eux plutôt que l'inverse [48]. Ainsi, compte tenu de l'attention portée à leur imitation, on peut utiliser les propres stéréotypies du sujet afin d'interpeller sa curiosité et lui donner envie d'imiter en retour.

Kylian se frappe souvent avec le dessus de la main, la joue puis le menton. Durant une activité d'échange avec des anneaux au bureau, Kylian se cogne et pose sa main sur la table. En effectuant cette action en face de lui, celui-ci s'arrête et me regarde. Ensuite, il pointe, attrape l'anneau et je poursuis son imitation. Souhaitant voir si l'intérêt que je lui ai porté a permis d'interpeller sa curiosité, je lâche l'objet et repose ma main à plat sur la table. Kylian fait de même. S'ensuit alors un jeu d'imitation de main durant lequel je sers de modèle.

6.2. L'imitation dans la considération de l'autre

Tout d'abord, une différence fondamentale doit se faire entre « imiter » et « faire pareil ». Il y a l'idée de **l'intentionnalité** de l'action. L'imitation s'élabore de manière volontaire par la personne qui imite, c'est elle qui décide si elle imite ou non. Les deux protagonistes occupent alors une position active. Imiter l'autre revient à lui dire « *Tu m'intéresses* » [48]. Cette imitation est possible par l'attention portée à l'autre. L'acte volontaire de l'imitation s'assimile à un repérage des changements d'états de l'autre en les ressentant soi-même. La personne imitée quant à elle est à l'origine des états de l'autre, il est susceptible de moduler ses propres états et d'observer l'influence de ses modifications sur l'interlocuteur.

En séance, une activité d'imitation de structures rythmiques est proposée à Etienne avec des djembés. A tour de rôle, nous reproduisons les séquences proposées par l'autre. Il demande régulièrement mon imitation et désire être le modèle. Le fait d'avoir une influence sur l'adulte modifie son propre état tonique et émotionnel. Lorsque je l'imité, il rit, bouge ; la régulation tonico-émotionnelle est moins présente.

On a exprimé qu'il est nécessaire d'être attentif aux états de l'autre afin d'imiter, mais il faut également avoir le **potentiel moteur** permettant l'imitation. Si la consigne se présente telle que : « faire comme moi » ; si le sujet n'a pas les compétences motrices lui permettant d'effectuer l'action, il lui sera impossible de respecter la consigne.

On observe cela par exemple chez le jeune enfant, l'imitation n'a pas lieu non pas parce que la capacité de représentation n'est pas suffisante mais parce que le mouvement n'est pas assimilé [48]. Les possibilités du répertoire moteur ne sont pas efficaces. Cela ne veut pas dire que l'enfant n'est pas capable d'imiter d'un point de vue cognitif, mais que les éléments proposés ne font pas partie de son répertoire moteur.

Une activité « marelle » s'organise avec Alexandra durant laquelle différents types de sauts s'effectuent (pieds joints, pieds écartés, cloche pied). Je réalise une démonstration des sauts à chaque changement de consignes. Alexandra « fait comme moi » pieds joints, pieds écartés mais n'effectue pas le cloche pied, que ce soit à droite ou à gauche. Cette élaboration motrice n'est pas possible même en dehors du jeu de marelle, malgré l'attention qu'elle me porte et son envie d'imiter ; le cloche pied ne doit pas faire partie de son bagage moteur.

6.3. En psychomotricité

Plusieurs bilans et tests sont disponibles en psychomotricité afin d'évaluer l'imitation ou utilisant l'imitation comme moyen pour évaluer une autre compétence. C'est le cas par exemple de l'Évaluation de la Motricité Gnosopraxique Distale (EMG¹⁴), le Charlop-Atwell¹⁵, le Movement Assessment Battery for Children (M-ABC¹⁶).

En séance, le psychomotricien peut utiliser l'imitation afin d'entrer en relation avec quelqu'un, en imitant ce qu'il fait. Il interpelle le patient, il lui montre qu'il est au centre de

¹⁴ L'EMG est une batterie d'imitation de gestes simples et complexes des mains et des doigts.

¹⁵ Le Charlop-Atwell est une échelle d'évaluation des coordinations motrices générales de l'enfant de 3 ans 6 mois à 6 ans durant laquelle le psychomotricien effectue une démonstration avant l'exécution de chaque item par l'enfant.

¹⁶ La Batterie d'Évaluation du Mouvement chez l'Enfant (M-ABC) est une batterie d'évaluation des capacités psychomotrices des enfants de 4 à 12 ans pour laquelle une démonstration accompagne la consigne de l'item.

ses préoccupations : « Tu m'intéresses ». C'est un moyen de créer une relation, d'instaurer un échange avec l'interlocuteur.

Des jeux d'imitations peuvent se mettre en place et les rôles peuvent s'inverser. Par l'alternance de ses rôles (imiter et être imité), le sujet expérimente le moi et l'autre, le **tour de rôle** [48]. Pour exercer le tour de rôle dans l'interaction, le psychomotricien peut attendre ou même s'arrêter durant une imitation afin d'encourager l'interlocuteur à se mettre dans la position de l'imité.

Le tour de rôle instaure une **rythmicité**, indispensable pour communiquer. Les interlocuteurs ont un rôle actif dans l'imitation puisqu'il s'agit d'une reproduction sélective en réponse à l'initiation motrice d'un partenaire d'interaction. D'où l'idée de considérer le tour de rôle comme de la communication puisque l'attention et l'intention de l'imitation se dirige vers le partenaire.

PARTIE 3 : PRATIQUE

Suite à cette partie théorique, je fais le choix de présenter des éléments cliniques de deux études de cas : Tiffany et Etienne.

Dans un premier temps, je ferai une présentation de l'anamnèse, des bilans et objectifs de prise en charge pour chacun d'entre eux. Dans un second temps, je procéderai à une étude de la lecture de la communication non verbale des jeunes pour comprendre leurs particularités et leurs besoins. Finalement cette communication non verbale du patient sera mise en lien avec la communication non verbale du professionnel afin de répondre aux besoins du sujet et de soutenir la communication avec le professionnel.

1. ETUDE DE CAS : TIFFANY

1.1. Anamnèse

Tiffany est née, à l'issue d'une grossesse gémellaire, le 13 septembre 2001 à 28 semaines d'aménorrhées. C'est un bébé **prématuré**. Elle a été hospitalisée pendant 2 mois en réanimation puis 2 mois en néonatalogie. Ses parents sont séparés, ils se partagent la garde un week-end sur deux et le cadre familial est stable. Elle a une sœur jumelle et un demi-frère du côté paternel.

Elle a actuellement 17 ans, c'est une jeune fille blonde, assez grande et élancée. Elle présente une posture générale asymétrique avec une hypervigilance visuelle durant les moments d'attentes, elle scrute l'environnement avec attention. Ses mimiques sont peu présentes hormis quelques sourires et crispations du visage (fermeture des yeux, haussement des joues, dents apparentes).

La **surdité bilatérale profonde** a été diagnostiquée à l'âge de 9 mois. Il n'y a pas d'antécédents familiaux de surdité et l'origine de l'apparition reste inconnue. Elle portait un implant cochléaire droit depuis 2004, mais celui-ci lui a été retiré l'année dernière parce qu'il n'apportait pas de gain fonctionnel significatif. Un diagnostic de **TSA** et de **déficience intellectuelle** est posé et validé par le médecin pédopsychiatre de la structure.

Tiffany a été scolarisée en 2004 à l'âge de 3 ans. 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.

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

Tiffany est rentrée au CESDA le 19 août 2015, depuis donc plus de trois ans. Elle a bénéficié entre autre d'un groupe à médiation corporelle durant l'année 2017-2018 : le patinage sur glace.

Le groupe éducatif auquel Tiffany se rattache actuellement, est composé de 6 jeunes de 11 à 17 ans avec des profils similaires (surdité profonde, TSA avec déficience intellectuelle). Dans celui-ci elle reste majoritairement isolée (regarde des livres, fait des puzzles ou des coloriages) mais les activités de groupe sont possibles, sous sollicitation de l'adulte. Elle s'alimente, va aux toilettes et se douche seule malgré un temps relativement long en raison de son manque d'initiative.

Tiffany est une jeune fille n'ayant pas de communication verbale, elle comprend la LSF en réception, mais ne l'utilise pas dans un but d'expression, elle reste dans une échopraxie¹⁷.

Elle dispose d'un cahier de communication confectionné par l'orthophoniste. Le PODD est très complet ; cependant, il nécessite l'utilisation du pointage et d'une prise de décision. Hors Tiffany présente des difficultés dans l'expression de ses envies et le pointage est peu présent. Le PODD demande alors un étayage et une sollicitation importante de la part du professionnel. Son utilisation s'avère complexe et il est donc peu utilisé en séance mais ça reste un outil d'aide à la communication signée puisque Tiffany comprend les pictogrammes. La psychomotricienne a mis en place un **cahier de communication** comprenant des images qui recensent les activités possibles en séances, outil investi et utilisable par Tiffany.

¹⁷ Le terme échopraxie est privilégié ici en opposition à l'écholalie. L'écholalie correspond à une « répétition involontaire et dénuée de sens des derniers mots qu'il vient d'entendre » [3]. Sa répétition s'inscrit à travers la LSF dont le canal d'émission est gestuel, d'où le terme d'échopraxie.

1.2. Bilans et projet

❖ Bilans psychomoteurs

A l'arrivée de Tiffany au CESDA, la psychomotricienne a effectué un temps **d'observation psychomotrice**. Ses pathologies et la cotation des tests ne permettaient pas une passation standardisée. Voici le compte rendu de quelques éléments de l'observation datant d'octobre 2015 :

« Tiffany présente un « flapping » et des mouvements parasites ou réflexes qui impactent la réalisation motrice lors de situations à charges émotionnelles. Le manque d'harmonie tonique peut être mis en lien avec la situation émotionnelle.

Le regard s'oriente, à travers la fixation de l'autre, dans une recherche d'approbation dans la relation. L'ajustement de la distance relationnelle ne se fait pas dans une démarche sociale mais dans une recherche de contact, de contenance psychocorporelle.

La commande motrice est cotée approximativement pour 6/8 ans. Son image dans le miroir l'interpelle. Tiffany a intégré une organisation spatiale des différentes parties du corps. Elle a de bonnes capacités d'imitations.

Sur demande, sa concentration est assez stable sans signes de fatigabilité. Les consignes ont été partiellement comprises.

Malgré un équipement moteur fonctionnel, Tiffany présente un retard de développement psychomoteur dans le domaine de la régulation tonique. Le vécu corporel est également immature soumis aux affects et à la relation. Elle est en recherche d'expérimentations corporelles contenantantes et structurantes ».

Un suivi en psychomotricité est indiqué pour Tiffany afin de l'orienter dans son développement et l'aider à mieux se différencier de l'autre. Une prise en charge s'est alors mise en place depuis cette observation.

La psychomotricienne a réalisé, en novembre 2018, un **profil sensoriel** à l'aide de l'échelle d'Evaluation Sensorielle de l'Adulte avec Autisme (ESAA) qui révèle :

- ✓ Une **hyposensibilité proprioceptive** (demandes de pressions corporelles, course atypique et désarticulée).

- ✓ Une **hyposensibilité vestibulaire** (balancements de grandes amplitudes).
- ✓ Une **hypersensibilité tactile** (comportement d'hypersensibilité au toucher superficiel, à l'effleurage, situation de douche parfois compliquée).
- ✓ Une tendance à l'hypersensibilité visuelle (plisse les yeux selon les luminosités, mains sur le côté des yeux).

Dans les domaines olfactifs et gustatifs, Tiffany présente une réactivité normale. Le domaine auditif rentre dans le cadre d'une cécité sensorielle. Ce bilan rapporte un profil sensoriel qui peut être considéré comme légèrement à moyennement perturbé. On peut noter une inconstance dans ses ressentis corporels.

Par la suite, avec la psychomotricienne, nous avons réalisés le M-ABC avec les épreuves de la tranche d'âge 11-16 ans. En voici le compte rendu de quelques éléments :

« Les compétences instrumentales semblent préservées dans une moyenne basse pour son âge mais difficiles à évaluer compte tenu du manque d'initiatives de Tiffany.

Les épreuves de dextérité manuelle révèlent des difficultés d'organisation praxique dans le cadre de coordinations complexes (épreuve des écrous), son geste est relativement précis sur l'épreuve graphique.

Le domaine viser-atrapper n'est pas testable malgré de fortes sollicitations. Elle lance mais n'engage pas la réception ou l'action de viser.

Les épreuves d'équilibres révèlent un manque de précision mais elle parvient à amorcer et planifier le déplacement. Elle se mobilise plus facilement sur imitation ».

❖ **Projet Individualisé d'Accompagnement**

Le Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA) est un document personnel qui recense les attentes de la famille, du jeune s'il en a et les besoins identifiés par le service pour ensuite retenir différents objectifs pédagogiques, éducatifs et rééducatifs. Compte tenu des attentes de la mère et des besoins pour Tiffany, l'équipe pluridisciplinaire a retenu quatre objectifs principaux :

- ✓ Premier objectif : Solliciter les caractéristiques corporelles de Tiffany dans sa prise en charge (appétences motrices, particularités sensorielles).

- ✓ Deuxième objectif : Être dans un échange et une communication avec autrui de meilleure qualité.
- ✓ Troisième objectif : Poursuivre les activités cognitives et techniques.
- ✓ Quatrième objectif : Être plus autonome dans l'expression de ses envies et de ses choix.

Actuellement, le format de la prise en charge pour Tiffany au sein de la structure comporte : un suivi orthophonique à hauteur de deux séances par semaine, une séance d'atelier de groupe animé par la psychologue et l'infirmière. Il comprend également quatre temps pédagogiques : un temps d'éveil en individuel, un en groupe, un temps de groupe en langue des signes et un atelier d'Education Physique et Sportive (EPS) piscine. Des activités éducatives au sein du groupe lui sont également proposées. Le suivi en psychomotricité comprend une séance individuelle de 45 minutes et une séance de groupe à un atelier « escalade ».

Selon les objectifs du PIA, plusieurs axes de travail sont mis en œuvre en psychomotricité :

- 1) L'ajustement tonico-émotionnel et postural.
- 2) La modulation sensorielle.
- 3) L'encouragement à la communication à l'aide de jeux partagés.
- 4) Le soutien des prises d'initiatives.

L'atelier escalade a été mis en place pour Tiffany et une autre jeune. Les objectifs s'axent autour de sa prise d'initiative, l'adaptation tonico-motrice et posturale, et la découverte d'un médiateur corporel.

1.3. La communication non verbale de Tiffany

En séance, Tiffany présente des traits comportementaux manifestant son état interne. Certains de ses signes corporels sont répétitifs, similaires et s'intègrent ainsi dans des demandes spécifiques. Je présente ci-dessous la lecture corporelle de quelques demandes

significatives de son fonctionnement. Ces signes corporels me donnent l'impression qu'elle veut me dire quelque chose :

❖ « Tiens-moi entière »

Tiffany hausse les épaules, fléchit les doigts ou les tape entre eux, resserre ses bras contre son corps ou alors les tend pour attraper les mains d'autrui. Associé à cela, je note des mimiques de crispation (plissement des yeux, des lèvres, élévation des joues, froncement des sourcils), et des inspirations bruyantes. Ces signes me révèlent un **besoin de serrage, de contenance**.

❖ « Je veux sentir mon corps »

Tiffany balance ses bras, effectue des rotations dans une toupie. La fréquence ou l'intensité de ses mouvements augmentent ; et lorsque l'intensité est forte, cela s'associe à des petits cris et une coupure visuelle avec ma présence. Je note la présence de flapping, ou de grands sauts en arrière (durant l'atelier escalade) sans même regarder où elle va atterrir. Ces signes m'indiquent un **besoin de balancements**, de changement de positions.

❖ « Est-ce que je peux faire seule ? »

Tiffany marque souvent des temps d'arrêts, de pauses (posture figée, regard perçant, pas de mimique). Dans les temps de transition entre deux activités ou durant une activité, elle stoppe le mouvement en pleine action ou reste dans la position dans laquelle elle était (assise, debout, allongée) et observe l'environnement ou scrute l'adulte de manière intense. Ces signes montrent un besoin de soutien de l'adulte, une **demande d'approbation** pour faire quelque chose ou continuer son activité.

1.4. La communication non verbale avec Tiffany

En fonction des éléments repérés précédemment, je procède à des ajustements de ma communication non verbale afin de répondre aux demandes de Tiffany et pouvoir clarifier la communication. Je cherche à répondre à ce qu'elle semble me dire.

❖ « Tiens-toi, je te tiens »

Le besoin de serrage et de contenance que j'ai identifié chez Tiffany traduit son **hyposensibilité proprioceptive**. Ces manifestations corporelles expriment chez elle une recherche d'appuis, d'enveloppements, de rassemblements.

Cependant, elle recherche une proximité corporelle pour l'apaisement de ses tensions, elle utilise le corps du psychomotricien pour trouver cette contenance corporelle (en se collant à lui, en attrapant ses mains pour le tirer vers elle). Le professionnel doit veiller à ajuster la distance relationnelle dans le cadre d'une position thérapeutique, distance que Tiffany a du mal à doser. Cet ajustement doit se faire en répondant à son besoin proprioceptif.

Tout d'abord, un ajustement s'effectue pour trouver la « **bonne distance** » relationnelle : il s'agit d'un élément du concept de proxémie. Tiffany recherche ce contact humain mais ne prend pas conscience des distances relationnelles admises socialement, ou alors l'organisation de sa distance personnelle s'opère différemment compte tenu de son TSA et de la conception des distances dans le milieu sourd. Dans la relation, nous sommes deux et la distance ou le positionnement s'ajuste en fonction des deux partenaires d'interaction. Puisque Tiffany ne le fait pas, c'est à moi de le faire que ce soit pour moi-même (garder mon positionnement professionnel) ou pour elle (pour ses relations avec d'autres pairs).

Cette « bonne distance » s'ajuste par l'intermédiaire du **positionnement** des corps, plutôt côte-à-côte que face-à-face, ou dos-à-dos plutôt que l'un derrière l'autre. Cela permet de diminuer la surface de contact corporel et également de palier l'inscription dans une sphère affective ou sexuelle d'un tel positionnement.

Lorsque ce positionnement se réalise malgré tout, d'autres moyens peuvent être mis en place comme l'intégration de couvertures, de coussins afin de rendre le **contact indirect** mais toujours permettre une homogénéisation des pressions apportées.

A part ce rapport à la distance, cette problématique proprioceptive questionne sur la **qualité du toucher**, puisqu'elle présente une hypersensibilité tactile (sensibilité aux

effleurages, au toucher périphérique). Le toucher, pour répondre à son besoin proprioceptif, doit être ferme, consistant et englobant.

En fin de séance, afin d'abaisser les tensions emmagasinées, un temps calme de « massage pressions » s'effectue dans un espace de la salle prévu à cet effet. L'installation se fait à l'aide d'une couverture et de coussins disposés sur les différents membres du corps. Cette installation permet une homogénéisation des pressions et un sentiment de contenance. On cherche à travers ce procédé à lui apporter un moment d'apaisement des tensions musculaires et de stabilisation du vécu proprioceptif. Pour cette décontraction, nous proposons des pressions à un **rythme** régulier et continu. Comme évoqué précédemment, la répétition d'éprouvés et la régularité soutiennent l'instauration d'un sentiment de sécurité et de continuité. Ces pressions répondent à son hyposensibilité proprioceptive et l'instauration de la rythmicité des pressions favorise l'anticipation du déroulé du « massage ».

Ces procédés mis en exécution répondent à son besoin proprioceptif. En effet, les manifestations identifiées initialement diminuent et d'autres indications non verbales traduisent son nouvel état. Par exemple lors du temps de massage : elle ferme les yeux (réelle coupure du contact vis-à-vis de l'environnement chez les sourds par le manque d'informations auditives), sa respiration s'amplifie et se ralentit, alternant avec des grands soupirs lorsque je relâche la pression sur les coussins. Sa mimique se modifie également, le visage ne reste pas crispé et des sourires se manifestent. Le regard, lorsqu'elle garde les yeux ouverts, observe l'objet que j'utilise pour rester en contact avec elle (balle, coussin, bloc en mousse) ou le geste que j'effectue.

❖ « Balances ton corps »

Le besoin de mouvements, de changement de positions que j'ai repéré chez Tiffany s'explique parce qu'elle présente une **hyposensibilité vestibulaire**. Cette autostimulation par des sauts, des balancements, lui permet de mieux percevoir son corps, et s'apaiser d'une possible tension ou anxiété. Cette recherche de sensations vestibulaires s'exprime lors de jeux d'expressions corporels (balancements), dans une toupie (rotations) ou lors de l'atelier escalade (sauts depuis le mur).

Par exemple, en escalade, elle ne descend que rarement du mur et préfère se jeter en arrière pour atterrir sur les tapis allongée sur le dos. Elle reproduit de multiples fois ces expériences, quelle que soit la hauteur à laquelle elle se trouve et qu'elle a réitérée même avec les yeux bandés. Dans la toupie, elle débute en effectuant des tours lentement puis la fréquence de rotation augmente jusqu'à un débordement tonico-émotionnel (râles, crispations musculaires).

Différents procédés permettent de répondre à cette hyposensibilité vestibulaire en la régulant. Si on prend l'exemple de la toupie, lorsque la fréquence de rotation augmente, je lui montre mon attention corporelle. La création de la relation en tendant la main vers elle, en captant son regard (faire des gros yeux, bouger la tête comme pour chercher quelque chose) ou en faisant un jeu de passe avec un ballon permet la transition entre un « faire tout seul » vers un « faire ensemble », et donc la diminution de la fréquence du mouvement. Pour détourner son attention de la recherche sensorielle, je favorise également le **pointage** sur ses mains, ses pieds et mes pieds, comme support à l'instauration de la relation.

Dans les jeux d'expressions corporelles, j'imité sa recherche de sensations (balancements, rotations) afin de capter son attention puisqu'on sait que les sujets atteints de TSA ont une préférence pour le fait d'**être imiter**. Je capte son attention en lui signifiant que je l'imité, pour l'inciter à m'imiter en retour. Ainsi, le ralentissement ou l'arrêt de mon mouvement permet, par imitation, de calmer ce débordement moteur. Cette modulation de mon propre état influe par imitation sur l'état de Tiffany. Je régule sa motricité en **provoquant son imitation**. Cette modulation permet d'instaurer une rythmicité dans l'interaction nécessaire à la consolidation de la relation.

Durant les activités, Tiffany triangule la relation par un appui majeur de son regard sur le miroir. Pour elle, il occupe une fonction de soutien pour « se regarder faire » ou « me regarder faire ». Ainsi, lorsque la recherche de sensations de Tiffany commence à couper la relation, je m'autorise à m'écarter d'elle pour me mettre hors du champ du miroir. Elle ne réagit pas toujours à cette distance que je prends. Néanmoins, mon retour dans l'image du

miroir permet, par la création d'un flux visuel, une **réaction d'orientation** de la part de Tiffany. Elle me regarde, tourne son buste et coupe sa recherche vestibulaire.

Ces propositions permettent à Tiffany d'expérimenter sa sensibilité vestibulaire, il s'agit d'un besoin compte tenu de son TSA. Toutefois, on peut faire l'hypothèse que cette autostimulation lui permet d'être plus disponible par la suite. Afin de ne pas la laisser s'enfermer dans cette recherche de sensation, le choix a été fait de rendre cette activité partagée. S'instaure alors une alternance entre autostimulation et relation. L'autostimulation coupe la relation, mais permet également à Tiffany d'être plus disponible par la suite. En pratique, réguler cette stimulation par un jeu de regard, de pointage, d'imitation ou de prise de distance, fluidifie la communication et par conséquent la relation est mieux prise en compte.

❖ « Est-ce qu'on peut faire ensemble ? »

L'observation que j'ai faite de Tiffany comme une demande d'autorisation s'explique parce qu'elle présente un **manque d'initiative**. Du fait de son TSA, Tiffany présente des difficultés à initier les choses. Elle recherche de l'approbation dans l'initiation motrice. Cela se manifeste dans de nombreuses situations par un arrêt du mouvement, une fixation visuelle de son interlocuteur ou de son environnement et une posture « en attente » (des similitudes avec la position anatomique de référence¹⁸).

En escalade, Tiffany se montre à l'aise à l'abord du mur, mais attend l'approbation de l'adulte pour engager l'action de grimper ou pour monter plus haut. En séance, elle prend peu de décisions sur le choix des activités. Au quotidien, elle attend que l'adulte lui fasse un signe pour se rendre quelque part ou pour partir à l'atelier thérapeutique.

Dans un premier temps, pour soutenir sa prise d'initiative en psychomotricité, l'organisation des séances s'effectue autour de temps repérés et repérables pour Tiffany. Après le repas, elle se rend toute seule, devant la salle de psychomotricité. A son arrivée, elle enlève d'elle-même ses chaussures, son manteau et son sac avant d'aller s'installer au

¹⁸ Selon une convention internationale, cette position décrit le corps humain debout, les membres supérieurs le long du corps, la paume des mains tournée en avant, pieds joints. Allongé, la position est la même [67].

bureau pour choisir les activités à l'aide du cahier de communication. Les activités choisies sont exposées dans l'ordre chronologique sur un tableau visible depuis tous les endroits de la salle. A la fin de chaque activité, l'image est retournée afin de suivre le déroulé de la séance. Cela permet à Tiffany d'avoir des repères spatio-temporels. Il s'agit de mettre en place des routines de fonctionnements.

Ces repères offrent à Tiffany un **cadre physique** que Catherine POTEL [52] présente comme essentiel à l'instauration de la relation et à un **sentiment de sécurité**. Le cadre physique se retrouve à travers les horaires (après manger), la fréquence (le mercredi après-midi), la durée de la séance (environ 40 minutes), le lieu et le matériel de la salle de psychomotricité.

Ainsi, les séances se présentent selon un déroulement et des routines similaires d'une semaine sur l'autre. On commence par un temps de rencontre, le choix des activités au bureau, puis des jeux d'ordre plus corporel dans l'espace de la salle, pour terminer par un temps calme dans un espace de la salle prévu à cet effet. Ces temps majeurs se réfèrent à ce que Daniel MARCELLI appelle les macrorhythmes lors des interactions précoces mère-enfant. Ces macrorhythmes correspondent à une **répétition** de soins, dans notre cas d'activités, pour amener une prévisibilité et une anticipation. C'est par l'instauration de ces macrorhythmes, que des éléments de surprise, d'imprévu peuvent être instaurés : les microrhythmes.

Le cadre physique par l'instauration de rythmes et de régularité est soutenant pour permettre de **l'anticipation**, favoriser la **spontanéité** et un éprouvé de la **continuité** au fil du temps afin qu'elle s'autorise à s'affirmer. Autrement, dans des situations nouvelles et sans cette rythmicité, son inhibition motrice revient avec également une augmentation de l'échopraxie.

D'autre part, afin de soutenir l'émergence d'une prise d'initiative, un ajustement de mon positionnement et de ma posture permet d'étayer son initiative.

Tout d'abord, mon **placement à côté** d'elle sollicite l'émergence d'une situation de coopération. Par exemple pour la réalisation du M-ABC, après explication des consignes, elle reste inhibée et n'initie pas l'action. Je me place alors à ses côtés et met une intention de mouvement pour enclencher un mouvement de sa part, sans l'encourager ou faire avant

elle. Il faut que je sois attentif à son engagement moteur, pour que je sente une intention de départ (micromouvement du buste, des jambes, des bras). Par un jeu d'imitation, le fait que je me lance à ses côtés permet d'élaborer un élan **gestuel**. Situation que l'on retrouve avant de grimper au mur d'escalade, ou encore sur le mur lorsque je me déplace avec elle.

Dans les jeux d'expressions corporelles, si je ne propose pas de mise en mouvements et que je m'installe dans une attitude passive d'attente, elle rentre dans un processus d'attente également. Je me demande si cette attente est due à son inhibition motrice ou alors au fait qu'elle m'imité puisque je ne bouge pas.

En séance, il faut s'autoriser des moments de « silence » où l'on observe, on attend une proposition, où c'est elle qui viendra chercher la relation. Ces moments peuvent durer, c'est ce qu'on considère comme l'instauration d'une relation, d'une alliance thérapeutique. Si le temps de silence perdure, je sollicite Tiffany. Cette **sollicitation** s'effectue de différentes manières : tourner la tête et la regarder; venir la toucher à l'épaule, aux pieds, aux mains ; initier un mouvement personnel ou qu'elle a déjà produit ; lui tourner le dos. Cela permet d'observer sa considération de ma présence. Ces sollicitations favorisent, par ma mise en mouvement, une recréation du lien pour reprendre le jeu d'expression.

Dans des situations nouvelles, Tiffany présente une inhibition motrice, une hypervigilance visuelle, des postures d'attentes et une augmentation de l'échopraxie. J'ai pu observer ces manifestations lors de mon intégration aux séances. Le cadre était modifié et la relation devait se trianguler, ce qui est peu propice à l'émergence de la prise d'initiative de Tiffany. Le cadre, l'étayage par mon positionnement et les sollicitations motrices l'encouragent dans sa prise d'initiative.

1.5. Conclusion

La communication non verbale de Tiffany révèle des signes corporels manifestant des particularités sensorielles (balancements, mimiques de crispation, inspirations bruyantes, flapping) et un manque d'initiative (posture figée, regard perçant, peu de mimique).

L'analyse de ces manifestations permet, par l'instauration d'une relation, une modulation de ses particularités sensorielles (objectif 1 du PIA) ainsi qu'un soutien aux prises

d'initiative (objectif 4 du PIA). La relation mise en place s'effectue par une adaptation de ma propre communication non verbale pour répondre à ses besoins tout en modulant ses demandes.

La compréhension des demandes et du message que fait passer Tiffany s'avère parfois difficile à observer ou à comprendre. Il s'agit d'une des difficultés de la communication corporelle, on n'identifie pas toujours ce qui se passe pour l'autre. Cependant, par l'observation fine, l'habitude, la répétition des échanges instaurés, mais également les erreurs dans mes propres ajustements, je peux identifier plus clairement et plus rapidement ses besoins et comprendre son fonctionnement.

Suite à ma lecture des demandes de Tiffany et aux ajustements dont je fais preuve, une dynamique relationnelle s'instaure. Dynamique dans laquelle elle utilise, par sa communication non verbale, la relation, pour que je réponde à ses besoins.

2. ETUDE DE CAS : ETIENNE

2.1. Anamnèse

Etienne est né le 16 septembre 2007, à terme. La fratrie se compose d'un grand frère de 14 ans scolarisé en IME, d'une grande sœur de 13 ans scolarisée en Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) et de deux sœurs de 10 et 6 ans respectivement scolarisées en ULIS et en IME. Etienne développe des relations conflictuelles avec son frère aîné avec lequel il partage un lit. Il reste distant de ses sœurs. La mère reste au foyer. D'après ce qu'exprime Etienne, le père est peu présent au domicile, il n'y a pas toujours d'eau chaude et les repas sont problématiques. Le contexte familial paraît instable.

Etienne a actuellement 11 ans, c'est un jeune garçon brun, présentant de nombreuses mimiques et avec un développement staturo-pondéral dans la norme de son âge. Il entretient aisément des relations avec les adultes et ses camarades. Etienne arbore une attitude joyeuse : il sourit, rit énormément. Il expose une énergie significative ; il court, saute et se cache derrière des objets ou des personnes.

Sa **surdité sévère bilatérale** a été diagnostiquée à l'âge de 2 ans et 6 mois, aucune inquiétude ne naissait de son absence de langage. Une surdité familiale du côté paternelle

est notable. Il porte des appareils auditifs. Un diagnostic de **déficience intellectuelle**, de **troubles du langage** et des **apprentissages** est posé et validé par le médecin du CESDA.

Etienne a été scolarisé à l'âge de 3 ans, en 2010, en petite section, puis en moyenne, en milieu ordinaire. En 2012, il a intégré le Centre de l'Audition et du Langage (CAL).

Etienne est rentré au CESDA le 23 août 2018, peu avant mon arrivée. Le groupe éducatif auquel Etienne se rattache actuellement, se compose de 5 jeunes de 10 à 13 ans avec des profils similaires (surdité sévère, déficience intellectuelle, trouble du langage). En dehors comme dans le groupe, il noue des affinités importantes avec ses camarades avec lesquels il aime partager du temps. Ce groupe comprend les plus jeunes résidents du service adolescent du CESDA.

Etienne est un jeune garçon ayant une communication verbale. Il comprend la LSF, l'utilise pour communiquer et essaie d'oraliser. L'utilisation d'un cahier de communication n'est pas nécessaire pour lui, cependant l'utilisation de supports visuels clarifie et aide à la compréhension de la situation.

2.2. Bilans et projet

❖ Bilans psychomoteurs

A l'arrivée d'Etienne au CESDA, la psychomotricienne a effectué un **bilan psychomoteur** (septembre 2018). Voici le compte rendu de quelques éléments du bilan :

« Etienne présente un manque d'ajustement relationnel : recherche de contacts physiques, jeu relationnel d'échange de place avec l'adulte, rapport de séduction à l'adulte. Etienne développe une hypersensibilité au regard d'autrui et se trouve très influençable.

Etienne met en place de nombreuses stratégies d'évitements. Devant la difficulté, il fonctionne au regard, essais/erreur et réaction de l'adulte pour ajuster sa réponse. Etienne développe une lenteur de réflexion et de traitement de l'information sur des consignes plus complexes.

Les coordinations globales (marche, course, saut) sont correctement réalisées avec une mise en mouvement du corps rapide. Le tonus de fond marque la persistance de paratonies¹⁹. La psychomotricienne note la présence de syncinésies²⁰. Le tonus d'action est correct mais soumis à la sphère émotionnelle.

Etienne montre des difficultés dans le repérage et la manipulation du temps social et générationnel.

Etienne investit son corps comme outil de jeux, de communication et de découverte de son environnement. Face à ses difficultés, il fait face à un « moi » peu assuré, manquant de confiance en lui, avec de fortes réactions émotionnelles.

En conclusion, Etienne présente un profil de retard des acquisitions psychomotrices avec un niveau hétérogène (moyenne : 5/6 ans). Il présente une organisation du schéma corporel et des compétences motrices efficaces ».

Un suivi en psychomotricité est indiqué pour consolider l'organisation de l'espace, du temps, et l'aider à ajuster son tonus (praxie et contexte relationnel).

La psychomotricienne recommande dans un premier temps l'utilisation de notions déjà connues pour le réassurer et consolider ses acquis. Dans un second temps, l'introduction de nouvelles notions pour renforcer ses connaissances.

J'ai réalisé, en février 2019, la passation d'un **M-ABC** 3-6 ans qui révèle :

« De bons résultats dans les parties « viser et attraper » et la dextérité manuelle mais plus en difficulté dans la partie équilibre. Etienne doit engager son corps dans son entièreté, cela semble plus difficile pour la régulation tonico-motrice, il est alors soumis à une décharge motrice.

Malgré les difficultés de régulations toniques ; Etienne a la possibilité d'adapter son tonus et son geste, lors des épreuves de motricités fines. Sa posture et sa démarche sont

¹⁹ La paratonie correspond « au versant négatif (la décontraction volontaire) de la fonction motrice » [10, p.673]. C'est-à-dire un freinage ou une résistance permanente de la décontraction volontaire musculaire. Il s'agit d'une impossibilité à réaliser sur commande une résolution musculaire.

²⁰ La syncinésie correspond à une « contraction ou mouvement d'un ou plusieurs groupes musculaires alors qu'un mouvement actif ou réflexe a lieu dans une autre partie du corps. Ces activités musculaires et/ou motrices apparaissent dans des régions non concernées par l'exécution du mouvement premier » [57, p.307].

plutôt hypertoniques. Son agitation motrice est présente dans toutes les activités proposées ; agitation qui le déborde dans certaines activités.

La situation de test (épreuves, temps imparti et décompte pour le départ) fait surgir chez lui une situation de compétition. Il souhaite réussir et exprime son contentement et/ou mécontentement en fonction de sa performance.

En règle générale durant le test, Etienne participe activement, il est à l'écoute et comprend les consignes ».

❖ **Projet Individualisé d'Accompagnement**

Compte tenu des attentes de la famille et des besoins pour Etienne, l'équipe pluridisciplinaire retient trois objectifs principaux concernant l'élaboration du PIA :

- ✓ Premier objectif : « prendre conscience de mes capacités et être capable de m'affirmer ».
- ✓ Deuxième objectif : « utiliser mes capacités dans les activités proposées ».
- ✓ Troisième objectif : « apprendre à prendre soin de moi ».

Le format de la prise en charge actuelle pour Etienne au sein de la structure comporte : un suivi orthophonique à hauteur d'une séance par semaine. Ainsi que cinq temps pédagogiques : trois temps d'éveils en groupe, un temps de groupe en langue des signes et un temps d'EPS. Des activités éducatives au sein du groupe lui sont également proposées. Le suivi en psychomotricité comprend une séance individuelle de 45 minutes.

Selon les objectifs du PIA et les observations du bilan, plusieurs axes de travail sont mis en œuvre en psychomotricité :

- 1) Une réassurance par un renforcement et une valorisation des compétences acquises.
- 2) Un ajustement tonico-émotionnel.
- 3) Un travail sur la structuration temporelle.

2.3. La communication non verbale d'Etienne

Contrairement à Tiffany, la communication non verbale d'Etienne s'observe autour d'une « attitude » générale. Il ne s'agit pas de signes distinctifs mais d'une « façon d'être » dans un contexte, une situation. Cette façon d'être constitue une manière d'agir et de réagir

à de nombreuses situations de sa vie quotidienne. Cette attitude corporelle s'inscrit plutôt dans la sphère psycho-affective. De par son attitude, j'ai l'impression qu'il souhaite me transmettre un message :

❖ « Regardes, je peux tout faire vite »

Etienne bouge constamment. Il gigote les jambes, change sans arrêt de position lorsqu'il est assis au bureau ou par terre. Ses déplacements et ses prises de décisions se font rapidement, sans attendre l'adulte ou la fin des consignes. Ces manifestations signent un **besoin de bouger**, une instabilité motrice et de ce fait renforcent les difficultés attentionnelles, déjà présentes compte tenu de sa déficience intellectuelle.

❖ « Tout va bien, j'ai compris ce que tu me demandes »

En règle générale, sa mimique constamment souriante (haussement des joues, bords externes des lèvres relevés, dents apparentes) et ses nombreux rires donnent à Etienne une joie communicative agréable. Cependant, l'aspect de ses expressions émotionnelles se retrouve de manière exagéré et dans des situations ambivalentes dans lesquelles le contexte ne s'y prête pas. Il réagit à toutes situations « à la rigolade ». Cette attitude m'évoque le port d'un « **masque émotionnel** ».

2.4. La communication non verbale avec Etienne

Pour Etienne, la question de la surdité est essentielle puisqu'il a la possibilité d'avoir un « bain sonore » grâce à ses restes auditifs. Néanmoins, ses appareils sont régulièrement mal réglés ou cassés. Les appareils engendrent donc une discontinuité et une instabilité des informations auditives, source d'une potentielle insécurité de l'enveloppe sonore. De plus il bouge, saute et cela entraîne une masse d'informations désordonnées conséquentes à traiter « tout d'un coup ».

Ainsi, dans ma manière de m'exprimer en séance, je me focalise sur les aspects corporels en limitant les apports verbaux afin de recentrer Etienne sur une quantité d'informations

moindre et plus claire. Je limite l'utilisation de la communication verbale sans pour autant ne plus en tirer profit. J'emploie quelques mots en LSF²¹ que j'associe au langage oral.

Tout comme avec Tiffany, en fonction de l'attitude d'Etienne, j'ajuste ma communication non verbale afin de répondre à ce qu'il semble me dire :

❖ « Regardes Etienne, on peut faire au ralenti »

J'ai identifié chez Etienne une **agitation** et une **instabilité motrice** qu'il n'arrive pas à réguler par lui-même. Cet excès d'expression motrice impacte la fluidité de la communication qui s'avère régulièrement entrecoupée. L'adulte se voit fréquemment obliger de le solliciter pour qu'il reste concentré sur une tâche ou sur l'activité en cours.

J'émetts l'hypothèse que la propre régulation tonique du psychomotricien induira une meilleure régulation tonique chez Etienne. Etienne souhaitant utiliser les djembés, je me suis intéressé à cette proposition pour travailler sa problématique de structuration temporelle. D'autre part, l'acquisition des rythmes primaires semble fragile dans son développement. Je songe à l'utilisation de la rythmicité pour la régulation tonique.

J'émetts l'hypothèse qu'une meilleure régulation de sa motricité permettra de poser son attention et de soutenir l'acquisition de ses représentations temporelles, en partant d'un vécu du temps avec son corps ; corps qu'Etienne investit comme un outil de jeux et de découverte.

Etienne souhaitait utiliser des instruments de musiques. Des activités se sont alors mises en place pour lui permettre d'utiliser ses restes auditifs tout en restant focalisé sur le non verbal.

Par exemple pour les djembés, nous proposons à tour de rôle des séquences rythmiques courtes que l'autre devra reproduire par **imitation**. Il démarre parfois la reproduction avant même que je finisse, signe d'un défaut d'inhibition motrice et de contrôle moteur. Il s'arrête et me demande de recommencer, n'ayant pas les moyens cognitifs de traiter le phénomène de double tâche « faire/regarder ».

²¹ Voir annexe 3.

Pour pallier à son défaut d'inhibition et lui signifier que ma séquence n'est pas terminée, je reste concentré sur mon djembé le temps de l'exécution de la structure (**regard fixe, posture fermée** recentrée vers l'instrument). Séquence finie, je lève les **yeux** vers lui, associé à un haussement de sourcils, des gros yeux ou un hochement de tête pour lui signifier que c'est à lui de répéter la structure. On sait que dès la naissance, manquant d'informations auditives pour rythmer les échanges précoces, l'enfant sourd rythme l'échange par le visuel ou le tactile. Je rythme ainsi l'échange par mon regard, mes mimiques et ma posture.

L'agitation motrice d'Etienne s'observe par exemple durant des parcours psychomoteurs ; proposés puisqu'il a ce besoin de bouger. Il effectue les parcours le plus vite possible et ne s'arrête pas à la fin du parcours. Il recommence dans l'autre sens ou depuis le départ. De ce fait, il n'attend pas l'explication des consignes.

Entre les différentes étapes présentes dans le parcours (tunnel, trampoline, saut d'une haie, poutre), je décide d'instaurer un **jeu de prise de posture** afin de rythmer le circuit mais également d'effectuer un travail de contrôle moteur et de prise du corps en mouvement et à l'arrêt. On élabore un jeu durant lequel je montre mes paumes de mains vers lui pour lui signaler de s'arrêter : « **Stop** », et j'instaure un décompte jusqu'à 3 avec mes doigts pour lui signifier le **départ**. Lorsque je n'effectue pas le décompte, il peut continuer le parcours normalement.

Mon geste « Stop » permet à Etienne de réaliser un « arrêt sur image » avec des postures particulières. Je le laisse vivre ces temps de pause, **d'arrêt du mouvement** afin qu'il prenne conscience de la position des différentes parties de son corps dans l'espace et de solliciter l'aspect proprioceptif. Respectant les consignes mais ayant besoin de bouger, cela incite Etienne à rester attentif à mes gestes, il me « scrute » du regard entre chaque exercice moteur.

En règle générale, je suis également de nature à être très actif. Or, avec Etienne, je peux vite me retrouver pris dans une sphère où nous effectuons des activités ludiques et motrices dans lesquelles l'engagement tonico-moteur est susceptible d'augmenter. La régulation de ma motricité par des **postures d'attentes** (geste « Stop »), un **tonus abaissé** et des

déplacements lents marquant une « tranquillité » m'aident à contrôler ma motricité et favorisent chez Etienne une régulation, par le dialogue tonico-émotionnel, de son attitude.

Etienne vit un rapport au temps dysharmonieux ; il bouge, court, saute tout le temps. La régulation de ma motricité par une tranquillité influe sur la régulation tonique et motrice d'Etienne. L'instauration d'éprouvés de temps de pauses, d'arrêts du mouvement et de déplacements différents structure la motricité d'Etienne. Cette motricité n'est plus uniquement rapide. Elle est rythmée, nuancée et partagée, tout en répondant à son besoin de bouger.

❖ « Ne t'en fais pas, c'est possible de ne pas tout comprendre »

J'évoque un « masque » des émotions chez Etienne parce que ses sourires, ses expressions émotionnelles se retrouvent dans des moments d'incompréhension des consignes, d'échec ou de difficulté. Ces difficultés sont compréhensibles pour son âge et compte tenu de sa déficience intellectuelle. Ses expressions s'apparentent à des stratégies d'évitement ; il fuit, se détourne du sujet. Il s'agit de stratégies d'évitements émotionnelles, cognitives mais également motrices pour faire face à sa difficulté de compréhension sociale. Il fait mine de réfléchir (plisse les yeux, fronce les sourcils, crispe ses mimiques, regarde dans différentes directions) mais son regard semble perdu et il pointe de manière approximative pour donner une réponse tout aussi hasardeuse.

Pour soutenir un lâcher prise sur la notion de performance afin qu'il affirme ses connaissances ou incapacités ; je peux aider Etienne à rendre **l'erreur acceptable** et tolérable. L'idée est de montrer qu'elle peut être présente et qu'il faut s'autoriser à se tromper. J'é mets l'hypothèse que ce travail pourrait soutenir **l'estime de soi**.

Par exemple sur l'activité djembé, après ma production, j'observe des moments d'hésitations. Il attend (regarde dans ma direction, sourit avec une mimique générale crispée) alors que je connais son côté impulsif. Ces signes me montrent qu'il ne sait pas combien de coups j'ai frappé, comment, avec quelle main. Pour ne pas le laisser dans cette

incertitude, je réitère ma proposition en **amplifiant** mes mouvements des bras et des mains, et en **ralentissant** la production pour qu'Etienne capte les différentes informations.

J'utilise ces processus également lorsqu'il se trompe. Je procède par imitation en me trompant de la même manière ou en décomposant les étapes qui ont conduit à une erreur de sa part. L'objectif est qu'il soit attentif à cette erreur sans tout de même lui signifier oralement qu'il s'est trompé. Cette décomposition s'effectue en répétant la même action mais en amplifiant ou accentuant le schéma moteur afin qu'il puisse observer à quel endroit l'erreur se situe. L'amplification permet d'augmenter l'alerte visuelle. Cela renvoie au concept **d'apprentissage par imitation**.

Son manque de confiance en soi et sa confusion se retrouvent également dans le travail sur la structuration temporelle que nous effectuons avec Etienne. Il s'agit d'exercices sur le temps social par une reprise des signes correspondants aux jours de la semaine ou aux mois de l'année²².

Lorsque j'observe qu'il ne sait pas et cache son incompréhension (quitte mon regard, sourit, change de position), je l'accompagne en initiant la configuration ou la position de la main pour soutenir la planification de son mouvement. Je lui apporte un soutien visuel par ma gestuelle, cela réfère au **canal visuel-gestuel** de la LSF.

Par exemple, en approchant ma main de ma joue droite avec les doigts en légère flexion pour le mois de mars, configurer ma main à plat avec la paume orientée vers le buste pour le mois d'avril, lever mon menton et effectuer une extension de mon index droit pour le mois de juin. Ces configurations sur **ma posture, ma gestuelle** donnent des intentions de mouvements à Etienne donc des indications non verbales sur la réponse. Ces indications soutiennent l'intégration des signes et l'acquisition de repères temporels.

Du point de vue de l'oral, il s'agit de l'aide que l'on peut donner en soufflant la première lettre/syllabe (associé à une accentuation de l'articulation buccale) à un enfant lorsqu'il se retrouve en difficulté pour trouver un mot.

Etienne cache ses difficultés par un masque émotionnel et tonique. Les difficultés sur les apprentissages sont présentes et le parti-pris n'est pas de lui signifier qu'il ne sait pas

²² Voir annexe 3.

faire/dire certains gestes. Le parti-pris consiste à considérer l'erreur comme faisant partie intégrante des apprentissages et que l'adulte ne se trouve pas à l'abri de se tromper pour favoriser la réassurance d'Etienne.

L'anticipation de ses difficultés en mettant une intention d'aide (posture, gestuelle), en amplifiant l'action par imitation ; ainsi que l'accumulation d'expériences positives, contenantes, structurantes et répétées favorisent un lâcher-prise de cette carapace afin de rendre les erreurs acceptables émotionnellement.

2.5. Conclusion

Etienne est un jeune garçon présentant des difficultés de régulation tonico-émotionnelle (décharge motrice importante et mimiques inadaptées) et de structuration temporelle. Le passage par des activités corporelles permet une prise en compte de son besoin de bouger, tout en expérimentant une rythmicité dans ses déplacements. Soucieux de montrer de quoi il est capable, mon soutien postural et visuel encourage Etienne à contrôler ses mouvements et ses postures. Ma tranquillité induit une réduction des tensions d'Etienne.

CONCLUSION

Le questionnement concernant la communication se présente comme un fait indéniable dans le travail auprès de la communauté sourde. D'autant plus lorsque les sujets rencontrés sont porteurs de troubles associés tels que le TSA ou la déficience intellectuelle. Ainsi, il convient d'élaborer un moyen de communiquer avec lequel les deux parties puissent s'exprimer et comprendre l'expression de l'interlocuteur.

De nombreux outils de communication existent pour contourner ses problématiques communicationnelles (LSF, écrit, oral, pictogrammes, cahiers de communications). Cependant, par l'hétérogénéité de la manifestation des troubles et de leurs associations, l'utilisation de ces outils s'avère nécessaire mais limitée dans la mise en place, la compréhension et le fonctionnement spécifique à chacun des jeunes.

En pratique, il a fallu soutenir ces outils par l'instauration d'un moyen de communication commun à tous, plus archaïque : la communication non verbale. De nombreux canaux d'émissions de messages corporels peuvent retenir notre attention tels que le toucher, le regard, la gestuelle, la posture, la distance relationnelle, les mimiques ou encore l'imitation. De plus, ces canaux occupent une place essentielle dans la langue des signes, langue visuelle-gestuelle et naturelle des sujets sourds.

Dans la mesure du possible, il paraît essentiel de soutenir les moyens de communication auxquels les jeunes ont accès. Or, selon les jeunes ou le professionnel, l'accès à ces outils ne permet pas l'instauration d'une communication commune aux interlocuteurs. D'où la nécessité de l'instauration de la communication non verbale comme soutien à la communication. Cependant, il est manifeste qu'elles ne se substituent pas l'un l'autre.

Hormis l'intérêt et la nécessité de la communication non verbale avec des sujets sourds ayant des troubles associés ; ce stage, mes recherches ainsi que la rédaction de ce mémoire ont nourri mon questionnement professionnel et personnel dans l'attention que je porte à la lecture, à l'identification ainsi qu'à la manifestation de la communication non verbale au sein de mes relations. Cette communication non verbale occupe une place centrale dans tout échange peu importe l'âge, la pathologie, la culture.

D'autre part, par l'implication corporelle que cela induit, j'ai pu réfléchir concernant un juste positionnement et une adaptation de la distance relationnelle dans ma pratique de futur psychomotricien homme. Il me semble en effet que la communication corporelle met en jeu des aspects relationnels différents dans la relation thérapeutique soignant-soigné ou soignant-soignée.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] **ABRAHAMIAN GHESLAGH, Sevana** (2017) : « Imite, assimile, et ensuite innove... » : Réflexion sur l'utilisation de l'imitation pour entrer en relation avec l'enfant porteur d'autisme. Institut de Formation en Psychomotricité Pitié Salpêtrière.
- [2] **ANZIEU, Didier** (1995) : L'enveloppe sonore. Dans *Le Moi-peau* de ANZIEU, Didier (p. 183-198). Dunod.
- [3] **APTER, Gisèle ; MELLIER, Denis ; SAINT-CAST, Alexandrine** (2010) : Introduction. L'émotion, un mouvement vers l'autre ? ERES. *Revue Enfances et Psy* n°49 (p.9-13).
- [4] **AUBINEAU, Louise-Hélène ; VANDROMME, Luc ; LE DRIANT, Barbara** (2017) : Regarde-moi, il faut qu'on se parle ! Développement sociocognitif du bébé sourd via l'attention conjointe. *Revue Enfance* n°2 (p.171-197).
- [5] **AudioDiscount** : <https://www.audiodiscount.fr/>
- [6] **BACHOLLET, Marie-Sophie; MARCELLI, Daniel** (2010) : Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. ERES. *Revue Enfance et Psy* n°49 (p.14-19).
- [7] **BALLOUARD, Christian** (2011) : L'aide-mémoire de psychomotricité. 2^{ème} édition. Dunod.
- [8] **BARRIER, Guy** (2017) : La communication non verbale. ESF Editeur.
- [9] **BENONY, Hervé ; BENONY-VIODE, Christelle; DUMAS, Jean** (2012) : Psychopathologie de la communication, des apprentissages et de l'hyperactivité. De Boeck Supérieur.
- [10] **BERGES, Jean** (2004) : Du tonus et de la motricité dans l'examen de l'enfant. Dans *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant de l'adolescent* de LEBOVICI, Serge ; DIATKINE, René ; SOULE, Michel (p.659-678). Presses Universitaires de France.
- [11] **BOREL, Stéphanie ; DODIER, Christophe** (2013) : Les modes de communication. Dans *Surdité et santé mentale* de QUEREL, Caroline (p. 25-43). Lavoisier.
- [12] **BUHAGIAR, Stéphanie** (2016) : Jouons ensemble camarade ! Le groupe « capoeira » comme approche psychomotrice pour des jeunes déficients intellectuels. Institut de Formation en Psychomotricité Pitié Salpêtrière.
- [13] **BULLINGER, André** (2007) : Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 1. ERES.
- [14] **CAMARET NINU, Évelyne** (2016) : Place et rôle de la vision dans le développement sensorimoteur de l'enfant. *Revue Contraste* n°43 (p.39-65). ERES.

- [15] **CARLIER, Michèle ; AYOUN, Catherine** (2007) : Déficiences intellectuelles et intégration sociale. Mardaga.
- [16] **Centre d'Apprentissage de la Langue des Signes Française** : <http://www.lsf-bordeaux.fr/>
- [17] **Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales** : <http://www.cnrtl.fr/>
- [18] **CLERGET, Joël** (2006) : La main de l'Autre (p.19-50). ERES.
- [19] **COLIN, Dominique** (1978): Psychologie de l'enfant sourd. Masson.
- [20] **CORRAZE, Jacques** (2005) : Les communications non verbales. Presses Universitaires de France.
- [21] **COSNIER, Jacques** (1977) : Communication non verbale et langage. Revue Psychologie médicale (p.2033-2049)
- [22] **DU PASQUIER, Marie-Alice** (2009) : Comment l'écriture vient à l'enfant. Martin Media. Revue Le Journal des psychologues n°272 (p.22-25).
- [23] **DU PASQUIER, Marie-Alice** (2010) : L'écriture entre corps et langage. Arman Colin. Revue Le français aujourd'hui n° 170 (p.65-70).
- [24] **Elix Le dictionnaire vivant en langue des signes** : <https://www.elix-lsf.fr/>
- [25] **FARGES, Nicole** (2012) : Oui-dire, oui-sens. Implant cochléaire et surdités. Cazaubon. Revue Le Carnet PSY n°159 (p.41-43).
- [26] **GARRET-GLOANEC, Nicole ; PERNEL, Anne-Sophie** (2010) : Un soin psychique au bébé, ça n'existe pas ? Et pourquoi pas ! John Libbey Eurotext. Revue L'information psychiatrique n°86 (p.813-823).
- [27] **GOLDIN-MEADOW, Susan** (2016) : L'enfant parle d'abord avec les mains. NecPlus. Revue Enfance n°4 (p.435-443).
- [28] **GUILLAIN, André ; PRY, René** (2012) : D'un miroir l'autre. Fonction posturale et neurones miroirs. Revue Bulletin de psychologie n°518 (p.115-127).
- [29] **HERZOG, Marie-Hélène** (1995) : Psychomotricité, relaxation et surdité. Paris. Masson.
- [30] **HERZOG, Marie-Hélène** (2004). Psychomotricité et surdité. Revue Connaissances surdités n°8 (p.18-20).
- [31] **Institut National de Jeunes Sourds de Metz** : <http://www.lsf dico-injsmetz.fr/>
- [32] **JOLY, Fabien** (2008) : Les signes psychomoteurs précoces de l'autisme. Revue Contraste n°28-29 (p.179-198).

- [33] **JOLY, Fabien** (2010) : L'autisme à bras le corps. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation (p.47-58).
- [34] **LOPEZ KRAHE, Jaime** (2007) : Surdité et langage : prothèses, LPC et implants cochléaires. PUV.
- [35] **LABAT, Emma** (2018) : La question du toucher chez les adolescents déficients auditifs en psychomotricité. Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux.
- [36] **LANGLET, Anne-Emmanuelle** (2009) : Danse la « vie-bration ». Une prise en charge dans e auprès d'enfants malentendants. Institut Supérieur de R ducation Psychomotrice.
- [37] **Larousse Médical** : <https://www.larousse.fr/archives/medical>
- [38] **LASSERRE, Elisabeth** (2007) : Répercussions des troubles neuropsychomoteurs sur le développement de la communication et l'acquisition du langage de l'enfant sourd : esquisse de profils. Revue Connaissances surdités n 3 (p.41-46).
- [39] **LASSERRE, Elisabeth** (2009) : Surdité et motricité chez l'enfant : les troubles neuropsychomoteurs associés à la déficience auditive congénitale. A.N.A.E. n 104-105 (p. 403-406).
- [40] **LAURENTJOYE, Mathieu ; ELLA, Bruno ; CAIX, Philippe** (2015) : UE12 – Anatomie tête et cou. ARFA.
- [41] **LegiFrance** : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [42] **LEMOINE-LARDENNOIS, Christelle ; DORE-MAZARS, Karine ; ALAHYANE, Nadia** (2016) : La mise en place des fonctions visuelles et oculomotrices chez le jeune enfant. ERES. Revue Contraste n 43 (p.17-37).
- [43] **LEPOT-FROMENT, Christiane** (1996) : L'acquisition d'une langue des signes. Dans L'enfant sourd de LEPOT-FROMENT, Christiane ; CLEREBAUT, Nadine (p.193-286). De Boeck Supérieur.
- [44] **MARCELLI, Daniel** (2007) : Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé. ERES. Revue Spirale n 44 (p.123-129).
- [45] **MARTY, Françoise** (2010) : Adolescence et émotion, une affaire de corps. ERES. Revue Enfances et Psy n 49 (p.40-52).
- [46] **MATHELY, Marie-Gabrielle** (2017) : Toucher et se toucher : une caresse à risque ? Champ social. Revue Le sociographe n 60 (p.21-28).
- [47] **MOODY, Bill** (1998) : La langue des signes. Tome 1 Histoire et grammaire. IVT.

- [48] **NADEL, Jacqueline** (2016) : Imiter pour grandir : développement du bébé et de l'enfant avec autisme. Dunod.
- [49] **Organisation Mondiale de la Santé** : <https://www.who.int/fr>
- [50] **PERRIN, Julien ; MAFFRE, Thierry** (2013) : Autisme et psychomotricité. Solal EDS.
- [51] **PORTE, Jean-Michel** (2004) : La compétence du nouveau-né. Dans Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de **LEBOVICI Serge ; DIATKINE, René ; SOULE, Michel** (p.281-295). Presses Universitaires de France.
- [52] **POTEL BARANES, Catherine** (2010) : La question du cadre thérapeutique. La contenance, les limites, le corps. Dans Être psychomotricien de **POTEL BARANES, Catherine** (p.321-345). ERES.
- [53] **QUERLEU, Denis** (2004). La sensorialité prénatale. Dans Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de **LEBOVICI, Serge ; DIATKINE, René ; SOULE, Michel** (p.247-252). Presses Universitaires de France.
- [54] **ROCHER, Guy** (1992) : Extraits du chapitre IV. Dans Culture, civilisation et idéologie (p.101-127). Hachette.
- [55] **SADEK-KHALIL, Denise** (2004) : Les déficits sensoriels. Dans Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de **LEBOVICI, Serge ; DIATKINE, René ; SOULE, Michel** (p.905-920). Presses Universitaires de France.
- [56] **SALBREUX, Roger; MISES, Roger** (2005) : La notion de déficience intellectuelle et ses applications pratiques. ERES. Revue Contraste n°22-23 (p.23-47).
- [57] **SCIALOM, Philippe ; GIROMINI, Françoise ; ALBARET, Jean-Michel** (2015) : Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1. concepts fondamentaux. De Boeck.
- [58] **TORRES, Noémie** (2014) : Entre enfance et adolescence mon corps balance : apport de la prise de conscience corporelle auprès d'un adolescent autiste et déficient intellectuel. Institut de Formation en Psychomotricité Pitié Salpêtrière.
- [59] **TRONICK, Edward** : <https://www.youtube.com/watch?v=OgzWqcsA21I>
- [60] **TWITCHELL HALL, Edward** (1984) : Le langage silencieux. DA Seuil.
- [61] **Université de Lyon** (2013) : Audiologie et psychomotricité. Audiologie, orthophonie et psychomotricité : enrichissement des pratiques.
- [62] **VASSEUR, Roger; DELION, Pierre** (2010) : Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans. ERES.

[63] **VAUCLAIR, Jacques ; COCHET, Hélène** (2016) : Introduction. Gestes de pointage et émergence de la communication non verbale : approche développementale et comparative. NecPlus. Revue Enfance n°4 (p.367-372).

[64] **VAUCLAIR, Jacques ; COCHET, Hélène** (2016) : La communication gestuelle : une voie royale pour le développement du langage. NecPlus. Revue Enfance n°4 (p.419-433).

[65] **VIROLE, Benoît** (2006) : Psychologie de la surdité. De Boeck.

[66] **VIROLE, Benoît** (2018) : Trois moments critiques dans la vie du bébé sourd. Dans Le bébé dans tous ses états de BENTATA, Hervé (p.63-66). ERES.

[67] **VITAL, Jean-Marc ; LAURENTJOYE, Mathieu** (2014) : UE5 – Organisation des appareils et systèmes : aspects morphologiques et fonctionnels généraux. Bergeret.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAIDD : American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

APA : American Psychiatric Association

CAE : Conduit Auditif Externe

CAL : Centre de l'Audition et du Langage

CESDA : Centre d'Education Spécialisé pour Déficients Auditifs

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

CIH : Classification Internationale des Handicaps

CIM : Classification Internationale des Maladies

dB : Décibel

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMG : Evaluation de la Motricité Gnosopraxique Distale

EPS : Education Physique et Sportive

ESAA : Evaluation Sensorielle de l'Adulte avec Autisme

LfPC : Langue française Parlée Complétée

LPC : Langage Parlée Complétée

LSF : Langue des Signes Française

IME : Institut Médico-Educatif

M-ABC : Movement Assessment Battery for Children

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PECS : Picture Exchange Communication System

PIA : Projet Individualisé d'Accompagnement

PODD : Pragmatic Organisation Dynamic Display

QI : Quotient Intellectuel

TED : Troubles Envahissants du Développement

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

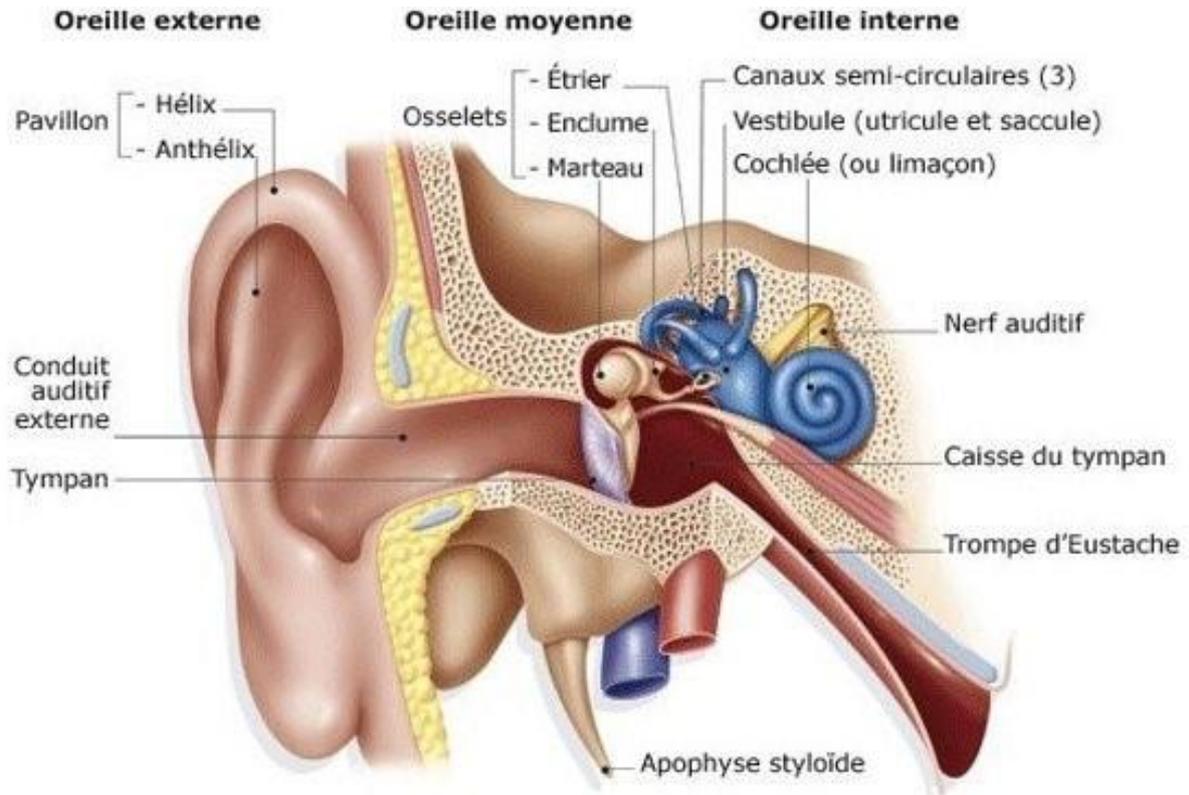
SSEFS : Service de Soutien à l'Education Familiale et à la Scolarisation

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

ANNEXES

ANNEXE 1 : Schéma du système auditif

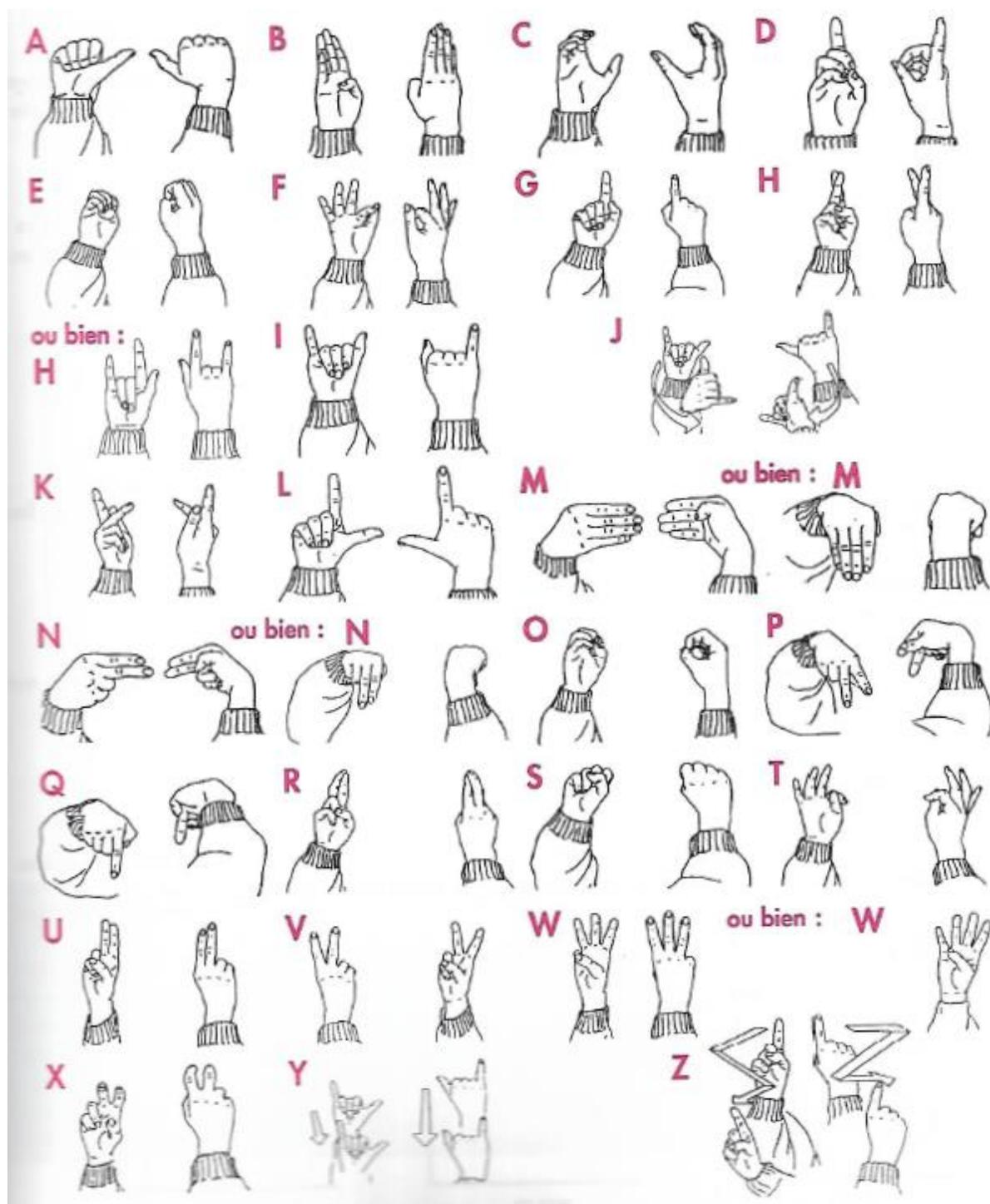
Le système auditif et les différents constituants au sein de : l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne [5].



Copyright © sanofi-aventis france

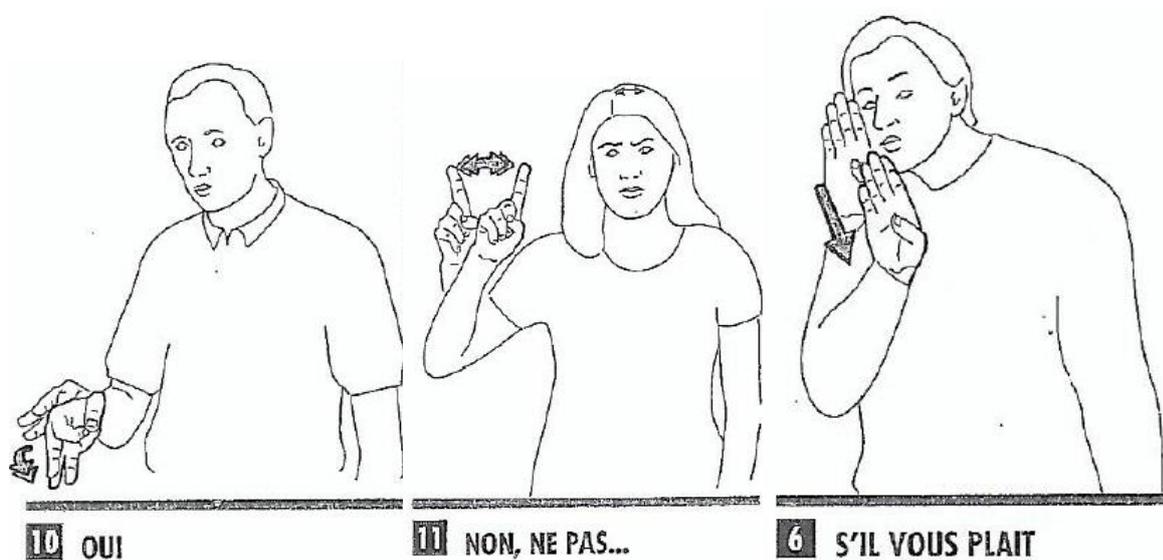
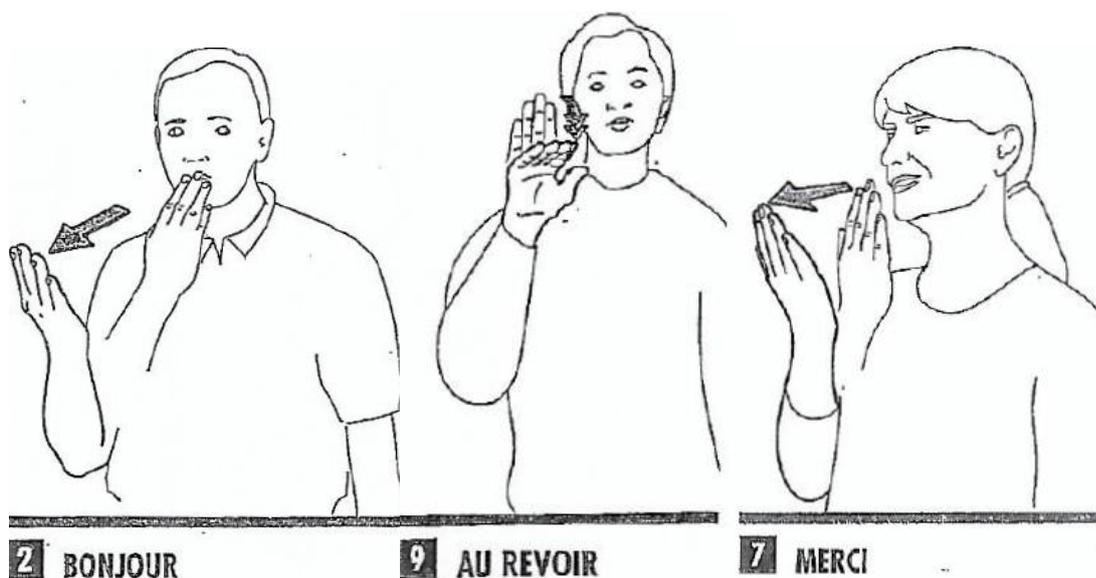
ANNEXE 2 : Dactylogogie

La dactylogogie, ou alphabet manuel, comporte 26 formes de mains qui correspondent chacune à l'un des lettres de l'alphabet français [47].



ANNEXE 3 : Lexique de LSF

Ce lexique recense quelques signes que j'ai l'occasion d'utiliser en séance [16]. Cette liste n'est pas exhaustive. Il existe des dictionnaires en lignes auxquels se référer qui proposent des courtes vidéos illustratives de la réalisation des signes [24, 31].



<p>LES JOURS DE LA SEMAINE 2 Fois</p>  <p>• LUNDI (+Tous les)</p>	<p>2 Fois</p>  <p>• MARDI (+Tous les)</p>	<p>2 Fois</p>  <p>• MERCREDI (+Tous les)</p>
 <p>• JEUDI (+Tous les)</p>	<p>2 Fois</p>  <p>• VENDREDI (+Tous les)</p>	<p>2 Fois</p>  <p>• SAMEDI (+Tous les)</p>
<p>2 Fois</p>  <p>• DIMANCHE (+Tous les)</p>	 <p>• SEMAINE (la)</p>	 <p>• SEMAINE (Prochaine)</p>
 <p>• SEMAINE (Dernière)</p>	 <p>• SEMAINES (Il y a 2)</p>	<p>EDUCATION 2 Fois</p>  <p>• JOURS (Tous les)</p>

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	
SOMMAIRE	
INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : SURDITE ET TROUBLES ASSOCIES	3
1. GENERALITES SUR LA SURDITE	3
1.1. Physiologie de l'audition	3
1.2. Une surdité ou des surdités ?	4
1.3. Les appareillages	5
1.4. La culture sourde	6
2. ASPECTS DEVELOPPEMENTAUX DU JEUNE SOURD	8
2.1. Construction sensorielle	8
2.2. Construction sensori-motrice	10
2.3. Construction affective.....	11
❖ La place de l'autre pour se construire	11
❖ La place de l'autre pour communiquer.....	13
❖ Particularités du sourd dans le lien à l'autre	14
❖ L'adolescence	14
3. TROUBLES ASSOCIES.....	16
3.1. Trouble du Spectre de l'Autisme	16
❖ Définitions, classifications et sémiologie	16
❖ Communication, interactions et habiletés sociales	17
❖ Intérêts restreints, stéréotypies et sensorialité	19
3.2. Déficience intellectuelle.....	21
4. LA COMMUNICATION AU CESDA.....	23
4.1. Communications verbales.....	23
❖ Langue écrite.....	24
❖ Langue des Signes Française	24
❖ Méthode oraliste et Langue française Parlé Complété	27
4.2. Communications alternatives	28
❖ Pictogrammes	28
❖ Cahiers de communication	28
➤ Pragmatic Organisation Dynamic Display	28
➤ Picture Exchange Communication System.....	29
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE TRAVAIL	30
PARTIE 2 : APPROCHE PSYCHOMOTRICE DE LA COMMUNICATION NON VERBALE	32
1. LE TOUCHER.....	33
1.1. La peau, organe du toucher	33

1.2.	Le tonus.....	34
1.3.	Un sens à double sens.....	35
2.	LA PROXEMIE.....	36
2.1.	La « bonne distance »	37
2.2.	Un positionnement modulable	39
3.	REGARD ET ATTENTION CONJOINTE.....	40
3.1.	Développement de la vision	40
3.2.	Le regard dans l'interaction	41
3.3.	Un regard qui parle : l'attention conjointe	42
4.	GESTUELLE, POSTURE ET POINTAGE.....	43
4.1.	Gestes et postures	44
4.2.	Le pointage.....	46
5.	MIMIQUES ET EXPRESSION EMOTIONNELLE.....	47
5.1.	Les mimiques, c'est quoi ?	47
5.2.	Expression émotionnelle.....	48
5.3.	Le dialogue tonico-émotionnel	49
6.	IMITATION	50
6.1.	L'imitation, c'est quoi ?.....	51
6.2.	L'imitation dans la considération de l'autre	52
6.3.	En psychomotricité	53
PARTIE 3 : PRATIQUE		55
1.	ETUDE DE CAS : TIFFANY.....	55
1.1.	Anamnèse	55
1.2.	Bilans et projet	57
	❖ Bilans psychomoteurs	57
	❖ Projet Individualisé d'Accompagnement.....	58
1.3.	La communication non verbale de Tiffany	59
	❖ « Tiens-moi entière »	60
	❖ « Je veux sentir mon corps ».....	60
	❖ « Est-ce que je peux faire seule ? ».....	60
1.4.	La communication non verbale avec Tiffany	60
	❖ « Tiens-toi, je te tiens »	61
	❖ « Balances ton corps »	62
	❖ « Est-ce qu'on peut faire ensemble ? »	64
1.5.	Conclusion.....	66
2.	ETUDE DE CAS : ETIENNE	67
2.1.	Anamnèse	67
2.2.	Bilans et projet	68
	❖ Bilans psychomoteurs	68
	❖ Projet Individualisé d'Accompagnement.....	70

2.3.	La communication non verbale d'Etienne	70
❖	« Regardes, je peux tout faire vite »	71
❖	« Tout va bien, j'ai compris ce que tu me demandes »	71
2.4.	La communication non verbale avec Etienne	71
❖	« Regardes Etienne, on peut faire au ralenti »	72
❖	« Ne t'en fais pas, c'est possible de ne pas tout comprendre »	74
2.5.	Conclusion	76
CONCLUSION		77
BIBLIOGRAPHIE.....		79
LISTE DES ABREVIATIONS		84
ANNEXES		85
	ANNEXE 1 : SCHEMA DU SYSTEME AUDITIF	85
	ANNEXE 2 : DACTYLOLOGIE	86
	ANNEXE 3 : LEXIQUE DE LSF.....	87
TABLE DES MATIERES.....		89