



HAL
open science

Sourd, mais enfant avant tout

Jade Babin

► **To cite this version:**

| Jade Babin. Sourd, mais enfant avant tout. Psychologie. 2020. dumas-02884954

HAL Id: dumas-02884954

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02884954>

Submitted on 30 Jun 2020

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 Psychomotricité

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

Sourd, mais enfant avant tout.

Impact de la surdité et intérêt d'une prise en soin psychomotrice
pour des enfants présentant une surdité bilatérale profonde.

Babin Jade

Née le 18 décembre 1996 à Niort

Directrice de mémoire : Marion Rigo

Juin 2020

REMERCIEMENTS

Je tiens tout particulièrement à remercier Marion Rigo, directrice de mémoire et maître de stage, pour sa disponibilité, son écoute, ses conseils et son accompagnement tout au long de la rédaction de ce mémoire.

A Delphine Marchal et Emmanuelle Waechter, maîtres de stage, pour leur relecture mais surtout pour m'avoir transmis leurs savoirs, savoir-faire et savoir-être, et pour m'avoir permis de grandir en qualité de psychomotricienne.

A Pauline Penot, psychomotricienne, pour le temps qu'elle a pris à relire cet écrit et pour les conseils qu'elle m'a renvoyés.

A tous les professionnels et structures qui m'ont accueillie durant mes stages lors de ces deux années de formation.

A l'Institut de Formation en Psychomotricité (IFP) de Bordeaux, aux personnels administratifs et aux intervenants pour la transmission de leurs connaissances et la qualité de leur accompagnement.

Aux merveilleuses personnes rencontrées lors de l'examen spécial, pour leur soutien, leur écoute, leur entraide et pour tous ces moments passés ensemble.

A mon amie de toujours qui a pris le temps de me renvoyer ses impressions.

A mes parents et mes frères, pour leur amour et leur humour singulier. A ma mère pour ses précieuses relectures.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....
SOMMAIRE.....
INTRODUCTION.....	5
Partie 1 : ASPECTS DÉVELOPPEMENTAUX DE L'ENFANT.....	8
1. Développement sensoriel.....	8
2. Développement psychomoteur.....	18
3. De la sensation à la représentation.....	26
Partie 2 : GENERALITES SUR LA SURDITÉ.....	29
1. La surdité.....	29
2. Représentation sociale de la surdité au fil des siècles.....	31
3. Appareillages et communication.....	33
Partie 3 : IMPACTS DE LA SURDITÉ.....	40
1. Au niveau sensoriel.....	40
2. Au niveau psychomoteur.....	42
3. Annonce du diagnostic.....	51
Partie 4 : MALLÉABILITÉ DU PSYCHOMOTRICIEN.....	54
1. Prise en soin d'un enfant en situation de surdité.....	54
2. Être psychomotricien.....	69
CONCLUSION.....	78
ANNEXES.....	80
BIBLIOGRAPHIE.....	89
INDEX.....	94
TABLE DES MATIÈRES.....	95

*« Qu'importe la surdité de l'oreille
quand l'esprit entend. » Victor Hugo*

INTRODUCTION

- Sourd, mais enfant avant tout -

L'être humain ne se résume pas à sa pathologie, à ses origines ou bien à ses croyances. La maladie n'est pas l'identité de la personne. En effet, il me semble important de replacer la personne en tant que telle et de ne pas la réduire au.x trouble.s au.x quel.s elle fait face. Selon C. Tourrette, professeure à la Sorbonne, « *le handicap naît de l'interaction entre la déficience, les limitations fonctionnelles de l'enfant et les déterminants sociaux et environnementaux des situations qu'il vit* » [58].

Je m'attacherai dans cet écrit, à replacer l'individu porteur d'une surdité, en tant que personne avant tout. Ainsi, sous la nomination « Sourds », j'entendrai parler de la communauté sourde au sens large et essayerai de casser cet imaginaire social qui condamne les Sourds en leur donnant un statut d'handicapés [50]. Cela, toujours dans la volonté en tant que soignante mais également en tant qu'être humain, de ne pas réduire une personne ou groupe de personne à sa maladie, son trouble ou sa déficience.

Le monde de la surdité et notamment l'apprentissage de la Langue des Signes Française (LSF), sont des sujets qui m'intéressent depuis longtemps. Ayant étudié cette langue pendant plusieurs années, j'ai réussi à allier cet intérêt avec ma pratique d'étudiante en psychomotricité en effectuant un stage auprès d'enfants sourds et malentendants.

J'ai réalisé mon stage de deuxième année dans un Jardin d'Enfants Spécialisé pour Déficients Auditifs (JESDA), c'était une réelle volonté pour moi de découvrir la pratique psychomotrice auprès de cette population. Cet établissement est le service enfant d'un Centre d'Education Spécialisé pour Déficients Auditifs (CESDA), dirigé par une institution régionale. Les enfants accueillis ont entre 3 ans et 11 ans.

C'est en me confrontant à cet environnement et en mesurant les difficultés multiples auxquelles j'ai fait face (communication enfant-thérapeute, prise en charge générale, évaluation des capacités, etc.) que l'intitulé de ce mémoire a commencé à germer. Puis, l'envie d'approfondir ce sujet m'est apparu comme une évidence.

Durant mon année de stage, de nombreuses problématiques ont émergé : cette déficience sensorielle entraîne-t-elle un impact sur le développement psychomoteur des enfants ? Y a-t-il des troubles secondaires à la surdité ? Comment l'enfant réussit-il à

pallier ce manque sensoriel, que met-il en place ? Comment avec notre bagage de psychomotricien nous pouvons prendre en charge ces enfants ? Avons-nous des outils adaptés pour pouvoir évaluer leurs troubles ? Comment entrer en communication avec eux ? Quel est la marge et le risque d'interprétation ?

Ainsi, je me suis posée la question suivante : **quel est l'impact de la surdité bilatérale profonde sur le développement global de l'enfant et comment le psychomotricien peut-il accompagner au mieux ces enfants ?**

J'é mets donc l'hypothèse que la surdité peut impacter les différents niveaux du développement psychomoteur de l'enfant. Je regroupe sous le terme « psychomoteur » l'ensemble des compétences psychologiques et motrices, c'est à dire le développement sensoriel, moteur, cognitif, langagier, etc. Tous ces systèmes fonctionnant en synergie les uns avec les autres, mais aussi et surtout pris dans un environnement spécifique, il me semble évident que lorsque l'un est atteint, les autres le sont probablement.

Également, si la surdité a un impact sur la croissance de l'enfant, je suppose que les psychomotriciens, experts du développement, sont en capacité de les accompagner en complémentarité de leurs prises en soin orthophoniques, psychologiques, pédiatriques, etc. La spécificité se trouverait notamment dans la place que le psychomotricien accorde à l'individu dans son entièreté, lien corps-esprit.

De ce fait, je pars du principe que le psychomotricien devra particulièrement s'adapter à la singularité de ces enfants tant dans la communication, que dans le choix de ses outils de travail.

Dans l'idée de préciser au fur et à mesure mon sujet, je décrirai tout d'abord le développement psychomoteur des enfants, sans troubles associés, en me centrant tout de même sur l'audition.

Ensuite, j'expliciterais ce qu'est la surdité, les différents types de surdité existants, j'évoquerai son histoire au niveau sociétal et la question de la communication.

Dans une troisième partie, je présenterai le développement des enfants en situation de surdité, en démontrant l'impact de la surdité sur l'acquisition des compétences psychomotrices et sur leur environnement.

Enfin, j'exposerai comment le psychomotricien peut prendre en charge des enfants présentant ce type de déficience sensorielle, et quelles sont les qualités dont il doit requérir. Dans cette dernière partie, je m'appuierai davantage sur mes observations

réalisées lors de mon stage et aborderai la problématique à laquelle j'ai été confrontée pour illustrer mon implication personnelle dans la rédaction de ce mémoire. Je démontrerai les capacités d'adaptation et d'analyse dont j'ai dû faire preuve, et questionnerai mon futur positionnement en tant que psychomotricienne.

En effet, étant donné que ce mémoire se base sur un stage réalisé en deuxième année de formation, cet écrit sera plutôt d'ordre théorique. Cependant, j'amènerai autant que faire ce peu, des vignettes cliniques pour illustrer les références théoriques mais surtout pour exposer mes compétences et connaissances en tant que future psychomotricienne.

Partie 1 : ASPECTS DÉVELOPPEMENTAUX DE L'ENFANT

Chaque enfant a ses besoins spécifiques et se développe à son propre rythme, mais un point commun relie le développement harmonieux de tous : la sécurité et l'amour. L'un des rôles des figures d'attachement est de tendre à s'adapter à son enfant. « [...] *c'est dans cet effort d'adaptation (et par conséquent d'écoute) que s'ouvre la communication* » [11].

La vision de l'enfant a bien évolué. Historiquement, on pensait que le bébé était un simple tube digestif, passif, qui ne ressentait pas la douleur du fait de son immaturité neurologique ; il était donc entièrement soumis à l'adulte s'occupant de lui. Aujourd'hui, cette pensée collective a cheminé grâce aux observations menées et au développement de la science et de la médecine. Nous savons actuellement que le bébé est doté de nombreuses compétences. A. Pomerleau et G. Malcuit, tous deux psychologues, définissent la compétence de base de l'enfant comme « *l'ensemble des comportements (actions et réactions) que le jeune enfant, en se fondant sur son équipement biologique de départ, est susceptible de manifester quand les circonstances, le contexte et les conditions environnementales s'y présentes* » [28].

Le développement présenté ci-dessous, est un indice global et général du développement « classique » de l'enfant¹. Gardons en tête que chaque personne est unique et que les différences inter-individuelles sont nombreuses.

1. Développement sensoriel

La sensorialité est un moyen fondamental au bon développement psychomoteur. C'est au travers d'elle que nous prenons contact avec le monde, avec les individus qui nous entourent ainsi qu'avec nous-même. Les modalités sensorielles sont fonctionnelles très tôt, dès les premières semaines de grossesse, bien avant leur maturité structurelle [40].

Beaucoup d'auteurs s'ajustent à dire que la sphère orale est le premier espace de découverte et d'exploration du bébé. A. Bullinger, psychologue, décrit que c'est le premier

¹ Cf. annexes 1 et 2.

espace où des fonctions instrumentales² se manifestent [13]. C'est par sa bouche que le bébé découvrira d'abord ses mains, puis les objets qui lui seront présentés.

Effectivement, la majorité des capteurs sensoriels sont présents au niveau du visage : gustation, audition, olfaction, vision, vestibulaire, ainsi qu'une partie des récepteurs tactiles. La sensorialité a une importance capitale dans le développement – sensori-moteur – de l'enfant, c'est pour cette raison qu'il me paraît nécessaire de l'expliciter en premier lieu.

Les capacités sensorielles sont essentielles pour faire le lien entre l'espace anté- et post-natal. A noter que la continuité des canaux sensoriels entre les deux espaces participe aux fondements de la **fonction d'attachement** entre le bébé et sa mère. La théorie de l'attachement développée par J. Bowlby, psychanalyste et pédopsychiatre, insiste bien sur le fait que l'attachement du bébé à sa mère est un besoin primaire et surtout un besoin essentiel à la survie de l'espèce. Ce système a pour but de favoriser la proximité de l'enfant avec sa ou ses figure.s d'attachement, afin de lui procurer du réconfort lui permettant d'éprouver un sentiment de sécurité interne face aux éventuels dangers extérieurs [25].

A. Bullinger a théorisé l'importance des flux sensoriels dans le développement sensori-moteur de l'enfant. Un flux sensoriel peut se définir comme « *un ensemble dynamique de signaux continus et orientés qui vont venir stimuler la surface sensible d'un capteur* » [12]. Autrement dit, les flux sont une source continue d'information externe, interne et environnementale à notre corps. Il s'agit d'un ensemble de signaux orientés qui sollicitent les systèmes sensoriels susceptibles de les recevoir. De plus, ces entrées sensorielles participent à la régulation tonico-posturale et permettent de situer le corps dans l'espace. A la naissance, l'impact des flux sensoriels sur l'organisme se manifeste par des réactions émotionnelles. Ces flux entraînent des réactions dites **d'alerte** et **d'orientation** sur l'organisme.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'appellation « nouveau-né » correspond à la période de vie entre zéro et vingt-huit jours. Ensuite, de vingt-huit jours à deux ans on parle d'un « nourrisson » [65]. Étymologiquement parlant, le terme « nourrisson » fait référence à l'acte nourricier, au fait d'allaiter un enfant [15].

² « *Manière dont le bébé parvient à faire de ses systèmes sensori-moteurs des outils qui lui permettent de comprendre et d'agir sur son milieu.* » [12].

1.1 Le système auditif

Le système auditif humain, appareil de transmission et de transformation des vibrations sonores, appelé communément « oreille », est divisé en trois parties.

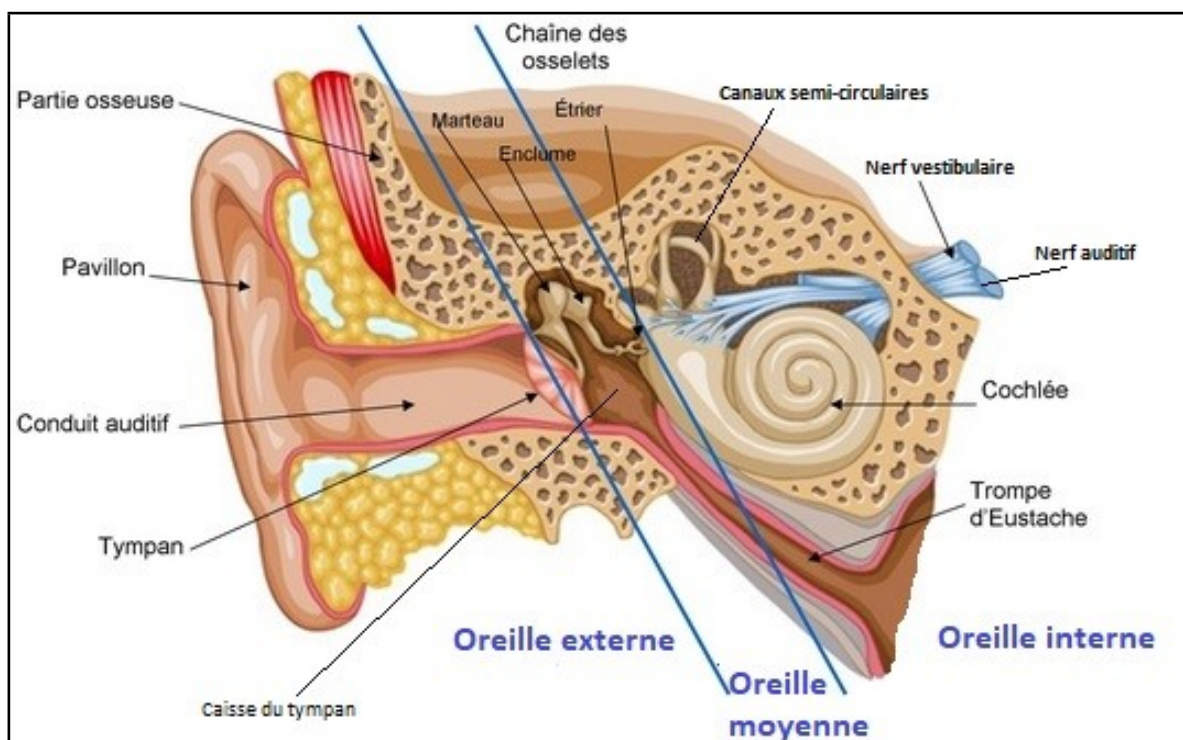
1.1.1 Physiologie

L'oreille externe présente une forme d'entonnoir, c'est la partie de l'oreille visible par tous. Elle comprend le pavillon et le conduit auditif externe.

L'oreille moyenne est la partie intermédiaire située dans l'os temporal. Elle comprend le tympan (membrane fragile qui sépare l'oreille externe de l'oreille interne), la chaîne ossiculaire avec les trois osselets (marteau, enclume et étrier) et la caisse du tympan. Les osselets relient le tympan à la fenêtre ovale.

L'oreille interne ou labyrinthe, située dans la boîte crânienne, est divisée en deux parties assurant deux fonctions différentes : l'audition et l'équilibre. L'appareil de l'audition est composé de la cochlée et de l'organe de Corti (situé dans la cochlée), alors que l'organe de l'équilibre ou vestibule, comprend les canaux semi-circulaires, l'utricule et le saccule.

La cochlée est une spirale osseuse qui renferme le canal cochléaire, lui-même rempli d'endolymphe, entouré par deux rampes périlympatiques (vestibulaire et tympanique). Elle est rattachée au nerf auditif qui transmet les informations jusqu'au cerveau.



<https://search.lilo.org/results.php?q=syst%C3%A8me%20auditif%20et%20vestibulaire%20humain&tab=images&page=1>

Évidemment, tous ces organes sont doublés du fait de la présence de deux oreilles.

1.1.2 Mécanisme du son³

Son : « Sensation auditive engendrée par une onde acoustique. »; « Toute vibration acoustique considérée du point de vue des sensations auditives ainsi créées. » [41].

Bruit : « Ensemble des sons produits par des vibrations, perceptibles par l'ouïe. »; « Ensemble des sons sans harmonie. » [41].

L'activité de l'oreille est permanente, elle capte les ondes sonores et les transforme en information que le cerveau peut interpréter [36]. Un « son » perçu dans l'environnement, quel qu'il soit, provoque une vibration des molécules d'air. C'est par ce système de vibration que l'oreille humaine peut percevoir les « bruits ». Sur ce constat, il n'est donc pas possible de percevoir les sons dans un endroit où il n'y aurait pas d'air parce que c'est cet élément qui permet sa propagation.

Le système auditif convertit les ondes sonores présentes dans l'air en impulsions électriques permettant ainsi au cerveau de les interpréter, c'est ce que l'on appelle la **transduction auditive**. Dans un premier temps, les ondes sonores sont captées par le pavillon de l'oreille externe. Ces ondes sont amplifiées et transmises par le conduit auditif externe, jusqu'à la membrane du tympan qui se met à vibrer. Ainsi, on passe d'une transmission aérienne à une transmission membranaire. La vibration tympanique, entraîne la vibration des osselets. L'ensemble des osselets se met à vibrer – transmission osseuse – entraînant la pression de l'étrier sur le liquide situé dans la cochlée. Les parois de la cochlée sont tapissées de cellules ciliées qui détectent les vibrations du liquide. De ce fait, la cochlée transmet le son au nerf auditif, qui lui le transmet sous forme électrique – transmission électrique – jusqu'au cerveau, dans le cortex auditif primaire.

Le son est représenté sous la forme d'une onde sonore dont la fréquence (hauteur du son) est mesurée en hertz (Hz)⁴. Elle représente le nombre de vibrations (oscillations) du son par seconde. Une oreille humaine – en bonne santé – perçoit les sons entre 20 Hz (basses fréquences) et 20 000 Hz (hautes fréquences). Les sons graves produisent une vibration à basse fréquence et les sons aigus à haute fréquence.

³ Cf. annexe 3.

⁴ Cf. annexe 4.

L'intensité ou l'amplitude du son se mesure sous la forme de décibel (dB)⁵. L'intensité permet de faire la distinction entre un son fort et un son faible. L'échelle du bruit s'étend de 0 dB à 130 dB ; au-delà, la perception du son devient nocive et douloureuse [36].

1.1.3 Rôle et importance du son

Le son nous permet d'avoir une perception de notre propre action, de notre corps et de notre environnement.

Le son permet de **communiquer** via la parole, les onomatopées ou encore les différents bruits que nous pouvons émettre comme les cris de douleurs par exemple. Cependant, même si cela peut sembler paradoxal, je démontrerai que la compréhension d'un message verbal passe majoritairement par des indices non-verbaux.

Dès le plus jeune âge, le son a une fonction **d'alerte** et de **réassurance**. Il nous permet de savoir quand quelqu'un ou quelque chose arrive derrière nous, sans avoir de vision dessus, c'est un sens à distance. Pour le bébé, la voix des figures d'attachement (parents ou substituts parentaux) permet de garder contact lorsque ceux-ci ne se trouvent plus dans son champ visuel. Déjà in utero, le bébé a une préférence pour la voix de sa mère. A la naissance, il sera ensuite capable de reconnaître la voix de celle-ci parmi celle d'autres femmes et c'est cette même voix qui lui procurera un apaisement maximal.

Les ondes sonores jouent un rôle dans le développement de la **structuration spatiale**. Le son nous permet de nous repérer, d'appréhender notre environnement et ses changements, et de nous orienter. Nous sommes capables d'évaluer les distances et la profondeur grâce à notre perception auditive. Quand les muscles toniques de son cou deviennent matures, le bébé sera capable de diriger son attention et de tourner sa tête en direction de la source sonore. Il pourra ainsi associer un bruit à une image – coordination auditivo-visuelle – et estimer les distances entre les objets qu'il peut atteindre et ceux qui sont trop loin.

De plus, la structuration des **rythmes corporels** et la **temporalité** se construisent en partie via le feedback auditif des bruits de son propre corps. Les sensations et le bruit de la respiration vont structurer la notion du temps et du rythme.

⁵ Cf. annexe 5.

1.2 Les cinq sens

Encore une fois, les âges mentionnés ci-dessous [40 ; 53] ne sont que des moyennes et n'ont pas des références *stricto sensu*.

1.2.1 Le tact

Le toucher est la première capacité sensorielle à apparaître chez le fœtus. In utero, le fœtus flotte dans le liquide amniotique. Plus il va grandir, plus il va se coller à la paroi utérine de sa mère. Ainsi, il sera constamment touché et touchera constamment quelque chose, soit le liquide amniotique, soit la paroi utérine, soit lui-même. C'est au travers des mouvements de la maman et de la variation des flux sensoriels que le fœtus pourra percevoir différentes sensations.

Le flux tactile est activé par un gaz, un liquide ou bien par le frottement d'un objet solide sur la surface du corps et donc de la peau. Ici, l'ensemble de l'enveloppe corporelle fait office de capteur sensoriel tactile [12]. Chez le petit enfant, la réaction à un flux tactile correspond à un mouvement tonique global à forte composante émotionnelle. C'est suite à l'acquisition des coordinations qu'il pourra spatialement traiter ces signaux sensoriels.

Après la sixième semaine in utero, on peut apercevoir des réactions autour de la bouche du fœtus qui montre la sensibilité de ce premier lieu d'exploration. Vers onze semaines d'aménorrhée, les récepteurs tactiles seraient présents sur tout le visage du bébé, sur la paume de ses mains et sous ses plantes de pieds. La bouche et les mains sont les organes qui concentrent le plus de récepteurs tactiles, ce qui fait d'eux les organes privilégiés du toucher. Puis, aux alentours de la vingtième semaine, l'ensemble du corps réagit aux stimulations tactiles. A savoir que le tact a deux fonctions : une fonction d'exploration - perception, et une fonction instrumentale - motrice [40]. Il permet d'explorer des objets et de percevoir leurs propriétés (température, texture, densité...), mais aussi d'adapter nos mouvements à notre environnement.

Le nouveau-né vient au monde avec l'ensemble de ses récepteurs tactiles, de manière définitive. Du fait de sa petite taille, les récepteurs seront concentrés sur une même surface au début de sa vie. La sensorialité tactile est déjà très présente in utero mais elle va fortement s'amplifier à la naissance, tout comme les flux gravitaires. Le bébé fait l'expérience de la pesanteur, du changement de température, de nouveaux bruits

environnants, de la lumière et tant d'autre. Nous pouvons imaginer comme cela peut être effrayant de percevoir d'un coup d'un seul un tsunami de sensations encore méconnues jusqu'alors. C'est pour cela que le plus tôt possible, le contact peau à peau sera rassurant et apaisant car il permettra à l'enfant de retrouver des sensations similaires à ce qu'il connaissait dans le ventre de sa mère. Dans cet échange peau à peau, il sera question de co-modalité entre les différents récepteurs sensoriels comme par exemple le tact et l'odorat, et les paramètres vitaux comme le rythme cardiaque et respiratoire. D'après D. Anzieu, psychiatre de formation philosophique, c'est par la peau et toutes les stimulations tactiles qu'il va recevoir, que l'enfant va se sentir exister et développer progressivement son « moi » [3].

Le toucher est le seul sens réflexible, si nous touchons, nous sommes forcément touchés d'un point de vue physique, autant que psychique. Lorsque nous arrivons à l'âge d'or, le toucher est souvent le dernier sens préservé. Alors que nous perdons la vue, l'ouïe, le goût et l'odorat, les caresses de nos proches peuvent être un soutien précieux.

1.2.2 L'olfaction

Du fait de la proximité de leurs organes sensorielles respectifs, l'odorat est très en lien avec la question du goût. A huit semaines, la structure du bulbe olfactif est proche de celle de l'adulte. L'olfaction apparaît par la formation du nez et des narines. Les premières expériences sensorielles olfactives arrivent vers le septième mois avec l'odeur de l'alimentation de la mère dans le liquide amniotique. Ainsi, le flux olfactif organise la recherche de nourriture chez le bébé et permet la continuité entre l'anténatal et le post-natal. Le bébé est capable de reconnaître l'odeur de sa mère à travers sa peau et son lait et peut distinguer l'odeur de celle-ci parmi l'odeur d'autres femmes.

L'odorat est un sens primitif qui va régresser parallèlement au développement de l'individu. C'est un sens qui a une forte valeur émotionnelle sur le plan de la mémoire affective et ce notamment chez les personnes âgées.

1.2.3 Le goût

Ce sens se met en place très tôt dans la vie intra-utérine. A sept semaines d'aménorrhée, apparaissent les premiers bourgeons gustatifs sur la langue et le palais. Puis, vers trois mois, tout le système gustatif devient fonctionnel. Des expériences

montrent que déjà in utero, le fœtus est capable de discriminer les goûts, avec une préférence pour le sucré et certains aliments que la maman aura mangé pendant sa grossesse.

Quatre saveurs primaires : sucré, salé, acide, amer [40].

1.2.4 L'audition

Les flux auditifs correspondent à l'ensemble des sons ambiants ; les signaux sont perçus quelle que soit l'orientation des capteurs. Cela constitue « *une fonction d'alerte cruciale pour notre espèce* » [12].

Dès le cinquième mois de grossesse, les structures anatomiques de l'audition sont formées et fonctionnelles. A partir de sept mois, le fœtus est capable de réagir à des sons graves. Ces canaux auditifs étant encore bouchés, il enregistre les sensations auditives sensibles aux vibrations ; il perçoit les bruits internes de la maman comme ces battements cardiaques, sa respiration ou encore sa digestion.

A la naissance, l'audition n'est pas encore au maximum de sa fonctionnalité ; pour autant, elle est efficace notamment pour percevoir les sons graves. Le nouveau-né distingue parfaitement la prosodie⁶ des voix qu'il entend, il est sensible aux intonations, aux caractéristiques rythmiques et aux émotions transmises. C'est pour cette raison que les bébés sont comparés à des éponges émotionnelles parce qu'ils absorbent toutes les émotions des personnes qui prennent soin de lui. Ils captent ces sensations via les différents canaux sensoriels et surtout au travers du dialogue tonico-émotionnel⁷.

1.2.5 La vision

La formation des yeux s'achève vers le cinquième mois in utero. Ensuite, vers le septième mois, le fœtus est sensible aux nuances fortes entre ombre et lumière.

La vision est partiellement mature à la naissance, le nouveau-né a une vision périphérique, il est capable de voir la lumière, les contrastes, les contours, les mouvements, etc. Cependant, la vision focale est immature, il ne distingue pas encore les nuances de couleurs, les détails, les reliefs, etc. La vision focale est mature uniquement à

⁶ Partie de la phonétique qui étudie l'intonation, l'accentuation, les tons, le rythme, les pauses, la durée des phonèmes [41].

⁷ Notion explicitée dans la dernière partie de ce mémoire.

moins de trente centimètres, ce qui correspond à la distance entre la tête du bébé et la tête de la maman lors de l'allaitement. Ce regard qui s'établit pendant le nourrissage participera lui aussi à l'établissement du lien d'attachement.

La vision binoculaire sera mature vers l'âge de trois ou quatre mois, tout comme la vision focale, permettant ainsi une exploration de l'espace environnant et une envie d'aller vers. Le système visuel entraînera ainsi des réactions posturales d'alerte et d'orientation. La vue continue d'évoluer tout au long de la vie, dans un sens comme dans l'autre.

Le déplacement des yeux ou de l'environnement entraînant un glissement des images sur la rétine, correspond au flux visuel. Ce flux est nécessaire pour contrôler la posture, pour orienter le corps dans l'espace ou encore pour ajuster nos mouvements. A savoir que son évolution dans la régulation motrice évolue avec le développement. Au début de sa vie, le petit d'homme entraîne l'intégralité de son buste dans ses mouvements de préhension. Avec la maturation des systèmes, le jeune enfant sera par la suite capable d'inhiber le mouvement du buste pour laisser l'entière motricité au mouvement du bras, entraînant de surcroît l'apparition des coordinations oculo-manuelles.

1.3 Sixième et septième sens

1.3.1 Le système proprioceptif

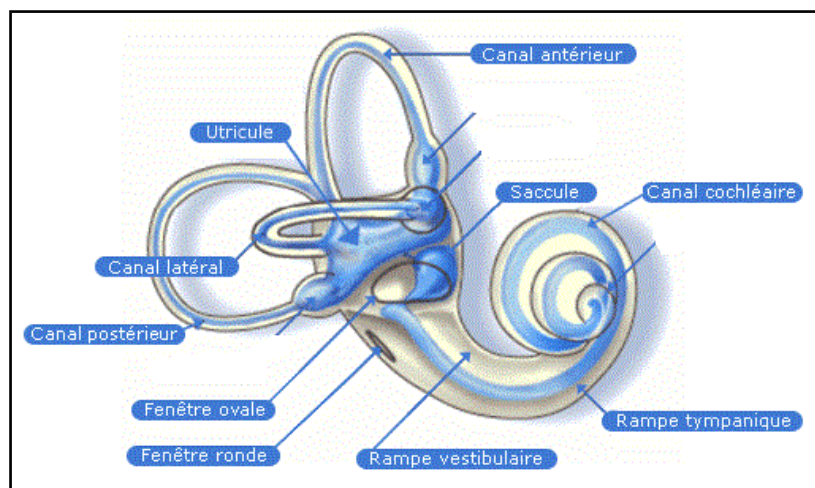
« La proprioception désigne l'ensemble des récepteurs, voies et centres nerveux impliqués dans la perception de soi-même, consciente ou non, c'est à dire : de la position des différentes parties du corps les unes par rapport aux autres, de leur mouvement, de leur tonus et de la situation du corps dans l'espace et dans le champ de la pesanteur. » [17]. En clair, ce système correspond à la conscience de la position relative des membres du corps les uns par rapport aux autres et à la perception des mouvements dans l'espace. Cela est possible grâce aux récepteurs proprioceptifs situés au niveau articulaire et musculaire. Cette fonction proprioceptive est malléable en fonction des interactions entre l'organisme et son milieu. La coordination entre la sensibilité profonde et les flux sensoriels constitue la proprioception. La sensibilité profonde correspond à des capteurs internes qui indiquent l'état de tension des fibres musculaires, des tendons ainsi que la position des articulations [12].

Ce processus est fonctionnel dès le ventre de la mère mais le référentiel du bébé change à la naissance du fait de la gravité, nécessitant un recrutement tonique supplémentaire.

Cet ensemble unifié et orienté de son corps dans l'espace, cette représentation globale de soi est un préalable à ce qu'on pourrait nommer « schéma corporel ».

1.3.2 Le système vestibulaire

Situé dans l'oreille interne au niveau de l'appareil cochléo-vestibulaire, le vestibule est anatomiquement proche de la cochlée (organe de l'audition). Les canaux semi-circulaires et le labyrinthe qui le composent sont matures dès quatre mois in utero. Les canaux semi-circulaires (antérieur, postérieur et latéral) détectent les accélérations giratoires de la tête dans les trois plans de l'espace, le saccule détecte les accélérations verticales, et l'utricule les accélérations horizontales. Le vestibule est rempli de liquide lymphatique.



<http://www.globepharma.org/article-le-6eme-sens-et-ses-troubles-1-2-59611837.html>

Les voies vestibulaires sont connectées aux noyaux oculomoteurs, aux motoneurones de la moelle épinière, ainsi qu'au cortex et au cervelet. Cela explique son implication dans de nombreux systèmes. Le vestibule joue un rôle dans la motricité et l'équilibration, il nous informe de la position de notre tête et de ses déplacements dans l'espace [40]. Il est celui qui nous permet principalement d'acquérir la perception de la gravité et par conséquent, la capacité d'équilibre statique et dynamique, et la verticalité. C'est par ce biais, par la fonction visuelle et également grâce aux fonctions toniques que nous pouvons tenir une posture. Le système vestibulaire est le seul système de stabilisation du regard en dynamique [17]. Nous voyons ici la relation fondamentale entre les différents systèmes : vestibulaires, visuels et toniques pour pouvoir réaliser nos actions du quotidien.

Le triptyque vestibule, proprioception et vision permet à chaque individu d'être en lien continu avec son environnement. Ce système aide la personne à s'inscrire naturellement dans son environnement afin d'y faire ses expérimentations et de répondre de manière automatique à des modifications imprévues [24].

2. Développement psychomoteur

Avant d'introduire le développement psychomoteur de l'enfant, il est nécessaire d'avoir en tête les grandes lois de développement auxquelles il fait appel. De mon point de vue, les plus importantes pour comprendre ce développement, sont les lois de succession.

Le développement tonique de l'enfant se fait progressivement de la tête vers les pieds. Il s'agit de la première loi, celle que l'on appelle la **loi céphalo-caudale**. Ce cheminement suit le sens dans lequel se fait la myélinisation⁸ du système nerveux central. Les muscles toniques du visage et du cou opèrent les premiers, permettant ainsi à l'enfant de relever sa tête, puis de s'asseoir grâce aux muscles du tronc et enfin de se mettre en position debout via les muscles toniques des jambes. La seconde, la **loi proximo-distale** s'assure que le développement se fait progressivement du centre du corps, vers les extrémités. Les segments corporels proches de l'axe sont d'abord matures, ensuite la motricité des bras peut se faire librement, puis le coude, la main, pour enfin arriver à une motricité fine et opérante des doigts.

Ces lois permettent d'avoir un point de référence concernant le développement psychomoteur de l'enfant et la maturation de son système nerveux central.

Dans un souci de clarté, je décrirai séparément le développement des différentes fonctions motrices, cognitives et langagières, en gardant en tête que cela ne reflète pas la réalité. L'ensemble du développement des fonctions psychomotrices se faisant en synergie les unes par rapport aux autres, aucun système ne fonctionne indépendamment de l'autre. Cependant, cela sera plus clair et explicite de les présenter individuellement. De plus, les âges donnés ne sont que des indicateurs des moyennes pour les enfants nés à terme. Il me semble aussi important de rappeler que chaque enfant suit un rythme de développement qui lui est propre en fonction de son environnement et de ses expériences.

⁸ Formation d'une gaine de myéline autour des fibres nerveuses pendant le développement du système nerveux [15].

2.1 Les fonctions motrices

2.1.1 Tonus et posture

Le tonus est relationnel, toute situation émotionnelle fait directement écho sur la toile tonique. Il se définit comme un état permanent de légère contraction à laquelle sont soumis les muscles squelettiques au repos, il en existe différents types. Le **tonus de fond** est une légère contraction musculaire qui est présente quand nous sommes au repos. Il participe à l'état de vigilance, maintient la cohésion des différentes parties du corps et représente le substrat de l'affectivité et des émotions. Le **tonus postural** est l'activité tonique minimale qui maintient les mises en forme corporelle, il est aussi lié aux émotions. La modulation du tonus postural joue un rôle fondamental dans l'édification des coordinations gestuelles. Le **tonus d'action** lui, permet une mise en action et en mouvement du corps dans un déroulement spatialisé. A la naissance, en position symétrique, l'enfant présente une hypotonie⁹ axiale, une hypertonie¹⁰ des membres fléchisseurs et une hypotonie des extenseurs.

La posture quant à elle est le maintien du corps dans une position donnée grâce à une activité musculaire permanente [53]. C'est également le support des émotions et l'histoire de chacun ; posture et motricité représentent le langage à part entière du nouveau-né [52].

Durant les trois premiers mois de vie du nourrisson, on peut observer des réflexes archaïques qui étaient déjà présent in utero et qui disparaîtront avec la maturation du tonus musculaire. Ces réflexes peuvent être considérés comme des réflexes de survie, ils prouvent le bon fonctionnement du système nerveux central et du tonus. Parmi les plus connus, on retrouve le **réflexe de grasping** : si nous mettons notre doigt dans la paume de main d'un bébé, il va serrer ses doigts sur le nôtre, réflexe d'agrippement. Le **réflexe de moro** lui, fait suite à un évènement soudain, le bébé écarte les membres puis les regroupe automatiquement, réflexe de défense.

C'est à partir de ces réflexes que vont s'élaborer par la suite les schèmes moteurs élémentaires qui se complexifieront de par un processus d'équilibration : assimilation et accommodation [2 ; 44]. L'assimilation permet d'intégrer de nouveaux éléments extérieurs aux connaissances déjà existantes. L'accommodation elle, est la modification des structures internes qui permettent d'intégrer les nouveaux apprentissages [44].

⁹ Baisse du tonus musculaire.

¹⁰ Exagération du tonus musculaire.

Tonus et posture sont intimement liés aux émotions et à notre système sensoriel. Quand nous sommes en état de stress, cela peut se lire corporellement. Nous nous raidissons, « nous sommes sous tension ». Cela n'est pas qu'une métaphore, les muscles se mettent réellement en tension. Comme nous l'avons vu précédemment, notre système sensoriel est nécessaire pour l'ajustement postural. Si nous avons une défaillance au niveau vestibulaire ou au niveau de la vision par exemple, il nous sera difficile de tenir en équilibre.

Au fil de la maturation, le tonus va se moduler permettant ainsi les redressements. Si la coordination des signaux vestibulaires et proprioceptifs se met en place de façon adaptée, alors la question de la verticalité peut être comprise et les appuis corporels stabilisant la posture peuvent s'élaborer [13]. Ces appuis corporels stables permettront le développement de l'activité psychique. C'est en ça que « psycho » et « motricité » sont liés ; sans la bonne fondation de l'un, l'autre ne peut s'établir durablement.

D'après la théorie sur le développement sensori-moteur de A. Bullinger, la régulation du niveau tonique de l'organisme est liée à quatre mécanismes : le niveau de vigilance, la variation des flux sensoriels, le dialogue tonique et les capacités d'anticipation. Ces mécanismes s'ancrent chez le petit enfant et continuent d'exister chez l'adulte. Ainsi, ces modes de régulation créent un équilibre sensori-tonique et permettent l'activité psychique. L'environnement humain, biologique et les stimulations sensori-toniques sont donc essentiels au bon développement psychomoteur [13].

Le bébé devra commencer par contrôler les muscles de son cou vers trois mois, pour ensuite pouvoir tenir assis avec un support. Aux alentours de sept mois, il pourra contrôler les muscles de son tronc et commencera à tenir son bassin. Après, il sera capable de tenir la position assise en dynamique, suite à la diminution du tonus des muscles fléchisseurs des jambes, lui permettant de les étendre et ainsi de stabiliser la position. De cette façon, les mains libérées, il commencera les explorations manuelles. Vers onze mois, il parviendra à contrôler les muscles de ses membres inférieurs, lui permettant de tenir debout avec appui dans un premier temps, puis sans appui. Pour cela, il élargira son polygone de sustentation¹¹ en essayant de garder son centre de gravité à l'intérieur. Avec le développement du tonus de fond, le polygone de sustentation va se réduire et l'enfant sera alors capable de tenir debout en équilibre.

¹¹ Surface virtuelle comprise entre les points d'appui des deux pieds, pendant la station debout, à l'intérieur de laquelle doit se projeter le centre de gravité du corps pour qu'il n'y ait pas déséquilibre et chute [15].

Plus il va grandir et plus ses compétences toniques et posturales vont s'affiner et s'adapter à chaque situation. La maturation neurologique s'étend jusqu'à douze ans environ ; à cet âge, l'enfant fait preuve d'ajustements posturaux adaptés.

La coordination entre les différents flux (notamment le flux visuel) et les postures, donnera un accès aux représentations spatiales. A. Bullinger précise qu' « *aucun système sensori-moteur ne donne un accès direct à l'espace* » [12]. C'est vraiment la coordination entre les modalités sensorielles qui donne la possibilité de pouvoir se représenter l'espace.

2.1.2 Coordinations motrices globales

« *Les coordinations motrices globales sont des mouvements impliquant le tronc et un ou plusieurs segments corporels, ces mouvements sont orientés vers un but et organisés dans le temps et l'espace ce qui permet des changements de position et la locomotion.* » [53]. Ces coordinations font références notamment aux retournements et à la locomotion ; et de surcroît, à l'élaboration de l'espace corporel et environnant, du schéma corporel et de la conception de la temporalité.

On retrouve plusieurs stades de développement par lesquels les enfants passeront, ou non. Durant ses premières semaines de vie, le nouveau-né reste dans la position dans laquelle l'a installé son parent. Il n'a pas encore les compétences motrices et musculaires pour se sortir lui-même d'une position. C'est avec la maturation du tonus et l'intégration de ses différents espaces corporels¹² que l'enfant pourra se retourner et se mouvoir. Les premières rotations du buste par dissociation des ceintures scapulaires (ligne des épaules) et pelviennes (ligne du bassin), amènent l'enfant à positionner ses mains latéralement pour assurer les appuis ; et par conséquent, améliore la stabilité dans la position assise [13].

Au moyen de la maturation tonique et posturale, l'enfant commencera à se tourner sur lui-même, ensuite à ramper et à se déplacer à quatre pattes, puis il se redressera et pourra expérimenter la marche. L'accès à celle-ci sera facilité si l'enfant est soutenu psychiquement par ses parents. Les regards maternant et paternant, ainsi que les mots d'encouragement forment une bulle protectrice contenante permettant à l'enfant d'investir ses premiers pas de façon plus assurée et de limiter les angoisses. L'éloignement se fera alors plus facilement car l'enfant percevra le soutien et la présence de ses figures

¹² Espace oral, espace du buste, espace du torse, espace du corps [13].

d'attachement. J'ai pris ici exemple sur la marche, mais le début de la locomotion à quatre pattes s'établira sur le même mode.

La perception auditive de la voix de ses parents, permettra à l'enfant d'évaluer la distance entre lui et eux et de prendre conscience qu'ils existent toujours même s'il ne les voit pas.

De même, son propre déplacement dans l'espace fera partie de la construction de ses représentations spatiales. Petit à petit, il sera capable d'aller d'un point à un autre dans la maison, sans se cogner aux meubles.

2.1.3 Motricité manuelle et coordinations bimanuelles

La préhension, fait de pouvoir saisir un objet dans sa main, fait partie intégrante des coordinations manuelles, tout comme les manipulations en générale. A trois mois, après le réflexe de grasping, coordonné avec la vision, le bébé commence ses premières préhensions manuelles volontaires. En revanche, comme cité plus haut, nous pouvons penser que le premier organe de préhension est la bouche car l'enfant tète le sein, le petit doigt de son parent ou encore sa sucette avant même de pouvoir prendre un objet dans sa main.

Dans un premier temps, ces préhensions ne seront ni orientées dans l'espace, ni adaptées aux caractéristiques de l'objet. Le mouvement sera d'abord global (entièreté du bras) avant de s'affiner pour être plus précis (main uniquement). Au niveau des différentes prises, elles seront d'abord cubito-palmaires c'est à dire avec l'ensemble de la paume de la main. Puis, il développera une prise plus fine : la pince pouce-index.

Vers sept mois, apparaissent les premières coordinations bimanuelles, l'enfant va commencer à joindre ses deux mains et à jouer avec. Cette coordination s'affinera jusqu'à l'âge de sept ans. Vers dix mois, les activités de manipulations bimanuelles apparaissent, c'est-à-dire qu'il arrive à tenir un objet dans une main, pendant que l'autre main inspecte. Cette exploration commence dans une position asymétrique de type Asymetric Tonic Neck Posture (ATNP) : la tête est tournée sur un côté, le bras du même côté est en extension, alors que le bras opposé est en flexion, main près de l'oreille. Dans cette posture asymétrique au niveau de la répartition du tonus, la création des espaces s'opère : espace droit quand la tête est tournée à droite et inversement. L'espace médian lui, correspond à la mobilisation de la zone orale (zone d'exploration et de capture). La coordination de ces trois espaces crée un espace de préhension qui permettra par la suite la constitution de l'axe corporel [13].

Le bébé passe donc d'une motricité réflexe dans les premiers temps à une motricité plus coordonnée et volontaire au fil de sa maturation.

2.2 Les fonctions psychologiques

Suivant la théorie de J. Piaget, il existe quatre stades dans la manière dont se construit et se développe la pensée de l'enfant. Il soutient l'idée que la pensée se construit en même temps que le perfectionnement des structures mentales déjà existantes et en lien avec les interactions proposées par son environnement [44].

2.2.1 Le stade sensori-moteur : 0 - 2 ans

L'enfant est doté de comportements réflexes qui lui permettent d'agir sur son monde. Durant cette période, il appréhende le monde et les objets au travers de sa sensorialité et de sa motricité. Ses réflexes vont lui permettre de toucher et de rencontrer des objets, au départ par hasard, puis par intention. Petit à petit avec la maturation du système nerveux, les comportements réflexes se transforment en habitudes motrices guidées par la pulsion de vie et le besoin de bouger. La maturation du tonus axial permet les premiers mouvements liés à l'intention de se mouvoir. Le bébé commence à construire une certaine intentionnalité des gestes grâce aux effets qu'ils produisent, c'est le début de la construction du répertoire moteur et des liens de causes à effets. C'est parce que l'enfant expérimente qu'il peut ensuite se représenter dans l'action. C'est aux alentours de neuf mois que le bébé acquiert la **permanence de l'objet**. C'est à dire qu'il a intégré que les objets qui l'entourent, existent à l'extérieur de lui et surtout qu'ils continuent d'exister même s'il ne les perçoit pas par ses cinq sens.

Cependant, l'âge d'acquisition de la permanence de l'objet a été remis en cause avec d'autre théorie. Par exemple, R. Lécuyer, psychologue, pense que dès deux mois et demi l'enfant a déjà acquis une forme de permanence de l'objet [44].

Aux alentours de neuf mois, après qu'il soit en mesure de contrôler sa posture et de manipuler des objets, le petit-enfant développe des capacités d'**attention conjointe**. Cela permet de partager, avec son parent, un même objet d'intérêt, de coordonner les regards, puis les actions. Cette compétence sociale de communication est prédictive du langage. Elle rend possible le passage du réel au symbolisme en engageant un acte perceptif (regarder un objet) et cognitif (mentaliser cet objet). En désignant l'objet par du langage oral ou gestuel, cela aide à la création d'une représentation mentale et la possibilité d'en

reparler plus tard sans qu'il ne soit visible. L'attention conjointe est une prémisses aux capacités de pointage, d'intentionnalité et de langage [4].

Vers la fin de la deuxième année, la capacité **d'imitation** apparaît, le bébé est un grand observateur et intériorise beaucoup d'informations. C'est aussi à cette période, qu'il accède à la **fonction symbolique** ; il arrive à se représenter un objet et une situation non directement perceptible, à l'aide de signes ou de symboles. L'imitation différée, le jeu symbolique, le dessin et le langage sont d'autres indices du fonctionnement symbolique.

2.2.2 Le stade de la pensée opératoire : 2 - 12 ans

- **Stade pré-opératoire : 2 - 7 ans**

L'enfant rentre dans le processus des représentations mentales, cognitives et intellectuelles. C'est à cette période qu'il accède au **langage**, il devient alors capable de penser en termes symboliques à partir de mots ou d'images. Il n'a plus besoin de manipuler les objets pour les comprendre. Toutefois, sa pensée est extrêmement rigide et égocentrée (centrée sur sa propre perception). Il acquiert les premières notions topologiques relatives à l'espace et au temps, en lien avec les premiers apprentissages.

A six ans, il est estimé que le cerveau a atteint environ 95 % de son volume maximal, sans oublier les variabilités interindividuelles. Toutefois, cet organe continuera de se perfectionner jusqu'à environ vingt ans en éliminant les connexions neuronales inutiles pour faire place aux nouvelles connexions [44].

- **Stade des opérations concrètes : 7 - 12 ans**

La pensée égocentrique décline, l'enfant a complexifié ses schèmes et il est capable de combiner ses actions entre elles et donc d'avoir des comportements de plus en plus complexes (opérations mentales). Il va comprendre la réversibilité des actions et la notion d'invariance. Sa pensée va passer par trois phases : pensée symbolique, intuitive puis opératoire concrète.

2.2.3 Le stade des opérations formelles : 12 - 16 ans

Le jeune adolescent acquiert la capacité de raisonner avec des supports immatériels abstraits. Il développe une **pensée hypothético-déductive**. Il va commencer à se poser

des questions morales, de justices, etc. Il s'intéresse à des problèmes sans rapport avec la réalité vécue au jour le jour.

La théorie de J. Piaget stipule que l'enfant passe de « l'action » dans le stade sensorimoteur, à la « représentation mentale » dans le stade des opérations concrètes. Il va se décentrer de son corps pour transformer ses connaissances « actions », en connaissances « représentations ». Puis, il sera capable de mentaliser des supports abstraits.

Attention toutefois à la généralisation de cette théorie car elle ne prend pas en compte les différences inter- et intra-individuelles¹³. J. Piaget pense que le développement de l'intelligence est un modèle en stade que les enfants franchiront un par un. Or, nombres d'auteurs ont ensuite affirmé que la construction de la pensée se fait par un va et vient d'aller-retour et d'essai-erreur. De plus, il est possible que J. Piaget ait sous-estimé l'importance de l'entourage de l'enfant [44].

2.3 Les fonctions langagières

Le langage se développe plus tard que la communication. Dès la naissance, le bébé développe des habiletés de communication non-verbale. Le langage est la « *faculté que les hommes possèdent d'exprimer leur pensée et de communiquer entre eux au moyen d'un système de signes conventionnels vocaux et/ou graphiques constituant une langue* » [15].

Le langage a une fonction de communication et d'expression des pensées. Il utilise des systèmes de signes souvent arbitraires, partagés par une communauté. Il regroupe la langue (système abstrait) et la parole (forme aboutie de la langue). Le langage nous permet donc une certaine symbolisation de nos pensées.

Conformément à L. S. Vygotsky, philosophe et psychologue, l'apparition du langage, qu'il soit écrit ou oral, ne serait possible pour l'enfant que dans un cadre social, c'est à dire « *dans le cadre de la communication avec l'adulte et la collaboration avec les camarades* » [33]. Les interactions groupales avec des locuteurs plus compétents entraîneraient le développement du langage. Ensuite, une fois seul, l'enfant pourra se parler à lui-même et ainsi développer sa pensée en régulant ses activités : planification, évaluation, réajustement. En opposition à J. Piaget, L.S. Vygotsky, stipule que c'est

¹³ Différence entre les propres capacités de l'individu et entre les individus eux-mêmes.

l'environnement social qui permet le développement du langage chez l'enfant. Alors que pour J. Piaget, c'est l'action individuelle qui constitue le point de départ ; l'environnement social n'étant qu'une variable qui viendrait influencer l'individu.

Son acquisition commence par les pleurs et les cris (en lien avec les rythmes biologiques : faim, fatigue, propreté) auxquels vont répondre les parents. Par la suite, l'enfant produira des gazouillis, puis un babillage [11]. Ultérieurement, il commencera à répéter des syllabes vers neuf mois, apparition du « non » entre douze et dix-huit mois et les premières phrases courtes vers vingt-quatre mois. Tout cela s'affinera avec l'apprentissage de la lecture et de l'écriture à six ans.

En parallèle du développement psychomoteur et sensoriel, plusieurs grandes notions psychomotrices se mettent en place. Quelques-unes ont été nommées dans le corps de texte reprenant les différents développements. Parmi elles, je m'attarderai particulièrement dans la suite de ce mémoire sur les notions de schéma corporel et d'image du corps (que je regrouperai sous le terme « représentations corporelles »), ainsi que sur les notions d'espace et de temps.

Le schéma corporel est la connaissance que l'on a de son propre corps, notre capacité à nommer ses parties et la notion de réversibilité. Cela comprend aussi la localisation de la posture du corps et des déplacements dans l'espace. Il est intégré neurologiquement au cours du développement psychomoteur mais peut varier en fonction des sensations et des perceptions. L'image du corps est influencée par de nombreux facteurs psychologiques, émotionnels, relationnels, affectifs... C'est une notion métaphorique de la représentation que nous avons de nous-mêmes et qui diffère d'un jour à l'autre.

L'espace et le temps sont des notions qui se construisent dès la période intra-utérine. L'espace comprend les différents espaces corporels et les notions spatiales environnementales. Le temps, intimement lié à la notion de rythme (corporel et environnemental) va se construire et s'enrichir tout au long de la vie du sujet.

3. De la sensation à la représentation

La boucle sensation – perception – représentation est une notion fondamentale dans l'élaboration des capacités cognitives du bébé ainsi que dans son processus d'émancipation, de construction identitaire et de distinction de soi à l'autre.

La sensation est notre première interface avec le monde [40], c'est une information qui nous vient par les sens. Une stimulation externe ou interne des récepteurs sensoriels entraîne une sensation perçue par le bébé. Cette sensation peut prendre différentes formes : extéroceptive (les cinq sens), proprioceptive et vestibulaire, et intéroceptive (somessthésie végétative). Au début de sa vie, les sensations perçues par l'enfant sont brutes et avides de sens.

A force d'expérience, la somme des sensations provenant des organes sensoriels va se transformer pour constituer une perception qui fait sens pour le sujet et qui aboutit à une identification ou à une catégorisation [40]. L'information sensorielle – la sensation – va être transmise par voie nerveuse jusqu'au cortex où elle va être analysée, identifiée, reconnue et va devenir une perception. La perception est une sensation colorée par le vécu de l'individu, c'est une rencontre entre l'individu et la sensation. C'est un processus cognitif lié aux émotions et aux expériences qui permet de dépasser les informations sensorielles strictes pour les mettre en forme et permet d'ajuster la motricité en fonction du but à atteindre. Cette modélisation demande des capacités d'attention, d'interprétation, de compréhension et de mémorisation.

L'étape ultime de ce processus est la représentation, c'est à dire la capacité à se représenter une perception antérieure qui n'est pas présente. Cette fonction symbolique est liée à la notion de permanence de l'objet. L'équipement sensoriel du bébé est donc un précurseur à son intentionnalité et à sa curiosité d'ouverture sur le monde, si son environnement le lui permet. Ainsi, dans un milieu soutenant et stimulant, son envie de découverte et d'exploration va favoriser ses expériences sensorimotrices et contribuer au déploiement de son système nerveux central.

Quand un bébé entend un bruit fort, avant qu'il ait la capacité de se retourner vers la source sonore, il va se sentir complètement démuné face à l'incompréhension ; il va donc l'exprimer et la manifester par des cris, des pleurs ou de la peur. Au fur et à mesure de son développement, il va pouvoir tourner la tête vers le bruit et associer deux sens : l'audition et la vision. L'expérience, les actions, les sensations et les réactions de l'environnement se mettent petit à petit en lien et permettent à l'enfant de donner du sens. Une fois qu'il y a du sens, le bébé peut construire une représentation cohérente du monde qui l'entoure.

D'après W. Bion, psychiatre et psychanalyste, le processus de représentation et d'émergence de la pensée est facilité par la notion de contenance qu'il dit « symbolisante ». Les parents et particulièrement la mère, ont un rôle de transformation et

de digestion psychique des éléments bêta que leur envoie leur bébé. C'est à dire qu'ils donnent du sens aux comportements de leur enfant et ils lui renvoient ensuite une réponse adaptée, dite élément alpha. Dans les premiers temps de sa vie, l'enfant n'est pas capable de se représenter ses propres comportements, il a besoin du regard de l'adulte et de la symbolisation par les mots pour se créer lui-même la capacité de symbolisation et donc de pensée. En somme, les éléments bêta sont les données sensorielles confuses et morcelées que le bébé subit, cela correspond à ses premières sensations. Puis, la digestion de l'adulte – élément alpha – permet à l'enfant d'assimiler les fonctions bêta qu'il n'est pas capable d'absorber lui-même. C'est dans cette idée que W. Bion prête le terme « d'appareil à penser les pensées » au psychisme maternel [18].

C'est alors que je m'interroge sur ce qu'il se passe sur le développement de l'enfant lorsque l'audition est défaillante. Mais avant d'aborder ce point, il me semble important de définir et d'approfondir le terme de la surdité.

Partie 2 : GENERALITES SUR LA SURDITÉ

Selon la Fédération Nationale des Sourds de France (FNSF), un bébé sur mille naît sourd. Il est estimé qu'il y a environ trois cent mille personnes sourdes en France [1].

Selon l'Institut Nationale de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), près d'un millier de nouveau-nés, soit 0,25 %, naissent avec une surdité chaque année (toutes sévérités confondues) [60].

1. La surdité

1.1 Définition

Le mot surdité vient du latin « *surdita* » [15] qui signifie perte ou diminution notable de l'ouïe. C'est une atteinte sensorielle d'un des cinq sens de relation au monde.

« *La surdité ou perte de l'acuité auditive est la diminution de la capacité à percevoir les sons.* » [21] ; « *La surdité est la conséquence d'une atteinte pathologique de la fonction auditive.* » [62].

1.2 Différents types de surdité

Il existe une variabilité importante de surdité en fonction de l'âge d'apparition, de la localisation, ou encore du degré de l'atteinte ; nous retrouvons différentes classifications.

1.2.1 Selon l'âge d'apparition

La **surdité congénitale** correspond à une surdité survenue in utero. Les personnes naissent sourdes suite à une origine génétique, chromosomique ou à des pathologies embryonnaires, fœtales, péri-natales ou post-natales [62].

La **surdité acquise** est une surdité qui apparaît dans le développement de l'enfant ou pendant la vie adulte, ces personnes sont alors devenues sourdes. On considère différents stades en fonction de l'apparition de la surdité par rapport à l'émergence du langage : pré-linguistique, linguistique, post-linguistique et presbyacousie [4 ; 62]. L'impact

de la surdité, notamment psychologique, sera différent si elle est survenue avant, pendant ou après l'apparition du langage. De même lorsque celle-ci est liée à la vieillesse des organes du corps humain.

1.2.2 Selon la localisation de l'atteinte

La surdité de transmission est un problème de transmission du signal sonore. C'est une atteinte de l'oreille externe ou de l'oreille moyenne (tympan ou chaîne ossiculaire) qui se présente sous la forme d'une difficulté à transmettre le son jusqu'à l'oreille interne. C'est le type de surdité que l'on rencontre le plus, mais c'est également la surdité la plus accessible aux traitements médicaux et elle est généralement réversible.

Dans 99 % des cas, les déficiences auditives de transmission sont acquises suite à une pathologie de l'oreille externe ou moyenne. Dans ces pathologies, on retrouve fréquemment l'otite séreuse, notamment chez les enfants [62]. On peut également retrouver des malformations de l'oreille, des séquelles suite à un traumatisme ou bien une dégénérescence des osselets [21].

La surdité de perception est secondaire à une atteinte de l'oreille interne au niveau des cellules sensorielles de l'organe de Corti situé dans la cochlée [62]. La transduction des vibrations sonores jusqu'au nerf auditif est perturbée. En d'autres termes, c'est une « *anomalie de la transduction du signal sonore en influx nerveux et de l'interprétation de ce signal par le cerveau.* » [21].

Dans ce cas, les causes sont multiples ; cela peut être une surdité génétique, les effets secondaires de certains médicaments, une exposition aux bruits intenses, certaines affections/maladies ou encore des traumatismes.

La surdité mixte est une atteinte des deux oreilles : interne et externe.

1.2.3 Selon le degré d'atteinte

On distingue quatre catégories de surdité selon le degré de l'atteinte. Pour point de référence, le seuil auditif « normal » d'une personne est inférieur à 20 dB. C'est à dire que cette dite personne, est capable de percevoir les sons inférieurs à 20 dB sans difficulté. A savoir que la parole, dans des conditions habituelles de dialogue, est émise à une intensité moyenne de 60 dB [62].

La **surdité légère** correspond à une perte auditive entre 20 et 40 dB. Lors d'une discussion « banale », la voix est perçue mais certains détails phonologiques peuvent échapper à la conscience. On peut remarquer chez ces enfants une certaine fatigabilité et une inattention.

La **surdité moyenne** est une perte située entre 40 et 70 dB. Pour une bonne compréhension, il faut que les voix entendues soient fortes et bien articulées. Des troubles du langage et de l'articulation peuvent apparaître.

La **surdité sévère** est une perte entre 70 et 90 dB. La parole n'est pas perçue, seule l'intensité de la voix peut l'être si elle est assez forte. Ces enfants ne peuvent élaborer un langage intelligible spontanément.

La **surdité profonde** est une perte supérieure à 90 dB. Il n'y a alors aucune perception de la voix et de la parole.

Évidemment, la surdité peut atteindre une seule oreille ou bien les deux. Dans le premier cas, nous parlerons de **surdité unilatérale** et dans le second cas, de **surdité bilatérale**. Aussi, ces différentes classifications de la surdité peuvent se superposer. Un enfant peut tout à fait être atteint d'une surdité de perception, congénitale, profonde.

2. Représentation sociale de la surdité au fil des siècles

La vision sociale de la surdité a beaucoup évolué depuis de nombreuses années. Historiquement, les personnes atteintes de surdité étaient considérées comme aliénées, parfois comparées à des animaux, notamment du fait de leur non-communication orale. De plus, ces individus étaient surnommés « sourd-muet » alors que nous savons aujourd'hui que les Sourds ont toutes les capacités physiologiques et intellectuelles pour oraliser. Cela témoigne du long combat des membres de cette communauté pour gagner leur place au sein de la société actuelle comme individu à part entière.

De l'Antiquité au XVIII^e siècle, l'oralisation était la méthode principale de rééducation des Sourds. La communauté dite « entendante » voulait à tout prix faire parler les sourds, au-delà même de leur propre avis sur la question car pour eux, comme pour Aristote, « *celui qui est sourd est incapable de raison* » [38]. Cette méthode d'oralisation entraînera

de nombreuses réactions des associations de la communauté sourde, formellement opposée à cette unique pratique « orale ».

Au XVII^e siècle, J. P. Bonet, pédagogue, se démarque et prônant que « *la mutilité n'est pas un handicap incurable* » [38]. De ce fait, il crée une méthode d'oralisation à l'aide d'un alphabet manuel.

Au XVIII^e siècle, J. R. Pereire, médecin fortuné, enseigne une méthode d'oralisation sur la base de la prononciation et de la stimulation de l'intelligence. Il utilise l'oralisation et la dactylogogie. Sa méthode sera validée par le roi Louis XV. Cet enseignement très réputé pour l'époque, n'était par ailleurs prévu que pour les enfants des populations aisées car assez onéreux [38].

Il faudra attendre les années 1780 et le « père symbolique » [42] des sourds, l'abbé de l'Épée, pour que débute la rééducation des jeunes sourds. Les Sourds commencent à être pris en considération par l'Église qui s'inquiète que ces jeunes n'aient reçu aucune instruction religieuse. Les enseignements de l'abbé seront gratuits et ouverts à tous.

Après avoir observé deux sœurs jumelles sourdes, il remarque qu'elles peuvent communiquer entre elles via des gestes et des signes de mains [38]. À la suite de ces observations, l'abbé crée une institution pour les jeunes atteints de surdité et invente une méthode d'enseignement d'une langue visuo-gestuelle ; il parlera de signes méthodiques permettant d'exprimer la grammaire et la conjugaison. Par la suite, il créera officiellement l'institution des sourds muets éduqués par la voie des signes méthodiques.

A sa mort, J. Itard, médecin et pédagogue, deviendra directeur de l'institution. Comme il l'a fait avec V. de l'Aveyron et malgré son échec, il tentera de démutiser¹⁴ les sourds, tout en préconisant tout de même une éducation bilingue (oralisation et langue des signes) [42].

En 1880, pendant le Congrès de Milan (congrès international de médecine), des médecins entendants interdisent l'enseignement de la langue des signes dans toutes les institutions, lui préférant la méthode oraliste. Ils considèrent que seule la langue orale peut permettre l'intégration des Sourds dans la société. La langue des signes « [...] *était considérée comme une gestuelle indécente, provocante, sensuelle, qui fait appel au corps* » [37]. La vision sur la communauté sourde n'avait semble-t-il pas évoluée, elle restait une organisation inférieure.

¹⁴ Faire cesser la mutilité de ; donner l'usage de la parole à ; par la démutisation [41].

C'est tardivement, en 1980, après la persévérance des associations que cette langue sera finalement reconnue et autorisée. Petit à petit, les linguistes se rendent compte que la langue des signes est une langue structurée, au moins autant que la langue orale.

Cependant, c'est seulement en 1991 que les jeunes Sourds auront la possibilité de choisir entre une éducation basée sur une communication bilingue (LSF et français) et une communication orale. En 2005, la méthode d'oralisation ne sera finalement plus obligatoire dans leur éducation, relativement à la loi du 11 février sur « *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » [19].

Le parcours de cette communauté pour arriver à se faire considérer fût long et fastidieux. Pour certains, ces années de lutte acharnée pour se faire entendre ont été regrettables car cela a été une perte de temps au niveau des acquisitions. Durant la période de l'éducation oraliste, alors que les entendants apprenaient les mathématiques, le français et tant d'autres choses de la vie, les sourds eux, apprenaient à parler [16], et ne recevaient aucune instruction générale (creusant encore un peu plus l'image désobligeante que les gens portaient sur eux).

Depuis fort longtemps, il existe une forme de désir de reconnaissance de la communauté sourde en tant que culture à part entière et non en tant que personnes handicapées.

Aujourd'hui, la communauté sourde reste divisée face aux progrès de la chirurgie et de l'arrivée de l'implant cochléaire, craignant pour certains que cet appareil ne détruise leur identité.

3. Appareillages et communication

3.1 Les appareillages

Il est estimé que 96 % des enfants sourds naissent dans des familles entendantantes ; dépourvues de stratégies de communication autre que la langue orale [4]. C'est majoritairement cette population de parents qui aura recours aux appareillages auditifs car ils pensent ne plus être en mesure d'utiliser leur langue maternelle pour communiquer avec leur enfant. L'appareillage sera alors un espoir de retrouver un système de communication orale maîtrisé par la famille. A contrario, les parents sourds d'enfant sourd peuvent utiliser leur langue maternelle pour répondre aux besoins de leur enfant, limitant ainsi les difficultés communicationnelles.

Toutefois, j'imagine qu'en fonction des histoires de vie de chaque famille, des parents entendants peuvent ne pas vouloir appareiller leur enfant et inversement pour des parents sourds.

Éthane, 8 ans. Non appareillé.

Les deux parents de ce petit garçon sont sourds, et tous deux appareillés. Toutefois, ils ont toujours refusé que leur propre fils le soit. Sa mère, qui a appris à parler quand elle était jeune, s'interdit aujourd'hui d'utiliser ce canal de communication orale. Elle signe uniquement. Son père, qui a lui aussi appris à parler, privilégie la langue des signes mais s'autorise selon les situations, à oraliser.

**Les âges notés dans l'ensemble des vignettes cliniques sont corrigés à la date de notre rencontre sur l'année scolaire 2018 – 2019.*

***Dans un souci d'anonymat, les prénoms des enfants ont été modifiés.*

Due à l'importante plasticité cérébrale dont font preuve les jeunes enfants, il est conseillé de leur proposer les appareillages le plus tôt possible. Plus les appareils seront installés tôt, mieux le cerveau de l'enfant pourra intégrer ce nouvel outil et le prendre en compte dans son développement.

« Les appareillages audioprothétiques permettent de pallier les pertes auditives grâce au gain d'amplification fourni par les aides auditives. » [62]. Concrètement, ils permettent de mieux entendre les bruits extérieurs et les sons de la parole. Leur objectif principal est de favoriser la perception des bruits et ainsi l'émergence de la parole.

Un distinguo sera à faire dans le cas d'une surdité profonde et celui d'une surdité moyenne ou sévère quant au bénéfice d'un appareillage. Dans la surdité moyenne ou sévère, l'apprentissage de la langue orale aura plus de chance d'aboutir. Cependant, l'appareillage d'un enfant sourd profond lui apportera des éléments sur son monde acoustique permettant de l'aider à sa compréhension, seulement s'il l'utilise [62]. Même si un enfant dispose d'un appareillage fonctionnel, il peut ne pas s'en saisir.

« Je portais un appareil auditif, que je supportais plus ou moins bien. Il installait des bruits dans ma tête, tous les mêmes, impossible de les différencier, impossible de s'en servir, c'était plus fatigant qu'autre chose. » [37].

3.1.1 L'implant cochléaire

Cette nouvelle technologie, très demandée par les parents entendants d'enfants sourds, n'est pas autant appréciée par les Sourds. Selon les associations, cet appareil détruirait leur identité et leur culture. Elles revendiquent aussi le fait que rien n'indique que l'enfant communiquera mieux avec son appareillage. Quant à eux, les parents entendants y projettent une chirurgie réparatrice, un fantasme de réparation. Toutefois, leur enfant restera un enfant sourd malgré tout, l'implant ne transformant pas les sourds en entendants [55].

L'implant cochléaire est une chirurgie invasive¹⁵ et irréversible qui détruit le nerf auditif et qui peut, dans environ 10 % des cas, détruire le vestibule [24]. C'est une chirurgie proposée uniquement aux enfants présentant une surdité profonde, l'objectif étant d'évoluer vers un moyen de communication essentiellement oraliste. Cette opération doit être faite le plus tôt possible dans la vie de l'enfant pour des raisons évidentes d'adaptations que j'ai déjà évoquées sous le terme de « plasticité cérébrale ».

Un boîtier externe, placé sur le cuir chevelu, transforme les sons en stimulations électriques [42]. Composé d'un microphone, d'un processeur vocal et d'une antenne aimantée, il reçoit le signal acoustique, l'amplifie et le transforme en micro-impulsions électriques [14]. Ensuite, après perforation de la boîte crânienne, un neurostimulateur cochléaire électronique [42] est implanté dans l'oreille interne, au niveau de la cochlée. Composé entre dix et vingt électrodes [14], il permettra d'exciter le nerf auditif pour l'envoi des perceptions auditives au cerveau. La pose de l'implant modifie l'organisme et détruit les cellules de la cochlée [55].

Cette chirurgie demande une préparation psychologique importante pré-opératoire et surtout un accompagnement post-opératoire. C'est une période qui peut être difficile à vivre. Cet enfant, vierge de tout bruit, va se retrouver du jour au lendemain en immersion totale dans un bain sonore, constant. Il va entendre des sons et des bruits pour la première fois, sans avoir les connaissances cognitives nécessaires pour les assimiler. Commence alors un long travail de décodage de ces sons et de leur compréhension, mais aussi de nombreux réglages pour que l'appareil permette l'intelligibilité de la parole.

Il est important d'accompagner l'enfant dans son nouveau monde sonore. Les séances d'orthophonie seront essentielles pour s'assurer tout d'abord que l'enfant utilise bien son

¹⁵ Se dit d'une méthode d'exploration ou de soins nécessitant une lésion de l'organisme [41].

implant, mais aussi pour qu'il puisse s'approprier les sons et surtout y mettre du sens. Bien-sûr, l'intériorisation et l'apprentissage de ces nouvelles perceptions seront progressives. Au début, après cicatrisation, l'implant sera allumé uniquement durant les séances d'orthophonie. Ainsi, l'enfant ne se retrouvera pas seul face à cette vague sonore dans laquelle il pourrait vite se noyer. Il y a un risque élevé de décompensation¹⁶ face à ces nouvelles sensations / perceptions internes qu'il ne comprend pas encore. L'orthophonie lui permettra donc de discriminer les différents bruits, de les mémoriser et de les intégrer.

Il faut imaginer tous les remaniements psychologiques mais surtout physiques que cela provoque chez l'enfant. Après l'opération, l'enfant devra remanier ses représentations corporelles pour y intégrer ce nouvel « objet/organe » et ces nouvelles perceptions qu'elles soient internes ou externes. De plus, l'ouverture de la boîte crânienne, vient également perforer l'enveloppe corporelle en cours de construction chez cet enfant. Cela vient rajouter quelque chose en plus dans son corps et souvent quelque chose dont il n'avait pas conscience de manquer. La psychomotricité, spécialité prenant en charge les troubles du schéma corporel et de l'image du corps, a toute sa place dans l'accompagnement de ce type de remaniement. Sans oublier l'importance et la complémentarité du travail pluridisciplinaire, je reviendrais sur ces spécificités d'accompagnement dans la dernière partie de ce mémoire.

Les indications se font donc pour des enfants sourds profonds, devenus sourds ou sourds congénitaux. En règle générale, cette chirurgie est réalisée sur l'oreille la plus endommagée des deux afin de préserver l'autre.

3.1.2 Le contour d'oreille

Le contour d'oreille est un appareil électronique qui se place derrière le pavillon de l'oreille et qui est relié, par un tube acoustique, à un embout logé dans le conduit auditif externe. Cet appareil représente 50 % du marché national des aides auditives [62].

Les répercussions psychologiques sont les mêmes qu'avec l'implant cochléaire, mise à part ce qui est en lien avec la chirurgie invasive. Mais quel que soit l'appareillage choisi, cela entraînera des remaniements dans l'ensemble du système de l'individu.

¹⁶ Rupture de l'équilibre physiologique d'un organisme due à la faillite des mécanismes de compensation qui empêchaient l'apparition de troubles fonctionnels ou métaboliques [15].

Cette liste d'appareil n'est pas exhaustive, c'est seulement une présentation succincte des deux modèles d'appareillage les plus connus et les plus utilisés. De manière générale, quel qu'en soit la forme, même si les aides auditives viennent compenser une perte sensorielle, cela reste une machine et l'appropriation que les enfants en font reste personnelle et subjective. De plus, les enfants sourds congénitaux n'ont pas de notion de perte car ils n'ont jamais expérimenté la question « d'entendre », cela peut alors être doublement compliqué d'intégrer ces nouvelles sensations.

Lucas, 4,5 ans. Implanté de l'oreille droite à 2,5 ans.

Régulièrement, pendant les séances de psychomotricité, Lucas demande à retirer son implant. Ce dernier ne semble pas lui apporter d'informations nécessaires à l'élaboration du travail demandé en séance de psychomotricité. Au contraire, je pense que le traitement de l'information auditive lui demande un effort particulier. Si tel est le cas, il se retrouve alors en double tâche : traiter le sonore et répondre aux sollicitations, analyser pour mettre en forme une idée ou tout simplement être en relation.

Léonie, 11 ans. Implantée de l'oreille droite à 5 ans.

Après son opération, la mère de Léonie a insisté pendant plusieurs mois pour qu'elle porte son implant. Seulement, Léonie refuse, elle ne semble pas y trouver d'intérêt particulier ; elle l'a donc enlevé définitivement malgré l'insistance de sa maman. De plus, cette jeune fille a présenté une infection après l'implantation, ce qui peut peut-être expliquer ses difficultés d'acceptation de l'appareil. Malgré son vécu assez douloureux associé à l'implant, elle a pu pour autant développer une communication signée tout à fait opérante.

Mehdi, 4 ans. Implanté des deux oreilles.

Ce garçon qui souffre d'un syndrome de Usher (syndrome génétique qui amènera à une déficience visuelle et auditive) a exceptionnellement été implanté des deux oreilles. En revanche, après sa deuxième opération, il a présenté une forme de sidération, il restait la bouche ouverte et le regard dans le vide. Puis, après avoir complètement refusé de porter ces deux implants, il s'est comme ré-animé et est revenu présent à lui-même.

Capucine, 6 ans. Appareillée des deux oreilles.

Durant mon année de stage, j'ai rarement vu cette petite fille avec ses appareils. Les rares fois où elle les porte, elle se plaint qu'ils lui font mal aux oreilles.

Avec ou sans ses appareils, Capucine ne présente aucune réaction lorsqu'un bruit est produit, et elle ne répond pas à son prénom. Elle peut montrer des réactions supposées à un bruit qu'elle voit, comme une porte qui claque par exemple, mais cela n'est pas forcément dû au bruit en lui-même. La co-modalité des informations auditives et visuelles n'est pas construite.

Rafaël, 8 ans. Appareillé des deux oreilles.

Contrairement à Capucine, Rafaël est un petit garçon qui se sert de ses appareils et cela se vérifie. Il ne vient jamais sans et rappelle l'adulte s'il a oublié de les lui mettre. Il réagit à son prénom, aux bruits environnants et peut désormais parler.

Au travers de ces vignettes cliniques, je cherche à montrer la variabilité de l'investissement personnel et corporel de chaque individu dans les appareils auditifs.

3.2 Les moyens de communication

Que l'enfant soit sourd ou non, il possède les capacités linguistiques pour parler. Seulement, l'enfant sourd aura moins d'informations auditives à sa connaissance pour communiquer oralement.

Différents moyens de communication se mettent en place chez les personnes présentant une surdité, notamment chez celles qui n'ont pas accès au langage oral. Outre la parole, d'autres outils peuvent être utilisés pour communiquer avec des personnes sourdes. En voici une liste non exhaustive : la Langue des Signes Française, le Makaton, la lecture labiale ou encore le Langage Parlé Complété (LPC).

La **langue des signes** est une véritable langue vivante, avec une syntaxe qui lui est propre et une logique visuelle ; ce n'est pas du mime. Elle n'est pas non plus universelle, chaque pays possède ses propres signes, et parfois, on retrouve aussi des différences selon les régions. C'est une langue qui met en jeu les mains, le regard, les expressions du visage et également l'ensemble du corps. L'espace est une notion essentielle dans la

compréhension de cette langue. Pour exprimer une idée en LSF au présent, la personne signe face à son buste, dans un espace corporel. Pour s'exprimer au futur, la personne va signer plus loin devant elle, elle va tendre ses bras pour signifier que l'action se déroule au futur. Puis, pour raconter une idée au passé, il faut positionner ses mains au-dessus de son épaule, près de l'oreille. Ainsi, cette organisation spatiale et corporelle, permet de situer dans le temps, les signes de l'interlocuteur.

Comme le langage oral, la langue des signes permet de pouvoir symboliser. « *Petit à petit, j'ai rangé les choses dans ma tête et j'ai commencé à me construire une pensée, une réflexion organisée.* » [37].

La **lecture labiale** ou plus simplement « lire sur les lèvres » donne des indices visuels pour une meilleure compréhension de ce qui est dit. Certains Sourds sont capables de suivre une conversation simplement en lisant sur les lèvres.

Le **Langage Parlé Complété**, associé à la lecture labiale, permet de coder différemment avec la main ce qui est identique sur les lèvres, syllabe par syllabe. Ce n'est pas une langue à part entière, c'est une aide visuo-gestuelle qui permet de différencier le sens des mots qui prennent la même forme buccalement. Par exemple, pour les mots « main », « pain », « bain », les lèvres produisent les mêmes mouvements pour les prononcer. La distinction visuelle de la main, permettra aux personnes sourdes de différencier ces trois mots. Le LPC permet de distinguer le sens du mot dans un dialogue.

Le **Makaton** est un programme d'aide à la communication et au langage, constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé avec la parole, les signes et/ou les pictogrammes. Cette représentation auditivo-visuelle du langage permet aux enfants qui ont des troubles de la communication de pouvoir s'exprimer et de comprendre le langage.

À présent, après avoir approfondi la notion de surdité, voyons quels impacts a-t-elle sur le développement de l'enfant et sur son environnement.

Partie 3 : IMPACTS DE LA SURDITÉ

La surdité a un effet sur le développement du cerveau du fait de facteurs intrinsèques notamment la privation d'informations sensorielles nécessaires pendant la période critique où l'enfant fait ses premières acquisitions. De plus, ces effets peuvent potentiellement s'accroître en fonction des facteurs extrinsèques qui environnent le bébé. L'apport de l'environnement social, familial et économique peut jouer en faveur ou en défaveur d'une croissance semblable à un enfant entendant [30].

Nous verrons dans cette partie l'impact de la surdité sur le développement sensoriel et psychomoteur de l'enfant, ainsi que sur son entourage. Et inversement, l'impact des interactions de son entourage sur son propre développement. Toujours dans l'idée que je décris ici des conséquences secondaires à la surdité et non le cas de la surdité prise dans un syndrome quelconque.

1. Au niveau sensoriel

1.1 Compensation des autres sens

Dans le cas d'une surdité bilatérale profonde, les enfants totalement privés d'informations auditives sur-développent, par conséquent, les autres sens pour pallier à leurs difficultés. Et c'est souvent la vue qui remplace leurs oreilles. N'étant pas informés des bruits environnants, ces enfants vont constamment être en vigilance et en alerte visuelle. Chez les enfants sourds, il n'est pas rare de constater qu'ils trouvent une certaine sécurité quand leur dos est collé à un mur ou au sol. Ainsi, ils ont une entière visibilité sur leur environnement et rien ne pourra surgir derrière eux, c'est un gage de sécurité.

De plus, le visuel peut être utilisé comme fonction d'appel. Allumer ou éteindre la lumière d'une pièce peut signifier à la personne sourde notre arrivée ou alors que l'on souhaite lui communiquer avec elle.

Capucine, 6 ans.

Quand nous faisons une partie de cache-cache en séance de psychomotricité, nous utilisons la lumière comme fonction d'alerte : « attention j'ai finis de compter, j'arrive pour te chercher ».

Cette technique d'appel visuel qui compense ici la perte auditive a été utilisée dans les deux sens, tant dans le sens entendant → sourd, que sourd → entendant.

L'enfant sourd utilise donc la modalité visuelle pour différentes fonctions : prise d'information, contrôle de l'environnement, alerte, et pour stabiliser son équilibre [4].

« Avec mes yeux, dans la lumière, je peux tout contrôler. Noir est synonyme de non-communication, donc de silence. Absence de lumière : panique. » [37].

1.2 Atteinte vestibulaire et proprioceptive

Même si nous ne retrouvons pas cette atteinte chez toutes les personnes sourdes, certaines peuvent être porteuses d'un trouble vestibulaire. Cette comorbidité s'explique notamment du fait de la proximité du vestibule et de la cochlée dans l'oreille interne. D'après S. Wiener-Vacher, médecin Oto-Rhino-Laryngologiste (ORL), 60 % des surdités de perception sont associées à des troubles vestibulaires, et 20 % des enfants sourds profonds souffrent d'une aréflexie vestibulaire¹⁷ [17 ; 64].

Pour faire un bref rappel ; l'origine embryonnaire de l'appareil auditif et vestibulaire est commune. Situé dans l'oreille interne, le système vestibulaire permet de tester la gravité et d'établir la verticalité. Il permet également lors de mouvements rapides, de pouvoir fixer notre regard sur une cible et de stabiliser le corps (lié à la motricité de l'œil). Ce système est le seul à pouvoir stabiliser notre regard en dynamique. Il intervient en étroite collaboration avec différentes capacités du sujet : capacités toniques, posturales, visuelles, de coordinations...

Les troubles vestibulaires, souvent induits par des troubles de l'audition, entraînent des difficultés dans l'établissement de la verticalité, dans la mise en place des appuis solides et dans l'élaboration de l'axe corporel [13]. Une lésion de ce système peut entraîner des difficultés d'équilibre et d'attention, des difficultés à rester en place, ou encore à capter des informations. Les conséquences sont aussi de l'ordre d'un retard du contrôle postural (en lien avec l'axe) et du développement psychomoteur, d'une marche potentiellement

¹⁷ Absence de réflexe vestibulaire.

retardée et/ou incertaine, d'un inconfort dans les mouvements rapides, d'une fatigabilité et d'une mauvaise représentation de l'espace [64]. Prises indépendamment les unes des autres ou bien en interaction, toutes ces difficultés peuvent avoir un impact sur les apprentissages scolaires : trouble de l'écriture, difficulté à la symbolisation, prépondérance de la sensori-motricité, etc.

Comme défini dans la première partie de cet écrit, le trio vestibule-proprioception-vision à une importance capitale dans le maintien du lien continu entre l'individu et son environnement. Dans le cas de la surdité et notamment s'il y a un déficit secondaire vestibulaire, les deux autres systèmes intègres tentent de compenser ce déficit. Ainsi, la vision est bien un sens sur-investi. Malencontreusement, la perte définitive d'une voie sensitive au début de la vie, va entraver l'évolution des deux autres récepteurs primordiaux : la vue et la proprioception [24].

2. Au niveau psychomoteur

2.1 Fonctions motrices

Le développement physique des enfants sourds ou entendants est sensiblement le même, on ne remarque pas de différence significative. Par contre, les enfants sourds peuvent présenter davantage de retard dans l'acquisition des différentes fonctions [5].

2.1.1 Tonus, posture et motricité

Nous pouvons retrouver chez l'enfant sourd une hypertonicité majeure consistant en une exagération du tonus musculaire lors des postures ou des actions, due à l'absence de la fonction d'alerte. Du fait qu'ils ne puissent anticiper leur environnement non-visible au sens large, ces enfants sont toujours sur le qui-vive et cela se transmet dans leur corps.

Aussi, dans le cas d'une aréflexie vestibulaire, les enfants engageront d'avantage leurs muscles du cou pour stabiliser leur tête particulièrement lors des mouvements. Le vestibule ne faisant plus fonction pour donner des informations sur l'orientation de la tête, l'enfant pallie ce manque en se tonifiant.

En psychomotricité, nous parlons de trouble de la régulation tonique. Ce trouble se manifeste par une difficulté à moduler son tonus en fonction des actions à réaliser. C'est à dire que le corps de l'enfant est en alerte et ses muscles sont constamment en

(sur)tension. On peut imaginer que même lors d'un temps de repos, le tonus de fond reste relativement élevé par rapport à ce qu'il devrait. Ce sont des enfants qui ont des difficultés à pouvoir se relâcher et se détendre sur demande. Selon les écrits de J. De Ajuriaguerra, psychiatre et psychanalyste, cette dysharmonie tonique a souvent une origine émotionnelle et relationnelle [45].

En conséquence, un niveau tonique élevé sur une partie du corps, va influencer l'ensemble de la structure. Le déséquilibre tonique va généralement impacter le système locomoteur de base. Cela pourra entraîner un impact sur les aspects gestuels et praxiques. Secondairement à la surdité, les enfants peuvent présenter des atteintes du contrôle tonico-moteur c'est à dire des difficultés dans la programmation des mouvements complexes dus notamment à une tension musculaire de fond non permanente et non égale [39]. Et des atteintes du contrôle tonico-postural en lien avec un tonus de fond très élevé, entraînant des difficultés d'initiation et de planification des gestes [39]. Aussi, l'absence de la fonction d'alerte peut avoir des répercussions sur les actions locomotrices du sujet. Par exemple, la position quatre pattes est parfois absente car cela réduit leur champ visuel. Ces enfants se retrouvent donc souvent sur le dos pour se déplacer ; cette position crée alors un sentiment de sécurité, qui leur permet une totale maîtrise de leur environnement. L'acquisition de la marche pourra aussi être retardée, avec plus de chute que pour les enfants entendants.

Attention toutefois car cette hypertonicité forme une carapace protectrice qui peut prendre une fonction particulière dans la construction de la personnalité de l'enfant. C'est un mécanisme de défense qui le protège contre les agressions externes et qui maintient une enveloppe psycho-corporelle stable. Seulement, ce comportement est un frein dans les relations et notamment dans le dialogue tonico-émotionnel. D. Anzieu met en exergue dans sa théorie, la fonction de la peau comme une enveloppe corporelle et psychique, qui amène à la naissance du Moi [3].

Rose, 8 ans.

Cette petite fille a beaucoup de difficultés à tenir son axe. Quand elle est assise sur une chaise, elle « dégouline ». Il lui est compliqué de recruter suffisamment de tonus pour tenir son corps, alors elle se laisse glisser. Rose a une préférence marquée à être allongée au sol. Dans cette position, elle n'a pas besoin de faire d'effort pour se tenir.

Rafaël, 8 ans.

Se déplace souvent en rampant sur le dos pour aller et venir de la salle de psychomotricité. Le couloir qu'il doit emprunter ouvre sur de nombreuses portes potentiellement vectrices de nouvelles informations. Ce trajet l'amène donc à un état d'hyper-vigilance ; c'est pour cette raison qu'il annule complètement la question de l'espace arrière. De cette façon, il a toujours un œil sur son environnement et limite les interactions possibles.

Par ailleurs, quand il ne se met pas sur le dos, j'ai remarqué que ce trajet provoquait chez lui une certaine anxiété qu'il manifeste en rigolant nerveusement, ou en courant. Cet état émotionnel peut être mis en lien avec l'insécurité palpable pour lui de traverser ce long couloir qui débouche sur beaucoup de portes.

D'autre part, cette vigilance accrue ne lui permet pas d'explorer son environnement. Il s'accroche constamment à la relation avec l'adulte pour se rassurer mais ne prospecte pas car il est attentif à ce qui pourrait survenir.

Dans ce même couloir, beaucoup d'enfants semblent ne pas apprécier les zones de carrefours. La plupart d'entre eux engagent un niveau tonique supérieur pour franchir ce passage qu'ils n'ont pu anticiper par l'ouïe. Nous, entendants, sommes capables plus ou moins fidèlement de déterminer si quelqu'un d'autre va surgir de l'espace non visible, nous entendons les pas des autres personnes dans le couloir adjacent. Or, les enfants sourds n'en ont aucune idée. Mise à part si la personne venant perpendiculairement tape des pieds pour essayer d'envoyer des informations vibratoires, ils ne peuvent anticiper la survenue d'un autre individu. Et si toutefois l'entendant ne perçoit pas la personne arriver, nous réagissons comme les Sourds !

Ainsi, il me semble important d'évaluer dans un premier temps la fonction de ce comportement hypertonique pour ne pas le briser directement, car les conséquences sur le sujet pourraient être notables. L'hypertonie, constitutive des représentations corporelles de l'enfant, représente aussi une indication de suivi en psychomotricité.

2.1.2 Espace et temps

On retrouve chez les personnes sourdes des difficultés d'intégration spatiale [39]. L'ouïe nous sert à évaluer la profondeur, le volume des objets ou encore la distance qui nous sépare d'une personne ou d'un point précis. L'information auditive est essentielle à la construction de la représentation et de l'orientation spatiale. Ce sont des enfants qui vont avoir des difficultés dans la perception des distances et dans le rapport spatial des objets entre eux [61].

En lien avec l'aréflexie vestibulaire, l'espace environnant, l'espace corporel et l'orientation du corps dans l'environnement peuvent être impactés. La construction de ces espaces est, dans un développement ordinaire, nourrie par les afférences sensorielles visuelles, proprioceptives et vestibulaires. Une distorsion de ces trois informations sensorielles, alerte le sujet lui permettant ainsi de vérifier et/ou rectifier son environnement. De fait, chez les enfants sourds présentant un trouble vestibulaire, cette construction de l'espace est entravée [24]. Ils auront plus de difficultés que les entendants à ajuster leur espace corporel dans leur espace environnant. On parlera alors d'atteinte des fonctions spatio-motrices. En effet, l'intégration des coordonnées spatiales (corporelles et visuelles) et des paramètres spatio-temporels nécessaires à l'action seront déficitaires. Cette atteinte pourra aussi toucher les capacités de reproduction graphique ou reproduction d'un mouvement exécuté par autrui [39].

Au niveau temporel, les enfants sourds peuvent présenter des résistances à être dans le noir ou à fermer les yeux. Cela peut engendrer des complications lors de l'endormissement et donc des difficultés de rythme jour / nuit. Leurs yeux sont leurs oreilles, dans le noir ils ne perçoivent plus aucune information sur leur environnement. Il est souvent compliqué pour eux de couper du visuel car c'est leur source principale d'information.

Sans langage, les Sourds peuvent avoir des difficultés à accéder aux concepts temporels et aux notions topologiques de bases : avant, après, demain, hier... S'ils n'ont pas connaissance de la LSF, ils n'ont pas de point de référence fixe pour pouvoir assimiler ces notions que nous avons acquies grâce aux mots, au contexte et à l'appareil à penser les pensées de nos parents ou substituts. D'où l'importance d'acquies le plus tôt possible un moyen de communication commun avec ses figures d'attachement.

« Avenir, passé, tout état sur une même ligne de l'espace-temps ; Lorsque j'ai compris, à l'aide des signes, qu'hier était derrière moi, et demain devant moi, j'ai fait un bond fantastique. » [37].

Tim, 11 ans.

A des difficultés à ajuster son corps dans l'espace pour réaliser une action. Ces mouvements sont souvent globaux, il est difficile pour lui de les adapter et de les affiner à chaque situation.

Yann, 9 ans.

Annule complètement l'espace arrière d'un point de vue ego-centré. S'il n'engage pas le visuel, l'espace arrière n'existe pas pour lui. Lorsque nous jouons au ballon et qu'il tombe derrière lui, Yann n'a pas le réflexe de se retourner pour le chercher. Comment faire exister cet espace si aucune autre modalité sensorielle ne le met en forme ?

D'autre part, il se cogne régulièrement aux gens comme s'il ne percevait pas les distances entre lui et les autres, faisant penser à une construction de l'espace en 2D. Effectivement, dans le cas d'une surdité simple, le tactile et le visuel aurait pu prendre le relais mais Yann a une sur pathologie qui ne lui permet pas de compenser son manque d'information sensorielle.

Lou, 9 ans.

Quand elle était plus petite, pendant longtemps elle a eu de la peine à assimiler et inscrire dans son fonctionnement le rythme jour / nuit. Elle se réveillait constamment et entamait des activités diurnes en pleine nuit. Encore aujourd'hui, il est compliqué pour elle de se couper du visuel.

C'est pour ces questions temporelles que le JESDA maintient dans son organisation journalière des siestes et des temps de repos pour les enfants en fonction de leurs âges et de leurs pathologies. C'est également pour ces raisons que l'emploi du temps est inscrit sur un tableau et qu'il est présenté tous les matins aux enfants, pendant le temps d'accueil. Ces rituels aident l'enfant à mieux structurer le temps, mais aussi l'espace et tout ce qui l'entoure, cela permet que s'établisse un sentiment de sécurité et de contenance.

2.1.3 Représentations dynamiques corporelles

Le schéma corporel et l'image du corps sont deux notions fondamentales en psychomotricité mais qui font débat depuis quelques temps déjà. L'ensemble du système humain agissant en synergie, il est, de mon point de vue, difficile de dissocier la construction de la connaissance que l'on a de son corps et la représentation mentale que nous nous en faisons. Ainsi, dans un souci d'unité, je regrouperais ces deux notions sous le terme de représentations corporelles.

Visuellement parlant, la perte de l'audition est « invisible », c'est à dire que physiquement, un enfant sourd et un enfant entendant sont identiques. Ainsi, il me semble que l'enfant sourd mettant en place des moyens de compensation face à sa surdité, n'aura pas de difficulté particulière à élaborer une connaissance anatomique de ses segments corporels. Indépendamment des différences interindividuelles, cette connaissance sera sensiblement la même qu'un enfant normo-entendant.

D'après M.H. Herzog, psychomotricienne, « *La surdité est une atteinte corporelle. L'enfant sourd est atteint dans son corps. Il peut avoir l'image d'un être non fini, d'où toutes ses sensations qui viennent combler le manque.* » [58]. Il me paraît que cette atteinte corporelle est fonction de l'environnement familial, social et scolaire dans lequel a grandi l'enfant. Si cet environnement a été porteur et à l'écoute de ses difficultés, je crois que la surdité aura moins d'impact sur la représentation mentale que l'enfant se fait de son propre corps. Par ailleurs, si nous prenons l'exemple d'une famille qui ne valorise pas la LSF, cela me laisse à croire que dans ce cas, l'enfant pourra ressentir une profonde différence entre lui et ses pairs, impactant intimement l'image qu'il a de lui-même et sa confiance en lui. Les comportements de rejet ou de non adaptation à la situation de l'enfant sourd, ou encore d'hyper-protection, peuvent déstabiliser l'enfant d'un point de vue affectif, relationnel et comportemental. Cet enfant aura alors du mal à se représenter une image de soi saine.

La disponibilité des parents et leur accompagnement relationnel déteint sur l'équilibre psychique de l'enfant et sur l'image qu'il a de lui et de son identité [58].

Bien sûr, un enfant ayant subi une chirurgie pour l'application d'un implant cochléaire, devra désormais ajouter à ses représentations corporelles ce nouvel appareil. Cela pourra alors, en comparaison avec les personnes de son environnement familial et social,

l'impacter profondément dans son estime de lui-même, accentuant par conséquent la différence entre lui et les autres.

Puis, comme déjà évoqué, il se peut que cette opération vienne faire effraction dans la construction de l'enveloppe corporelle du jeune enfant, induisant possiblement des répercussions psychiques.

Ne disposant que de très peu de littérature sur ce sujet, notamment celui des représentations corporelles chez les personnes en situation de surdité, je modère mes propos et n'avance ici que des suppositions.

2.2 Fonctions psychologiques

Je reprends à D. Winnicott, psychanalyste, cette célèbre phrase : « *Un bébé seul n'existe pas.* » Pour évoluer et se développer dans de bonnes conditions, le bébé nécessite qu'on assouvisse ses besoins, mais également qu'on lui prête attention. Le bébé a besoin de sécurité et d'amour [11].

Ôtons tous doutes inutiles, la surdité à elle seule, n'entraîne jamais de déficience intellectuelle. Même si historiquement les sourds étaient considérés comme des arriérés mentaux, nous savons aujourd'hui, scientifiquement parlant, que la surdité ne conduit pas à un quelconque retard (qu'il soit mental ou moteur). Cependant, nous sommes en capacité d'affirmer que la surdité peut être liée à des troubles secondaires.

Le développement psycho-affectif des enfants sourds dépendra en parti du milieu dans lequel ils vivent et des stimulations qui leurs sont proposées. Un enfant sourd ayant un langage commun avec ses parents, aura un développement à peu près similaire à celui d'un entendant, si ce référentiel langagier s'établit dès les premiers instants de vie. Ici, ce n'est pas la langue qui participe à la qualité de développement mais bien les interactions, les relations et les stimulations proposées par son milieu social, familial et affectif.

Quelle qu'elle soit, l'acquisition d'une langue permet d'accéder au symbolisme et de développer une pensée abstraite communicable qui influencera l'avenir et la personnalité de tout individu [48]. Le langage permet aussi de catégoriser son propre monde et d'identifier les personnes qui nous entourent.

En définitif, les inégalités subsistent quand l'enfant sourd se retrouve dans un milieu qui n'est pas propice à pallier son défaut sensoriel. L'absence de construction d'un référentiel perceptif commun avec les parents, altère la relation psycho-affective [63].

Un enfant sourd dénué d'une communication commune avec sa famille présentera plus de difficulté à intégrer qui il est, et à s'approprier le « je ». L'absence de langage peut entraîner des difficultés d'identification du soi, d'identification des autres membres familiaux et de catégorisation des concepts, des objets... Le développement de l'attention conjointe et de la symbolisation sera aussi entravé. Il aura également du mal à initier des échanges, à rentrer dans une pragmatique et dans une compréhension du monde social [4].

Aussi, chez les enfants implantés ou appareillés, on pourra retrouver des problèmes d'identification entre le monde des sourds et le monde des entendants. Parfois, leur communication s'établissant sur les deux modes (oral et LSF), ils présentent des difficultés dans l'aboutissement de ces deux langues ce qui peut créer des incompréhensions et un défaut d'identité dans chacun des deux mondes : entendant et sourd.

Certaines difficultés de distanciation psychomotrice peuvent être repérées en lien avec l'absence de contrôle vocal à distance. Comme déjà évoqué, lors des premiers pas, le lien sonore qui lie un enfant et son parent est essentiel pour lui permettre de s'éloigner physiquement et de prendre son envol. De la même façon, ce lien permet un éloignement psychique d'indépendance. On peut donc imaginer que les enfants sourds restent plus longtemps dépendant de leurs parents.

De la même façon, les Sourds feront face à plus d'obstacles pour mentaliser l'absence. S'ils ne la voient pas, et s'ils n'entendent pas leur mère préparer le biberon dans la cuisine, ils croiront qu'ils sont seuls et que personne ne viendra jamais assouvir leur faim. Cela peut les amener à développer des agrippements visuels envers leurs parents et un besoin spécifique d'être porté par le regard. Le portage visuel est un des enjeux de la surdité.

Si on reprend les stades de développement de J. Piaget, en dépit de l'effet de l'annonce du diagnostic sur les parents et de troubles secondaires possibles, l'enfant sourd présentera les mêmes étapes du développement sensori-moteur. Jusqu'à la fin de cette période, l'enfant n'a pas encore la capacité d'avoir conscience de sa différence. Il acquiert celle-ci aux alentours de quatre ans, en partie car il remarque que ses parents n'ont pas d'appareils auditifs (si lui-même en porte) [49].

En ce qui concerne les deux autres stades de développement *piagétien* (pensée pré-opératoire et opération formelle), encore une fois, ils seront principalement entravés si l'enfant ne dispose pas d'un moyen de communication commun avec sa famille.

Ainsi, c'est bien l'accordage comportemental, affectif, social et langagier des parents qui permettra à l'enfant d'acquérir les mêmes compétences cognitives et psycho-affectives que les enfants entendants.

2.3 Fonctions langagières

Au début de sa vie, le jeune enfant a les mêmes capacités communicationnelles que ces pairs entendants. C'est l'interaction qu'il va avoir avec ses figures d'attachement et le moyen de communication choisit qui influencera le développement de ses capacités cognitives.

« Le bébé sourd ou malentendant a des compétences de communication pré-linguistiques similaires à celle de tout autre enfant. » [26]. De 0 à 2 mois, les vocalisations et les réflexes phonatoires seraient les mêmes chez le bébé entendant et chez le bébé sourd. Tous deux produisent des cris, des gémissements, des manifestations émotives, des pleurs... C'est d'ailleurs pour cette raison que le diagnostic est tardif car les premières semaines le bébé sourd ne manifeste aucune différence significative de comportement.

C'est au moment des productions des syllabes archaïques qu'une légère différence commence à s'apercevoir. La mélodie des enfants sourds varie peu et la durée de production est plus courte [57]. Puis, lors des babillages, une différence significative apparaît. La production des sons chez l'enfant sourd est retardée et son articulation est imprécise et déviante [57].

Forcément, dans le cas d'une surdité congénitale bilatérale profonde, nous pouvons imaginer la difficulté d'accès au langage oral intelligible pour ces enfants [39].

L'apprentissage d'une langue gestuelle ou d'une langue codée comme le LPC dans le cas d'une surdité profonde, est difficilement évitable. Quand bien même pour les parents entendants cela n'est pas une évidence et quand bien même certains refusent cet apprentissage, ce moyen de communication est complémentaire à la langue orale.

« La langue des signes, dûment codée et enseignée aux parents des enfants sourds en même temps qu'à lui dès le berceau, est le garant de l'assurance et de la sécurité de

l'enfant et de son identité, le garant de sa puissance émettrice et réceptrice de langage (...), c'est le tremplin de l'apprentissage du langage oral et la meilleure des préventions contre la névrose de dépendance à la mère et aux familiers. Elle enrichit, chez les entendants qui l'apprennent, leur propre intelligence de toutes leurs relations à eux-mêmes et aux autres, un peu comme le font l'apprentissage du dessin, de la danse ou de la musique instrumentale (...). » [55]. Par les dires de F. Dolto, psychanalyste, on comprend combien l'apprentissage de cette langue est essentielle au bon développement psychologique et moteur de l'enfant. Que l'enfant soit sourd sévère ou profond, appareillé ou non, en capacité de parler ou non, l'utilisation de la langue des signes lui permettra de communiquer plus facilement et librement avec ses pairs. D'autre part, la traduction en langue des signes de discours oraux lui permettra de mieux comprendre les conversations sans devoir y mettre une attention et une énergie débordante. On peut imaginer la fatigabilité des Sourds à se concentrer pour comprendre une conversation (entendre, lire sur les lèvres, capter les signaux non-verbaux) et pour y répondre (articuler, prononcer correctement...). Cela n'est pas inné chez eux comme ça l'est pour nous, entendants.

Comme dit précédemment, nous percevons l'importance pour les parents entendants d'apprendre cette langue le plus tôt possible pour pouvoir interagir avec leur enfant. Même si, bien évidemment, la communication non-verbale a une place primordiale dans la communication entre deux partenaires, le décodage par les mots/signes des actions de l'enfant, l'aide à grandir et à s'autonomiser.

Le langage est également primordial dans le développement de la pensée de l'enfant. En référence à la théorie de W. Bion, c'est la digestion – éléments alpha – des actions de l'enfant – éléments bêta –, qui lui permet de s'organiser et d'organiser sa pensée. Cette reformulation se fait naturellement sur un mode oral. Si l'enfant est sourd profond, il est nécessaire que ses parents adoptent une langue gestuelle pour donner une signification et une cohérence aux actions de leur tout petit [59].

3. Annonce du diagnostic

Même si l'âge du diagnostic de la surdité tend à diminuer au fil des années et des avancées médicales, ce diagnostic crée dans tous les cas une rupture. Rupture dans la communication, dans les interactions, dans la relation... Naturellement, plus vite il sera établi, plus vite les soignants pourront proposer un accompagnement adapté. C'est

d'ailleurs dans cette idée d'intervenir le plus tôt possible que systématiquement, l'audition des nouveau-nés est testée dès les premiers jours de vie.

Être parent d'un enfant atteint de surdité n'est pas chose facile, surtout quand on est parents entendants d'enfant sourd. Nous pouvons imaginer que les parents sourds d'enfant sourd sont davantage armés face à l'annonce de la surdité de leur enfant, que les parents entendants.

Après l'annonce du diagnostic, entre déni, colère, dépression et culpabilité, les questions sont nombreuses. Lorsque le mot surdité est étiqueté à leur enfant – comme le sont tous les autres diagnostics d'ailleurs – les parents doivent faire le deuil de l'enfant imaginé, r v  et de l'enfant entendant. Leur enfant vient d'être diagnostiqué porteur d'une d ficiance, d'un trouble, d'un handicap. Certains peuvent vivre cet instant comme une rupture de la réalité, une cassure ; c'est alors un réel traumatisme qui se crée.

De plus, contrairement à certains handicaps, la surdité n'est pas perceptible physiquement, ce diagnostic est posé sur un enfant qui en apparence va bien. Cela est d'autant plus traumatique qu'il peut survenir au bout de quelques mois sans signes « visibles », entraînant une totale sidération des parents. L'âge moyen du diagnostic serait entre douze mois et demi et trente-six mois [42]. Ce qui alerte les parents d'une éventuelle « anomalie » c'est souvent des troubles liés aux sens : l'enfant ne répond pas à son prénom, il ne semble pas entendre, il sursaute dès qu'on le touche, il fixe souvent les lumières...

L'indication de la d ficiance auditive peut dans certains cas entraîner des conséquences négatives sur les interactions précoces. Le parent, en deuil de son enfant imaginaire ne voit plus l'intérêt de continuer à parler à son enfant car de toute façon « il n'entend rien ». Cette modification des relations entraîne une incompréhension chez l'enfant qui du jour au lendemain ne va plus être autant c lin , regard  et à qui on ne va plus parler, sans qu'il ne puisse comprendre pourquoi. Suite aux diverses réactions possibles des parents après cette annonce, ce n'est pas le bébé qui devient inadapté mais bien l'environnement qui devient inadapté à l'enfant. Les parents se retrouvent en « panne » pour communiquer. Et bien souvent, la communication non-verbale associée à la communication verbale disparaît également.

Les incidences de cette rupture relationnelle peuvent être nombreuses chez l'enfant : dépression, anomalies du regard, hyperactivité, trouble du sommeil, trouble des conduites,

etc. N'ayant plus de décodage verbal de ses actions, ni de comptines chantées le soir avant de s'endormir ou tout simplement de paroles adressées, l'enfant se retrouve mis à l'écart physiquement et psychiquement, pouvant aboutir par la suite à des troubles psychomoteurs.

C'est pour l'ensemble de ces raisons qu'un besoin de prise en soin peut se dégager. La psychomotricité faisant partie intégrante de l'accompagnement pluridisciplinaire possible, en voici une illustration.

Partie 4 : MALLÉABILITÉ DU PSYCHOMOTRICIEN

1. Prise en soin d'un enfant en situation de surdité

Recevoir un enfant sourd en séance de psychomotricité demande de la part du thérapeute quelques ajustements. Tout d'abord d'un point de vu communicationnel, le professionnel va devoir trouver et développer des moyens pour se faire comprendre et comprendre l'individu qu'il reçoit. Cela, principalement si les deux protagonistes n'ont pas en commun les mêmes outils de communication comme par exemple la LSF. Puis, il devra adapter sa pratique et ses outils de travail aux particularités sensorielles de l'enfant, et notamment son bilan psychomoteur.

Toutefois, il me semble que cette capacité d'ajustement dont le psychomotricien doit faire preuve est une des qualités requises pour exercer cette profession. Au cours de notre carrière, nous allons rencontrer différents individus avec chacun une problématique particulière à laquelle nous devons également adapter notre communication, nos outils, nos bilans et notre façon d'être : savoir-faire et savoir-être.

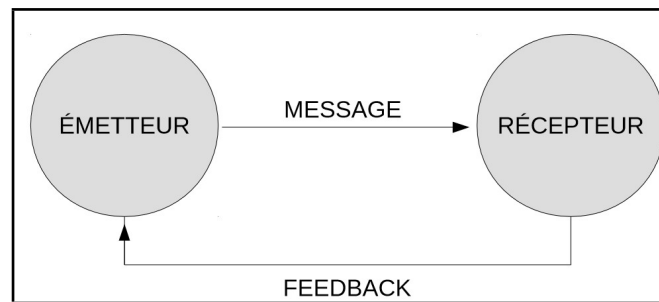
1.1 Communication verbale et non verbale

Qu'importe le trouble ou la pathologie de la personne reçue en séance de psychomotricité, la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, est primordiale à toute alliance thérapeutique, elle pose les fondements.

La communication est un phénomène social rendant possible et facilitant les relations entre les membres d'une même culture qui partagent des codes et des règles sociales communes. Elle nous permet de rentrer en interaction avec un pair et de lui transmettre une information. L'intrication de la communication verbale et non verbale permet d'étendre les possibilités de communication à des individus n'ayant pas la même culture que la nôtre, ni la même langue maternelle.

Le schéma de la communication (représenté ci-dessous) comprend un émetteur, un récepteur, un message et un feedback. L'émetteur envoie un message au récepteur via un support de communication (écrit, oral, gestuel...), puis reçoit un feedback ; c'est à dire que

le récepteur a reçu l'information du message. Pour une communication fonctionnelle, il faut s'assurer que le récepteur puisse recevoir l'information : si on lui tourne le dos, le message sera plus difficile à capter.



Plus spécifiquement, on distingue les éléments qui constituent la communication, des outils qui permettent de l'établir. Les éléments regroupent l'ensemble des paramètres requis pour que la communication puisse exister : un émetteur, un récepteur, un message, un support et un contexte. Les outils sont les moyens par lesquels la communication va se faire : langage oral, langage écrit, gestes, pictogrammes, photos, etc.

La parole et le langage sont des instruments de communication et de pensée. Ils permettent d'accéder au symbolisme et à la capacité d'abstraction. Ils défusionnent les corps et instaurent donc une distance entre les deux protagonistes.

La **communication verbale** est une façon structurée et codifiée de partager une idée, une émotion, un besoin, un désir, etc. Cette communication acquise, comprend le langage oral, le langage écrit et ses dérivés comme la langue des signes par exemple.

Lors d'une discussion, il est estimé par différentes recherches menées par P. Watzlawick et le psychologue A. Mehrabian, qu'une infime partie – 16 % – du dialogue se transmet par les mots employés [22]. Cette moyenne des deux recherches, à manipuler avec précaution, démontre pourtant avec grandeur la place du non-verbal dans une communication. Ainsi, on peut dire qu'une grande majorité du message est décryptée à l'aide du dialogue tonique.

La **communication non-verbale** est définie par le psychiatre J. 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.). » [31]. Elle englobe différents paramètres comme les caractéristiques physiques (regards, mimiques, expressions faciales, prosodie, sudation...), les artefacts corporels (maquillage, piercing, vêtements...), les caractéristiques de postures et d'attitudes (gestes,

déplacements...) et les relations spatiales (proxémie, distances avec l'autre, placement et investissement dans l'espace...). Elle est présente toute la vie, tout le temps. C'est notre façon personnelle de nous présenter au monde, tous ces indices nous informent sur le statut, la personnalité, l'état d'esprit... [52].

La communication non-verbale se superpose systématiquement à la communication verbale en infirmant ou confirmant les paroles, elles co-existent. Elle peut venir en soutien pour exprimer une idée ou une émotion particulière via des gestes ou des mimes, ou infirmer le propos. Il peut arriver que notre attitude ou notre expression faciale ne soit pas en accord avec nos mots. L'exemple le plus parlant est de demander à une personne qui pleure si elle va bien, cette dernière répondra « oui » alors que nous pouvons percevoir les larmes sur ses joues. Ou au contraire, nous pouvons tous pleurer de joie. Selon le discours, la communication non-verbale permet d'illustrer le langage verbal ou peut simplement s'y substituer ; parfois, les gestes parlent plus que les mots.

Dans le cas d'une discussion en langue des signes, la superposition entre communication verbale et non-verbale est d'autant plus flagrante. Quand deux personnes sourdes dialoguent, elles ont tendance à plus s'éloigner l'une de l'autre comparativement aux entendants. En langue des signes, on doit bien sûr se concentrer sur les mains, mais surtout sur le mouvement de ces mains dans l'espace et sur le visage de la personne. En LSF, l'expression faciale fait partie intégrante du discours. Elle ne vient pas compléter les signes, elle est nécessaire à la bonne compréhension du message. Ainsi, la proxémie est différente car le messager a besoin de place pour s'exprimer. Les relations spatiales diffèrent entre un dialogue oral ou signé.

Un autre exemple marquant de l'agencement entre communication verbale et non-verbale est bien la particularité de communication des personnes en situation d'autisme. Comme le dit J. Schovanec, ce n'est pas inné pour eux – personnes présentant un syndrome d'autiste asperger – de regarder leur interlocuteur dans les yeux, ou encore de modifier l'intonation de leur voix pour poser une question ou une affirmation. Ce sont des comportements qu'ils ont appris, ils ont appris à superposer leur communication non-verbale à leur parole pour que les neurotypiques puissent les comprendre [29].

Cela démontre encore une fois l'importance de ce système de communication.

Comme déjà évoqué précédemment, la communication a une place primordiale dans la vie de chaque être humain et notamment pour le développement harmonieux des enfants. Au début de sa vie, l'enfant et ses parents seront essentiellement branchés sur le canal de la communication non-verbale, corporelle. C'est au travers d'une certaine agitation et d'une tonicité palpable que le bébé pourra exprimer ses inconforts bien avant d'avoir la capacité de parler. Ainsi, il exprime ses émotions de façon corporelle : pleurs, cris, regards, réactions toniques... N'ayant pas encore la capacité de mentaliser et de symboliser, le bébé se met à pleurer en quelque sorte par réflexe dès qu'un inconfort se présente à lui. Les émotions sont à cet âge le seul moyen de communiquer avec l'environnement humain [45]. C'est grâce à ce dialogue tonico-émotionnel que les besoins du bébé pourront être interprétés et pensés par ses figures d'attachement. Le dialogue tonique est le premier canal d'échange entre la mère et son bébé, c'est une prémisse aux fonctions linguistiques.

Le terme « dialogue tonico-émotionnel » (DTE), que j'ai évoqué à plusieurs reprises, tient ses fondements historiques de H. Wallon, psychologue et médecin, puis de J. De Ajuriaguerra qui en parlera sous l'appellation « dialogue tonique » [45]. Il le décrit comme un phénomène interactionnel précoce entre la mère et le bébé, c'est leur premier moyen de communication. Ce dialogue représente les états émotionnels des deux partenaires de la dyade et la transmission des émotions de l'un vers l'autre au travers des modulations toniques et posturales. Le bébé, tenu dans les bras de sa mère, capte ses variations toniques, et inversement (ce portage sera aussi bénéfique dans le développement de ses limites corporelles). C'est un ajustement tonique, affectif et sensoriel entre l'enfant et sa mère. Ce DTE est formé de six composantes d'après E. Pireyre : les **attitudes**

corporelles, les **modifications toniques**, la **gestualité**, les **mimiques**, les **réactions de prestance** et les **regards** [45]. C'est en cela qu'il est un mode de communication essentiel en psychomotricité afin d'entrer en relation avec la personne et de l'accompagner dans la régulation de ses manifestations toniques et émotionnelles.

Le trajet effectué entre la salle éducative dans laquelle se trouve l'enfant et la salle de psychomotricité est un temps riche d'enseignements pour observer ce qui passe au travers du DTE. Lorsque je donne la main aux enfants pour les conduire jusqu'à la salle, je constate plusieurs situations.

Dans un premier temps, il y a ceux qui n'engagent pas le tonus nécessaire pour s'agripper à ma main. Ils donnent la leur pour répondre à ma demande, mais ne s'investissent pas dans cet acte qui devrait être un engagement mutuel des deux partenaires. D'autres, ne veulent même pas que je leur tiens la main, ils ne souhaitent pas que je les touche.

A contrario, dans un second temps, il y a ceux qui engagent tellement de tonicité qu'ils serrent leur main très fort allant parfois jusqu'à la douleur.

Cette différence de tonicité donne des indices sur les qualités relationnelles et corporelles que les enfants ont développées. Cela permet aussi d'orienter nos axes thérapeutiques de travail.

En effet, il n'y a pas que dans l'espace de la salle que nous pouvons faire des observations pertinentes. Les temps informels peuvent être très riches d'informations également.

Au fur et à mesure, grâce à l'interprétation que ses parents vont donner à ces signes d'alertes, grâce aux mots qu'ils vont mettre dessus, et surtout grâce au sens qu'ils vont accorder aux états corporels et émotionnels de leur petit, le bébé va peu à peu intégrer l'utilité du langage oral.

La psychomotricité est indissociable de la communication non-verbale car c'est une pratique à médiation corporelle, il est possible de lire sur le corps de nos patients ses ressentis, ses émotions, ses doutes, ses peurs, ses douleurs et tant d'autres. Sans oublier que ce corps est toujours pris en relation à lui-même, à l'autre et/ou à l'environnement.

Ces deux canaux : verbal et non-verbal sont complémentaires, surtout pour nous à qui l'**unicité corps-esprit** est au centre de toute l'attention.

Comme le dit le philosophe et psychologue P. Watzlawick, « *on ne peut pas ne pas communiquer* » [32] ; le langage du corps nous dira toujours quelque chose sur l'état émotionnel de la personne rencontrée. C'est d'ailleurs pour cette raison que C. Ballouard, psychomotricien, distingue communication non-verbale et communication corporelle. Pour lui, le terme de communication non-verbale est désuet, et ce notamment aujourd'hui car le corps occupe une place de plus en plus importante dans notre société. De même, le contexte et la culture sont indispensables pour décrypter les mouvements du corps [45]. Il me semble aussi qu'il s'agit-là d'une question de vocabulaire car par définition, la prosodie ou encore le timbre de voix font partis de la catégorie « non-verbale » alors qu'ils émanent directement de la voix elle-même.

Je rejoins les intentions d'E. Pireyre, qui situe le travail du psychomotricien à deux niveaux. Le premier est de connaître ses propres canaux d'expression et de lecture émotionnelle. Le second est de repérer sur notre patient les canaux utilisés pour exprimer son émotion et lire celle des autres. Cet auteur distingue donc les « canaux d'expression », des « canaux de lecture » des émotions. Selon lui, nous n'utilisons pas l'ensemble des six composantes du dialogue tonique pour lire et exprimer nos émotions mais seulement une partie de ces composantes. Il impute à l'utilisation restreinte des éléments du DTE, l'impact de l'intersubjectivité entre les êtres humains [45].

1.2 Place du corps dans la communication

Dès les premiers instants de vie, la communication corporelle précède la communication verbale. « *Le corps, comme lieu de passage obligé de la communication et de la vie psychique, fournit à la psychomotricité son terrain et les limites de son action, son domaine d'intervention et l'infini de ses possibilités.* » [6].

C'est dans ce genre de situation où la communication ne peut s'établir sur un mode « naturel », que notre corps va se retrouver au centre des préoccupations, encore plus qu'habituellement. Le corps, notre corps en tant que psychomotricien, est notre premier outil de travail. C'est grâce et au travers de celui-ci que nous nous découvrons – lors de notre formation mais surtout dès notre plus jeune âge –, que nous transmettons notre

savoir et que nous lisons les facilités et les difficultés des personnes dont nous prenons soin.

Dans la problématique de la surdité, le corps a d'autant plus d'importance. Nous l'avons vu, si deux protagonistes dialoguent en LSF, cette communication langagière gestuelle nécessite d'utiliser une partie conséquente de la corporéité pour être compréhensible par l'autre et non pas uniquement les mains.

Chez les enfants signants, il est important de prendre en compte qu'ils ont besoin de leurs mains pour communiquer. Ainsi, si on leur tient la main, ils n'ont plus que leur regard ou leurs mimiques pour nous transmettre une information. De la même façon, quand on les porte dans les bras, il sera difficile pour eux de signer au vue de l'espace réduit entre les deux corps.

En lien avec les six composantes du DTE, le psychomotricien s'engage corporellement dans la relation avec son patient. De surcroît, cette implication corporelle réfléchie et conscientisée, qui nécessite une analyse continue de la situation, a un impact dans le travail thérapeutique. Nous devons faire attention à notre propre attitude et positionnement corporel. Aussi, il nous faut penser notre corps dans l'espace de la salle. Nous devons être attentif à nos propres modifications toniques, à nos gestes dans leur amplitude, leur vitesse et leur précision, à nos mimiques et à notre regard [45].

Durant mes stages, lorsque j'étais en position d'observatrice, je faisais toujours attention à ma position assise. Il m'importait de ne pas m'affaler sur la chaise, ou bien de ne pas tenir ma tête avec ma main. De plus, j'essayais toujours de me placer dans un coin stratégique de la pièce, ni trop visible, ni trop effacée. J'estime, et ce d'autant plus en qualité d'observatrice, que l'image que je renvoie à l'enfant fait partie intégrante de ce qu'il se passe en séance. De fait, il était important pour moi de me tenir corporellement, d'être présente, attentive à la situation et de le montrer. J'appliquais bien évidemment cette même attitude lorsque j'étais plus active dans la séance.

1.3 Outils et tests psychomoteurs¹⁸

Le bilan psychomoteur est un acte qui fait parti du décret de compétence des psychomotriciens [19], nous sommes les seuls habilités à pouvoir le faire passer.

Selon C. Potel, psychomotricienne, il existe schématiquement deux conceptions de bilan : le premier « *permet une objectivation et une quantification des réponses psychomotrices, au moyen de tests dont les grilles sont de plus en plus finement codifiées et chiffrées* » ; le deuxième « *est une méthode d'observation, au moyen de consignes, de situations, de tests, qui permettent aussi d'évaluer les difficultés d'un patient et de donner des repères pour un travail ultérieur* » [47]. Indéniablement dans ces deux définitions, nous retrouvons la distinction entre rééducation et thérapie. Dans la première vision, les troubles sont objectivés et quantifiés dans le but de les réduire pour rendre le sujet mieux adapté, dans une idée de norme. Dans la seconde, les troubles sont observés dans leur ensemble, c'est à dire le trouble lui-même mais aussi la place qu'il prend dans la vie du sujet. La conclusion sera une synthèse des comportements observés et des résultats obtenus, ce qui permettra au thérapeute d'avoir une vision plus globale du patient à cet instant T du bilan.

Qu'importe le type de bilan choisi, l'évaluation des forces et des faiblesses reste la première étape dans le processus de suivi d'un patient. C'est le premier geste du psychomotricien qui s'organise en fonction du motif de la consultation et de l'analyse de la demande. Celui-là pourra amener vers une prise en soin, vers une réorientation ou aura juste pour objectif la réassurance ; mais dans tous les cas, il est indispensable avant chaque travail thérapeutique. Les hypothèses de diagnostic psychomoteur posées lors du bilan, orienteront par ailleurs le diagnostic médical du médecin, si trouble il y a.

Malgré tous les avantages indéniables que nous pouvons citer quant à l'utilisation des tests psychomoteurs, en fonction des populations avec lesquels on travaille, ils ne sont pas tous adaptés et ne permettent pas d'être utilisés comme il se devrait.

Le déficit sensoriel de la surdité profonde ne permet pas d'utiliser toutes les batteries de tests « classiques » comme nous pouvons les découvrir au cours de notre formation. C'est ici que la créativité du psychomotricien rentre en jeux. Comment adapter les tests à cette population et quels tests pouvons-nous utiliser pour que l'enfant puisse exprimer au mieux ses capacités. Bien souvent, la traduction des consignes verbales en langage signé a une incidence sur la performance de l'enfant car l'explication gestuelle peut induire sa réponse.

¹⁸ Cf. annexe 6 pour plus de détails sur l'ensemble des tests psychomoteurs cités dans cette partie.

La composante spatiale du signe, va visuellement donner des indices de réponse à l'enfant. De la même façon, le manque de distance entre la langue des signes et l'imitation peut s'avérer être un frein pour évaluer les capacités des enfants. Il nous faudra donc être capable d'adapter les tests, notamment en fonction du degré et du mode de communication de l'enfant reçu [54].

Lors d'une séance avec deux petites filles en situation de surdité, je me suis retrouvée face à cette problématique. Ce jour-là, nous disposons dans la salle plusieurs obstacles dans le but de réaliser un parcours pour travailler les capacités motrices, mais aussi des capacités plus cognitives et relationnelles comme l'anticipation, la planification, la coopération, etc. Dans l'idée, je souhaite observer comment à elles deux, elles s'organisent pour décider d'un point de départ, d'un point d'arrivée et d'un sens de circulation. Une fois les obstacles disposés, je leur explique que c'est elles qui vont établir les règles pour réaliser le parcours et qu'ensuite nous le ferons chacune notre tour.

Après coup, en repensant cette séance lors de ma prise de note, j'ai compris que la composante spatiale de ma consigne signée avait fortement influencée l'organisation qu'elles ont ensuite mise en place. En donnant mes instructions, j'ai pointé du doigt un sens de trajet pour illustrer mon propos, et par conséquent, je suis partie d'un point précis et me suis arrêtée à un autre point bien distinct. En collant spatialement à mes explications, je suppose donc qu'elles ont eu plus de facilités à s'accorder sur le point de départ, d'arrivée, et le sens de circulation.

Cette vignette clinique illustre alors parfaitement les limites de la langue signée dans certaines situations. Aujourd'hui, si la situation devait à nouveau se présenter, je réfléchirais à formuler ma consigne différemment.

Parmi les tests enseignés lors de notre formation initiale à Bordeaux, voici quelques exemples non exhaustifs de ceux qu'il est compliqué d'utiliser tel quel avec une population d'enfants sourds.

Les **épreuves de somatognosie** sont semble-t-il impossibles à réaliser avec une personne sourde. Par définition, la somatognosie est la connaissance que l'on a de son propre corps et de ses différentes parties. Typiquement, lors de ces épreuves on demande

à l'enfant de montrer sur lui ou sur autrui les différentes parties de son corps ou bien de les nommer. En LSF, les membres corporels sont rarement nommés autrement que par la désignation du membre lui-même. Avec la langue des signes, si je demande à l'enfant de me montrer son bras, il aura déjà la réponse dans ma consigne signée.



BRAS

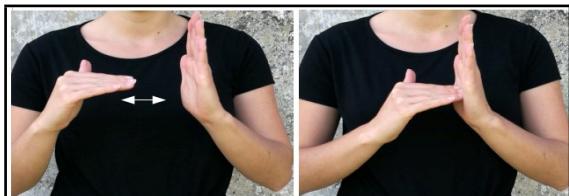
L'**épreuve de Naville** est un test qui permet d'évaluer les capacités d'anticipation, de planification, de représentation spatiale, de compréhension et de mémorisation d'une consigne longue. Il se déroule comme suit : dix cerceaux sont placés en forme de triangle au sol et la consigne est la suivante « *tu vas passer dans tous les cerceaux, une seule fois dans chaque. Tu n'as pas le droit de passer deux fois dans le même cerceau, ni de sauter par-dessus un cerceau et entre deux cerceaux* ». Ici, il est impossible d'expliquer la consigne gestuellement sans induire la réponse. D'ailleurs, il est bien spécifié dans les instructions de passations que la consigne doit être obligatoirement présentée sur le canal verbal.

La **batterie HHR** permet d'évaluer la dominance latérale manuelle neurologique, et également la capacité de compréhension et de connaissance du schéma corporel ainsi que l'organisation des praxies. L'objectif est de réaliser sept gestes, décrits verbalement par le professionnel. Ici aussi il est spécifié dans le manuel de passation de ne surtout pas mimer les gestes car cela pourrait induire une imitation dans la réponse de l'enfant.

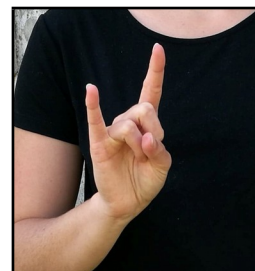
Il en va de même pour les autres épreuves de latéralité comme l'**épreuve de M. Auzias**, les **épreuves de latéralité visuelle et pédestre**, ainsi que la partie latéralité de la **batterie d'évaluation des fonctions neuro-psychomotrices (NP-MOT)** ; tout comme la partie attention auditive d'ailleurs.

L'**Évaluation de la Motricité Gnosopraxique distale (EMG)** est une batterie d'imitation de gestes simples et complexes. Elle permet d'évaluer l'efficacité gnosopraxique distale et digitale, et de mesurer les capacités d'adaptation motrice. Elle évalue également les représentations corporelles du sujet. Seulement, la reproduction des

douze items prédicteurs est biaisée pour les enfants pratiquant la LSF. Certains signes de doigts ou de mains sont des signes ayant une réelle signification en langue des signes. Cela donne donc, cognitivement, des indices supplémentaires à ces enfants, et ils auront par ailleurs une « sur-capacité » gnosopraxique à mettre en forme leur main et leurs doigts. D'ailleurs, ce test n'a pas été étalonné sur une population d'enfant sourd ; les signes proposés n'ont, pour les entendants, pas de signification particulière.



ENCORE



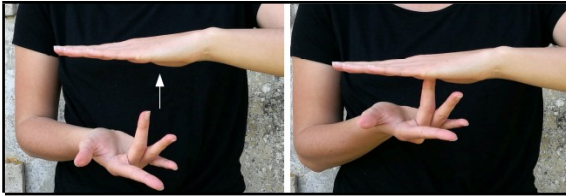
Lettre H

Le **Profil Sensoriel de Dunn** a pour objectif de mettre en évidence les capacités d'intégration des stimuli sensoriels. Il se présente sous la forme d'un hétéro-questionnaire qui évalue l'ensemble de la sensorialité. Ce test sera alors biaisé dans la partie sur le traitement auditif ; beaucoup d'items n'auront pas de sens pour les enfants sourds profonds comme les affirmations suivantes : « *a du mal à terminer des tâches quand la radio est allumée* » ; ou bien « *semble ne pas entendre ce que vous dites* ».

De plus, certains comportements spécifiques peuvent être rattachés à des troubles auditifs. C'est pourquoi le sur-investissement ou les accrochages visuels qui peuvent être un signe d'autisme dans certains cas, seront inhérents à la compensation du manque sensoriel chez les Sourds.

L'**épreuve de rythme de M. Stambak** qui consiste à évaluer le tempo-spontané et les capacités perceptivo-motrices dans la reproduction de structures rythmiques n'est pas explicitement envisageable avec des enfants sourds profonds. Initialement, l'enfant doit reproduire des structures rythmiques qu'il a préalablement entendues. Cependant, si l'on s'appuie sur les capacités « perceptivo-motrices », je pense qu'en transformant quelque peu les consignes et bien sûr en renonçant à l'étalonnage, on peut l'adapter à la population sourde. Par exemple, on pourrait frapper les différents rythmes sur l'épaule ou le dos de la personne. De cette façon, ce serait le canal vibratoire et tactile qui serait au travail et non plus le canal auditif. Dans la même idée, on pourrait reproduire les rythmes en éteignant et rallumant une lumière, faisant de la sorte travailler le flux visuel.

Les consignes signées lors du **test de F. Leplat** qui évalue les connaissances des relations topologiques et de grandeur (connaissance des mots en lien avec l'espace), peuvent influencer les réponses des enfants et faire perdre son sens au bilan. L'examineur présente un dessin à l'enfant sur lequel est représenté une chambre avec des ballons dispersés dans la pièce. L'enfant doit ensuite, sur ordre oral, désigner le ballon le plus gros, celui placé le plus loin ou encore le ballon qui est devant la table. En signant les mots « sur la table » et « sous la table » par exemple, cela va donner des indices visuels et l'épreuve de connaissance de vocabulaire sera biaisée.



SOUS la table



SUR la table

Le test d'**entretien sur les représentations corporelles de O. Moyano** peut lui aussi être biaisé si les questions sont signées. Ce test permet d'évaluer les données représentatives que l'enfant entretient avec son propre corps. Il est composé de neuf questions qui explorent les composantes du corps connu et vécu, la connaissance fonctionnelle du corps, le corps fantasmatique, relationnel, ainsi que l'investissement narcissique. Le fait de signer l'intérieur ou l'extérieur du corps, ou encore les parties du corps qui bougent, induira forcément les réponses de l'enfant. Ceci est d'autant plus limitant que en 2014, selon O. Moyano, psychomotricien et psychologue, « *les psychomotriciens [...] ne disposent d'aucun outil pour évaluer la qualité des représentations attachées à l'image du corps* » [9].

La majorité des bilans vus durant mon stage ont été réalisés grâce à des parcours moteurs et donc à l'aide d'observations cliniques. Les parcours sont une source jaillissante d'informations sur l'organisation psychomotrice du sujet : sauter, tenir en équilibre, attraper, lancer, enjamber, tourner, reculer, organiser son espace, son temps, échouer, recommencer, réussir... Ces éléments, riches d'informations, peuvent considérablement alimenter notre clinique.

Malgré tout, certains tests normés sont adaptés à la particularité de la surdité. Parmi eux, on retrouve certains items de la batterie d'évaluation des mouvements chez l'enfant (M-ABC2) ou de la NP-MOT. Il est possible de piocher, dans ces batteries complètes, les items qui reposent essentiellement sur de la démonstration et de la reproduction de geste. Les épreuves d'évaluation rapide de l'écriture (BHK), l'échelle de coordination motrice (de Charlop-Atwell), l'épreuve graphique d'organisation perceptive (de Bender-Santucci) ou encore l'épreuve de la figure de Rey, sont possibles à réaliser car globalement cela repose sur de l'implicite ou sur la reproduction/imitation d'une coordination.

Avec la population sourde, le regard clinique affiné du psychomotricien sera une ressource infaillible pour évaluer leurs capacités. Même si les bilans et les tests nous sont nécessaires pour normaliser les performances d'un individu par rapport à son groupe d'âge, les observations cliniques peuvent nous apporter tout autant, voire plus. Par exemple, aucun test standardisé ne pourra évaluer les capacités relationnelles d'un sujet. Les deux évaluations, objectives et subjectives, sont nécessaires pour une compréhension globale et unifiée du patient.

1.4 Intérêt d'une prise en charge

Pour introduire cette partie, je crois important de mentionner qu'un enfant sourd ne rencontre pas forcément un psychomotricien pour sa surdité, mais avant tout pour les troubles psychomoteurs ou les difficultés secondaires qu'elle engendre.

La formation initiale des psychomotriciens leur offre une place toute tracée au côté des enfants sourds et notamment face aux troubles secondaires qu'ils peuvent présenter. Je partage l'idée qu'il est difficile de comprendre leurs difficultés si on n'a pas intégré le développement psychomoteur et les troubles pouvant l'affecter [17]. Le psychomotricien

est doté d'un œil expert sur le développement (moteur, affectif, sensoriel, cognitif...), et c'est cela qui nous place en tant que professionnel de santé, en bonne position pour accompagner ces jeunes.

Dès les premiers instants après l'annonce du diagnostic, le psychomotricien aurait matière à intervenir en complémentarité des autres professionnels para-médicaux comme les orthophonistes ou les psychologues. D'une part car il est inenvisageable d'accompagner un nourrisson sans accompagner ses parents (premier environnement du bébé) ; d'autre part car la surdité peut entraîner des difficultés dans plusieurs domaines.

Nous savons la difficulté pour les parents d'accepter le handicap de leur enfant et la rupture qui peut survenir dans leur relation. C'est pourquoi, avec notre bagage sur le développement général du bébé, nous sommes aptes à accompagner cette dyade/tryade dans leurs interactions précoces en assistant l'enfant dans son investissement corporel, spatial et du mouvement.

Informar les parents sur la nécessité de communiquer avec leur enfant sera primordial ; et en psychomotricité, cela passe par le corps. Le bébé sourd n'entend pas les paroles de son parent mais capte tous les indices corporels qui accompagnent son discours. Il s'imprègne entre autre, des mimiques, du regard, des sourires, des froncements de sourcils, des postures et attitudes pour étiqueter une émotion ou une intentionnalité sur la communication qui est en train de s'établir. Il faudra donc renseigner les parents sur l'intérêt du dialogue tonico-émotionnel. Notre rôle sera de les aider à décoder ses expressions, ses besoins, de les encourager à verbaliser/signer et à le soutenir psychiquement et physiquement.

Nous sommes experts du développement des bébés mais nous devons rendre les parents experts de leur bébé. Nous devons rendre aux parents leur rôle de parent et non pas seulement un rôle de parent d'un enfant malade ou handicapé. Évidemment, il n'est pas possible de faire l'impasse sur ce manque sensoriel mais il ne faut pas oublier que cet enfant est plein de capacités autres. La guidance parentale permet de soutenir l'attachement, les fonctions parentales et de valoriser les compétences de leur bébé.

Bien évidemment, l'ensemble des troubles psychomoteurs énumérés dans la partie numéro trois sont propices à une prise en charge psychomotrice. Selon notre décret d'acte, nous sommes entre autre habilités à rééduquer les troubles du développement psychomoteur mais également à traiter les troubles de la régulation émotionnelle et relationnelle, les troubles de la représentation du corps (psychique ou physique), les

troubles de la personnalité, etc. Dans les troubles du développement psychomoteur sont compris les retards du développement psychomoteur, les troubles de la maturation et de la régulation tonique, les troubles de l'organisation spatio-temporelle, les maladrotes motrices, gestuelles et dyspraxies, et tant d'autres [19].

Dans le cas de difficultés toniques ou spatiales, le rôle du psychomotricien sera surtout d'accompagner l'enfant dans son développement [39]. La psychomotricité est propice pour aider l'enfant dans l'acquisition de la marche si retard il y a, et dans l'ensemble de ses mouvements, praxies, déplacements. Mais aussi dans la construction de représentations corporelles ajustées, dans une renarcissisation positive si besoin est, ou encore dans des difficultés relationnelles ou comportementales.

En lien avec l'intervention chirurgicale pour l'implant cochléaire, le psychomotricien pourra aider l'enfant à intégrer ce nouvel appareil et ainsi soutenir l'estime et la confiance en soi. Un travail de contenance autour de l'enveloppe corporelle serait intéressant dans ce cas de figure. Beaucoup d'auteurs et notamment D. Anzieu, accorde à la peau une qualité d'enveloppe qu'il nomme « moi-peau ». Ce système complexe désigne « [...] une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases de son développement pour se représenter lui-même comme moi à partir de son expérience de la surface du corps. » [53]. Ainsi, la perforation de la peau, de l'enveloppe corporelle, du moi-peau, peut avoir des conséquences d'ordre psychique. Le moi-peau étant un contenant du psychisme, et un protecteur contre les stimulations et les excès d'excitations externes entre autre, transpercer la peau n'est pas un acte anodin. Comme déjà évoqué précédemment, l'enfant implanté va devoir se réengager sur un nouvel équilibre, avec de nouvelles sensations, des douleurs, etc. Ce n'est pas tout que les séquelles de l'opération cicatrisent, il faut ensuite remanier l'ensemble des perceptions sensorielles et les intégrer à ses propres processus cognitifs.

Pour ne pas conclure sur l'éventail d'action possible de ce professionnel, il aura principalement pour fonction d'accompagner les enfants sourds profonds dans leur troubles relationnels et communicationnels. Ces troubles qui sont secondaires à la surdité, peuvent être dû aux difficultés de frontière entre la LSF et le français parlé, et plus largement dû à l'environnement familial et sociétal. Pour cela, il partira des fondements de la construction corporelle et de la mise en jeu du corps. Corps, motricité et espace sont des notions fondamentales en psychomotricité sur lesquelles nous agissons pour aider nos patients à trouver ou retrouver une certaine symbiose avec eux-mêmes.

Néanmoins, les enfants peuvent aussi être accueillis en psychomotricité pour un acte plus rééducatif. Ici, le psychomotricien agira spécifiquement sur le trouble secondaire : trouble de l'écriture, trouble de la latéralité...

2. Être psychomotricien

Si j'ai accentué la malléabilité du psychomotricien pour exercer auprès de personnes sourdes dans cet écrit, je pense que c'est là une des principales qualités requises pour être psychomotricien et ce auprès de n'importe quelle population. Nous exerçons un métier qui nous demande constamment d'être créatif, d'avoir de l'imaginaire, de s'adapter et donc d'être malléable. Comme nous l'entendons souvent « il y a autant de psychomotricité qu'il y a de psychomotricien ». La variabilité des pratiques, des populations que nous pouvons recevoir, des structures dans lesquels nous pouvons travailler et des médiations que nous pouvons utiliser, rend ardu l'exercice de définir l'ensemble de nos champs d'interventions. De plus, face à une même population, face à des personnes présentant le même trouble, chaque individu est unique. Chaque individu, demande une attention et une disponibilité spécifique. Nous ne pouvons pas répéter éternellement un protocole de passation, nous nous devons de nous adapter individuellement aux différentes personnalités, aux différents besoins de l'être humain et surtout à l'instant T de la situation. Il faut composer avec la réalité du patient, de l'environnement et de nos propres affects.

Le psychanalyste et psychologue, R. Roussillon reprend à M. Milner, psychanalyste, la notion « d'objet médium malléable ». Il explicite cette notion en l'appliquant à l'objet de la pâte à modeler. Selon lui, cet objet requiert différentes caractéristiques : « *la pâte à modeler, ne représente rien par elle-même, mais elle est **saisissable**, se laisse prendre par la main, toujours prête à l'emploi, toujours **disponible**, elle est **informe**, **indéterminée** et se prête ainsi à l'exploration des formes premières de la liberté (R. Roussillon 2000), c'est parce qu'elle est informe et en même temps **indestructible** qu'elle peut prendre toutes les formes, qu'elle **transforme** les différences quantitatives en variations qualitatives, qu'elle transforme la force en sens. Mais elle est **fiable**, **fidèle**, elle **conserve** la forme donnée par l'activité de l'enfant, elle la conserve tant que l'enfant ne décide pas de la modifier de nouveau, de la reprendre. [...] » [51].*

La malléabilité que je sous-entends, reprend quelque peu les caractéristiques de cette pâte à modeler. Le psychomotricien se doit d'être **disponible** physiquement et

psychiquement ; sa pratique n'est **pas prédéterminée**, il doit composer avec le patient qu'il a en face de lui ; dans la question du transfert et du contre-transfert, il est capable de recevoir ce que renvoie son patient **sans se détruire** pour autant, et il peut renvoyer ces éléments sous une **nouvelle forme** ; c'est un professionnel qui doit rester **fidèle** et à **l'écoute** de son propre corps et de ses propres sensations.

L'ensemble de ces éléments, bien que caractérisant l'attitude du psychomotricien, sont pleinement constitutifs du cadre thérapeutique. C. Potel le définit comme suit « [...] *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.* » [47]. Ce cadre nous permet donc de nous protéger, de protéger notre patient et d'ajuster notre position. Il permet de faire la distinction entre un dedans et un dehors et d'instaurer un invariant au sein d'un processus de changement [6].

Si je devais adapter les attributs de la pâte à modeler au psychomotricien, voici une liste non exhaustive des spécificités qui semble, selon moi, nous caractériser.

2.1 La disponibilité

L'une des particularités de la psychomotricité est de loin l'engagement mutuel et l'investissement psychocorporel du thérapeute, dans la relation avec son patient. En comparaison aux autres professionnels paramédicaux, le psychomotricien s'engage dans la relation autant corporellement que psychiquement. Il se doit d'être disponible sur ces deux plans. D'après D. Liotard, psychomotricienne et psychologue clinicienne, « *cette relation particulière entre le psychomotricien et le sujet, est une rencontre de l'ordre de l'intime. Un corps à corps symbolique et asymétrique ou les qualités du regard, les tonalités de la voix, la musicalité des paroles, les couleurs, les gestes, le tonus, la bienveillance, la réceptivité de l'un ou de l'autre des protagonistes, les paroles souvent métaphoriques induisent une influence et une relation transférentielle [...].* » [46].

Cette relation intime et la rencontre au plus près de nos modes d'être, va permettre au psychomotricien d'investir l'expression du corps qui fait symptôme et de proposer au sujet de nouveaux modes de relation et d'expression [47].

Physiquement, le psychomotricien doit être conscient et averti de son implication corporelle dans l'espace de la pièce, de sa posture, de son expression... Ceci est important car l'ensemble de ces éléments peut influencer les faits et gestes du patient. « *Le psychomotricien, dans sa pratique comme dans sa réflexion, part du corps de*

l'enfant [...]. Dans ce dispositif théorique, il intègre son propre corps, son propre investissement spatial, ses propres mouvements, sa propre tonicité, ses propres ressentis et éprouvés corporels. » [47].

Nous investissons la relation thérapeutique de façon très archaïque par nos regards porteurs, notre voix contenante, notre toucher toujours préalablement réfléchis et par l'ensemble de notre corps. De ce fait, nous espérons renforcer et restructurer le narcissisme du sujet pour qu'il puisse ensuite trouver sa place et son autonomie [46].

Psychiquement, le thérapeute doit pouvoir « prêter » son psychisme à l'enfant pour qu'il puisse intégrer ses pulsions (cf. éléments alpha et bêta de W. Bion). Aussi, le professionnel doit pouvoir s'appuyer sur ces propres ressources psychiques afin d'assurer à l'enfant une bonne qualité de présence pour qu'il puisse s'en saisir et ainsi se sentir contenu et en sécurité.

De même, le soignant doit faire preuve d'une qualité d'observation attentive et réelle. Il doit mettre de côté son envie de relier immédiatement tous les points de l'équation afin de suffisamment éprouver la valeur émotionnelle de la situation, et repérer l'ensemble des éléments qu'amène à voir le sujet [46].

D'après T. Bénavidès, par sa présence, le psychomotricien contribue à la mise en place du transfert¹⁹. Par son expression verbale, il fait émerger à la conscience du patient les éléments transférentiels. Puis, il peut interpréter ses éléments. Ces différents niveaux d'interventions illustrent bien la nécessité d'être disponible.

La non disponibilité physique ou psychique, peut entraîner différents risques. L'un d'eux est probablement que le sujet nous le fasse remarquer. Cela pourra alors avoir pour conséquence « l'arrêt » de la relation, l'individu peut couper l'interaction et retourner à ses stéréotypies ou bien amener de l'agressivité. Si le patient sent que nous ne sommes pas disponibles, il ne sera pas assez en confiance pour nous révéler l'ensemble de ses potentialités et surtout l'ensemble de ses difficultés, douleurs, mal être...

¹⁹ Terme psychanalytique qui renvoie à la notion de déplacement. Le transfert est ce que projette le sujet dans la situation, la manière dont il interprète la situation. Le contre-transfert correspond à ce que le professionnel éprouve et projette [46].

Durant l'ensemble de mes stages, j'ai pu éprouver l'indisponibilité psychique ou du moins, une baisse de disponibilité. Ce sentiment étrange m'a emmené « ailleurs », dans mes pensées, m'a éloigné de la réalité présente et donc de la séance à laquelle j'assistais. De ma place d'observatrice lorsque cela m'est arrivé, il me semble que les conséquences ont été moindre pour le patient que si j'avais été en situation de mener la séance. Toutefois, il me paraît important d'en avoir conscience et de pouvoir le prendre en considération lors de notre retour sur la séance et lors de la prise de note. Comme explicité précédemment, notre simple présence induit forcément les comportements du sujet. Il s'agit là d'une rencontre.

2.2 L'adaptabilité

La question de la déficience auditive profonde, illustre bien l'adaptabilité du psychomotricien pour exercer pleinement ses fonctions. Le psychomotricien doit user de créativité dès la première rencontre pour entrer en communication avec l'enfant, puis pour élaborer un bilan et enfin une prise en soin.

A l'IFP de Bordeaux, nous avons la chance d'avoir un enseignement sur les bases de la langue des signes. Cependant, nous pouvons nous retrouver face à des enfants qui n'ont pas connaissance de la langue des signes ou bien qui maîtrisent cette langue mieux que

Quand j'ai commencé mon stage au jardin d'enfant, malgré mes quelques connaissances de la LSF, je me suis retrouvée plus d'une fois face à un enfant qui me signalait quelque chose que je n'étais pas en mesure de comprendre. Il m'a alors fallu user d'inventivité et trouver un autre canal de communication. Après lui avoir demandé de répéter sa demande, je me suis contrainte à changer de technique. Ainsi, avec mon petit interlocuteur, nous sommes passés par le mime, nous nous sommes aidés des objets présents dans la salle et avons fini par nous comprendre. Après réflexion, j'aurais pu aussi lui proposer de passer par le dessin. Dans cette position, le handicap est double. Autant le professionnel que l'enfant se retrouve dans une situation handicapante. Cet exemple valide l'idée que le handicap est situationnel, nous sommes en situation de handicap face aux conditions environnementales.

nous. Dans ce dernier cas de figure, où nous nous retrouvons tous deux en situation de handicap, il nous faut nous adapter.

Il en va de même pour les tests psychomoteurs que nous devons adaptés aux particularités de nos patients. Et cela est vrai pour l'ensemble des sujets que nous sommes susceptibles de recevoir, pas uniquement les enfants sourds.

De plus, il paraît évident que nous ne pouvons définir un type de séance et le calquer sur chacun de nos patients. Nous devons composer avec les compétences et les difficultés de chacun, de telle sorte que chaque suivi que nous proposons soit personnalisé avec les besoins et les attentes du sujet en question. Cependant, il y aura toujours un cadre de travail qui reste invariant. Le cadre spatial et temporel sera sensiblement le même à chaque séance. Nous avons un espace de travail repéré, et les séances sont structurées et délimitées dans le temps conformément au cadre thérapeutique établi en début de prise en soin.

De la sorte, nous prenons en compte les différences intra-individuelles et inter-individuelles et nous nous efforçons d'instaurer un cadre thérapeutique solide, mais non figé.

Rafaël, 8 ans.

Lors des séances, Rafaël semble présenter des difficultés à rester sur la durée impartie dans la salle de psychomotricité. Souvent, il « s'échappe » de cet endroit et part dans le couloir. Il explore, s'intéresse à ce qui s'y trouve et aux personnes qu'il y rencontre. Moi, en tant qu'observatrice, et ma maître de stage, le suivons et composons de fait la suite de la séance avec ce qu'il amène.

Ici, même si les séances ne se déroulent pas toujours entièrement dans la salle de psychomotricité car ce n'est sûrement pas le besoin de Rafaël ce jours-là, chaque séance commence et se termine dans la salle. Ce rituel de début et de fin fait partie du cadre invariant. Encore une fois, cela permet un repère temporo-spatial et une certaine contenance. Il faut savoir proposer un travail spécifique en lien avec les objectifs thérapeutiques établis en début de prise en soin, sans jamais faire l'impasse sur les besoins d'expressions de l'enfant et lui permette une motricité libre.

Si en tant que future professionnelle je ferai partie d'une équipe pluridisciplinaire, il me faudra m'adapter au cadre clinique, aux conditions matérielles de la structure et bien évidemment aux demandes institutionnelles et aux directives gouvernementales répondants aux politiques sanitaires de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Il me faudra également considérer les attentes parentales. Même en secteur libéral, l'exercice de la profession ne peut se faire sans avoir à composer avec plusieurs directives.

Même si le soignant doit s'adapter à chaque situation et à chaque sujet, il reste limité par son appartenance à un fonctionnement particulier et « *par le caractère restreint de son aptitude à se modifier sous la pression du non-familier* » [46]. Je suis capable de m'adapter, mais toujours dans la limite de mes valeurs et de mes croyances.

2.3 La solidité

Le cadre thérapeutique doit être suffisamment solide, contenant et protecteur pour que le patient éprouve un sentiment de sécurité et qu'il puisse ainsi s'exprimer en toute liberté. C'est une garantie qui lui permet de trouver sa place, c'est à dire un espace et un temps qui lui est réservé [6]. La solidité du cadre nous protège nous, thérapeutes, contre les angoisses du sujet, tout en le protégeant aussi des nôtres. C'est cette sécurité qui nous permet de nous impliquer pleinement dans une prise en soin [6].

Le cadre, que l'on peut comparer à une seconde peau psychique, a une fonction de **pare-excitation** [3]. Cette peau psychique protège des pulsions internes et des agressions externes, permettant au sujet de déployer ses pensées librement. Le psychomotricien va stimuler et accepter les excitations motrices du sujet, toujours en assurant les conditions de leur intégration psychique [47]. Selon le célèbre psychanalyste S. Freud, c'est la mère qui détient ce rôle en premier lieu [3], ainsi le cadre peut également être comparé à un contenant maternel.

La solidité du thérapeute, où la **contenance** qu'il apporte dans ce cadre spécifique est elle aussi nécessaire. Cette notion amenée par W. Bion et reprise par D. Anzieu, fait écho à la contenance maternelle et à l'exercice de la fonction alpha [3]. Le psychomotricien doit être capable de transformer ce que lui transmet l'enfant, d'y donner du sens et ensuite de lui renvoyer une réponse représentable. Il contient les débordements, les excitations, les déconstructions, et ceci autant avec son corps qu'avec son appareil psychique. Il doit faire cela sans se détruire, l'enfant doit sentir que les éléments qu'il envoie à l'adulte ne vont

pas le pulvériser. Cette capacité de contenance thérapeutique permet au psychomotricien d'assumer ses propositions initiales [47].

Capucine, 6 ans.

Cette petite fille, pleine de vie, contient difficilement ces débordements d'excitations lors des séances. Rires et hyperactivité motrice peuvent alors vite l'envahir. Dans ce cadre-là, la psychomotricienne met en mots ses comportements. Elle lui décrit, en LSF, ce qu'elle voit : « Je vois que tu es énervée, excitée, agitée, tu bouges beaucoup, tu rigoles très fort... C'est difficile pour toi de te poser, je crois qu'il y a quelque chose qui te fait peur, quelque chose qui t'angoisse. Tu as beaucoup de chose dans la tête. ».

Ici, la description de son état corporel permet à la fillette d'accéder à une représentation d'elle-même. Cette verbalisation qui peut être comparée à la rêverie maternelle, fait partie intégrante de la contenance selon W. Bion [3].

J'enregistre alors l'importance de nommer ce qui se passe, et la nécessité de verbaliser, de mettre en mot.

La notion de contenance est aussi assurée par le *handling* décrit par D. W. Winnicott [3]. Les soins maternels mettent en jeu les corps de l'enfant et de la mère, ainsi que leurs sensations respectives ce qui permet de fait, de marquer la limite entre le dedans et le dehors. De la même manière, le psychomotricien va soutenir corporellement l'enfant dans ses expériences, il va réellement s'engager dans cet accompagnement.

Quand un de nos patients nous attaque, nous lance quelque chose à la figure, nous crache dessus ou nous fait mal physiquement, nous n'allons pas lui répondre violemment, nous n'allons pas nous emporter ou arrêter le suivi. Cette question d'éthique personnelle et professionnelle est bien une des caractéristiques qui montre notre solidité, notre indestructibilité et notre capacité à intérioriser.

Éthane, 8 ans.

A plusieurs reprises pendant mon année de stage, Éthane m'attaque avec tout ce qui lui passe sous la main. Il me lance des objets à la figure, monte sur la table à laquelle je suis assise ou essaie de me taper. Ce garçon me semble être en quête de ses propres limites et de vérifier la solidité du cadre.

Toutefois, ce comportement que j'ai vécu comme une décharge pulsionnelle ne m'a pas détruite. Je suis restée présente à la séance et je suis revenue les séances suivantes. Même si Éthane a continué à « m'attaquer », j'ai le sentiment qu'au fur et à mesure de l'année, il m'a peu à peu intégré dans cette relation naissante et nous avons pu quelques fois, faire de ces attaques un jeu construit et ordonné. Nous avons par exemple mis en place une bataille de pompons. Dans ce jeu dans lequel il a montré des comportements très archaïques et où il exprimait ses angoisses et ses ressentis de manière corporelle, nous avons pu nous affronter sans nous blesser. Après plusieurs batailles, son comportement allait dans le sens progressif d'une mise en forme plus représentationnelle, secondaire. Éthane commençait peu à peu à intégrer la solidité du cadre, annonçant chez lui la naissance d'un sentiment de sécurité. Il commençait aussi à se décentrer de son propre corps et des objets pour s'exprimer. Malencontreusement, l'arrêt de mon stage au début de la mise en place de cette activité, ne m'a pas permis d'approfondir ces suppositions. De plus, cela n'est pas ici le propos de ce mémoire mais il me semblait néanmoins important de le mentionner.

2.4 L'écoute

L'écoute est une notion fondamentale pour les psychomotriciens, comme pour tous les travailleurs sociaux, sanitaires et para-médicaux d'ailleurs. En lien avec la partie sur la communication verbale et non-verbale, l'écoute est primordiale autant pour déceler les indices verbaux que non-verbaux et les réactions tonico-émotionnelles. Cette attitude nous permet de déceler les incongruences entre la parole et les indices corporels. L'intérêt étant de comprendre le sujet et sa souffrance. Cependant, il est important de ne pas induire cette écoute en y intégrant notre jugement personnel. Nous nous devons d'être neutre ou du moins de tendre vers la neutralité et de prendre ce que le patient nous amène à voir, et non pas ce que nous voudrions voir ou ce que nous nous attendons à voir.

L'attitude d'écoute participe au processus d'empathie théorisé dans le modèle du psychologue C. Rogers sur l'approche non-directive [56]. L'objet de l'empathie est de comprendre les états affectifs d'autrui sans les éprouver, avec une distance professionnelle et personnelle nécessaire. Cette notion s'appuie sur le vécu corporel et la sensibilité du thérapeute [46].

Le cadre thérapeutique doit également être souple. Il est nécessaire que le thérapeute adapte son cadre en fonction de ce qu'il perçoit, de ce qu'il entend, de ce qu'il ressent et de ce qu'il comprend. Il doit suivre son intuition et adapter son cadre aux besoins du sujet. Les intuitions, autant que les erreurs et les tâtonnements sont indispensables à prendre en considération. Ces errances seront ensuite remises en forme dans l'après-coup en lien avec notre cadre théorique pour penser notre clinique [46].

Être à l'écoute de nos propres ressentis et émotions, favorisera notre compréhension de l'autre et ce qui est en jeu dans la relation. C'est d'ailleurs pour cette raison que durant tout le long de notre formation initiale, nous pratiquons diverses médiations nous permettant ensuite d'analyser nos propres sensations. Mais il me semble que ce sont avant tout nos qualités humaines qui nous permettent d'entrer en relation, outre notre formation universitaire, personnelle et professionnelle.

Selon C. Ballouard, « *Un cadre contenant, c'est un cadre ajusté, un cadre relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage ou la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître.* » [6]. Cette citation résume parfaitement les quatre spécificités citées ci-dessus : la disponibilité, l'adaptabilité, la solidité mais aussi la souplesse et l'écoute.

En conséquence, il me semble que le cadre thérapeutique et le thérapeute disposant de l'ensemble des notions théoriques présentées précédemment, reprennent partiellement ou tout ou partie, une fonction maternante/contenante permettant à l'individu de déployer l'ensemble de ses pensées et de solidifier sa propre enveloppe psychique.

CONCLUSION

Il est vrai que face à des patients sourds, la première étape est de communiquer avec eux – se faire comprendre et les comprendre – et de trouver des techniques palliatives pour exercer notre profession dans les meilleures conditions possibles. L'avantage pour nous, psychomotricien, c'est que notre pratique se base sous le dogme de l'unité corps-esprit. Ainsi, nous percevons l'individu dans sa globalité, ce qui limite quelque peu l'impact de la barrière de la langue. Dans tous les cas, nous nous appuyons toujours sur la communication corporelle : communication qui nous renseigne sur la personne.

Encore une fois, qu'importe le handicap, la pathologie ou l'individu, le psychomotricien doit faire preuve de nombreuses compétences et qualités qui lui permettent de s'ajuster aux besoins de chacun et à chaque instant. Comme le dit D. Liotard, « *avant d'être technicien du corps, il importe que le psychomotricien soit un objet-thérapeute suffisamment souple, « malléable », confiant dans sa capacité à accompagner l'autre, pariant que l'aventure aura du sens, en lui offrant un espace pour se soigner* » [46].

L'une des principales difficultés rencontrées lors de l'écriture de ce mémoire est certainement le manque de référence et la faible présence de littérature faisant le lien entre surdité et psychomotricité. Je n'ai trouvé que très peu d'écrits abordant ces deux sujets. De plus, dans le contexte de crise sanitaire actuelle, l'accès aux références et les conditions matérielles ont été contraintes et limitées.

D'autre part, ayant choisi un sujet de mémoire relatif au stage réalisé en seconde année, j'ai d'abord pensé que cela serait une difficulté supplémentaire, de ne pouvoir allier en même temps théorie et pratique. Avec le recul, j'ai pu repenser les situations vécues, faire de nouveaux liens avec la théorie et ainsi en affiner l'analyse. J'ai aussi mesuré l'importance de la prise de note ; sans ces précieux écrits, je n'aurais pu mener à bien ce projet et introduire des vignettes cliniques comme je l'ai fait. Je pense avoir contourné ce qui m'apparaissait comme un obstacle.

Pour conclure, j'estime avoir vérifié les deux hypothèses émises en introduction de ce mémoire.

Tout d'abord, en lien étroit avec le contexte et l'environnement, la surdité impacte le développement psychomoteur de l'enfant. Comme je l'ai présenté, tous ces domaines (psychologique et moteur) se développent et agissent en synergie, c'est pourquoi quand l'un est atteint, les autres peuvent l'être aussi.

Il me semble également avoir largement démontré la spécificité de la psychomotricité et les compétences requises de ce professionnel pour accompagner ces enfants dans le cadre d'un suivi pluridisciplinaire.

Enfin, je pense important de mentionner que les théories amenées dans mon écrit ne sont pas exhaustives et libre à chacun de se baser sur ses propres références. De plus, ce qui peut être vrai aujourd'hui, peut ne pas l'être demain, mais selon moi, il ne faut pas renoncer aux fondements de notre pratique. Il faut savoir faire la balance entre les premières théories existantes, toujours en restant ouvert aux nouvelles orientations.

Ce travail de rédaction et l'ensemble de mes recherches m'ont notamment amenée à m'interroger sur l'adaptabilité des tests psychomoteurs pour cette population. Ces outils faisant partie intégrante de notre mode d'exercice, nous sont indispensables en thérapie et rééducation. Aussi, je projette de poursuivre ma démarche dans ce sens et de réfléchir sur la question d'outils adaptés à la déficience auditive afin de rendre encore plus efficient le soin psychomoteur auprès de ce public.

Merci d'avoir pris le temps de lire ce mémoire.

ANNEXES

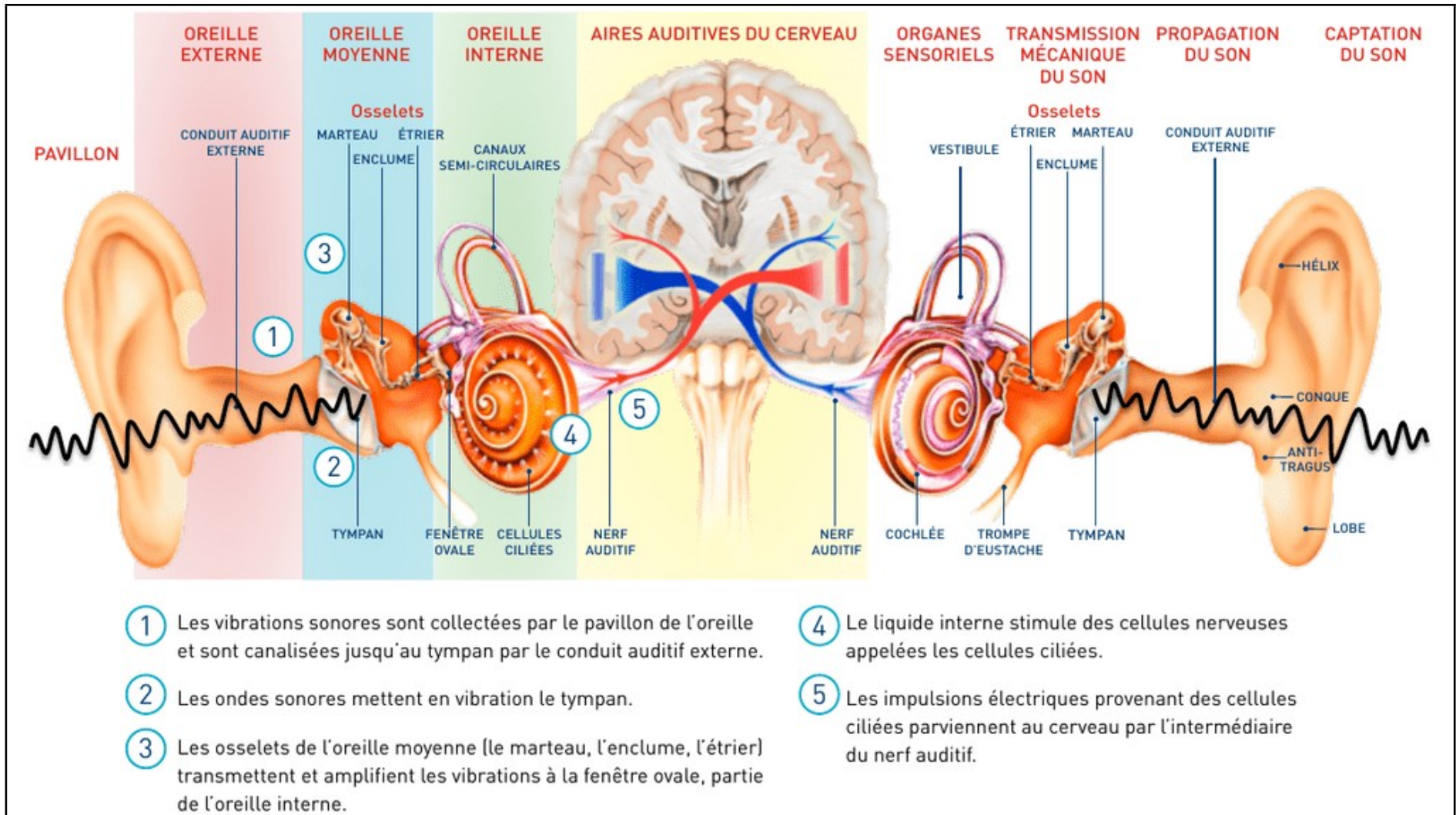
ANNEXE 1 : Développement sensoriel de l'enfant in utero

In utero	EMBRYON			FŒTUS					
	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois	8 mois	9 mois
TACT	Réactions buccales		Récepteurs tactiles sur : visage, paumes de mains, plantes de pieds	Récepteurs tactiles sur : tronc, racines des membres	Ensemble du corps réagit aux stimulations tactiles	Sensibilité thermique fonctionnelle			
OLFACTION	Structuration du bulbe olfactif achevé						Perçoit l'odeur de l'alimentation de la mère		
GUSTATION	Apparition des 1 ^{ers} bourgeons gustatifs		Système gustatif fonctionnel						
AUDITION					Structures auditives fonctionnelles	Réponses motrices suite à stimulation acoustique	Réagit à des sons graves		
VISION				Muscles oculomoteurs et globes oculaires formés			Sensible aux nuances fortes entre ombre et lumière		
VESTIBULAIRE				Oreille interne mature (canaux semi-circulaires et labyrinthe)		Réponse vestibulo-oculaire (mouvement des yeux par rotation de la tête)			

ANNEXE 2 : Développement psychomoteur de l'enfant

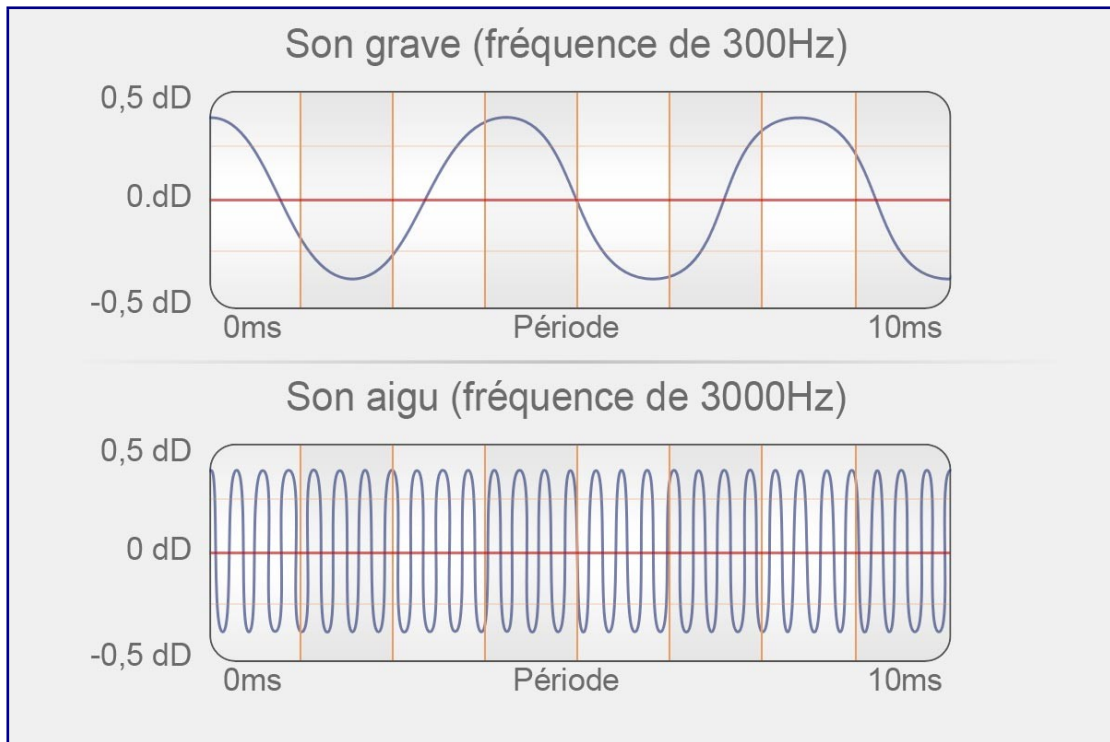
	1 – 2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois	8 mois	9 mois	10 mois	11 mois	12 mois	2ème année	3ème année
Tonus	Hypertonie membres ; hypotonie tête	Contrôle muscles de la tête			Tient assis avec support	Contrôle son tronc	Tient assis seul	Tient bassin	Contrôle muscles membres inférieurs	Tient debout avec appuis	Tient debout sans appuis	Tient debout sur un pied	Saute sur un pied
Retourne-ments	Côté → dos		Dos → côté	Ventre → dos		Dos → ventre		Couché → assis		Sol → Debout	Debout → sol		
Locomotion					Rampe		4 pattes			Marche avec aide	Marche seul	Monte et descend escalier ; cours vite	Alterne pas dans escaliers
Préhension	Grasping réflexe	Préhensions par balayage		Prise cubito-palmaire	Attrape ses pieds	Coordinations bimanuelles	Prise digito-palmaire		Activités bimanuelles	Pince pouce-index		Mange seul	S'habille seul ; dessine un cercle
Langage	Vocalisations	Gazouillis	Babillages			Répète des syllabes « ba-ba-ba »			Compréhension premiers mots	Premiers mots		Parle beaucoup	Avalanche de question
Cognitif		Fin des réflexes archaïques	Rit aux éclats	Exploration orale des objets ++		Répond à l'appel de son prénom	Objet transitionnel	Permanence de l'objet ; Attention conjointe			Pointage	Capacité d'imitation, symbolisme	

ANNEXE 3 : Mécanisme de l'audition



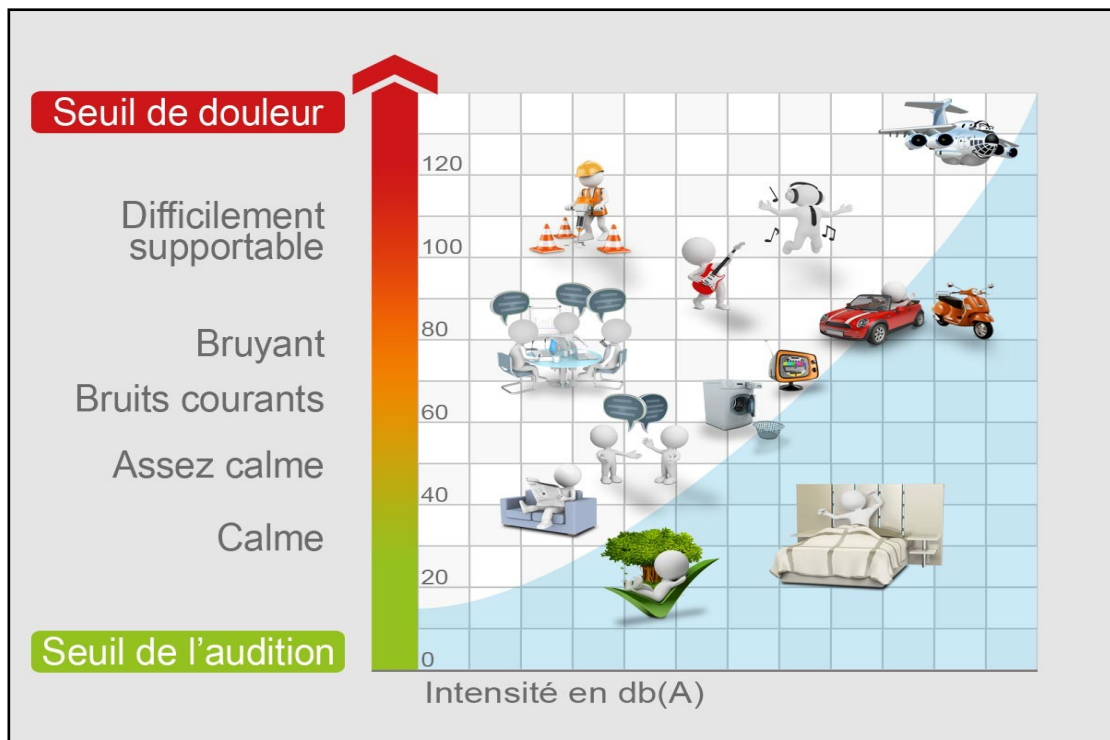
http://document.starkeyfrancepro.com/2017-MEMV_Cartes_Audition_Starkey.pdf

ANNEXE 4 : Fréquence du son



<https://www.audioprothesiste-toulon.com/votre-audition/son-intensite-frequences-auditives-39>

ANNEXE 5 : Intensité du son



<https://www.audioprothesiste-toulon.com/votre-audition/son-intensite-frequences-auditives-39>

ANNEXE 6 : Batteries de tests psychomoteurs

A. Test de Naville

Objectif : évaluation de la représentation de l'espace et des capacités de planification de stratégie de déplacement dans l'espace. Age : 4 ans – 11 ans.

Description : dix cerceaux sont positionnés en forme de pyramide au sol. L'enfant doit passer dans tous les cerceaux, qu'une seule fois, et n'a pas le droit de sauter par dessus un cerceau. Trois départs différents lui sont proposés.

B. Batterie HHR

De Galifret-Granjon.

Objectif : évaluation de la latéralité neurologique. Age : 6 ans – 14 ans.

Description : après s'être assuré de la construction de l'axe corporel au préalable, la batterie HHR est une succession d'épreuves qui consiste à réaliser des mouvements comme croiser les doigts, croiser les bras, mettre un index sur le nez, etc.

C. Epreuve de latéralité usuelle

De Auzias, 1975.

Objectif : évaluation de la latéralité usuelle. Age : 5 ans – 11 ans.

Description : série de vingt praxies du quotidien mettant en jeu la dominance de la main. Il existe également une passation réduite de dix items comprenant par exemple les actions suivantes : gommer quelque chose, se brosser les cheveux, craquer une allumette, cirer des chaussures, etc.

D. Batterie de dominance latérale

De Galifret-Granjon & Bender, 1996.

Objectif : évaluation de la latéralité usuelle. Age : 6 ans – 14 ans.

Description : six épreuves au total dont deux concernant la dominance manuelle, deux pour la dominance visuelle et deux pour la dominance pédestre. On retrouve par exemple les items suivants : distribuer un paquet de carte, regarder par le trou d'une feuille (sighting) ou shooter dans un ballon (shooting).

E. Evaluation des fonctions neuro-psychomotrices – NP-MOT

De Vaivre-Douret, 2006.

Objectif : évaluation des fonctions neuropsychomotrices de l'enfant. Age : 4 ans – 8 ans 6 mois.

Description : évaluation indépendante de neuf fonctions, sans ordre de passation précis : tonus, motricité globale, latéralité, praxies manuelles, habileté oculo-manuelle, orientation spatiale, gnosies tactiles, rythme, attention auditive. Durée de 30 minutes à 1h30 selon les items. Obtention de résultats normés, deux cahiers de passation et un profil psychomoteur à remplir.

F. Evaluation de la motricitégnosopraxique distale – EMG

De Vaivre-Douret, 1997.

Objectif : évaluation des capacités idéo-motrices de l'enfant. Age : 4 ans – 7 ans 11 mois.

Description : on demande à l'enfant d'imiter différentes postures des bras (10) et des doigts (16). Les réussites et les échecs sont comptabilisés d'un point de vue quantitatif. De façon qualitative, il est également observé si l'enfant reproduit les postures en miroir, en vérité ou s'il s'aide de l'autre main.

G. Profil sensoriel

De Dunn, 2010.

Objectif : mesurer l'impact et la spécificité du traitement de l'information sensorielle dans les activités de la vie quotidienne. Age : 3 ans – 10 ans 11 mois.

Description : hétéro-questionnaire que l'on propose à la famille ou à l'équipe d'accompagnement du patient. Il passe en revue les différents canaux sensoriels selon trois dimensions : le traitement de l'information, la modulation et les réponses comportementales et émotionnelles. Le but est d'établir un profil de forces et de faiblesses afin de proposer des aménagements de l'environnement ou une action plus spécifique sur les difficultés mises en avant.

H. Structures rythmiques

De Stambak, 1951, 1960 – Pireyre, 2000.

Objectif : évaluation du tempo-spontané et des capacités perceptivo-motrices dans la reproduction de structures rythmiques. Age : 5 ans 10 mois – 12 ans 5 mois.

Description : ce test comprend trois étapes. 1. Maintien d'un tempo pendant vingt et un coups (l'examineur chronomètre le temps d'exécution). 2. Reproduction de structures rythmiques, puis compréhension du symbolisme et lecture des douze premières structures rythmiques. 3. Tempo-spontané, étape identique à l'étape numéro une.

I. Connaissance des relations topologiques et de grandeur

De Leplat.

Objectif : évaluation des connaissances topologiques, connaissances des mots en lien avec l'espace. Age : 2 ans – 8 ans.

Description : un dessin est présenté à l'enfant où se trouve plusieurs balles placées à différents endroits et de différentes tailles. Le psychomotricien demande à l'enfant de lui montrer la plus grosse, la plus petite, la balle qui est derrière la table, devant la table, la balle la plus loin, la balle placée le plus haut, etc.

J. Entretien sur les représentations corporelles

De Moyano.

Objectif : évaluation des données représentatives que l'enfant entretient avec son propre corps.

Description : ce test est divisé en deux parties. 1. L'enfant doit dessiner un bonhomme. Ensuite, une série de neuf questions lui sont posées sur : les composantes du corps connu et vécu, la connaissance fonctionnelle du corps, le corps fantasmatique, le corps relationnel et l'investissement narcissique du corps. Parmi elle : Quelles sont les parties du corps qui sont à l'intérieur du corps, dedans ? Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ? Qu'est ce qui est fragile / solide dans le corps ? Etc. 2. Le professionnel fait passer le conte de la fourmi de J. Royer, 1978.

K. Evaluation des mouvements chez l'enfant – MABC2

De Henderson & Sugden, 1992 – Soppelsa, Marquet-Doléac & Albaret, 2016.

Objectif : évaluation des capacités motrices et du mouvement. Age : 3 ans – 16 ans 11 mois.

Description : batterie qui permet d'évaluer les coordinations motrices (dextérité manuelle, capacité à viser et attraper, équilibre statique et dynamique). La passation de chaque item comporte une démonstration accompagnant la consigne, suivie d'un temps d'entraînement avant la réalisation des essais formels. Pour chaque série d'épreuves, le psychomotricien dispose d'une grille de relevé des résultats quantitatifs et d'une observation qualitative. Les épreuves sont adaptées à chaque tranche d'âge (3-6 ans, 7-10 ans, 11-16 ans 11 mois). Un questionnaire sur les activités motrices quotidiennes de l'enfant est donné à l'entourage.

L. Echelle d'évaluation rapide de l'écriture – BHK

De Hamstra-Bletz et al., 1987 – Charles et al., 2003.

Objectif : évaluation rapide de l'écriture. Age : CP – CM2 / 6° - 3°.

Description : les enfants doivent recopier sur une feuille blanche un texte en 5 minutes. L'analyse qualitative porte sur le premier paragraphe du texte et treize critères sont passés en revue. L'analyse quantitative se fait sur le calcul de la somme des caractères inscrits en 5 minutes (vitesse d'écriture).

Pour les adolescents, le même texte est donné et est à recopier pendant 5 minutes. L'analyse porte sur neuf critères qui concernent la qualité d'écriture du deuxième paragraphe seulement. La mesure quantitative correspond à la fréquence d'inscription des caractères de l'ensemble du texte en 5 minutes.

M. Echelle de coordination motrice

De Charlop-Atwell, 1980 – Albaret & Noack, 1994.

Objectif : évaluation de la coordination dynamique générale. Age : 3 ans 6 mois – 6 ans.

Description : six items ludiques et attrayants répartis en coordination membres supérieurs et membres inférieurs. Coordination de deux actions simultanées, équilibres dynamiques et statiques. Double système d'analyse : une notation objective rendant compte de la performance et une notation subjective codifiée prenant en considération la qualité de l'exécution.

N. Epreuve graphique d'organisation perceptive

De Bender, 1938 – Santucci & Pêcheux, 1960.

Objectif : évaluation de la motricité graphique, de la qualité du geste fin, des praxies, de la représentation spatiale et de l'organisation motrice. Age : 4 ans – 6 ans / 6 ans – 14 ans.

Description : pour la plus petite tranche d'âge, copie de dix figures géométriques avec au préalable, un entraînement sur la première figure (seules les neuf suivantes sont cotées). Les figures sont présentées séparément les unes après les autres. Figures du type : croix, carré, losange... Copie de cinq figures seulement pour les plus grands, mais figures plus complexes.

O. Figure de Rey A et B

De Rey, 1959 – Corwin & Bylsma, 1993.

Objectif : évaluation de l'intelligence générale, de la structuration de l'espace, de l'activité perceptive et graphomotrice, de la mémoire de travail, de l'attention et de la rétention mnésique. Age : 3 ans – 6 ans (figure B) / 6 ans – 99 ans (figure A).

Description : recopier une figure complexe avec modèle, puis de mémoire (quelques minutes plus tard).

BIBLIOGRAPHIE

- [1] **Accueil FNSF**. (s. d.). Consulté à l'adresse <https://www.fnsf.org/>
- [2] **André, P., & Benavides, T.** (1993). Psychomotricien, psychomotricité : un métier, une pratique. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 6(1), 29-34. doi :10.1016/s0987-7983(05)80563-8
- [3] **Anzieu, D.** (1985). 7. Fonctions du Moi-peau. Dans : Anzieu, D. *Le Moi-Peau* (p.119-138). Paris : Dunod.
- [4] **Aubineau, L., Vandromme, L., Le Driant, B.** (2017). Regarde-moi, il faut qu'on se parle ! Développement socio-cognitif du bébé sourd via l'attention conjointe. *Enfance*, 2(2), 171-197. doi:10.4074/S0013754517002026
- [5] **Balleyguier, G., Lavalou, M. O.** (1977). Le comportement social de l'enfant sourd. *Enfance*, 30(1), 13-17. doi :10.3406/enfan.1977.2632
- [6] **Ballouard, C.** (2003). *Le travail du psychomotricien*. (p. 6-9, 51-81,179-188). Dunod.
- [7] **Baudier, A., Céleste, B.** (2019). *Le développement affectif et social du jeune enfant* (p.33-43). Dunod.
- [8] **Boutaleb, D.** (2008). L'enfant sourd et sa famille. *Insaniyat/إنسانيات. Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales*. (41), 95-107. doi:10.4000/insaniyat.2485
- [9] **Boutinaud, J., Joly, F., Moyano, O., Rodriguez, M.** (2014). *Où en est la psychomotricité ? État des lieux et perspectives : pour une approche psychodynamique*. In Press.
- [10] **Broca, A.** (2012). *Le développement de l'enfant aspects neuro-psycho-sensoriels* (p. 33-44, 83-135). Paris : Elsevier Masson.
- [11] **Bucher, H.** (2004). *Développement et examen psychomoteur de l'enfant* (p. 1-42). Elsevier Masson.
- [12] **Bullinger, A.** (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche* (p. 1-70). Toulouse, France : ERES.
- [13] **Bullinger, A.** (2015). Le développement psychomoteur. Dans : Bullinger, A. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Tome 2 – L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED* (p. 15-55). Toulouse, France : ERES.

- [14] **Cajal, M.** (2013). 1. Présentation de l'appareil auditif par implantation cochléaire. Dans : Cajal, M. *Surdités, implants cochléaires et impasses relationnelles : Les enfants inouïs* (p. 15-25). Toulouse, France: ERES.
- [15] **Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.** (s. d.). Consulté à l'adresse <https://www.cnrtl.fr>
- [16] **Charvet, O., Germain S.** (Producteurs), **Carton, L.** (Réalisatrice). (2016). *J'avancerais vers toi avec les yeux d'un sourd* [Film]. France : Epicentre Distribution.
- [17] **CNRHR Robert Laplane.** (2019). Journée du 05 avril 2019: Surdité, troubles associés et atteinte des fonctions vestibulaires. Consulté à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=wsFpl-5nqck>
- [18] **Costantino, C.** (2011). Introduction. *Cliniques*, 1(1), 10-16. doi:10.3917/clin.001.0010
- [19] **Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice** | Legifrance. (s. d.). Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006066735&dateTexte=2%200100924>
- [20] **Decreuse, A.** (2017) *Se sentir prêt pour être psychomotricien : vivre la construction de son identité professionnelle : comment parvenir à trouver sa place*. Mémoire de psychomotricité, Université Pierre et Marie Curie.
- [21] **Définition et types de surdité.** (s. d.). Consulté à l'adresse <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/perte-acuite-auditive/definition-causes>
- [22] **Delamarre, C.** (2014). Chapitre 2. Communication verbale et non verbale. Dans : Delamarre, C. *Alzheimer et communication non verbale : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées* (p. 29-33). Paris : Dunod.
- [23] **Doually, Y.** (2009). Quelle scolarisation pour l'enfant sourd ? *Soins. Pédiatrie, Puériculture*, (246), 11.
- [24] **Dubuc, M-F.** (2014). Présentation de l'aréflexie vestibulaire et de ses conséquences sur le développement corporel et représentatif. *Connaissances Surdités*, 45, 9-25.
- [25] **Dugravier, R. & Barbey-Mintz, A.** (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22. doi:10.3917/ep.066.0014
- [26] **Eap, C. et al.** (2009). *Surdité et éducation précoce. Une expérience vaudoise*. 1-10.
- [27] **Esnault, C.** (2016) *Parle-moi avec ton corps, je t'écoute : analyse psychocorporelle de la communication, de la relation et de l'accès au langage chez une enfant sourde*. Mémoire de psychomotricité, Université Pierre et Marie Curie.

- [28] **Faculté de médecine Sorbonne Université - PACES.** (s. d.). Consulté à l'adresse <http://www.chups.jussieu.fr/en-ligne/psychomotRessources.html>
- [29] **Franceinfo.** (2015). Le témoignage poignant de Josef Schovanec, autiste. Consulté à l'adresse https://www.francetvinfo.fr/societe/debats/le-temoignage-poignant-de-josef-schovanec-autiste_863699.html
- [30] **François, M., Boukhris, M., Noel-Petroff, N.** (2015). Schooling of hearing-impaired children and benefit of early diagnosis. *European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases*, 132(5), 251-255. doi:10.1016/j.anorl.2015.08.026
- [31] **Gaillard, Y.** (2019). *La communication non verbale, un dialogue de sourds ?*. Mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux.
- [32] **Gillis, H. R.** (1969). Communication : its constituents and its behavior – two views. *Journal of Communication Disorders*, 2(2), 190-194. doi:10.1016/0021-9924(69)90046-x
- [33] **Grangeat, M.** (2016). Lev S. Vygotski : l'apprentissage par le groupe. Dans : Fournier, M. éd., *Éduquer et Former : Connaissances et débats en Éducation et Formation* (p. 134-141). Auxerre, France : Editions Sciences Humaines. doi:10.3917/sh.fourn.2016.01.0134
- [34] **Jouen, F., Molina, M.** (2000). Le rôle des flux sensoriels dans les débuts du développement. *Enfance*, 53(3), 235-247. doi:10.3406/enfan.2000.3180
- [35] **Juhel, J. C.** (1997). *Favoriser le développement de l'enfant : psychomotricité et action éducative* (p. 179-198). Les Presses de l'Université Laval.
- [36] **La perception du son.** (s. d.). Consulté à l'adresse <https://www.audioprothesiste-toulon.com/votre-audition/son-intensite-frequences-auditives-39>
- [37] **Laborit, E.** (2011). *Le cri de la mouette*. Robert Laffont.
- [38] **Lasne, K.** (2005). Jacob Rodrigues Pereire et l'abbé de l'Épée : Perspectives croisées sur l'enseignement des enfants sourds. *Reliance*, 15(1), 108-113. doi:10.3917/reli.015.0108
- [39] **Lasserre, E.** (2009). Surdité et motricité chez l'enfant : les troubles neuropsychomoteurs associés à la d ficiency auditive congénitale. ANAE. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, (104-05), 403-406.
- [40] **Maffre, T., Perrin, J.** (2013). *Autisme et psychomotricité* (p.175-207). De Boeck Supérieur.
- [41] **Maubourguet, P.** (1991). *Petit Larousse en couleurs*. Paris : Larousse.

- [42] **Meynard**, A. (2008). *Surdité, l'urgence d'un autre regard : Pour un véritable accueil des enfants sourds*. Toulouse, France : ERES. doi:10.3917/eres.meyna.2008.01
- [43] **Micheli**, A. (2016). *Impact des aides auditives sur la psychomotricité et le développement de l'enfant sourd*. Mémoire d'audioprothésiste, Université de Lorraine.
- [44] **Olano**, M. (2020). L'intelligence, de Jean Piaget aux neurosciences. *Sciences Humaines*, 321(1), 31-31.
- [45] **Pireyre**,  . (2015). Chapitre 11. Les compétences communicationnelles du corps : les communications corporelles. Dans : Pireyre, E. *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (p. 125-140). Paris : Dunod.
- [46] **Potel**, C. (2010). *Psychomotricité : entre théorie et pratique* (p. 43-64). Paris : In Press.
- [47] **Potel**, C. (2019). * tre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse, France : ERES. doi:10.3917/eres.potel.2019.01
- [48] **Pouyat**, M. (2009). Construction de soi et surdité. Construire son identité pour un sourd profond né dans une famille d'entendants. *Connaissance et surdité*, 29, 15-21.
- [49] **Pouyat**, M. (2009). Les étapes de la construction identitaire dans le développement du jeune enfant. Particularités chez l'enfant sourd profond né dans une famille entendant (2). *Connaissance et surdité*, 30, 20-26
- [50] **Rengifo**, F. (2008). Psychanalyse et clinique de la surdité. *La clinique lacanienne*, 14(2), 71-75. doi:10.3917/cla.014.0071
- [51] **Roussillon**, R. (2001). L'objet « médium malléable » et la conscience de soi. *L'Autre*, 2(2), 241-254. doi:10.3917/laotr.005.0241
- [52] **Sage**, I. (2008).  ditorial :  motion, postures et communication non verbale. * volutions psychomotrices* (79), 3.
- [53] **Scialom**, P., **Giromini**, F., **Albaret**, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. De Boeck Solal.
- [54] **Scialom**, P., **Giromini**, F., **Albaret**, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p.107-120). De Boeck-Solal.
- [55] **Séro-Guillaume**, P. (2008). *Langue des signes, surdité & accès au langage*. Edition du papyrus.
- [56] **Simon**, E. (2009). Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Recherche en soins infirmiers*, 98(3), 28-31. doi:10.3917/rsi.098.0028

- [57] **Taly, V.** (2010). Le jeune enfant sourd implanté cochléaire et l'observation des précurseurs du langage. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58(6-7), 398-404. doi:10.1016/j.neurenf.2010.06.002
- [58] **Touma, V. M.** (2017). Image du corps chez l'enfant sourd. Perception et vécu à travers le dessin et le TSEA. *Pratiques Psychologiques*, 24(2), 213-225. doi:10.1016/j.prps.2017.05.003
- [59] **Tourrette, C.** (2014). *Évaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement* (p. 365-401). Paris : Dunod.
- [60] **Troubles de l'audition / Surdités.** (2017). Consulté à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-dinformation/troubles-de-laudition-surdites>
- [61] **Vachez-Gatecel, A., Valentin-Lefranc, A.** (2019). *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (p. 201-210). Dunod.
- [62] **Virole, B.** (2006). *Psychologie de la surdité*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur. doi:10.3917/dbu.virol.2006.01
- [63] **Virole, B.** (2018). Trois moments critiques dans la vie du bébé sourd. Dans : Bentata, H. éd., *Le bébé dans tous ses états* (p. 63-66). Toulouse, France : ERES. doi:10.3917/eres.benta.2018.01.0063
- [64] **Wiener-Vacher, S., Lecervoisièr, S., Lasserre, E., Le Bolloch, F., Sansous, S., Busquet, D.** (2012). *Troubles de l'équilibre chez l'enfant*. Paris : ACFOS
- [65] **World Health Organization.** (2016). Nourrisson, nouveau-né. Consulté à l'adresse https://www.who.int/topics/infant_newborn/fr/

INDEX

ACFOS : Action Connaissance FOrmation pour la Surdité

ARS : Agence Régionale de Santé

ATNP : Asymmetric Tonique Neck Posture

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

DTE : Dialogue Tonico-Emotionnel

EMG : Evaluation de la Motricité Gnosopraxique distale

FNSF : Fédération Nationale des Sourds de France

IFP : Institut de Formation en Psychomotricité

INSERM : Institut National de Santé Et de la Recherche Médicale

JESDA : Jardin d'Enfant Spécialisé Déficient Auditif

LPC : Langage Parlé Complété

LSF : Langue des Signes Française

M-ABC : Movement Assessment Battery for Children

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto Rhino Laryngologiste

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	
SOMMAIRE.....	
INTRODUCTION.....	5
Partie 1 : ASPECTS DÉVELOPPEMENTAUX DE L'ENFANT.....	8
1. Développement sensoriel.....	8
1.1 Le système auditif.....	10
1.1.1 <i>Physiologie</i>	10
1.1.2 <i>Mécanisme du son</i>	11
1.1.3 <i>Rôle et importance du son</i>	12
1.2 Les cinq sens.....	13
1.2.1 <i>Le tact</i>	13
1.2.2 <i>L'olfaction</i>	14
1.2.3 <i>Le goût</i>	14
1.2.4 <i>L'audition</i>	15
1.2.5 <i>La vision</i>	15
1.3 Sixième et septième sens.....	16
1.3.1 <i>Le système proprioceptif</i>	16
1.3.2 <i>Le système vestibulaire</i>	17
2. Développement psychomoteur.....	18
2.1 Les fonctions motrices.....	19
2.1.1 <i>Tonus et posture</i>	19
2.1.2 <i>Coordinations motrices globales</i>	21
2.1.3 <i>Motricité manuelle et coordinations bimanuelles</i>	22
2.2 Les fonctions psychologiques.....	23
2.2.1 <i>Le stade sensori-moteur : 0 - 2 ans</i>	23
2.2.2 <i>Le stade de la pensée opératoire : 2 - 12 ans</i>	24
2.2.3 <i>Le stade des opérations formelles : 12 - 16 ans</i>	24
2.3 Les fonctions langagières.....	25
3. De la sensation à la représentation.....	26

Partie 2 : GENERALITES SUR LA SURDITÉ.....	29
1. La surdité.....	29
1.1 Définition.....	29
1.2 Différents types de surdité.....	29
1.2.1 Selon l'âge d'apparition.....	29
1.2.2 Selon la localisation de l'atteinte.....	30
1.2.3 Selon le degré d'atteinte.....	30
2. Représentation sociale de la surdité au fil des siècles.....	31
3. Appareillages et communication.....	33
3.1 Les appareillages.....	33
3.1.1 L'implant cochléaire.....	35
3.1.2 Le contour d'oreille.....	36
3.2 Les moyens de communication.....	38
Partie 3 : IMPACTS DE LA SURDITÉ.....	40
1. Au niveau sensoriel.....	40
1.1 Compensation des autres sens.....	40
1.2 Atteinte vestibulaire et proprioceptive.....	41
2. Au niveau psychomoteur.....	42
2.1 Fonctions motrices.....	42
2.1.1 Tonus, posture et motricité.....	42
2.1.2 Espace et temps.....	45
2.1.3 Représentations dynamiques corporelles.....	47
2.2 Fonctions psychologiques.....	48
2.3 Fonctions langagières.....	50
3. Annonce du diagnostic.....	51
Partie 4 : MALLÉABILITÉ DU PSYCHOMOTRICIEN.....	54
1. Prise en soin d'un enfant en situation de surdité.....	54
1.1 Communication verbale et non verbale.....	54
1.2 Place du corps dans la communication.....	59
1.3 Outils et tests psychomoteurs.....	61
1.4 Intérêt d'une prise en charge.....	66

2. Être psychomotricien.....	69
2.1 La disponibilité.....	70
2.2 L'adaptabilité.....	72
2.3 La solidité.....	74
2.4 L'écoute.....	76
CONCLUSION.....	78
ANNEXES.....	80
ANNEXE 1 : Développement sensoriel de l'enfant in utero.....	80
ANNEXE 2 : Développement psychomoteur de l'enfant.....	81
ANNEXE 3 : Mécanisme de l'audition.....	82
ANNEXE 4 : Fréquence du son.....	83
ANNEXE 5 : Intensité du son.....	83
ANNEXE 6 : Batteries de tests psychomoteurs.....	84
A. Test de Naville.....	84
B. Batterie HHR.....	84
C. Epreuve de latéralité usuelle.....	84
D. Batterie de dominance latérale.....	84
E. Evaluation des fonctions neuro-psychomotrices – NP-MOT.....	85
F. Evaluation de la motricité gnosopraxique distale – EMG.....	85
G. Profil sensoriel.....	85
H. Structures rythmiques.....	86
I. Connaissance des relations topologiques et de grandeur.....	86
J. Entretien sur les représentations corporelles.....	86
K. Evaluation des mouvements chez l'enfant – MABC2.....	87
L. Echelle d'évaluation rapide de l'écriture – BHK.....	87
M. Echelle de coordination motrice.....	87
N. Epreuve graphique d'organisation perceptive.....	88
O. Figure de Rey A et B.....	88
BIBLIOGRAPHIE.....	89
INDEX.....	94
TABLE DES MATIÈRES.....	95