



**HAL**  
open science

# Surdité, espace et troubles associés : la surdité impacte-t-elle la structuration spatiale ? Quels liens peut-on faire avec l'expression des troubles associés ?

L a Mahieux

## ► To cite this version:

L a Mahieux. Surdité, espace et troubles associés : la surdité impacte-t-elle la structuration spatiale ? Quels liens peut-on faire avec l'expression des troubles associés ?. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03328474

**HAL Id: dumas-03328474**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03328474>**

Submitted on 30 Aug 2021

**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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Collège Science de la Santé

**Institut de Formation en Psychomotricité**

***Surdité, espace et troubles associés***

La surdité impacte-t-elle la structuration spatiale ? Quels liens peut-on faire avec l'expression des troubles associés ?

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

**MAHIEUX L a**

N e le 23 mars 1998 à Périgueux

Directrice de mémoire : THEAS-JOUSSET Céline

**Juin 2021**

## REMERCIEMENTS

A Céline Théas-Jousset, Psychomotricienne et directrice de mémoire, pour son accompagnement et ses conseils, tout au long de la rédaction de celui-ci.

A Marion Rigo, Psychomotricienne et maître de stage, pour avoir permis à ce mémoire d'exister. Pour avoir partagé avec moi sa pratique, son savoir-faire, avec implication et bienveillance. Et surtout, pour avoir nourri mes capacités de réflexion, tout en m'amenant à me penser et à être, en tant que future Psychomotricienne.

A Aude Duphil, Psychomotricienne et maître de stage, pour ses nombreuses relectures et précieux conseils. Son encadrement, et son dynamisme, m'ont guidés tant dans la quête d'une autonomie, que dans la construction d'une vraie posture professionnelle.

A tous mes référents de stages, à tous les enfants, ainsi qu'à tous les professionnels rencontrés durant mes trois années de formations, pour leur sensibilité, et leur volonté de transmission.

A mes parents, à mon frère, à ma sœur et à ma grand-mère, qui ont cru en moi, et qui toujours m'ont soutenue, même dans les moments de doutes.

# SOMMAIRE

REMERCIEMENTS .....	
SOMMAIRE .....	
INTRODUCTION .....	1
PARTIE I : La surdité, un enjeu au sein du développement.....	3
1. Développement et sphères corporelles du jeune enfant :.....	3
2. Qu'est-ce qu'on entend par surdité ? .....	21
PARTIE II : Faire vivre l'espace sans son .....	33
1. L'espace et la déficience auditive, quels liens ? .....	33
2. Distance et suppléance : .....	36
3. La localisation et les repères spatiaux : .....	39
4. Le volume, la consistance de l'environnement : .....	42
5. Surdité, distinction et limites : .....	44
6. L'espace relationnel : .....	50
7. Corps, déficience et prise en charge psychomotrice, quoi proposer ? .....	58
PARTIE III : Quand les troubles associés à la surdité, se projettent en l'espace : .....	62
1. De quels troubles associés parle-t-on ? .....	62
2. Etude de cas, Lilian : .....	69
3. Surdité et troubles associés : Une forme d'expression sur l'espace .....	82
CONCLUSION .....	84
ANNEXES.....	86
ANNEXE 1 : Description du système auditif .....	86
ANNEXE 2 : Typologie des surdités.....	86
ANNEXE 3 : Schéma de l'implant cochléaire .....	87
ANNEXE 4 : La proxémie sociale .....	87
ANNEXE 5 : Dessin de la construction de Lilian.....	88
BIBLIOGRAPHIE.....	89
GLOSSAIRE .....	93

## INTRODUCTION

Depuis notre naissance, nous entendons. Nous sommes sollicités par les bruits et les sons qui nous environnent. Ils contribuent à forger cette image du monde qui est propre à chacun. Seulement, avez-vous déjà envisagé le fait de ne pas entendre ? Vous pouvez vous boucher les oreilles, essayer d'entrevoir ou d'imaginer cette idée ? Il est certain que cette petite expérience transitoire ne reflète qu'à peine le concept même de surdité. Probablement, car vous avez grandi et vous êtes construit dans un bain sonore depuis votre plus tendre enfance, et qu'éluder ce sens vous est donc impossible.

De même, un enfant Sourd aura grandi, se sera construit, en entendant avec autre chose que ses oreilles, écoutant des images plutôt que des sons. Comme le dit A.Meynard, psychanalyste et docteur en psychologie « *Accueillir un enfant sourd, est d'abord reconnaître en effet qu'il entend et qu'il parle* » (Meynard, 2008, p.136).

Auparavant, mes connaissances en matière de surdité se limitaient à quelques notions d'anatomie de l'oreille, des cours de base en Langue des Signes Française (LSF) et des idées préconçues. Au cours de ma troisième année de psychomotricité, j'ai eu l'opportunité de réaliser un stage au sein d'un Jardin d'Enfant Spécialisé pour Déficient Auditif (JESDA). Il s'agit du service enfant, d'un Centre d' ducation Spécialisé pour Déficients Auditifs (CESDA).

C'est en croisant ces enfants sur leurs lieux de vie, mais également au sein des prises en charge, que mes représentations ont été amenées à changer. Dans leurs interactions entre eux, et avec les différents professionnels, j'ai pu constater qu'ils avaient une relation au monde très singulière. L'organisation de leur corps, la perception des distances et des objets entre eux, leur regard, leur manière de s'ajuster à l'autre, et à l'espace qui les environne s'en trouvent modifiés.

Le sens de l'ou ie étant atténué, voire absent, ces enfants ont mis en place d'autres stratégies pour se construire. C'est en s'appuyant sur leurs autres sens qu'ils sont en lien avec leur environnement, qui est tout aussi riche que celui d'un entendant.

Des questionnements ont commencé à émerger en moi : *quels ont été les cheminements psychocorporels qui leur ont permis de s'organiser ? En quoi cette autre façon de percevoir, engendre-t-elle une autre façon de vivre l'espace ?*

Au fil des prises en charge, j'ai pu constater l'omniprésence de comportements particuliers, marquant le quotidien du jardin d'enfant. Les troubles associés ont une place centrale dans la prise en charge des enfants accueillis au JESDA. Les plus notables sont les troubles du comportement et les Troubles du Spectre Autistique (TSA). Même s'il est difficile de définir un lien de causalité, tant les profils sont différents et dépendent de variables inconnues, ces troubles interagissent avec la surdité. Leur rapport à l'espace s'en trouve d'autant plus modifié.

En continuité de mes différentes réflexions, j'en suis venue à me demander *de quelle manière surdité, troubles associés interagissent au sein de l'organisation spatiale ?*

Je vais développer cette question pour y envisager une réponse sous plusieurs parties. Dans un premier temps, j'établirai en quoi la surdité est un enjeu au sein du développement. Premièrement, à travers le développement dit « classique » de l'enfant, sous l'angle de l'espace. Ceci, afin d'établir un socle de base, pour mettre en évidence des similitudes et des différences vis-à-vis de l'organisation spatiale de l'enfant sourd. Je fais le choix de m'axer autour de l'espace, afin d'affiner mon cheminement et d'être précise par la suite. Je spécifie cependant, que le développement classique ne se limite pas à la dimension spatiale, et ne peut être vu de manière complète, qu'à travers l'interaction entre ses différentes composantes.

Dans une seconde partie, je partirai de l'hypothèse, que la surdité modifie l'organisation spatiale de l'enfant dans ses dimensions perceptives (distance, localisation, consistance, et limites), mais aussi dans la manière dont il se perçoit dans l'espace corporel et relationnel.

Ma troisième et dernière partie sera consacrée à mettre en lien l'interaction des troubles associés et la déficience auditive dans l'organisation spatiale. Je partirai de l'hypothèse que la surdité et les troubles du comportement comportent des similitudes dans les effets qu'ils engendrent sur l'organisation spatiale, et peuvent s'assembler. Afin d'explicitier cette interaction, je m'appuierai sur un cas clinique de prise en charge.

# PARTIE I : La surdité, un enjeu au sein du développement

## 1. Développement et sphères corporelles du jeune enfant :

L'espace corporel, et l'espace environnant sont deux composantes indissociables. Le corps se construit en miroir de l'espace, et c'est en s'élançant dans celui-ci, qu'il le fait exister. Ce sont les expériences sensori-motrices, qui vont permettre à l'enfant de connaître ces deux instances. Il me semble alors important, d'aborder la manière avec laquelle le corps se densifie, pour se projeter dans le milieu, car selon P.Schidler, psychiatre et psychanalyste « *l'espace du corps a une certaine étendue dans l'espace, ce qui implique déjà la perception spatiale* » (Miglioranza, 2006, p.108).

### 1.1 Le potentiel du nouveau-né :

Lorsque le nouveau-né arrive au monde, il est riche de potentialités qui le rendront apte à interagir avec son milieu. Même si celui-ci reste dépendant du milieu humain pour survivre, il dispose d'un ensemble de compétences facilitant la richesse des échanges : un équipement tonique, un équipement sensoriel, et une plasticité cérébrale engageant vers une modulation cognitive.

#### 1.1.1 *Équipement tonique et lois de développement :*

Le **tonus** fait partie des potentialités présentes dès la vie fœtale. D'après A.Vulpian médecin, le tonus, du grec *tonos*, désigne « *Un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent* » (Scialom et al., 2015, p.161).

C'est cet état de tension qui anime notre corps, il n'existe pas d'humain vivant dépourvu de tonus. Les états toniques sont les premiers moyens de communication du bébé avec son milieu : les émotions et les besoins du nourrisson, se traduisent par le **dialogue tonico-émotionnel**. La **maturation tonique** est définie par le sens de la maturation neurologique. Celle-ci dépend de deux lois de développement : La loi céphalo-caudale et la loi proximo-distale. L'état de tension est susceptible de varier selon la situation dans laquelle

l'organisme est engagé. On pourra donc distinguer le tonus de fond, le tonus postural et le tonus d'action.

**Le tonus de fond** contribue à lier toutes les parties du corps. Il anime une certaine cohésion organique en liant nos muscles, nos tendons et nos différents fascias en eux, par un état de tension musculaire. Ainsi, il est présent en permanence quel que soit l'état d'éveil, à l'origine de la **sensibilité profonde**. Outre ses fonctions de cohésion corporelle, il assure aussi une cohésion psychique. L'enveloppe tonique, si elle est assez contenante, permet l'individuation et donne accès à une qualité de présence.

Pour S.Robert-Ouvray et A.Servant-Laval, psychomotriciennes, « *Le tonus postural représente l'activité tonique minimale permettant le maintien des mises en forme corporelles et leur équilibre* » (Scialom et al., 2015, p.173). Le **tonus postural** permet au jeune enfant de maintenir des mises en forme du corps appelées postures.

C'est dans la richesse de la variation tonique que l'enfant extrait des informations relatives aux postures. A.Bullinger, psychologue et neurocognitiviste, a défini **quatre ordres de la régulation tonique** : Le milieu humain à travers le dialogue tonique, les niveaux de vigilance qui qualifient le degré de présence de l'enfant, le contrôle des flux sensoriels et les représentations (Bullinger, 2004).

A un niveau développemental, les postures à la naissance sont génétiquement programmées. Appelées « **Réflexes archaïques** », elles sont initiées par un stimuli donnant suite à un mouvement automatisé. Bien que présents dans les premiers mois de la vie, ils sont voués à disparaître au cours du développement au profit d'une activité volontaire.

La **posture**, à travers les réflexes archaïques, va alors jouer un rôle d'interface de communication avec l'environnement, mais aussi à soi. Elles vont permettre l'investissement de l'organisme comme repère égo-centré dans l'espace. Pour pouvoir interagir avec son environnement, l'enfant doit intégrer son corps sous un double repère : Il doit être capable de se positionner vis-à-vis de son propre corps et de ce qui l'entoure (Lesage, 2006).

Pour finir, le **tonus d'action** correspond au tonus investi lors d'un mouvement volontaire. L'enfant voit un objet, il va en conséquence contracter ses muscles en vue d'agir sur celui-ci. Le tonus d'action permet la mise en forme d'un projet moteur, à visée spatiale.



### 1.1.2 Equipement sensoriel :

Les **flux sensoriels** vont être à l'origine de toutes les sensations que l'enfant aura de son milieu. Par conséquent, ils sont essentiels au développement de l'enfant. Ils le lient au monde environnant. Les flux sensoriels sont au nombre de six : Les flux sensoriels tactile, olfactif, gustatif, auditif, visuel, et vestibulaire. Ils sont définis par A.Bullinger comme « *un apport susceptible d'être détecté par une surface sensible à cet agent : le capteur* » (Bullinger, 2004, p.81). Le nourrisson, venant au monde en pleine condition physique, possèdera des capteurs propres à chacun des sens.

Le **sens tactile** est le premier sens apparaissant durant la période foetale. Les capteurs commencent à se développer autour de 7 semaines au niveau de la bouche, et progressent sur l'ensemble du corps jusqu'à être totalement présents vers 24 semaines. L'enfant dans le ventre maternel, va donc être stimulé par les affluences tactiles, dues au contact avec la paroi utérine. L'enveloppe tactile va être remodelée par le passage à l'espace aérien, une nouvelle enveloppe va se former. Ce sens aura alors trois fonctions : celle d'échange et de contact avec l'environnement, de transmissions d'informations sur l'état de l'individu et de la personne avec qui il est en contact, et celle d'individuation.

Les capteurs du **sens olfactif** se situent au sein de la cavité nasale. Cette cavité ainsi que le nez qui lui est associé, sont présents dès 7 à 9 semaines d'aménorrhée. A la naissance, il organisera la recherche de nourriture. Le flux sensoriel gustatif est étroitement lié avec l'olfactif. Ce dernier est entièrement formé à 3 mois de grossesse. Les sens olfactifs et gustatifs vont préformer le système de plaisir/déplaisir, l'enfant pourra rejeter une odeur ou un goût qui lui seront désagréables, et au contraire en avoir de l'appétence.

**L'oreille** est un complexe sensoriel, c'est en son sein que s'organisent les flux auditifs et vestibulaires. L'oreille se décompose en trois parties : L'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne. L'oreille externe concerne le pavillon de l'oreille et le conduit auditif. L'oreille moyenne correspond à la cavité tympanique. Le tympan va vibrer sous l'impact des sons environnant, sa pression va activer trois os : le marteau, l'enclume et l'étrier.

Le message qui à l'origine était aérien, va être transduit en message mécanique. Ce message mécanique va s'orienter jusqu'à la cochlée, l'organe de l'audition. La cochlée est formée d'une membrane basilaire, de cellules ciliées externes et de cellules ciliées internes.

La membrane basilaire va jouer la partition envoyée par le milieu, les cellules ciliées externes vont amplifier ses notes et les transmettre aux cellules ciliées internes. Le message mécanique devient alors électrique, les cellules ciliées internes envoient l'information jusqu'aux neurones. La cochlée est fonctionnelle dès 28 semaines d'aménorrhée, son développement se poursuivra jusqu'à l'adolescence. **In-utero** l'enfant sera capable de percevoir les rythmes physiologiques de sa mère (battement du cœur, respiration), il sera également capable de percevoir sa voix.

Les sons extérieurs, bien que présents seront atténués par la paroi utérine, le fœtus pourra percevoir uniquement des sons dont l'intensité est supérieure à 50dB. De ces sons, il pourra notamment entendre, la voix grave de son père **[ANNEXE 1]**.

**Le flux sensoriel vestibulaire** est totalement fonctionnel à la naissance. Les canaux semi-circulaires et otolithiques sont le siège de ces sensations. Ils seront tous deux matures dès 15 semaines d'aménorrhée. Le fœtus, à travers la cavité utérine, va être en capacité de percevoir les mouvements de sa mère, il pourra ainsi être bercé par sa marche. Dès la naissance, le flux vestibulaire se coordonnera avec le flux tactile, ainsi qu'aux autres flux. Les sensations profondes issues des ligaments, fascias et autres structures internes, seront associées au vestibule formant la fonction proprioceptive. Dans cette optique, le flux vestibulaire donnera des informations quant à la position des différents segments de membres. Il régira les équilibres statiques et dynamiques du corps.

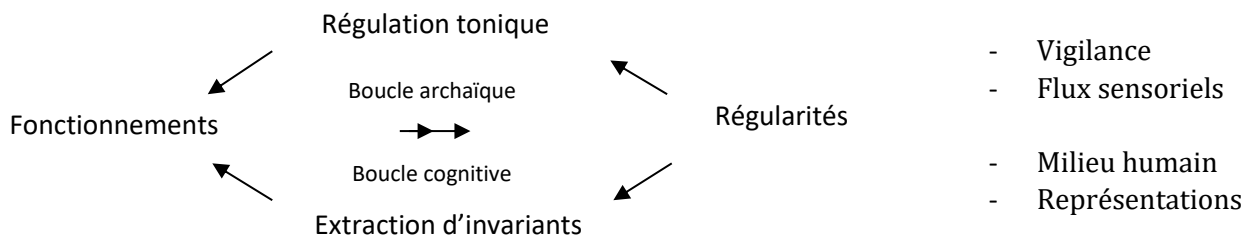
**La vision** est chronologiquement le dernier sens à se mettre totalement en place. Vers 14/15 semaines d'aménorrhée, les globes oculaires et les muscles qui lui sont associés sont totalement formés. Le système visuel est composé de deux systèmes : Le système de vision périphérique et le système de vision focale. Le système de vision périphérique est présent à la naissance, il est surtout impliqué dans la fonction d'alerte et d'orientation du corps. Le système de vision focale est associé à une fonction d'analyse d'image, c'est lui qui va permettre le décryptage de l'information. Ce système n'est pas mature à la naissance, par le pavage rétinien et la myélinisation tardive des neurones qui lui sont associés.

Ce n'est que vers 3 mois que la coordination entre vision périphérique et focale se mettra en place, permettant l'exploration visuelle.

### 1.1.3 La boucle cognitive et développement de l'intelligence :

J. Piaget biologiste, psychologue et épistémologue, a construit une théorie constructiviste du développement de l'intelligence. Selon lui, l'enfant construirait ses connaissances à partir de l'action. La boucle cognitive est l'une des structures participant au développement de l'intelligence de l'enfant. Elle met en jeu des mécanismes **d'assimilation** : l'enfant va faire sens les éléments de son milieu. Et **d'accommodation** : Les structures de pensée déjà existantes vont se modifier pour intégrer de nouveaux apprentissages. Cette boucle s'organise en une suite d'étapes successives (Olano, 2020) .

- 1<sup>ère</sup> étape : La boucle va extraire des **habituations**, des « sensations récurrentes » qui vont servir de bases à la création des boucles sensori-motrices.
  
- 2<sup>nd</sup> étape : Elle correspond à la coordination entre sensations et mouvement. La boucle va définir des **invariants** issus de l'organisation posturale de l'enfant. Le nouveau-né va, par exemple, intégrer que lorsqu'il bouge son bras, des sensations tactiles, vestibulaires et internes sont liées à celles-ci. Ici le mouvement est source d'information, c'est **l'espace du geste**.
  
- 3<sup>ème</sup> étape : Elle aboutit à la possibilité pour l'enfant d'agir volontairement sur son milieu. Les boucles sensori-motrices issues des invariants vont se coordonner entre elles. Cette coordination donne matière aux **représentations** de l'organisme, permettant de modifier les conduites.



*Modélisation de l'équilibre sensori-tonique par A. Bullinger*

Cette boucle s'enrichit à chaque expérience vécue par l'enfant, et se répète élargissant le spectre de l'équilibre sensori-moteur et le secteur des possibilités. Elle sera à la base de la construction de la pensée. Piaget distingue alors, **trois étapes de l'évolution de la pensée** : Le stade sensori-moteur de 0 à 2 ans, les représentations concrètes de 2 à 12 ans (l'enfant organise sa pensée hors de l'action, sur des objets concrets), et les opérations formelles à partir de 12 ans (l'enfant émet des idées abstraites) (Olano, 2020).

### 1.2. Le développement psychomoteur du jeune enfant :

**Le développement psychomoteur** peut-être défini comme : « *Comment un individu s'approprie son organisme pour en faire un outil d'interaction avec son milieu physique et humain* » (Bullinger, 2004, p.15). Cette définition va de pair avec la notion de perspective instrumentale. Cette perspective, développée par A. Bullinger, correspond à « *La progressive constitution d'une subjectivité, la façon dont un individu s'approprie son organisme et les objets de son milieu, qu'ils soient physiques ou sociaux* » (Bullinger, 2004, p.25).

Par la composante subjective et instrumentale, le développement psychomoteur peut être vu comme la rencontre entre **développement moteur et psycho-affectif** (Vasseur et Delion, 2010). Tous deux étant en interrelation et s'influencent l'un et l'autre.

Le milieu est support des représentations que l'enfant a de son corps. Le milieu et l'enfant sont en association réciproque : la mise en forme du corps se fera par le biais du milieu, puis l'enfant riche de cet échange pourra à son tour s'organiser pour le moduler.

Ces successifs échanges étayeront l'enfant dans son développement psychomoteur, déterminant plusieurs espaces : L'espace utérin, l'espace de pesanteur, l'espace oral, l'espace du buste, l'espace du torse et l'espace du corps. L'enfant construit sa conscience à travers l'articulation de ces différents espaces. L'atteinte d'un de ces espaces aura des répercussions sur les autres (Bullinger, 2017).

Se construisant successivement, c'est dans leur coordination qu'ils donneront accès à une **image et une conscience du corps** complète, permettant à l'enfant de se percevoir, d'agir et d'interagir, comme le dit B.Lesage, médecin et danseur, «*avant de déployer le geste dans l'espace [...] le propos est de spatialiser le corps, d'en construire les contours, de le densifier* » (Lesage, 2012, p.125). Nous allons donc en décrire la succession d'étape, permettant à l'organisme de devenir un **corps véhicule**.

### *1.2.1. L'espace utérin :*

C'est dans le ventre de la mère que l'enfant, encore à l'époque fœtus, vient au monde. Dans cet espace, l'ensemble du corps du fœtus sera enveloppé dans un bain chaud. Il sera nourri en continu par le cordon ombilical, et ne subira pas les contraintes.

L'enfant se construit des **proto-représentations** de son corps (Bullinger, 2017). Sa peau, au contact de la paroi utérine, lui permet de se construire les prémices d'une image corporelle. A ce jeu tactile, s'ajoutent les premières formes de dialogue tonique entre le bébé et la mère, à travers l'interface qu'est la paroi.

**Le dialogue tonique** préfigure également les représentations de la mère vis-à-vis de son enfant. Ce travail représentatif doit pouvoir se mettre en place, pour que l'enfant puisse projeter en sa mère ses ressentis. Elle fera office de contenant des affects de l'enfant. C. Bronstein et A.Hacker, psychanalystes, définissent la contenance comme « *la capacité d'un objet à recevoir les identifications projectives d'une autre personne, à en faire l'expérience et à s'en servir en tant que communication, à les transformer et à les renvoyer au sujet sous forme modifiée* » (2012, p.769). La mère va ressentir les mouvements de son bébé, va les interpréter et leur donner du sens. Ainsi, à la naissance, cet enfant aura été rêvé et imaginé, c'est ce que W.Bion, psychiatre et psychanalyste, a nommé la **capacité de rêverie maternelle**.

Cette capacité de rêverie à travers le dialogue, permettra à la mère de recevoir les impressions de son enfant et donc de les contenir une fois celui-ci né.

Le fœtus dans le ventre maternel ne subit pas les effets de la pesanteur. Le flux sensoriel vestibulaire, bien qu'efficient, ne perçoit pas les éléments issus de la gravité, l'enfant est porté. C'est lors de la naissance, qu'il va faire face pour la première fois à ces contraintes. Les proto-représentations qu'il s'était fait de son corps, vont être balayées. Il passe alors d'un milieu calme, continu et contenant à un milieu foisonnant d'informations sensorielles.

### 1.2.2. L'espace de pesanteur :

C'est suite à la séparation avec l'espace utérin, que l'espace de pesanteur se met en place. Il est originaire de la **coordination** entre sensations vestibulaires, sensations tactiles, et sensibilité profonde. Par exemple, un enfant que l'on couche associera la position horizontale grâce au flux vestibulaire, les appuis dorsaux ou ventraux grâce au flux tactile, le poids grâce à la pesanteur, et percevra les états de tensions associés à cette position.

L'enfant vient au monde avec une panoplie de bagage tonique, comme nous l'avons vu précédemment. **L'Asymetric Neck Posture (ATNP)** est un réflexe archaïque ayant un rôle majeur dans le développement de l'enfant. Dans cette posture, l'enfant va avoir la tête et le regard tournés vers la droite ou vers la gauche. Une main tonique va être tendue dans la même direction que celle du regard. L'autre va être en légère flexion à côté de l'oreille, et pourra effectuer des préhensions. Le nouveau-né perçoit une information provenant d'un des flux sensoriels, il oriente son regard afin d'en découvrir l'origine.

L'ATNP, en lien avec les flux sensoriels, va permettre de varier les appuis. Toutes les sollicitations entraînent le bébé dans des modifications de sa posture. Celles-ci enrichissent le vocabulaire des schèmes sensori-moteurs et forment des « **creusets posturaux** ». A.Bullinger définit le creuset postural comme « *un état d'équilibre construit au sein de l'espace utérin, duquel dérivent les autres postures initiées par l'activité sensorielle* » (Bullinger, 2004).

Dans cet état d'équilibre, l'enfant est en cyphose globale, ses mains sont repliées et reposent sur son torse, son regard est droit. Cet état d'équilibre est déterminé par une posture symétrique dans laquelle l'enfant reviendra après avoir poursuivi un objet de son milieu.

Par exemple, lorsque l'enfant aperçoit sa mère, il va orienter son regard vers elle et son corps va s'engager dans une posture de type ATNP. Si ce contact visuel dure trop longtemps ou si sa mère s'en va, il va retourner dans une posture symétrique.

Proposer à l'enfant différentes surfaces, l'organiser dans différentes positions, maximise les informations sensorielles relatives à ces différentes postures. L'enfant va extraire de ces positions de nouvelles sensations, et pourra ensuite orienter des gestes vis-à-vis de son environnement.

Il est donc important de proposer à l'enfant des surfaces dans lesquelles il est libre de ses mouvements et peut déployer ses muscles et ses membres dans toute leur amplitude (Forestier, 2011).

La construction de la verticale est l'aboutissement final de l'espace de pesanteur. La **verticalité** se définit comme « *Une spécificité humaine, s'exprime entre deux pôles, entre les pieds sur terre et la tête dans les étoiles. Elle est porteuse de valeurs narcissiques, des dimensions d'autonomie, de confiance en soi, de dignité et elle modifie profondément le rapport de la personne à son environnement* » (Scialom et al., 2015, p.192). La verticalité s'oriente vers un auto-grandissement et un allongement du corps. Les appuis n'ont du sens que si la verticale est perçue (Bullinger, 2017).

A la naissance, la **colonne vertébrale** n'est pas organisée de telle sorte à pouvoir engager un travail moteur. L'axe vertébral est hypotonique et en cyphose globale. C'est à travers la construction de cette verticalité que le rachis va s'allonger et s'orienter. On distingue deux **courbures** primaires : Les courbures dorsales et sacrées. Elles sont déjà présentes à l'état embryonnaire, et persistent durant le développement. Les courbures secondaires sont la cervicale et la lombaire. Ces deux courbures vont être la résultante des activités d'exploration de l'enfant (Scialom et al., 2015).

L'enfant va lutter contre les contraintes imposées par la gravité pour tenter de répondre aux sollicitations de son milieu. Ainsi, vers trois mois, il va redresser sa tête. Ce redressement va initier la courbure cervicale. Cette courbure va progressivement s'amplifier, les bras vont repousser le sol. Au redressement de la tête s'ajoute ensuite celui du buste.

En découle une succession de nouvelles postures se construisant en coordination avec les autres espaces. Ainsi la position assise avec le support des bras, en lien avec l'espace du torse, sera atteinte par la majorité des enfants à six mois.

La **station debout** est la dernière étape de la verticalisation. Mettant un genou à terre et s'appuyant sur un support, l'enfant va repousser le sol pour s'étendre de toute sa hauteur. La formation de la courbure lombaire pourra ainsi démarrer. Elle s'amplifiera avec l'acquisition de la marche.

La verticalisation a également une valeur narcissique, elle comprend notre façon d'être au monde. Benoît Lesage indique que l'ensemble des processus et l'exploration des plans, qui aboutiront à la station debout, sont vêtus d'affects et d'émotions (Lesage, 2012). Dans notre manière de les investir, va en découler une singularité dans la façon dont nous nous tenons, car dans la verticalité la notion d'ancrage au sol est présente. Être stable sur ses appuis, rend compte d'une stabilité psychique.

### *1.2.3. L'espace oral :*

Si l'espace de pesanteur est le premier à être éprouvé, l'espace oral, successivement à celui-ci, est le premier espace où les fonctions instrumentales se manifestent. Les **fonctions instrumentales** regroupent l'accès au langage et à la communication, la mise en place de gestes et la structuration du schéma corporel, ainsi que les capacités visuo-spatiales, et l'accès aux opérations mentales (Collège des enseignants de Neurologie, 2016).

Le fœtus dans le ventre de sa mère investit déjà cet espace : Il suce le liquide amniotique et déglutit. A la naissance, l'espace oral revêt un tout autre rôle : celui de la **fonction alimentaire**. L'enfant passe d'un milieu dans lequel il était nourri en continu, à un milieu où il éprouve les sensations de faim mais aussi de satiété. Il s'inscrit alors dans une première temporalité rythmique, celle des repas.

Toutes les trois heures environ, la faim de l'enfant va se manifester à travers son corps. Ses membres vont progressivement s'agiter devenant toniques. **Le réflexe des points cardinaux** qui permet au bébé de s'orienter vers sa nourriture, ainsi que le réflexe de succion qui permet au bébé de téter, vont être majorés. De sorte que lorsque l'on fait passer un doigt près de la joue du bébé, celui-ci va essayer de le capturer de sa bouche.



Le repas de l'enfant se dessine toujours sous un même schéma. Il comporte des **étapes successives** mettant en jeu des stimulations coordonnées : appétence, recrutement tonique, composante olfactive, mise en forme posturale, capture, exploration, succion, déglutition, satiété, aspects hédoniques et de détente (Bullinger, 2017). Au sein de cet espace, existent deux types d'activités : L'activité d'exploration, ainsi que l'activité de capture. Ces activités dépendent toutes deux du système sensoriel tactile.

**L'activité de capture** est liée à la composante archaïque du système tactile, c'est à elle que l'on peut relier le réflexe de succion et le réflexe des points cardinaux. Elle permet d'orienter le bébé vers le sein maternel, et lui assure l'ajustement tonique durant le repas. **L'activité d'exploration**, quant à elle, est liée au système tactile récent.

L'enfant va ressentir la forme de l'objet présent dans sa bouche, il va en extraire des informations spatiales, et y adapter ses lèvres, sa langue et ses gencives. L'activité de succion, ainsi que la création de l'espace oral dépend de l'équilibre entre la capture et l'exploration (Bullinger, 2017).

L'espace oral associé, au moment du repas, revêt des aspects importants dans la construction psychique de l'enfant. Pendant le nourrissage, le bébé est profondément lié au monde humain, il est même dépendant de celui-ci. La manière dont l'enfant va être tenu et porté, ainsi que les échanges de regard avec sa figure maternelle, vont déterminer le sens qu'aura ce repas.

Le portage physique et psychique de l'enfant, est transposé par D.Winnicott, pédiatre et psychanalyste, au terme de « **holding** ». P.Delion, psychiatre et psychanalyste, parlera également de « fonction phorique ». Le holding « *permet à l'enfant d'intégrer en un tout cohérent ses expériences et ainsi d'avoir un sentiment continu d'exister* » (Houzel, 2016, p.115). C'est dans la façon dont l'enfant va être soutenu et dans les soins qui lui seront apportés, qu'il se constituera une projection de son existence (Lesage, 2012). La mère laisse en l'enfant une empreinte de vie, l'amenant petit à petit vers une existence autonome.

La fonction de capture peut relever des aspects irritatifs qui peuvent l'engager dans une hyperextension. Dès lors, l'objet parental devra assurer un **appui-dos** afin de contenir cette tonicité. Maintenir le bébé dans une posture d'enroulement est contenant, cette posture rappelle celle qu'il avait au sein du ventre.

C'est dans cette posture que l'espace oral pourra pleinement effectuer ses interactions instrumentales et explorer l'objet présent dans sa bouche. L'espace oral n'existe premièrement qu'en présence **d'un arrière-fond**.

De plus, mettre des mots sur les états toniques du bébé permet de donner du sens au repas. A chacune des étapes du repas, sont associés un recrutement tonique et un état de vigilance différents. On passe d'un enfant agité par la faim, à un enfant, qui progressivement, glisse vers la détente et la satiété.

Celui-ci, lové dans le creux des bras, engage un dialogue avec la personne qui le porte. Cette personne va apporter une réponse à la fois tonique, sensorielle et verbale, « Tiens je sens que tu avais vraiment faim, ça va mieux maintenant ».

Au fur et à mesure des repas, l'enfant va donc enrichir et investir pleinement cet espace oral. Cet espace au préalable réservé à l'alimentation pourra se transposer à d'autres objets. Il participera à la construction d'autres espaces à travers cette fonction d'exploration.

#### 1.2.4. L'espace du buste :

Lors du repas du jeune enfant, l'espace du buste est lui aussi investi. Les notions d'appui-dos, de portage et d'arrière-fond, y sont aussi centrales. **Le portage** permet de rassembler l'enfant sur lui-même en le maintenant dans un enroulement. L'enroulement est assuré par un appui-dos, à l'origine de l'arrière-fond.

L'enfant va se positionner en hyperextension en réponse aux stimulations sensorielles désagréables qui l'atteignent. Cette position désorganisatrice ne permet pas l'existence des espaces permettant au bébé d'établir des interactions instrumentales avec son milieu. Cette hyperextension dans l'espace utérin est contenue par les contractions de la paroi. Une fois né, c'est le milieu humain qui va prendre ce relais.

Dans un premier temps, les poumons, à travers le tonus postural, vont mobiliser le buste. A l'inspiration sera associée la flexion, à l'expiration sera associée le relâchement, l'enfant retournera appuyer son dos sur la surface porteuse. Le **tonus pneumatique** ne permet cependant pas de libérer le regard, il devra diminuer au profit du visuel (Bullinger, 2004).

En position semi-assise, cette **exploration visuelle** va permettre à l'enfant de décoller son dos de la surface sur laquelle il est appuyé. En corrélation avec la musculature antérieure, vont se créer des mouvements de flexion associés à des fonctions instrumentales. L'enfant va tenter d'attraper les objets de son milieu et enrichir son schéma corporel. Un équilibre entre flexion et extension va alors s'installer. L'équilibre mis en place, en lien avec l'espace de pesanteur, engagera l'enfant dans la découverte de **nouvelles postures**. L'enfant pourra ainsi tenir assis, sans support, vers 7 mois et demi. C'est l'équilibre statique qui résulte de la balance entre flexion et extension. Le mouvement à cette époque-là déstabilisera encore le bébé.

Outre le mouvement de flexion/extension, c'est toute une dimension de l'espace qui est découverte. Le mouvement de flexion engage le bébé vers ce que l'on définit comme le **plan avant**. Il y découvre la profondeur et peut y plonger par son regard. La découverte de ce plan avant est conditionnée par l'arrière-fond, qui lui, contribue à la création d'un plan arrière. G.HAAG, psychiatre et psychanalyste, parle de l'importance du contact-dos dans le développement psychique et moteur de l'enfant. Le contact-dos organise l'espace arrière (Haag, 2018).

La main de la mère, dans le dos de l'enfant, est garante de sécurité. Les angoisses liées aux impressions de chute sont contenues, l'enfant peut explorer librement par le regard. De plus, le regard de la mère fait office d'ancrage pour le bébé. Leur **interpénétration** lui offre un point sur lequel s'appuyer. Associé au contact du dos, il pourra se redresser (Haag, 2018).

L'arrière-fond permettra également, par son action de regroupement, que les mains se rejoignent sur le plan médian. C'est le début des **coopérations bimanuelles**. L'enfant pourra par exemple, soutenir le biberon de ses mains durant le repas (Bullinger, 2017).

### 1.2.5 L'espace du torse :

La constitution de l'espace du torse est consécutive à celle du buste. Il ne peut exister que si l'équilibre entre flexion et extension est bien installé (Bullinger, 2017). C'est dans la liaison entre espace du torse, espace du buste, espace oral et espace de pesanteur, que les **préhensions volontaires** vont pouvoir s'engager.

La création de cet espace dépend de trois postures, les ATNP droites et gauches, ainsi que le « creuset postural », que nous avons déjà définis auparavant. L'espace oral, va venir lier ces trois postures, à travers la bouche et sa fonction d'exploration.

On définit trois temps dans le développement de la préhension des objets : **L'approche**, la prise et la manipulation (Scialom et al., 2015). Le bébé, vers trois mois, va venir chercher un objet présent dans son champ perceptif. Il va s'orienter vers lui à travers l'ATNP, et va tenter de l'attraper. Ce sont souvent les jouets qui vont attirer les yeux de l'enfant, mais il prendra aussi plaisir à aller chercher le visage de ses parents. Leur saisie est tout d'abord involontaire, puis devient consciente (Forestier, 2011). L'enfant a du mal à ajuster son geste à l'objet, le mouvement va souvent s'arrêter avant l'atteinte.

**La prise**, quant à elle, constitue la saisie même de l'objet. Cette prise est au début indifférenciée, elle ne s'adapte pas aux caractéristiques de l'objet. Cependant, chaque saisie viendra enrichir le lexique gestuel de l'enfant, grâce à l'espace oral.

La dernière étape constitue la **manipulation**, dans cette étape, l'espace oral revêt une double fonction. Il va venir créer l'axe corporel, mais également créer un espace de préhension. L'objet saisi va être porté à la bouche d'une main.

Ce même objet va passer dans l'autre main. La manipulation se constitue dans les échanges entre les deux mains avec pour relais la bouche. En dehors des objets, c'est la main elle-même qui va entrer dans le schéma corporel de l'enfant (Forestier, 2011). Celui-ci pourra les observer et les agiter devant ses yeux, mais également les porter à sa bouche. Cette bouche permet donc de lier les espaces droit et gauche au sein d'un même espace, l'espace du torse (Bullinger, 2017). Ces espaces droits et gauches vont pivoter autour de l'axe corporel.

**L'axe** du latin *axis* se définit comme « *Pièce de révolution servant à articuler une ou plusieurs autres pièces qui décrivent autour d'elle un mouvement circulaire* » (Scialom et al., 2015). D'un côté étroitement en lien avec la colonne rachidienne, c'est autour du rachis et de son enchaînement de vertèbres que s'organisent nos mouvements, elle constitue l'axe physique du corps. Des dimensions plus subjectives y sont associées. L'axe corporel est la ligne qui relie notre bassin au sommet de notre crâne, c'est la « *ligne rassembleuse et organisatrice d'une structure, sans laquelle tout mouvement serait dispersion et dislocation* » (Lesage, 2012, p.149).

C'est dans sa capacité à voyager à travers les différents plans spatiaux, que l'axe va être le pivot de nos mouvements. Ces derniers s'organisant autour de lui, mais surtout à partir de lui. Il va également être le point de référence de notre position dans l'espace, il oriente l'édifice corporel. Si le corps était un navire, l'axe en serait le gouvernail.

L'axe est également le mât de notre subjectivité, il permet de se présenter en tant que sujet face à autrui (Lesage, 2012). On pourra dire de quelqu'un qui est recroquevillé sur son axe, qu'il a l'air triste. Nos états d'esprit transparaissent à travers celui-ci.

L'espace oral va venir faire exister cet axe, l'objet passant par la bouche, passe également par la posture d'équilibre, créant une ligne autour de laquelle s'organisent **l'espace droit et l'espace gauche**. La liaison entre ces trois postures crée **l'espace de préhension**. Le jeune enfant ne va plus réaliser des actes différenciés dans chaque hémicorps.

La main droite pourra ainsi venir chercher un objet présent dans l'espace gauche. La possibilité de pivoter, de pouvoir atteindre l'objet ou non, définit un dedans et un dehors à l'espace de préhension. Un préquel à l'évaluation des distances s'installe vers quatre mois. A partir de cet espace de préhension vont pouvoir s'organiser les **premières activités locomotrices**.

Dans l'espace de préhension, on pourra constater la présence d'une main d'appui et d'une main tonique réalisant des mouvements de haute fréquence. Cela peut être envisagé comme le début d'une main préférentielle. Pour qu'une dominance manuelle s'installe, il faut qu'un équilibre sensori-moteur soit installé entre les côtés droits et les côtés gauches (Bullinger, 2017).

De plus, la bouche, par sa fonction d'exploration, va extraire des caractéristiques physiques de l'objet saisi. Ainsi, entre cinq et treize mois, l'enfant commencera à envisager l'orientation et la taille de l'objet, puis entre douze et vingt-quatre mois, il prendra en compte son poids et sa texture. A ces propriétés, la prise va s'ajuster, on pourra distinguer dans leur ordre d'apparition : La prise cubito-palmaire, la prise digito-palmaire et la pince radio-digitale (Scialom et al., 2015). En finalité, l'objet ne sera pas seul vecteur de la prise, c'est également le but du mouvement qui sera pris en compte.

#### *1.2.6 L'espace du corps :*

L'espace du corps est chronologiquement le dernier espace à se mettre en place. Il est le fruit de la coordination de tous les autres espaces. Le corps est compris comme un tout pouvant agir sur le milieu, les différentes sphères organisant le corps ne sont plus vues comme entités séparées. Les mouvements de flexion, extension et de rotation sont associés pour atteindre un nouveau degré de coordination : **La dissociation des ceintures scapulaires et pelviennes.**

Le jeune enfant allongé sur le dos, va à travers l'espace du buste, mobiliser ses jambes et ses pieds. La flexion du buste va permettre à l'enfant d'amener ses pieds dans son champ de vision. Il va pouvoir découvrir cette partie auparavant inconnue, s'en saisir et la mettre à la bouche.

L'espace oral, toujours dans son activité d'exploration, va intégrer ce bas du corps au schéma corporel. Les membres inférieurs ne seront plus entités séparées, mais composantes du corps. Le plaisir retrouvé dans le mouvement et l'agitation des membres, va engager le passage à la position sur le côté (Forestier, 2011).

Au préalable, la constitution de l'axe corporel avec l'espace du torse, avait permis à l'enfant d'investir les mouvements de **rotation**. En jouant avec ses pieds l'enfant va faire pivoter son bassin par rapport à son axe, ceux-ci vont donc partir à la découverte des espaces droit et gauche.

Ainsi, les mouvements du bassin ne dépendront plus de ceux du torse : C'est la dissociation des ceintures scapulaires et pelviennes. Le pied va ainsi pouvoir explorer le milieu et enrichir sa sensibilité au contact des objets environnants, il devient explorateur. Il va pouvoir ajuster le recrutement tonique dû au mouvement, aux propriétés spatiales des objets (Bullinger, 2017). La **capacité d'exploration du pied** va être essentielle lors de la marche : pouvoir associer au sol se trouvant sous nos pieds, des qualités sensorielles, nous permet de nous ajuster à celui-ci et à en contourner les obstacles. Ce pied explorateur devra être coordonné au pied porteur pour que la locomotion soit efficiente.

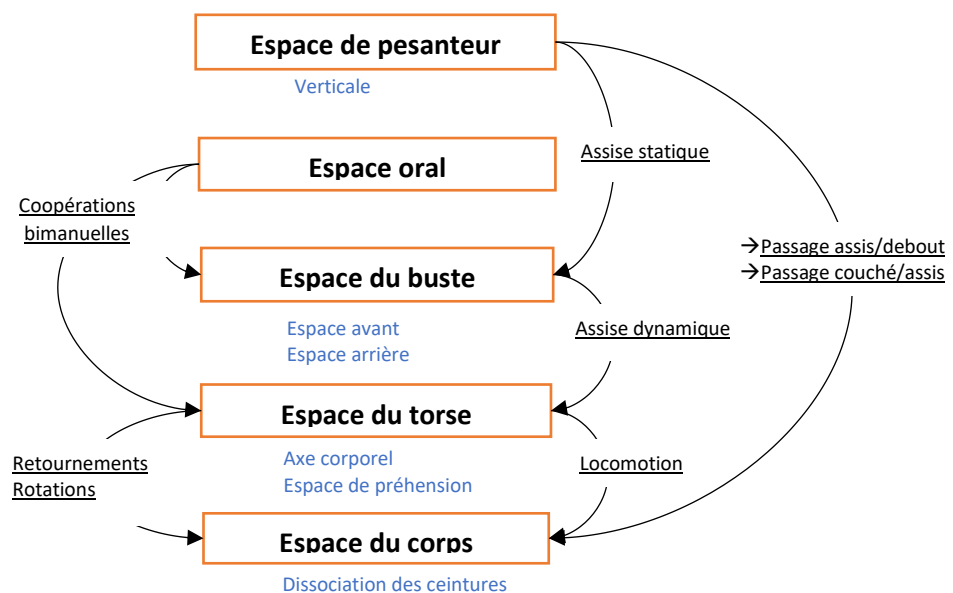
La dissociation des ceintures scapulaires et pelviennes permet l'émergence des **retournements**. Dans un premier temps, du dos au ventre, au mouvement de bascule des pieds, va être associée une extension de la hanche, le bébé va se retrouver sur le ventre. Dans un second temps, le bébé sur le ventre repousse le sol de ses mains, c'est involontairement qu'il va atterrir sur le dos. C'est en lien avec l'espace de pesanteur que l'enfant a pu investir ces positions.

C'est à travers ces retournements et en interaction avec l'environnement, que les **activités locomotrices** peuvent s'engager. Les roulés-boulés vont affirmer la perception des distances et vont progressivement permettre à l'enfant de se situer au cœur d'un espace. Les déplacements par glissement, vont engager le bébé dans l'espace arrière. Puis le ramper va le projeter vers l'espace avant. L'enfant voit où il va et peut s'avancer en direction de l'objet convoité. Les mouvements de pivot permettent l'organisation du geste dans l'espace, le bébé va pouvoir s'orienter et changer de direction (Forestier, 2011).

Les activités locomotrices et l'exploration du milieu, ne sont permises uniquement si l'enfant a une base stable sur laquelle s'appuyer. J. Bowlby, psychiatre et psychanalyste, utilise le terme de **système d'attachement**, pour définir le besoin primaire de l'enfant à s'appuyer sur le milieu humain. Ce système est régi par des comportements innés, qui visent à garder l'adulte à proximité en cas de besoin. L'enfant pourra ainsi pleurer, gazouiller pour attirer l'adulte, afin d'être sûr de pouvoir compter sur lui. Il est important que l'adulte réponde de manière adaptée à ces comportements.

Car, c'est dans les réponses qui vont lui être apportées, que l'enfant se préforme une image de lui-même. L'adulte s'occupant de lui et lui assurant les soins, assure la fonction de base de sécurité (Dugravier et al., 2015).

L'enfant, une fois engagé dans les déplacements, sera capable de moduler la distance qui se creuse entre lui et sa base. Plus la base est fiable, plus il pourra explorer son environnement (Dugravier et al., 2015). Tous ces espaces se coordonnent, pour engager l'enfant vers une panoplie d'acquisitions psychomotrices. Le schéma suivant, est proposé comme illustration :



*Interactions entre les différents espaces corporels*

Cette structuration du corps s'appuie sur une interactions entre les différents flux sensoriels et sont les fondations de cet être qu'est l'individu. J'en viens donc à me demander l'importance que peut avoir un déficit sensoriel dans cet équilibre prédéfini.



## 2. Qu'est-ce qu'on entend par surdité ?

### 2.1 L'audition :

L'audition dans le développement de l'enfant semble être le sens le plus méconnu. Beaucoup de recherches ont été effectuées sur l'importance du côté visuel et tactile dans le développement sensori-moteur. Mais peu ont insisté sur l'importance de l'auditif dans une bonne construction physique et psychique de l'enfant. L'audition revêt cependant un rôle majeur.

Chez le fœtus l'audition est fonctionnelle dès le cinquième mois de vie intra-utérine (Postel et Postel, 1981). Si certains comme Jacques et Madeleine Postel, psychiatres, insistent sur le caractère réflexe de la réaction aux stimuli auditifs, d'autres comme S.Maiello ou D.Anzieu mettent en évidence son importance préfiguratrice. L'enfant dans le ventre de sa mère aurait une préforme d'un environnement auditif, ce qu'Anzieu, psychanalyste, nomme **enveloppe sonore**.

Chronologiquement, cette enveloppe serait la première à se former et serait à l'origine des enveloppes temporelles et spatiales (Calza et Contant, 2007). Deux rythmes se mettraient alors en place : Les bruits corporels source de continuité et d'enveloppement, et la voix de la mère que S.Maiello, psychanalyste également, définit comme **l'objet sonore** (Maiello, 2010). L'enfant réagirait à cette voix par des mouvements et des changements de rythme cardiaque. Un dialogue prendrait alors place entre eux, le **protodialogue** (Beldent, 2012).

Le traumatisme de la naissance entraîne une suite de remaniements dans les perceptions de l'enfant. Les perceptions auditives n'échappent pas à cela. Loin d'être perdues, les préformes mises en place pendant la vie utérine sont réutilisées comme fondation à la construction psychique. L'objet sonore introduit le phénomène de présence/absence. Ainsi, l'enfant qui vient de naître serait capable de reconnaître la voix de sa mère, d'associer des affects à ses moments de présence, mais également de se distinguer vis-à-vis d'elle. L'objet sonore serait un préquel à **l'individuation** (Maiello, 2010).

Une fois l'enfant né, l'enveloppe est modifiée mais l'objet sonore reste porteur de la sécurité de l'enfant. Le tactile, le regard et l'ajustement tonique de la mère dans les échanges, contribuent au **dialogue tonico-émotionnel**, défini par J.De Ajuriaguerra neuropsychiatre.

Mais, c'est aussi par sa voix, que la mère enclenche une **fonction pare-excitante** des émotions de l'enfant. La rythmicité de la voix, son timbre, son débit s'ajustent aussi en fonction des états toniques.

De même, l'enfant module son corps vis-à-vis de ce qu'il entend. Cette prosodie de la voix est appelée le *mamané*. La voix apporte ainsi une réponse qui peut être apaisante, tout comme elle peut être désorganisatrice (Cardenas de Espasandín, 2018). La voix de la mère, c'est avant tout la voix de l'enfant. L'enfant s'identifie à son univers sonore et se construit en tant qu'individu vis-à-vis de lui (Beldent, 2012).

Selon M.Grattier, professeur en psychologie du développement, « *l'attention mutuelle est à la portée du bébé dès la naissance* » (Grattier, 2020). Le jeune enfant a donc la capacité de comprendre qu'il est l'objet d'attention des autres, et est capable d'y répondre. **Les comportements d'attachements** via les cris, les pleurs, les gazouillis font partie de ces appels.

Dans un second temps plus conscients, les appels de l'enfant par le sonore, se feront à visée d'un dialogue. Il a déjà appris à repérer les cadences et les rythmes des voix adultes in-utero, il est alors capable de les imiter. M.Cárdenas de Espasandín, par le terme de **jeu de l'écho**, décrit ce phénomène d'imitation. Pour imiter la voix de l'autre, il est nécessaire de l'avoir reconnu en tant que sujet, mais également se présenter soi-même en tant qu'individu (Cardenas de Espasandín, 2018). Ces phénomènes d'individuation et de construction affective restent liés au développement sensori-moteur. Ici encore, l'univers sonore devient un pilier majeur dans la modulation tonique.

L'audition permet la **localisation** des objets dans l'espace, mais aussi **l'évaluation des distances**, J et M.Postel « *L'espace est d'abord sonore et tactile, avant d'être visuel* » (1981, p.150). Face à un stimulus auditif, on peut observer chez le nourrisson des réactions de types réflexes de défense et de sursaut, ceci peu importe l'état d'éveil. Cette réaction va s'étayer devenant de plus en plus consciente et volontaire. Le réflexe se transformera ainsi en **activité d'orientation spatiale** (Postel et Postel, 1981).

A.Bullinger indique que « *Lorsqu'une source sonore existe dans le milieu, elle constitue un point de référence dans l'espace sonore. Ces signaux sont perçus quelle que soit l'orientation des oreilles* » (Bullinger, 2004), à cette source sonore est attachée la **fonction d'alerte**. C'est cette fonction d'alerte qui sera à l'origine de l'activité d'orientation spatiale.

A. Bullinger s'est attaché à décrire la succession d'étapes en réaction à un stimulus. Dans un premier temps en réaction à un son, l'enfant va être en état d'alerte. Il va ensuite engager son corps dans une posture asymétrique pour suivre la source sonore des yeux, c'est l'orientation.

Dans un second temps, le **traitement des distances** se met en place, suivi de la consommation. La consommation correspond au traitement spatial des objets, le flux auditif se coordonne aux autres flux. C'est à partir de celle-ci que les activités instrumentales vont pouvoir se mettre en place (Bullinger, 2004).

Dans cette optique, l'audition est en coordination avec la vision. **Le lien auditivo-visuel** est présent dès la naissance, même si le nourrisson n'est pas capable d'explorer visuellement l'objet, les yeux vont tout de même se tourner vers l'origine du bruit (Postel et Postel, 1981).

Pour T.G.R Bower, psychologue, l'espace sonore est d'une importance majeure dans le développement psychomoteur de l'enfant. Se basant sur des données expérimentales, il indique la préhension liée à un objet sonore, comme plus précoce que celle induite par un objet visuel. Les jeunes enfants sont donc aisément capables d'attraper un objet qu'ils entendent mais ne voient pas (Postel et Postel, 1981).

L'audition acquiert donc une place particulière et primordiale dans le développement. On peut donc se demander si des modifications de trajectoires sont induites, chez les enfants présentant une déficience auditive ?

## **2.2 La surdité :**

L'audition est relative à la capacité de percevoir les sons. Les sons, quant à eux, sont définis comme « *Une vibration de l'air qui se propage* » (Busquet et Allaire, 2005, p.54). Les sons sont organisés sous deux variables : L'intensité et la fréquence. L'intensité est traduite en décibel (dB), tandis que la fréquence l'est en Hertz (Hz). Un être humain venant au monde avec pleine possession de ses capacités sensorielles, percevra tous les sons dont l'intensité est située entre 0 et 130 dB. Au-delà de 130 dB, le son sera perçu, mais sera à l'origine de douleurs et pourra endommager les cellules de l'oreille interne.

Surdité, d ficiency auditive, Sourd, sont autant de termes utilisés pour caractériser les personnes dont le champ sonore s'est trouvé réduit. Néanmoins, si l'on veut pleinement parler de ce sujet, une distinction entre ce pôle-m le de mots s'impose. La **d ficiency auditive** ou surdité concerne la diminution ou la disparition de la perception auditive (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, s.d). Le terme de d ficiency auditive relève d'une volonté de classification du Bureau International d'Audiophonologie (BIAP), il se substitue à celui de sourd trop restrictif. Le sourd désigne les individus atteints de surdité profonde ou sévère. Le Sourd, avec une majuscule, désigne l'appartenance à la communauté linguistique et culturelle sourde (Virole, 2006).

On distingue plusieurs types de surdité. La **surdité de transmission**, souvent transitoire, est relative à une affection de l'oreille moyenne. 99% d'entre elles sont d'origine pathologique acquise et sont accessibles aux traitements médicaux. Le pourcent restant est relatif à celles issues de malformations. Les **surdités de perception** sont associées à une atteinte de l'oreille interne. Elles sont considérées comme étant les plus sévères, les atteintes des cellules de la cochlée étant irréversibles. Le son y est ici déformé, aussi bien en qualité qu'en intensité (Virole, 2006). La surdité peut également être **mixte**, combinant les deux atteintes (Scialom et al., 2015). Les déficiences auditives peuvent être classées sous plusieurs critères.

### *2.2.1 La classification audiométrique :*

La classification audiométrique se base sur le degré de sévérité de la d ficiency auditive. On distingue cinq types de surdité (Virole, 2006)(Aubineau et al., 2017) : **[ANNEXE 2]**

- La d ficiency auditive légère : Les premiers sons perçus se situent entre 20 et 40 dB. La parole est perçue, la surdité est néanmoins présente. C'est ici la différence entre « J'entends bien » et « J'entends ».
- La d ficiency auditive moyenne : Le seuil auditif se situe entre 40 et 60 dB. La perception du son est, alors, atténuée. A ce stade-là, la surdité peut avoir des répercussions sur la vie quotidienne. La personne demandera souvent la répétition des phrases qui lui sont adressées.

- La déficience auditive sévère : Les intensités situées en dessous de 70 dB ne sont pas perçues. Les bruits forts et la parole criée restent les seuls résidus de l'audition. Outre les intensités, c'est aussi la qualité du son qui sera endommagée. La mélodie de la voix sera entachée par des flous et des silences. C'est également à ce seuil que le monde vibratoire prend le relais pour pallier le manque sensoriel.
- La déficience auditive profonde : Seuls les sons supérieurs à 80 dB sont perçus. La parole n'est pas entendue. La personne atteinte entendra probablement les bruits issus du décolllement d'une fusée, d'un marteau piqueur ou des affluences d'une rue bondée. Mais ici encore, l'enjeu se situe dans la compréhension de ce que l'on perçoit.

La classification audiométrique donne des clefs de compréhension vis-à-vis de l'individu. Selon le degré de sévérité, les problématiques rencontrées ne sont pas les mêmes. Comme nous pouvons le voir, être sourd ne signifie pas ne pas entendre. Certaines plages de sons sont entendues tandis que d'autres non. En soi, chaque surdité est unique et propre à la polyphonie de cellules sensorielles restantes. Pour les surdités profondes et sévères, le monde sonore peut être assimilé à un chaos de bruits indistincts, difficilement assimilables à des éléments du milieu (Virole, 2006). De même, les surdités moyennes et légères peuvent entraver la communication avec autrui, mais aussi au monde, « *si toutes les fréquences ne sont pas entendues au même niveau la parole est déformée* » (Busquet et Allaire, 2005, p.64).

Notons d'ailleurs que les surdités peuvent être de différents niveaux en fonction des hémicorps. On pourra alors parler de surdité symétrique ou asymétrique. Le degré de surdité doit donc être étudié pour chaque oreille (Scialom et al., 2015).

L'impact de ces surdités, sur le développement, la vie psychique et la relation aux espaces, se fait en interaction avec leur date d'apparition. Les dates d'apparitions sont aussi une méthode de classification.

### 2.2.2 La classification par date d'acquisition :

La date d'acquisition marque un tournant chez la personne porteuse d'une déficience auditive. Les origines détermineront des conséquences, ayant effet sur plusieurs sphères de la vie du sujet.

**La déficience auditive précoce** est déjà présente in-utero. Elle peut être d'origine génétique (mutation de la connexine 26, par exemple), elle représente 75% des surdités. Les pathologies embryonnaires sont la deuxième cause majeure. Les 10% restant sont alloués aux complications dues à la naissance et à des composantes bactériennes (Virole, 2006). Le dépistage précoce en France se fait dès la naissance. Ce type de surdité peut donc être dépisté, et être confirmé par un diagnostic deux à trois mois plus tard (Aubineau et al., 2017).

**La déficience acquise post-natale** et pré-linguistique apparaît durant la première année de la vie. Même si l'enfant se présente avec un appareil auditif fonctionnel à la naissance, des suites d'affections ORL ou bien de maladie, l'audition se dégrade.

**La déficience linguistique** est simultanée à l'apparition du langage. Ainsi, l'enfant conservera certains acquis relatifs à la boucle audio-phonatoire. La plupart des enfants ayant entendu et perdu l'audition à cette époque, n'en garderont cependant aucune trace mnésique.

Pour finir, **la déficience auditive « post-linguistique »**, concerne toutes les personnes ayant perdu l'audition après avoir appris à parler. Elles peuvent être dues à un traumatisme de l'appareil auditif, mais aussi dans le cadre d'affections évolutives. Plus qu'un traumatisme physique, c'est tout un pan du psychisme qui s'en trouve déstabilisé.

La date d'acquisition est d'une grande importance dans le développement de l'enfant. R.Vasseur et P.Delion, définissent les **périodes sensibles** du développement comme un « *intervalle de temps durant lequel des conditions anormales de développement peuvent induire des changements fonctionnels qui n'appartiennent pas au répertoire adulte normal* » (Vasseur et Delion, 2010, p.24). Durant ces périodes, le jeune enfant est très sensible à toutes les expériences qui lui sont proposées. Un déficit, une privation auront donc des conséquences dans la suite de son développement.

Si l'apparition survient en période pré-linguistique ou linguistique, sa survenue pourra se faire de manière discrète, perturbant les interactions précoces et l'ajustement des schémas posturaux.

### *2.2.3. Prise en charge précoce et aides auditives :*

Un dépistage dès la naissance permettra une prise en charge précoce. Celle-ci est essentielle, car elle s'organise autour des périodes sensibles. Les enfants porteurs de surdités seront, pour la plupart, pris en charge au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Un appareillage sera alors proposé pour que l'enfant puisse mieux percevoir les sons du monde environnant. On distingue deux catégories d'appareillage : La prothèse auditive et l'implant cochléaire (Busquet et Allaire, 2005).

- La prothèse auditive : Non invasive, elle comporte un micro captant les sons, un circuit électronique qui les amplifie et les corrige, et un écouteur retransmettant les sons purifiés à l'oreille.
- L'implant cochléaire : Cette aide auditive implique une intervention chirurgicale. La partie externe est composée d'un **microprocesseur** recevant les sons et les transformant en impulsions électriques, et d'une **antenne/aimant**, se chargeant de transmettre celles-ci à la partie interne. La partie interne reçoit ces impulsions et stimule directement le nerf auditif. Il permet aux enfants porteurs de surdités sévères et profondes, d'avoir accès au monde sonore. **[ANNEXE 3]**

La période sensible de l'implantation cochléaire se situe avant 3 ans. C'est à cette période que les aires auditives se développent. Ainsi, la date d'implantation aura une influence sur le langage. Un enfant implanté jeune, aura de plus grandes facilités à associer au sonore une signification, grâce à l'éducation auditive précoce. Mettant en jeu plasticité cérébrale, dépistage et prise en charge précoce, l'implantation permet également d'augmenter la comodalité sensorielle afin d'enrichir les boucles sensori-motrices (Virole, 2018).

## 2.3 La place dans la dynamique familiale : Des origines aux conséquences :

### 2.3.1 *Le bébé sourd est un être compétent :*

Les enfants venant au monde avec une déficience auditive représentent 1 naissance sur 1000 en France. Parmi cette proportion, seulement 4% sont issus d'une famille de parents sourds, eux aussi. Donc, la grande majorité des enfants sourds naissent dans des familles qui n'ont que peu ou pas de connaissances relatives à cette déficience (Aubineau et al., 2017). Les Sourds sont peu représentés au sein de la culture populaire, même si des progrès tendent à être faits ces dernières années, au niveau social ou en termes d'accessibilité.

Lorsqu'un enfant naît Sourd au sein d'une famille entendant, un phénomène assez particulier peut prendre place. Physiquement la déficience auditive n'est pas apparente, on peut même parler **d'handicap invisible**. Les parents de cet enfant pourront alors se questionner : comment communiquer avec lui, comment puis-je m'y prendre pour me faire comprendre ? En effet, la **communication** elle-même est porteuse d'handicap. Car, dans le dialogue, l'enfant comme l'adulte sont atteints « *On ne peut que répéter que la surdité rend l'autre handicapé, je ne peux parler que si je suis entendue, que si l'autre me prête l'oreille* » (Eugène, 2018, p.64). Or, la communication ne se résume pas à du vocal, et le parent entendant, tout comme l'enfant Sourd pourront utiliser d'autres canaux pour s'ajuster, se comprendre et « s'entendre ».

B.Golse, pédopsychiatre et psychanalyste, décrit le langage humain comme composé de **deux types de communication** : La communication analogique et la communication digitale (Golse, 2011). **La communication analogique** correspond à tous les éléments infra-verbaux. C'est-à-dire, tous les éléments relatifs aux émotions et aux affects. L'enfant est tout d'abord sensible à la partie analogique du langage.

Ainsi, le jeune enfant entendant, tout comme le jeune enfant sourd, seront sensibles à la composante tonico-émotionnelle du dialogue. Le **toucher** sera un puissant médiateur de contacts et d'échanges. Le nourrisson sourd est lui aussi capable de mettre en place des correspondances entre ses différentes modalités sensorielles. Il pourra associer ce qu'il voit, à ce qu'il a ressenti à travers le flux sensoriel tactile.



La seule différence fondamentale se situe dans l'appréhension de l'univers sonore. Si l'enfant entendant se base sur le lien entre voix et visage de l'autre, pour construire un écho de lui-même, l'enfant sourd qui ne saisit pas tous les éléments de la mélodie de la voix, y est aussi sensible, via la mise en place d'une stratégie : s'appuyer sur la **vision** (Aubineau et al., 2017).

Entre 2 et 6 mois, tout comme l'enfant entendant, l'enfant sourd pourra sourire, comprendre l'autre à travers ses mimiques, et s'appuyer sur le visage de celui qui lui parle. Le regard deviendra donc la voix de l'enfant, dont les absences marqueront la ponctuation.

Tous ces processus d'interactions, de compréhension de l'autre, seront à la base de l'identité de l'enfant. Ils seront à l'origine de **l'intersubjectivité primaire** qui permettra la construction de l'enfant, en tant qu'individu avec sa personnalité propre, distingué des objets parentaux (Golse, 2014). En effet, l'enfant sourd lui aussi « *Naît avec le goût des autres* » (Gratier, 2020, p.93).

### 2.3.2 Difficultés et interactions précoces :

Si l'enfant déficient auditif est doté de nombreuses compétences, il doit être sollicité de manière adaptée afin de pouvoir les développer. L'enfant s'accroche au visage d'autrui, y décèle des variations faciales. Sans l'accroche de la voix, il peut être parfois compliqué pour l'enfant d'y attribuer des intentions. En effet, l'enfant doit pouvoir extraire des **synchronies** et des **régularités** des échanges qu'il a avec l'adulte. Toutes deux seront à l'origine de ce que J.Nadel, psychologue, appelle les **attentes interactionnelles**. Ces attentes interactionnelles seront donc formées par comodalité des informations sensorielles venant à l'enfant. L'absence d'audition diminue la richesse des échanges et rend difficile l'interprétation du milieu, le visage de l'autre et son toucher restant la seule base de sécurité (Aubineau et al., 2017).

En effet, cet accrochage au visage des figures d'attachements peut être aussi riche qu'il peut être handicapant. L'enfant sourd prendra ainsi plaisir à observer les mouvements du visage et peinera à s'en détacher pour aller observer l'espace. Perdre le visage, c'est perdre l'échange.

Tandis que chez l'entendant la parole maintient le lien, chez l'enfant déficient auditif quitter des yeux signifie quitter l'autre. C'est pourtant cet autre, qui à travers l'**attention conjointe** donne sens au monde. Comme le disent M.Deleau et G.Le Malner-Idrissi, « *Les enfants sourds auraient avant tout des difficultés d'ordre pragmatique* » (Aubineau et al., 2017, p.182). L'accès au sémantique ne peut se faire que dans le rapport à autrui.

Si E.Lecourt, psychologue et musicothérapeute, met en évidence l'importance d'un bain sonore pour introduire l'enfant à son milieu, elle met aussi sur un piédestal le **vécu sonore**. Le sonore s'organiserait autour d'un partage familial. Ce serait la qualité sonore de l'environnement familial qui engagerait l'enfant à partager et à découvrir. La qualité sonore serait cependant intrinsèquement liée aux autres sens éprouvés. Chez l'enfant sourd, on pourra alors dire que c'est la qualité des échanges de la famille qui l'engage au monde. La place du parent se situera dans un jeu d'équilibre entre le « faire découvrir », tout en étant « sensoriellement présent », en l'absence d'audition (Cardenas de Espasandín, 2008).

L'importance est également d'associer des mots aux éprouvés. La bonne qualité des interactions précoces et la **mise en place de moyens de communications**, tels que la Langue des Signes Française (LSF), sont garantes de cela. Communiquer et en l'occurrence signer, ouvre l'accès au symbolisme et offre des moyens représentatifs.

### 2.3.3 A la naissance des difficultés psychomotrices:

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit comme déficience « *Toute perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique* » (Les nuances entre handicap, déficience et incapacité, s.d). Le handicap désigne la perception de la déficience et des conséquences qui en découlent, pour l'individu, sa famille et la société.

La surdité en elle-même est une **déficience**. Le handicap est une manière de considérer le déficit de l'enfant, mais n'est en rien une fatalité. En effet, A.Calza et M.Contant, psychologues et psychomotriciens, indiquent que même si les grands stades du développement psychomoteur peuvent être acquis plus tardivement, la surdité n'est pas en corrélation directe avec un échec dans les apprentissages.

Les difficultés apparaissant résultent avant tout du **contexte** dans lequel grandit l'enfant et de la manière dont est vécue la surdité (Calza et Contant, 2007). Dans cette optique, on peut considérer la surdité comme pouvant réduire les possibilités d'échanges et d'ajustements avec le milieu. Mais, ce n'est qu'avec un espace peu contenant et peu stimulant, que les difficultés liées à la déficience émergent.

L'annonce de la surdité de l'enfant engage tout un travail psychique chez les parents. C.Eugène, psychanalyste, assimile l'annonce de la surdité comme un **travail de deuil** chez le parent entendant. Elle y décrit plusieurs étapes :

Dans un premier temps , le parent fera face à l'annonce comme à un **verdict associé à un arrêt du temps**. L'enfant qui aura été rêvé et imaginé pendant neuf mois, deviendra comme un inconnu avec un avenir incertain. Le parent malgré une période de doutes ou de préparation, via le dépistage, ne sera jamais totalement préparé au diagnostic.

Dans un second temps, le parent sera confronté à ses propres **projections** vis-à-vis de la surdité. Ces projections peuvent envoyer une image faussée du sourd-muet comme un handicapé, un peu en marge de la société (Virole, 2006). Puis ce nouvel arrivant pourra être considéré comme une véritable coupure dans la filiation, avec un ensemble de questionnement : « Qui de moi ou de mon conjoint est fautif ? ». Cette coupure pourra entraîner une **ambiance familiale particulière**, avec une mise en difficulté de la vie du couple, mais aussi une difficulté à communiquer avec l'enfant.

Si la majorité des parents pourront, suite au travail de deuil, se réengager vers la communication pour soutenir le développement de l'enfant, et adapteront leur quotidien, afin de lui offrir un cadre riche et porteur, d'autres, dans une **illusion réparatrice** pourront rejeter tout mode de communication pouvant être manifeste de la déficience, comme la LSF. Par exemple, les parents d'enfants porteurs de surdités profondes, pourront chercher l'acquisition du langage et du sonore à travers les prothèses auditives. Cependant, comme le dit A.Meynard, la surdité n'est pas une maladie et « *percevoir des sons n'est cependant pas comprendre une phrase* » (Meynard, 2008, p.130).

L'ambiance familiale, la mise à mal des moyens d'interactions sont autant de facteurs qui vont influencer l'enfant. L'enfant naissant s'identifie au quotidien qui se déroule dans sa maison, elle représente le **cadre de développement** qui lui est offert. J-L. Le Run, pédopsychiatre, décrit l'espace de la maison comme organisateur de l'espace et de la psyché du bébé. Les parents aménagent cet espace de leur présence et de leur **holding** (Le Run, 2006).

Lorsque les parents sont affectivement absents, l'enfant n'obtient pas les moyens nécessaires pour vivre des expériences motrices et se construire psychologiquement.

Tout enfant a besoin de ses figures d'attachements. Si celles-ci coupent toute communication, l'enfant sourd ne possède plus les moyens pour comprendre les expériences sensorielles qui l'atteignent. Le silence relationnel qui s'installe le laissant livré à lui-même dans un espace-temps indéfini (Cardenas de Espasandín, 2008). Dans ces conditions, le milieu pourra être considéré comme dystimulant. L'enfant sera en incapacité d'extraire une cohérence des scènes qui se déroulent autour de lui (Bullinger, 2004).

Dans un autre ordre, des troubles neuropsychomoteurs peuvent également apparaître. Sans être imputables, ni à la surdité, ni à un contexte événementiel, ils restent néanmoins actifs, et se surajoutent aux difficultés déjà présentes. E. Lasserre, psychomotricienne et neuropsychologue, définit ces troubles comme un spectre clinique pouvant comprendre : une atteinte du contrôle tonico-postural, une atteinte du contrôle tonico-moteur, l'atteinte des fonctions spatio-motrices et du traitement du mouvement séquentiel, et une atteinte de la planification et de l'initiation du mouvement (Lasserre, 2009).

C'est alors, lorsque des **troubles moteurs et relationnels** émergent, que « *Le corps devient le lieu du discours, siège des manifestations psychomotrices diverses* » (Calza et Contant, 2007).

A travers mes observations au JESDA, j'ai pu noter chez ces enfants porteurs de surdités, une manière d'être et une relation à l'espace environnant particulières. Que ce soit dans leur manière de se mouvoir, dans leurs états toniques ou dans leur manière d'entrer en communication, la déficience auditive semble avoir affecté leur relation à l'espace. J'en viens donc à me demander quels ont été leurs cheminements de développement et en quoi la surdité a-t-elle modifié cette trajectoire ?

## PARTIE II : Faire vivre l'espace sans son

### 1. L'espace et la déficience auditive, quels liens ?

#### 1.1. Définition de l'espace :

L'espace du latin *spatium* peut être défini sous plusieurs aspects « *Propriété particulière d'un objet qui fait que celui-ci occupe une certaine étendue, un certain volume au sein d'une étendue, d'un volume nécessairement plus grands que lui et qui peuvent être mesurés* » (Larousse, s.d) ou encore « *Étendue, surface ou volume dont on a besoin autour de soi* » (Larousse, s.d). Les interprétations de ce mot foisonnent et agitent les pensées. On peut alors se demander pourquoi ?

Tout d'abord, les espaces sont aussi nombreux que leurs descriptions. Dans la vie courante, nous pouvons entendre des expressions telles que « espace de vie », « espace relationnel » ou bien « espace vert ». Cela met en évidence les caractères physiques et subjectifs de celui-ci. A l'espace, nous pouvons relier des propriétés relatives aux distances, aux volumes, en d'autres termes aux objets du milieu. Les relations qui naissent entre les objets du milieu forment elles-mêmes de nouveaux espaces. Nous vivons donc dans un milieu, un « grand espace », dans lequel nous entrons en relation avec d'autres objets, formant de nouveaux espaces (Lesage, 2006).

Partir de ce principe peut nous amener à réfléchir sur notre place au sein de l'espace : Le corps fait-il partie de celui-ci ? A. Bullinger définit corps et organisme comme deux entités différenciées. Pour lui, **l'organisme** est un objet du milieu, au même titre que ses autres composants. Il place cependant le corps dans une dimension psychique, il correspond à toutes les représentations que l'on a de cet organisme (Bullinger, 2004).

Par cette dichotomie corps/organisme, nous pouvons mettre en évidence deux notions. Celle du « **soi** » et du « **non soi** ». L'enfant qui vient de naître ne se distingue pas des autres, et n'a que peu de connaissance de son être : il est donc encore, à cette époque, organisme. Il n'en reste que nous grandissons au sein de cet espace qu'est le milieu.

Le jeune enfant, dans ses premières interactions avec son environnement, va s'enrichir des perceptions qu'il a de celui-ci : en somme l'espace le construit. Le développement de l'enfant ne se résume néanmoins pas à un dialogue à sens unique.

Le bébé tire et puise des informations de son milieu, mais c'est à travers les **représentations** qu'il a de celui-ci, qu'il va pouvoir agir sur lui. Ces représentations seront à l'origine du corps « *On peut alors dire qu'on est créateur de l'espace qui nous entoure mais aussi que l'espace nous façonne* », (Loureiro, 2006, p.142).

Le passage de l'organisme au corps est, à travers l'espace, avant tout, un **processus d'individuation**. C'est dans la manière dont le sujet va se distinguer de ce qui l'entoure, qu'il va pouvoir percevoir les limites de son environnement mais également ses propres limites.

## 1.2. Comment se construit la perception spatiale ?

La perception spatiale de l'enfant est une construction en plusieurs étapes. Durant les cinq premiers mois de la vie, les modalités sensorielles sont envisagées indépendamment les unes des autres. Les différentes données de l'espace n'en sont donc pas traitées de manière coordonnée. B.De Lièvre docteur, et L.Staes kinésithérapeute, en définissent « **l'espace subi** » : l'espace s'impose à l'enfant, sans que celui-ci soit capable d'en moduler la découverte. Les progrès moteurs engagent l'enfant vers une découverte plus active de l'espace, celui-ci est alors « **vécu** ». Les données y sont traitées de manière **topologique** (Scialom et al., 2015). La topologie définit les « *relations invariantes par déformation sans rupture* », les rapports envisagés sont de l'ordre du voisinage et de la continuité (Boule, 1990, p.186).

Entre deux ans et huit ans, se met en place l'orientation spatiale. L'enfant ne s'axe plus uniquement sur son corps en mouvement pour envisager l'espace, il se le **représente**. Les données spatiales s'organisent sous des **rappports projectifs**, tels que : « haut/bas », « devant/derrière ». La structuration spatiale se met en place vers l'âge de huit ans. L'enfant manie projection et topologie, il a maintenant accès à l'espace euclidien. Les données qu'il a explorées corporellement, et l'espace qu'il y a projeté, peuvent dorénavant être pensés en terme de métrique. Les différences d'angles, de distances et de volumes mathématiques sont alors envisageables (Boule, 1990).

Espace et **temps** sont deux notions jumelles. L'espace et l'action qui y prend forme, n'existent que dans une temporalité. De même, le temps ne prend son sens qu'au sein d'un espace pour l'animer. Loin de nier le corps en action, comme dépendant de données spatiales tout comme temporelles, la suite de ce mémoire s'axera néanmoins sur la dimension spatiale.

### 1.3. Surdité, une autre manière de percevoir l'espace?

Nous recevons en continuité des afférences de notre environnement. Ces afférences impriment en nous des informations relatives au milieu. Façonnées de manière consciente et inconsciente, les informations se structurent en représentations, qui nous façonnent en tant qu'être, mais aussi dans notre façon d'être. Selon J.De Ajuriaguerra « *Il est difficile de dire qu'un enfant déficient auditif se développe de la même manière qu'un enfant entendant, car, en fait, vivant dans un monde diff rent de par son déficit et de par les réactions de l'entourage qu'il entraîne, les expériences au cours de son développement sont différentes* » (Herzog, 1995, p.17).

Le son,   une certaine hauteur, lui aussi façonne l'espace. Son écho et sa portée, viennent en dessiner les contours, et le remplir de sa présence. Chez l'enfant déficient auditif, en l'absence de retour sonore, la structuration spatiale pourrait donc être différente, entraînant une manière de vivre le monde différente elle aussi. Nous pouvons alors nous demander, dans quelle mesure la déficience auditive, vient perturber cette perception spatiale ?

Les manifestations psychomotrices chez l'enfant Sourd se manifestent le plus souvent, lorsque leur l'environnement n'a pu répondre à leurs attentes. Cependant, d'autres relèvent de **troubles neuropsychomoteurs** s'associant à celle-ci. La majorité des enfants du JESDA, étant concernée par cette problématique, c'est en partant de situations vues en stage, et en les reliant à un corpus théorique, qu'un possible lien pourra être mis en évidence. Loin d'être une généralité, les situations choisies seront donc des illustrations fréquemment rencontrées dans ce cadre. Elles ne concernent cependant pas l'ensemble des enfants porteurs de surdités, la grande majorité pouvant également se développer sans rencontrer ces difficultés.

## 2. Distance et suppléance :

### 2.1. La perception auditive de la distance :

La capacité à entendre les pas de l'adulte s'éloigner, un objet tomber au sol, est émergence du phénomène de distinction de la distance. Le son crée la profondeur et le lointain, tout comme il crée le proche. Jacques et Madeline Postel, définissent plusieurs critères pour percevoir la **distance** : La notion de complexité du son, mais aussi d'un fond sonore. La **complexité du son** se distingue par échos multiples, le son heurte les objets du milieu et se fractionne en des sons d'intensité différente. Ainsi, plus celui-ci est lointain, plus l'intensité en est atténuée (Postel et Postel, 1981).

Le **fond sonore** est également un facteur de distinction de la distance. C'est en comparant l'intensité d'un son par rapport à un autre, que l'on arrive à déterminer lequel est le plus proche. Par exemple, dans une rue bondée, vous arriverez plus facilement à distinguer la position de personnes discutant non loin de vous, plutôt que la nuit lorsque cette rue est vide . Le fond sonore serait l'équivalent auditif, de la **discrimination figure/fond** (Postel et Postel, 1981). Selon M.Cajal, psychomotricien, l'espace du bébé est tout d'abord **tactile**. Le visuel, comme le sonore, sont tout d'abord collés à la peau du bébé, il ne distingue pas les phénomènes se déroulant comme hors de lui. Ce n'est que lorsque la notion de distance est installée, qu'il peut projeter ses expériences dans l'espace (Cajal, 2013).

Si le nouveau-né entendant est dès sa naissance capable de reconnaître des sons qui se rapprochent de lui, l'enfant porteur de déficience auditive en éprouvera des difficultés. Contrairement à l'entendant, la recherche d'information ne dépendra pas des mêmes canaux sensoriels. Le fond sonore, pouvant être absent, voire distordu selon le degré de sévérité, la vision pourra prendre son relais. Celle-ci n'étant fonctionnelle qu'à partir de 4 mois, on peut supposer l'existence d'une période de battement.

Donc, localiser l'objet par rapport à soi s'avère complexe. De plus, **le lien auditivo-visuel** à l'origine même de cette recherche est altéré : Si nous n'entendons pas d'objet tomber sur le sol, pourquoi regarder autour de soi ? Le son crée donc le regard qui se porte vers l'objet. On peut alors se demander, de quelle manière l'enfant Sourd s'adapte à cela ?



## 2.2. Le corps comme moyen d'évaluation :

**Jonas, 4 ans.** *Surdité bilatérale profonde, implanté de l'oreille droite.*

Jonas, bien qu'il soit implanté de l'oreille droite, la plupart du temps, ne porte pas son implant. Lors d'une séance, il se trouve assis sur une plateforme. Il essaye alors de descendre de dos. Son pied, non loin du sol, préfère alors s'appuyer sur la psychomotricienne. Celle-ci le soutenant sous les épaules, derrière lui. Son corps, alors support de l'évaluation des distances, n'a pas traduit le sol comme étant proche, il pr f rera ensuite descendre la tête la première.

Si Jonas avait été entendant, les échos des bruits de la pièce, auraient r sonn s sur le sol, lui donnant une idée de sa distance. Cependant, en l'absence d'audition, son seul moyen d'évaluation reste **son propre corps**. S'engager dans un espace, dont on ne connaît pas les distances, laisse d'accès, seulement, ce qui est à portée de bras ou de pied, ou de tout autre membre susceptible d'entrer en contact. Le **tactile** reste un moyen de suppléance très puissant chez les enfants sourds. Les données provenant de l'épiderme sont riches, elles s'associent aux données vestibulaires. Le vestibule donne à l'enfant une idée de sa position, comme référentiel égocentré dans l'espace, tandis que la peau alerte d'un contact ou d'une modification du milieu.

Dans une situation un peu périlleuse comme celle-ci, le regard n'est pas porteur d'une distanciation. Il ne se dirige pas vers le sol, car en l'absence de contact, il n'engage aucun retour vibratoire. Le seul appui reste alors, **le milieu humain** garant de sécurité. Le rôle du psychomotricien, dans cette situation, est de soutenir le mouvement de descente. Une éventuelle chute pourrait amener Jonas à traduire la hauteur, comme étant source de peur.

Le fait que Jonas préfère ensuite descendre de face plutôt que de dos est également indicateur. Dans la même optique de **lien auditivo-visuel**, chez l'enfant Sourd, pour qui l'environnement sera en partie visuel et vibratoire, **l'espace arrière** pourra être éludé (Herzog, 1995).

En l'absence de ce lien, le corps ne se retourne pas, l'espace existant, pouvant alors se limiter à l'espace visuel. Tout se trouvant au dos de l'enfant, pourra être source **d'insécurité**. L'espace ne se construit pas en trois dimensions, mais en **deux dimensions**. On pourra ainsi, voir des enfants Sourds ramper, sur le dos plutôt que d'utiliser le quatre pattes. Selon R.Vasseur et P.Delion, le déplacement à quatre pattes, « *permet une représentation sensori-motrice unifiée de l'image corporelle* » (Vasseur et Delion, 2010, p.133). On peut supposer, que pour un enfant Sourd devant combler le dos pour sécuriser l'espace arrière, **l'unification corporelle** peut être perturbée. **Le schéma corporel**, en somme, peut-être investi de manière différente.

La **difficulté à se localiser** vis-à-vis des objets du milieu, peut-être une résultante de la surdité, bien que non obligatoire. Cette difficulté pourra parfois, elle-même, entraîner des réactions en chaîne : C'est l'émergence des **troubles de la perception spatiale**, E.Lasserre note « *La difficulté pour un enfant sourd d'accéder à une représentation unifiée et continue de l'espace, l'audition rendant normalement présente la partie de l'espace qui n'est pas perçue visuellement* » (Lasserre, 2009, p.404).

### 3. La localisation et les repères spatiaux :

#### 3.1. Rapport topologiques, et direction sonore :

**L'unification perceptive** traduit la capacité à associer aux sensations une origine, une place dans l'espace, et une cohérence. Lorsque nous entendons un bruit, nous sommes capables de le localiser, de dire s'il se trouve en haut, ou en bas, ou encore à côté de quelque chose.

La place et la direction qu'occupe l'objet du bruit, définit des rapports topologiques avec les autres objets environnants. Les **rapports topologiques** sont organisés autour du concept de voisinage et de continuité. Un enfant sera donc capable de dire, si son lit se trouve à côté de sa table de nuit. Le jeune enfant s'appuie tout d'abord sur des repères topologiques pour localiser ce qui se trouve dans son champ perceptif (Boule, 2006). Selon A.Siegel et S.White, **trois types de connaissances spatiales** existent. C'est lorsqu'un enfant explore de manière répétée un milieu, qu'elles émergent (Jacob et al., 2018) :

- Les points de repères : L'enfant intégrera premièrement, la présence d'une chaise, d'une table d'un obstacle devant lui, comme point de repère.
- Les trajets : C'est le trajet entre deux points de repères, qui sera émergence d'une relation spatiale entre deux objets. Par exemple, l'enfant établira une distance, en allant de sa boîte à jouets jusqu'à son parc. L'action est indissociable de cette connaissance, elle ne peut exister si le corps ne la met pas en forme.
- La configuration : Des points de repères et des trajets, l'enfant organise une **carte mentale** de son environnement. Les objets seront ainsi, traduits en données topographiques, c'est-à-dire situés les uns par rapport aux autres. Ainsi, l'enfant saura dans une pièce, où se situe son lit, pourra dire si sa boîte à musique se situe en hauteur par rapport à celui-ci.

Selon C.Sherrington médecin, ces connaissances spatiales se constitueraient autour d'un **moment critique : La précurrence**. L'objet y sera perçu, recherché, puis localisé à travers tous les sens. L'enfant pourra ensuite agir sur lui. La période de la précurrence, organise le monde au niveau cognitif, c'est en cet instant que se constituent les **cartes mentales** (Virole, 2018).

Le sonore joue également un rôle dans la construction des repères topologiques. J et M. Postel définissent la **dyschronie**, comme la différence de temps d'arrivée du son aux oreilles. Si un son se situe à ma gauche, mon oreille gauche le percevra en premier, tandis que la droite l'entendra quelques millièmes de secondes plus tard. La dyschronie permet une **localisation latérale de la source** (Postel et Postel, 1981). C'est ainsi, que la **direction** du son pourra être déterminée.

On peut alors, se demander en quelle mesure, l'absence de stimulation auditive affecte la localisation des objets du milieu, et en quoi cela impacte la perception spatiale ?

### 3.2. Comment la surdité affecte l'unification perceptive :

**Valentine, 7 ans.** *Surdité sévère de l'oreille droite, porte un contour d'oreille.*

Lorsque nous entrons en séance, Valentine profite d'un moment où la psychomotricienne a le dos tourné, pour partir se cacher. Elle se positionne alors sur un tapis vert, près de la fenêtre. Un jeu de cache-cache s'amorce alors : « devine où je suis », s'écrit-elle. La réponse ne tarde pas, « près de la fenêtre ». D'une grande exclamation, elle riposte « Mais non voyons, je suis sur le tapis vert ! ».

Ici, Valentine, ne traduit pas l'espace en une seule et même **unité représentative**, elle n'arrive pas à mettre en lien, deux informations spatiales simultanées. Cette non unification peut se retrouver chez l'enfant porteur de déficience auditive. Même si certaines plages sonores peuvent être préservées, lorsque le son est diminué et distordu, en distinguer une information porteuse de cohérence s'avère compromis.

Les sons vont engager une recherche visuelle, sur laquelle le corps va s'appuyer pour se diriger dans l'espace. Cependant, **où** engager son corps si l'on ne sait pas d'où provient le son ? Fondamentalement, la préférence s'appuiera alors sur le **tactile**, le **vibratoire**, et le **visuel**, pour créer ses cartes mentales. Par exemple, pour un objet tombant au sol, le bruit ne sera pas nécessairement bien perçu. Mais l'appel vibratoire permettra une orientation du corps.

Cependant, pour certains sons émis, l'absence de concomitance sensorielle pour suppléer, peut engager l'enfant dans une **incompréhension** de la situation. De même, en fonction de la nature de l'appareillage, l'enfant pourra avoir des difficultés à se localiser vis-à-vis de la source. Par exemple, pour un sourd implanté de l'oreille droite, un son provenant de gauche, peut donner l'impression qu'il vient du côté appareillé (Cajal, 2013). Ainsi, orienter son corps pour appréhender le milieu, sans clairement avoir défini l'origine de la source, s'avéra complexe. L'appréhension de l'espace par trajet, pourra s'en trouver atteinte.

On peut supposer, pour le cas de Valentine, que celle-ci, par absence de localisation de la source sonore, n'a pu mettre en place une recherche visuelle efficace, pour engager son corps dans l'espace. Par conséquent, les **connaissances spatiales par trajet** et par repères ont pu être amoindries, compromettant la perception de la configuration spatiale, comme un tout unifié. Cette situation met en évidence sa difficulté à prendre en compte deux informations spatiales simultanées pour en avoir une représentation globale.

De cette difficulté pourra en émerger des **difficultés attentionnelles**. C'est-à-dire, se fixer sur une information en prenant en compte toutes les autres.

## 4. Le volume, la consistance de l'environnement :

### 4.1. L'empreinte du son dans la construction des objets :

La relation que nous entretenons avec les **objets du milieu**, est une construction issue d'habituations et d'expérimentations. Nous recevons en permanence des informations sensorielles de notre milieu et de notre engagement dans l'action, celles-ci formant les **boucles sensori-motrices**. Cette construction contribue aux **représentations** que nous avons des objets formant notre environnement (Bullinger, 2004).

Les objets se constituent à travers nos perceptions, leurs propriétés propres, et la signification qui leur est associée, comme le dit R.Vurpillot, « *L'existence, l'identité, la permanence, l'invariance ne sont pas des propriétés du monde physique, [...], elles doivent être construites* » (Boule, 1990, p.187). La qualité de l'objet repose donc sur plusieurs variables : la discrimination figure/fond, l'association des différentes modalités sensorielles, et l'association de l'objet en mouvement à l'objet au repos. C'est à partir de ces variables, que les représentations se construisent.

Le sonore joue un rôle dans la perception des qualités de l'objet. W. James définit **la fonction d'arrêt et la fonction de relance**, comme résultante de la rencontre entre l'onde sonore et une surface. La fonction d'arrêt diminue et atténue le son, la fonction de relance, réverbère le son en une multitude de nouvelles ondes sonores (Bordron, 2017).

De cette rencontre, en aboutit un ou des sons différents, donnant des informations selon la **texture de l'objet, sa forme, son volume et son orientation**.

Le son qu'émet l'objet, en tombant, en se mouvant, ou lorsqu'on le touche, donne des informations sur sa fonction et sa texture. En émergent, la création de **paires contrastées** : rugueux/doux, dur/mou, léger/lourd. Par exemple, vous être capable en entendant le tram arriver, de distinguer la texture métallique des rails, tout comme la lourdeur de son poids, dans le frottement qu'il entretient avec le sol.

La surdité amenuisant la perception des propriétés de l'objet, on peut alors se demander comment l'enfant Sourd en pleine construction y pallie.

#### 4.2. S'ajuster à l'objet, « la brusquerie » :

Chez l'enfant porteur de surdité, l'association entre les différentes modalités sensorielles est réduite par la diminution de l'audition. L'exploration de l'objet passe alors, par le **tactile et le visuel** : l'établissement de redondances sensorielles se constitue, par exploration tactile, qui est associée à ce qui est vu (Herzog, 1995).

Suppléer par le **tactile**, certaines propriétés de l'objet, se révèle alors essentiel. Le rôle des figures parentales, comme support des expériences, est garant de cela. Le bébé lui-même, par la **fonction exploratoire de sa bouche**, créera aussi, des notions de volumes, et de formes (Bullinger, 2017).

**Lilian, 7 ans. Surdité bilatérale profonde, implanté de l'oreille droite**

Avec Lilian, les constructions à l'aide de plaques à emboîter, représentent la majeure partie des séances. Pour construire, il tourne la pièce dans tous les sens et essaye de faire entrer la protubérance dans la fente. Souvent, il n'envisage pas la forme de l'objet, il tape et force pour emboîter les deux pièces.

Quand sa structure atteint une certaine hauteur, il retire soudain une plaque. Celle-ci tombe, alors au sol.

Les problématiques rencontrées chez les enfants Sourds, à ce niveau-là, se situent plus dans la distinction de la forme et des volumes. Comme nous pouvons le voir avec le cas de Lilian, envisager la forme de l'objet et pouvoir le mouvoir à visée spatiale, s'avère complexe. Frapper l'objet, compense avec le retour vibratoire des données de formes absentes.

Ces moyens de compenser, peuvent se traduire en un schéma sensori-moteur, amenant à certains comportements. M-H.Herzog, décrit chez les enfants porteurs de surdité, une grande **brusquerie** « *Ils se cognent aux objets pour découvrir et appréhender* »(Herzog, 1995, p.38).

La brusquerie inhérente, à la recherche de sensation, rend leur relation à l'objet, également brusque. Ainsi, construire **un projet spatial**, s'ajuster aux propriétés de l'objet, demande de sortir de la tonicité exprimée, celle-ci restant difficile à ajuster.

A plus large échelle, cela a des répercussions au niveau des **relations causales**. Être brusque ne permet pas de prendre en compte les volumes. Avoir des difficultés à évaluer les distances, remplir l'espace par le corps, peut engendrer des chutes et des cassures d'objets divers et variés. Le retour auditif d'un objet qui tombe étant absent, lier l'action à l'évènement, peut-être un concept difficile à comprendre.

Par exemple, en continuité des jeux de construction avec Lilian, celui-ci retire souvent des plaques, faisant vaciller l'ensemble de sa construction. En l'absence du retour sonore de l'objet qui tombe, il faut prendre en compte que la brique retirée est à l'origine de la cassure. L'acquisition de **l'effet spatial du geste** permet d'ajuster ses prochaines constructions avec ces informations (Bullinger, 2004).

## 5. Surdité, distinction et limites :

### 5.1. Engager son corps pour se guider :

#### 5.1.1. S'orienter et être orienté, dans un milieu limitant :

Pour explorer un milieu, il est nécessaire d'en percevoir le dessin et ses contours, « *La limite, c'est la rencontre avec l'extérieur* », (Lesage, 2012, p.110). Si le sonore crée le volume, ne créerait-il pas aussi, les frontières du milieu ?

L'orientation spatiale se définit sous deux dimensions : la capacité à ** tre orienté**, et la capacité à **s'orienter**. Si la capacité à être orienté, suppose de se représenter l'organisation du milieu, et de soi comme repère au sein de celui-ci. Le fait de s'orienter désigne la possibilité de se mouvoir dans celui-ci (Jacob et al., 2018).

Les caractères topologiques des objets donnant consistance au milieu, on peut dire qu'ils permettent d'être orientés. Le son heurte les parois des murs, la fréquence et l'intensité renvoyées par la relance et l'arrêt, créant les limites de **l'espace environnant** (Bordron, 2018). C'est en ayant connaissance de ces limites, que le corps peut alors se mouvoir et s'orienter. Ces deux composantes dépendent alors de la nature de l'environnement, on en distingue deux types : **Les micro-environnements et les macro-espaces** (Jacob et al., 2018).



- Les micro-environnements : Dans ce milieu, tirer des perceptions une source d'information est plus aisé. Les micro-environnements sont petits, ils offrent alors un cadre limitant pour les expériences. La notion de **référentiel** y est aussi prépondérante. La limitation spatiale, offre la possibilité à l'individu d'avoir une vision nette de son propre corps. Dans un petit espace, le corps est le référentiel pour être orienté, il est **égocentré**.
- Les macro-espaces : Le terme de **macro-espace**, désigne les milieux dont les frontières sont élargies. Ici, le référentiel n'est pas égocentré. L'enfant ne peut s'appuyer uniquement sur son corps pour appréhender l'espace. Il doit l'envisager sous plusieurs points de vue pour en avoir une représentation pleine et complète, le référentiel y est **allocentré**.

#### *5.1.2. Comblé le vide par le mouvement :*

La déficience auditive dans ce cas-là, place l'enfant dans une position particulière. Comment peut-il compenser le vide sonore qui s'organise autour de lui ? Comment peut-il percevoir les limites de ce qui l'entoure ? Le corps va alors jouer une place centrale. Il va s'agiter et se mouvoir, dans une forme **d'hypertonie**. Ainsi, il va emplir l'espace pour lui donner consistance, comme s'il voulait se mouler sur lui pour en distinguer les formes (Herzog, 1995).

Seulement, et comme dit précédemment, tous les espaces ne sont pas les mêmes. Dans un petit espace, l'enfant Sourd peut s'accrocher visuellement à son environnement. Les objets sont plus proches les uns des autres, il peut plus facilement établir des relations entre eux.

**Jonas, 4 ans. Surdité bilatérale profonde, implanté de l'oreille droite**

Nous venons souvent chercher Jonas, sur son groupe éducatif. La pièce de vie du groupe est petite remplie de meubles et de jouets. Lorsque nous passons le pas de la porte, Jonas est calme, il nous tient souvent la main. Dès lors que nous entrons dans le couloir, long, haut de plafond, et illuminé par de grandes baies vitrées, Jonas s'agite et cours. Il semble alors plonger avec son regard, celui-ci le dirigeant vers chaque porte ouverte.

Pour Jonas, qui reste un jeune enfant. Passer d'un espace contenant, dans lequel il est facile de se repérer, à un espace grand et riche en informations, est désorganisateur. En effet, le moyen de suppléance et d'évaluation par le corps peut être envisagé, mais dans un milieu beaucoup plus large que Soi, **le corps s' parille**, tout comme l'attention. Le regard peut faire alors office de guide du mouvement. Par les yeux, l'enfant tiendra son axe, qui le dirigera, parfois de manière anarchique, lorsque les yeux ne sauront où se poser, parfois de manière stable, lorsqu'une assise visuelle solide sera présente.

Mais se concentrer à mobiliser son corps, à focaliser son regard, demande une attention certaine. Les capacités attentionnelles, la difficulté à être orienté dans un milieu, la suppléance par le mouvement, sont autant de facteurs qui engagent l'enfant Sourd dans l'agitation. L'agitation est avant tout l'expression d'un **manque de limites**, et la quête d'un contenant (Miglioranza, 2006).

Les limites spatiales ne se résument pas à celle du milieu, l'enveloppe corporelle de l'enfant est aussi une frontière. Le phénomène sonore étant altéré chez l'enfant Sourd, on peut se demander si le phénomène de compréhension, n'altère-t-elle pas la perception de cette limite ?

## 5.2. Vivre le son comme hors de soi :

### 5.2.1. Quel sens donner à ce qu'on entend ?

L'audition est un sens à distance. Le son ne se touche pas, si nous tendons la main nous ne pouvons le saisir, cependant, lui nous touche. Il est à la fois une **fondation**, et une **construction**, sans oreille pour écouter, il n'y a pas de son. P.Schaeffer chercheur et théoricien, en définit **quatre types d'écoute** (Bordron, 2018):

- L'Ouïr ou « l'appréhension simple » : Il s'agit de l'ambiance sonore, de chaque petit bruit arrivant à notre oreille. Nous les percevons à tout moment de la journée, sans pour autant y prêter attention.
- L'écoute ou « écoute indicielle »: Elle se traduit par une interrogation. Nous entendons un son qui nous questionne, et focalisons notre attention dessus pour en déterminer l'origine. Elle s'accompagne souvent d'une recherche visuelle, et d'une orientation du corps.
- L'entendre : L'entendre est contextuel, il s'agit des sons que nous pouvons relier à une spatialité. « *L'entendre crée un volume et donc un espace* », il offre un cadre à l'action effectuée, en y intégrant l'effet sonore associé.
- Le comprendre ou « écoute sémantique » : C'est la valeur que prend le son. Comprendre l'origine du bruit, associer une interrogation à une source, extraire de l'information sonore une clef de compréhension de l'environnement, est manifeste de l'écoute sémantique.

Le **mouvement iconique** se traduit comme la réponse à l'écoute. Le son s'y dessine dans sa durée, dans les différentes sources qui le composent, et dans la manière avec laquelle il évolue. Le mouvement iconique associé à la mémoire, donne naissance au phénomène de **reconnaissance** (Bordron, 2018). Si enfant, un adulte a mis des mots sur les percepts, le son prend alors une identité. Nous sommes donc capables de reconnaître, à un aboiement rauque et discontinu celui d'un chien, par exemple.

### 5.2.2. L'absence d'image sonore, perturbation des limites corporelles :

Tandis que l'entendant n'a pas besoin de se focaliser, et de prêter attention pour entendre. L'enfant porteur de surdité sévère ou profonde ne s'organise pas de la même façon vis-à-vis de l'information sonore. En effet, même avec appareillage, porter attention à ce que l'on veut écouter, inhiber l'ambiance sonore, et comprendre, sont **trois phénomènes dissociés** qui ne peuvent se faire de manière simultanée. Chaque bruit soudain, se plaçant directement dans **l'écoute indicielle**, au détriment des autres.

De plus, les trajets de l'attention et de la mémoire sont stabilisés après la seconde année de vie. Selon la précocité d'appareillage et d'éducation sonore, la richesse des **réseaux mémoriels** peuvent être variables. Ainsi, associer une signification sur cette écoute indicielle peut s'avérer complexe, si l'image sonore n'est pas au préalable en Soi.

#### **Valentine, Lilian.**

Un enfant cri dans la pièce d'à côté, une porte claque. Ces situations se sont présentées de multiples fois durant mes journées de présence au JESDA, mais en particulier avec Valentine et Lilian. Ceux-ci, se retournent alors brusquement, cherchant des yeux l'origine du bruit, avec la phrase « *C'est quoi ce bruit ?* ».

En aboutit alors le questionnement « *Mais, c'est quoi ce bruit ?* ». Le son est à la fois, **un dedans et un dehors** : Il vient de l'extérieur mais résonne en nous. A un son s'associe la fonction d'alerte, permettant **l'anticipation** (Bullinger, 2004). Selon le contexte de l'enfant et la manière dont il a été éveillé au sonore, l'accueil du son peut-être vécu de différentes façons.

Les enfants pris en charge au JESDA, ont pour la plupart eu des contextes de vie précoce carencés. Le dialogue avec leurs figures d'attachements a pu être rompu, tout comme la mise en sens des éprouvés. C'est par exemple, le cas de Valentine et de Lilian. Le contact brusque avec le sonore, fait état de leur absence d'anticipation. Ils sont alors en **hypervigilance**, ils se retournent brusquement et cherchent des yeux quelque chose qu'ils assimilent à un dehors, inquiétant et menaçant. Cette absence d'anticipation peut faire émerger une **hypertonie**, entravant le bon déroulement du mouvement dans les postures (Herzog, 1995).

Le son peut alors être vécu pour eux à la manière d'une intrusion, faisant **effraction** dans leur corps. Dans ce cadre-là, les limites corporelles peuvent être complexes à définir : « Qu'est-ce qui est hors de moi ? ». D.Winnicott définit **le processus de transitionnalité**, comme une « *aire d'expérience qui amène l'enfant à posséder quelque chose lui est étranger, mais qu'il investit de façon telle que ce quelque chose n'est vécu ni comme totalement externe, ni complètement interne* » (Delion, s.d).

Le processus de transitionnalité contribue à la **différenciation entre un dedans et un dehors**. Cette différenciation crée le corps comme entité distinguée de l'environnement. Poser la question « Mais qu'est-ce que c'est ce bruit ? » est manifeste d'une tentative de mettre une signification sur ce dehors. Cependant, le sursaut comme preuve de l'effraction, peut signifier que le son n'a pas été une donnée apprivoisée par le processus de transitionnalité.

Peuvent en résulter des difficultés à définir des limites corporelles solides et contenantantes, des impressions du vécu. La **perméabilité sélective** de la peau comme limite serait ainsi défaillante (Lesage, 2012). Réguler les réponses comportementales, et traiter les informations comme structurantes, seront deux données mises à mal. Les limites ne portent plus de manière efficiente le **phénomène d'individuation**, vis-à-vis de l'autre, et de l'environnement. On entre ici dans l'émergence des troubles du comportement et de la relation.

Les limites de soi sont également à mettre en lien avec **l'agitation motrice**. L'enfant Sourd, qui occupe l'espace par son corps, est dans une agitation qui peut être la démonstration de l'impossibilité d'inhiber les mouvements.

On peut donc dire que les dynamiques de la perception des limites de Soi et de l'environnement, sont deux composantes indissociables et qui s'auto-entretiennent. Le processus d'individuation reste une co-construction entre l'individu, l'environnement et le milieu humain. On peut donc se demander, si chez l'enfant Sourd la relation à l'autre peut être atteinte, et dans quelles mesures ?

## 6. L'espace relationnel :

L'organisme humain est lui aussi objet du milieu. C'est en entrant au contact du milieu, qu'il devient corps. Le contact avec autrui crée lui aussi un espace, l'**espace relationnel**. Cet espace est très important pour l'enfant, car c'est dans sa bonne mise en place, qu'il va permettre une **bonne construction identitaire**. C'est celle-ci même qui teindra son regard au monde, comme le dit S.Dehaene, neuroscientifique, « *L'émotivité modifie la plasticité du cerveau* » (Torres, 2008, p.18).

### 6.1. Comment s'entendre :

#### 6.1.1. *Le statut d'interlocuteur, la gestualité co-verbale :*

Le **langage** est un organisateur de la pensée, il est une construction de l'individu en lien avec son entourage. C'est au fil de son développement, en utilisant communication corporelle, babillage, vocalises, ainsi que l'imitation, que l'enfant va progressivement s'en saisir. Le langage est aussi proposé par les objets parentaux, c'est à travers celui-ci, qu'ils viennent symboliser les éléments composant l'environnement du bébé. La majorité des enfants Sourds viennent au monde dans des familles entendantes, en fonction de l'accueil de la surdité par ceux-ci, l'accès au langage peut être **altéré**.

B.Virole établit le distinguo entre gestualité infantile primitive et gestualité co-verbale. La première précède le langage, elle est composée de sourire, de tactile, de tout ce qui vient créer l'échange en l'absence de langage. La **gestualité co-verbale** quant à elle, se développe de manière simultanée avec le langage. Elle est composée de gestes de scansion marquant le flux verbal et de gestes figuratifs des situations expliquées. Elle peut également être extra-communicative, et se détacher de l'énoncé. La gestualité co-verbale est à la base de la LSF, elle est vouée à devenir un langage porteur de sens.

L'enfant Sourd investit spontanément la gestualité infantile primitive comme porteuse d'un langage. C'est l'adulte en s'appuyant sur cette gestualité, qui va pouvoir ajouter des signes de sorte à ce qu'elle devienne progressivement gestualité co-verbale.

Sur les surdités congénitales, la dominance hémisphérique est inversée face à l'entendant, l'absence de contact avec le sonore engage l'enfant vers **l'hémisphère droit**, spécialisé dans les **données visuo-spatiales**. Ceux-ci auront donc plus d'appétence à percevoir en les signes gestuels, des unités de sens. M-H Herzog, indique que l'enfant sourd assimile tout d'abord les mouvements, comme des gesticulations, non porteuses de sens. Il va ensuite les imiter, pour se les approprier comme ayant une valeur langagière. Face à cela, il faut laisser **la place d'être** à l'enfant Sourd : l'écouter pour pouvoir l'entendre.

En dehors de l'idée de dénégation de la surdité, il faut s'ajuster à l'enfant, et maintenir le contact. Il est important que les parents reçoivent les gestes de l'enfant, comme future gestualité co-verbale. D.Stern définit le **dialogue vocal imaginaire**, comme le monologue maternel, au sein duquel elle laisse un temps de latence laissant place à la réponse du bébé, l'enfant gagne alors sa qualité **d'interlocuteur** (Cardenas de Espasandín, 2008).

Des cas où les figures parentales n'arrivent pas à mettre en place cette partie du langage, et n'arrivent pas à s'ajuster à l'enfant, existent cependant. L'enfant en est alors impacté.

#### *6.1.2. Quand le corps exprime, ce que le langage ne dit pas :*

L'enfant Sourd est en silence, lorsque l'autre n'est plus présent dans le dialogue avec lui. Par son dialogue vocal, la mère inscrit une certaine **permanence de l'objet**. Aux yeux de de l'enfant, lorsque le contact visuel et auditif est absent, la figure maternelle l'est aussi. Le vide relationnel est alors comblé par le mouvement. M-H. Herzog décrit cette situation comme étant réactionnelle à l'angoisse du silence, elle fait office **d'auto-communication**.

Lorsque l'adulte n'a pas fait exister l'enfant comme interlocuteur potentiel, n'a pas maintenu une bonne contingence tactile et visuelle, et n'a pas mis de sens sur ses affects, celui-ci n'aura d'autre moyen que de passer par le **corps** pour s'exprimer. Si la pensée donne une valeur symbolique à l'espace, en l'absence de langage pour la soutenir, c'est le corps qui s'y essaiera.

**Victor, 7 ans. Surdité bilatérale profonde, implanté de l'oreille droite**

Victor oralise quelques mots, connaît des signes, mais n'arrive pas   les utiliser. Dans la relation, celui-ci peine à organiser un jeu avec l'autre. Lorsqu'une proposition lui est faite, le corps s'agite, il grogne et feule à l'image d'un félin, il occupe l'ensemble de l'espace de la pièce. L'autre n'existe alors plus. Lorsque la psychomotricienne lui demandera « *Qui étais-tu comme personnage, un Lion, un tigre ?* », il réfutera et n'arrivera pas à mettre des mots dessus.

Victor s'exprime par le corps, par défaut de représentation. Dans sa petite enfance, en dehors de l'oral, peu de LSF a été mis en place. On suppose que ses figures d'attachement aient pu avoir une certaine distance relationnelle face à lui. Par défaut de dimension symbolique, ce qu'il exprime d'une tension se traduit par quelque chose d'animalier, sur lequel aucun mot ne peut être posé, « *Quand le langage et la parole tardent à apparaître, le corps est au premier plan. Le corps de l'enfant sourd est sans stigmaté, l'atteinte corporelle est visible* » (Eugene, 2018, p.65).

C'est par ce même **corps** qu'il s'échappe de la communication. Si ses échanges ne peuvent se traduire par une ponctuation, c'est le corps qui se charge de faire silence dans la relation. Le **mouvement** lui permet de fuir, le regard de moduler les échanges, et la gestualité de parler, l'enfant peine alors à s'ajuster à l'autre pour recevoir ses messages.

D'une manière plus précoce, pour prendre sa place dans l'espace, l'enfant doit se reconnaître lui-même en tant qu'individu distinct des autres. Ce processus complexe à l'émergence identitaire, pourrait-il être modifié ?



## 6.2. Un espace pour Soi :

### 6.2.1. *Le sonore permet de se détacher de l'autre :*

Lors des premiers échanges perceptifs entre la mère et son enfant, se construisent les prémices d'un Moi, D.Anzieu le qualifiera sous le nom de « **Moi-peau** ». Celui-ci se constituerait au travers des sensations tactiles, vestibulaires, visuelles, olfactives, gustatives, et auditives (Calza et Contant, 2007). L'enfant incorpore en lui, des éléments de ces échanges, pour les assimiler dans son être, c'est **l'identification primaire** (Beldent, 2012).

Ceci lui permet d'intégrer une image mentale de sa mère à tout instant, lui permettant de faire face aux tensions l'envahissant, pour conjurer l'angoisse (Virole, 2006). L'enfant ne peut cependant pas rester dans cette fusion. Il doit se détacher des processus identificatoires pour se forger lui-même.

Le son en sa qualité de différence, engage l'enfant vers un travail de différenciation, lui permettant de se distinguer en tant **qu'être pensant**, selon M-H.Herzog, le langage permet une mise à distance de l'autre. Premièrement à travers **l'aire transitionnelle**, l'enfant va projeter des excitations vers le milieu, c'est la mère en sa qualité vocale qui va mettre du sens, et forger une première limite entre ce qui est en l'enfant, et ce qui est du dehors. L'enfant ayant intégré cette limite contenante, pourra ensuite investir l'environnement.

L.Catteeuw utilise le terme, **d'espace potentiel**, pour définir l'espace «*où l'enfant gagne en estime de soi lorsqu'il questionne le monde qui l'entoure* » (Cattteeuw, 2018, p.114). Il s'agit d'un espace partagé avec l'autre, qui engage vers la socialisation et l'individuation. L'enfant se projette alors dans le milieu, à travers le geste de pointage et l'attention conjointe, il y attend une réponse verbale de l'adulte. Ces mots engageront vers une sortie du perceptif, en faveur d'un **espace représenté**. Selon B.Lesage, le pointing nécessite la compréhension des relations spatiales, de l'autre et de Soi, donc le renforcement de la différence. Les représentations alors construites constitueront le socle de l'enfant vers la vie collective.

### 6.2.2. *Distinction, permanence de l'objet, et angoisse :*

Selon M.Pouyat, psychologue, ce n'est pas la surdité qui entrave le travail d'individuation, mais l'impact du **traumatisme familial** vis-à-vis du diagnostic. Comme dit auparavant, ce sont les représentations que les parents ont de la surdité, qui vont conditionner la qualité des échanges qu'ils auront avec leur enfant (Pouyat, 2009). On pourra donc se retrouver avec des parents qui : Surprotègent leur enfant, ont des difficultés à dialoguer avec lui, ou qui maintiennent le dialogue.

Selon M-H. Herzog, le processus d'individuation de l'enfant Sourd avec l'objet maternel met plus longtemps à s'installer. En l'absence de voix pour accompagner la communication, celui-ci resterait plus longtemps dans un **dialogue corporel**, au sein duquel il peut comprendre, et se faire comprendre (Herzog, 1995). Dans un souci de maintien de la présence et de la contingence du contact, celui-ci s'accrocherait également à sa mère. La fusion tiendrait alors lieu, plus longtemps.

L'absence de contacts sécurisants pourra alors avoir des conséquences, notamment en terme **d'angoisse**. L'enfant, par peur de perte de l'autre pourra s'y accrocher visuellement et corporellement, la **permanence de l'objet** n'étant pleinement acquise qu'entre 18 et 24 mois. Il peinera alors à se projeter dans un espace où celui-ci n'est pas présent sensoriellement. Le sonore absent pour marquer la continuité, et l'impossibilité de garder sa mère ainsi que l'objet d'intérêt dans son champ de vision, amenuiseront les processus d'attention conjointe. L'absence de cet espace potentiel commun, pourra perturber l'entrée dans **un espace relationnel** de l'enfant avec les autres êtres du milieu (Aubineau et al., 2017).

**Yacim, 9 ans.** *Surdité bilatérale sévère, porte des contours d'oreilles.*

Les journées de Yacim au JESDA, sont ponctuées d'angoisses. L'idée d'être oublié par les professionnels le prenant en charge, est très présente au quotidien. A chaque fois qu'il croise la psychomotricienne, il lui dit « Jeudi prochain on se rencontre », et attend validation. Cette situation peut se reproduire de multiples fois dans la journée. Au sein même de la séance, l'absence de l'autre au regard, peut-être une composante difficilement supportable. Lors de jeu de cache-cache, être dans un lieu où la coupure visuelle est totale est insoutenable. Il sort alors de sa cachette, ou appelle l'autre par sa voix.

Ce n'est que lorsque l'enfant se détache de son objet maternel, que l'on peut parler de **distinction**. L'enfant acquiert alors consistance, comme être indépendant. En fonction de la qualité de cette distinction, des résidus d'angoisse pourront persister, comme cela est le cas pour Yacim. Seulement, le sentiment d'être différent des autres et d'avoir une **identité** propre, ne commence à se mettre en place qu'à partir de deux ans. En l'absence de modalités langagières solides, d'autres difficultés peuvent alors émerger au niveau relationnel, et altérer le **sentiment d'identité**.

### 6.2.3. *La représentation de Soi, l'identité :*

B.Lesage insiste sur l'importance du **système vestibulaire** dans les enjeux spatiaux, cognitifs, identitaires et relationnels. Celui-ci permettant de se percevoir, par rapport au monde, tout en intégrant les afférences venues des autres modalités. Le vestibule serait un pilier dans **l'empathie**, tout en étant porteur de la distinction. Il permettrait de se décentrer pour prendre le point de vue de l'autre. En aboutirait la **théorie de l'esprit**, c'est-à-dire : être capable de comprendre que l'autre ait un ressenti différent du mien, et être capable de prédire comment il va réagir. Cette décentration de point de vue serait possible, à partir de 4 ans. Le système auditif comme découlant, du système vestibulaire, tous deux s'associeraient pour maintenir une **position d'échange** et d'écoute vis-à-vis de l'autre (Lesage, 2012).

Selon M.Pouyat, la décentration de point de vue joue également un rôle dans la **construction identitaire**. L'enfant cherche des similitudes et des différences en l'autre. Il commence progressivement à questionner ses parents au sujet de ses caractéristiques, notamment chez l'enfant Sourd, de sa surdité. En fonction des outils de communication mis en place, et de l'accueil des parents, l'enfant pourra obtenir, ou non, des réponses à ses questions. Il pourra chercher à connaître l'état émotionnel de ses parents, vis-à-vis du vécu du diagnostic. Ce processus permet à l'enfant de s'approprier son histoire, et de faire mûrir en lui son identité. Il pourra en tirer des **valeurs narcissiques**, ou un sentiment de dévalorisation, J.Lacan dira « *L'image de mon corps passe par celle imaginée dans le regard de l'autre ; ce qui fait du regard un concept capital pour tout ce qui touche à ce que j'ai de plus cher en moi et donc de plus narcissique* » (Cajal, 2013, p.190).

#### 6.2.4. Effets spatiaux relationnels, du manque de mots :

Lorsque l'enfant a réussi à atteindre une certaine distanciation de la mère, c'est l'absence de continuité vocale, pour imposer les **limites sociales**, qui pourra être phénomène d'émergence de troubles relationnels. En effet M.Pouyat indique que « *le travail de distanciation psychomotrice va de pair avec l'apprentissage des limites* » (2009, p.22). Lorsque le jeune enfant bouge, casse, tape un autre enfant au loin, c'est la voix des figures d'attachement qui pose l'interdit. Ainsi, même si la figure d'autorité n'est pas présente physiquement à proximité de l'enfant, celle-ci par sa voix, peut réguler le corps et les pulsions.

Certains enfants Sourds pourront rester dans une forme de **toute puissance**, par l'absence de formulation des interdits pour maîtriser les pulsions (Herzog, 1995). Cette toute puissance entravera elle aussi, la relation à autrui.

Ensuite, la **proxémie** a été décrite par E.T.Hall, anthropologue, elle se définit comme « *l'étude des distances sociales* » (La proxémie, s.d). La proxémie induit l'idée qu'en fonction de la relation que nous entretenons avec notre interlocuteur, nous établissons une distance spatiale différente, entre nous deux. Hall définit alors plusieurs sphères : La distance intime, la distance personnelle, la distance sociale, et la distance publique **[ANNEXE 3]**.

M-H. Herzog, indiquera que pour ces enfants, la notion de **proxémie** est plus difficile à comprendre. Premièrement, parce que leur manière d'être au monde engagera une mise en avant du corps. Mais aussi souvent, car l'adulte n'a pas posé de mots sur la manière d'être dans la relation à l'autre. En reprenant la théorie de l'Esprit, le taux d'atteinte vestibulaire étant significatif dans les cas de surdité sévère et profonde, on peut également émettre l'hypothèse, qu'adopter une **posture d'empathie** dans la relation, soit plus complexe pour l'enfant Sourd.

**Valentine, 7 ans.** *Surdité sévère de l'oreille droite, porte un contour d'oreille.*

Lorsque Valentine, en séance, vient m'adresser des messages, elle se positionne tout près de moi, presque trop pour que je puisse la distinguer nettement. Il faut alors lui verbaliser, et lui dire « Je pense que tu es un peu trop près, est-ce que tu peux te reculer », pour qu'elle s'ajuste.

Valentine peut parfois aussi refuser le discours de l'autre, l'éluder et faire semblant de ne pas l'écouter. Elle se tourne alors, focalise son attention sur des objets, pour échapper à la relation.

La perception spatiale, des distances, de la localisation, du volume, des limites, et de la relation, étant modifiée chez l'enfant Sourd, la question de la place de la psychomotricité s'avère donc d'actualité. En effet, l'espace détient une place centrale dans la prise en charge psychomotrice, on peut alors se demander quelle est la place du professionnel, et que peut-il proposer ?

## 7. Corps, déficience et prise en charge psychomotrice, quoi proposer ?

Le psychomotricien, est un professionnel de santé paramédical. Il peut intervenir sur quatre champs d'intervention : **L'éducation et la prévention, les médiations thérapeutiques, les psychothérapies psychocorporelles, et les rééducations psychomotrices**. Dans l'univers de la surdité, celui-ci va pouvoir intervenir sur ces trois hauteurs. Sur les jeunes enfants Sourds, dans la prévention des difficultés, et pour les enfants présentant des troubles associés, en fonction de leur projet, sur le thérapeutique et le rééducatif.

En terme du traitement de l'espace, le psychomotricien va aussi pouvoir agir. Tout d'abord en stimulant sa découverte, mais aussi en amenant une connaissance et un contrôle du corps dans celui-ci.

### 7.1. Donner à l'enfant les outils « d'exploration » de l'espace :

L'enfant explore son environnement, afin de le connaître, c'est à partir de ces connaissances, qu'il construit ses **notions physiques, temporelles et spatiales**. Ces notions lui seront propres, bien qu'elles soient fortement intriquées avec son bagage tonique et sensoriel. A tous ceci, viendront se superposer les représentations, qui teinteront d'émotions le vécu.

Selon M.Torres, professeure, l'acquisition des connaissances en termes d'espace, de temps, de causalité, ainsi que les facultés des objets, n'auraient eu pour l'enfant Sourd que peu d'occasion de s'acquérir. La place que prend le déficit, et la fixation sur le contrôle de la boucle audio-phonatoire, se feraient au détriment de **l'exploration sensorielle**, ne donnant pas le temps à l'enfant d'exploiter son potentiel (Torres, 2013).

Il peut donc être intéressant de proposer au jeune enfant Sourd, des **prises en charge individuelles**. Le psychomotricien accueille les explorations de l'enfant, dans une qualité enveloppante, rappelant la **relationnelle primaire** de l'enfant avec l'objet maternel. C.Potel-Baranes, psychomotricienne, indique qu'à la manière de la mère, le **psychomotricien** va recevoir les expressions corporelles de l'enfant, et y apporter une réponse. Celui-ci va y mettre du sens, par les mots, par sa qualité de présence, et à travers le dialogue tonico-émotionnel (Potel-Baranes, 2019).

Chez l'enfant porteur de déficience auditive, mettre des signes sur ce que l'enfant vit, l'inciter à agir sur l'environnement, et expérimenter, permet donc **d'enrichir la connaissance** de son corps, des objets de l'espace, et des relations qu'ils entretiennent.

Les **prises en charge groupales**, à travers des ateliers de découverte, peuvent être également intéressantes. Ceux-ci sollicitent les capacités d'imitation de l'enfant. Ces **imitations** permettent elles aussi, d'enrichir le vocabulaire spatial, sensoriel et moteur de l'enfant, mais aussi le vocabulaire relationnel. Voir l'autre faire suscite l'intérêt pour cet autre, c'est la manifestation de la pensée symbolique. Reproduire une action implique la création d'une image mentale de celle-ci (Torres, 2008).

#### **L'atelier Tissu**

L'atelier tissu est mis en place au sein du JESDA. Il est animé par une psychomotricienne, et une psychologue. Trois enfants y explorent différents tissus, de différentes qualités. Certains y préfèrent les transparents, tandis que d'autres préfèrent ceux ayant une texture douce. Ils y sollicitent l'adulte, pour être portés et enveloppés. C'est en voyant les autres faire, que les enfants adressent leur demande. Tout au long de l'atelier, les adultes mettent en mots ce que vivent les enfants, pour y attribuer du sens.

### **7.2. La conscience de l'espace corporel :**

Selon C.Potel-Baranes, « *Le thérapeutique s'intéresse avant tout aux constructions et aux structurations organisatrices de la personne* » (Potel-Baranes, 2019, p.146). Le psychomotricien en termes de **rééducation**, vient soutenir ces structurations. Il peut s'agir des notions spatiales, tout comme les acquisitions posturales, toniques et motrices, nécessaires à son exploration.

Les **thérapies psychomotrices** placent le symptôme psychomoteur au sein d'une émotivité et d'un vécu corporel, dont l'expression entame la vie quotidienne. On peut ainsi, retrouver plusieurs profils : Des enfants qui ne peuvent utiliser leurs acquis pour cause psycho-affective, car ceux-ci n'ont pas de symbolique donc ne peuvent être réutilisés, car le symptôme engendre une souffrance psychique. Chez l'enfant Sourd, il peut être intéressant de **lier thérapie et rééducation**, pour la connaissance spatiale et corporelle .

➤ Structurer l'espace, pour y inscrire le corps :

Chez l'enfant Sourd, qui peut présenter des difficultés à envisager son corps dans l'espace, le psychomotricien peut aménager celui-ci, pour offrir un **cadre spatial à l'action**. Mettre un tapis au sol, proposer à l'enfant de le traverser en sautant, lui permet par exemple de s'inscrire dans une profondeur.

De même, jouer sur des activités de constructions, pour manifester la naissance d'un **projet spatial**, et d'y inscrire du symbolique, est à la naissance d'un **espace représenté**. Ce travail peut être pertinent, chez les enfants Sourds peinant à unifier leur champ spatial. La construction manifeste certaines problématiques, comme la construction en deux dimensions, chez les enfants peinant à investir le plan arrière. Le psychomotricien fait alors office de soutien, pour contenir tout en sollicitant.

**Yacim, 9 ans.** *Surdité bilatérale sévère, porte des contours d'oreilles.*

Chez Yacim qui présente des angoisses de séparation, un travail autour du lien « qui tient, et qui est modulable » s'est engagé. Ce lien permet également de travailler le cadre spatial de l'action, et la représentation de l'espace. Yacim tient le bout d'une corde, la psychomotricienne tient l'autre. Des jeux de tirer/rapprocher s'amorcent. Se rapprocher de l'autre, en tirant la corde, inscrit Yacim dans le plan avant, et tirer dans le plan arrière. De manière plus implicite, la corde est également la figuration de **l'espace relationnel** entre eux deux.

➤ Structurer le corps, pour y inscrire l'espace :

Comme nous l'avons vu auparavant, il peut être intéressant de proposer à l'enfant, des expériences lui permettant d'explorer les différentes qualités de l'espace. Cependant, bien **vivre le corps** au sein de celui-ci peut s'avérer tout autant important.

On peut alors, travailler sur les difficultés de l'enfant Sourd, pour lui permettre un meilleur contrôle tonique, et gestuel dans l'espace. Certaines de ces difficultés affectant les coordinations, les coordinations oculo-motrices, ainsi que les capacités attentionnelles et la brusquerie, le psychomotricien peut-donc proposer des **médiations** relatives à celle-ci.



**Valentine, 7 ans.** *Surdité severe de l'oreille droite, porte un contour d'oreille.*

Des jeux autour de parcours sont fréquemment utilisés en séance. Valentine doit construire le parcours, le traverser, puis le dessiner. Vivre le parcours demande de s'ajuster aux obstacles présents, pour entrer dans le tunnel et sur le trampoline, il faut utiliser des coordinations haut/bas du corps. Marcher sur une ligne, engage vers les coordinations occulo-pédestres. La psychomotricité permet alors une meilleure connaissance du corps, pour appréhender l'espace.

Lors de mon premier jour au JESDA, j'ai tout de suite été marquée par l'investissement particulier de ces enfants à l'espace. Que ce soit par la brusquerie, les troubles relationnels et du comportements, ou encore l'agitation générale présente chez ces enfants. Ils semblaient emplir l'espace d'une façon singulière, voire même le subir. La surdité prenant progressivement un autre visage, celui **des troubles associés**.

## PARTIE III : Quand les troubles associés à la surdité, se projettent en l'espace :

La surdité représente le maillon, qui relie l'ensemble des enfants au JESDA. Cependant, ceux-ci présentent aussi, des comorbidités qui entravent la communication avec le monde qui les entoure, mais aussi sa compréhension. Ces comorbidités se surajoutant à la surdité, elles engagent également un vécu particulier de l'espace. J'en viens alors à me demander, quelles sont ces comorbidités ? D'où viennent-elles ? Ont-elles un lien avec la surdité ? Et surtout comment à deux, impactent-elles l'espace ?

### 1. De quels troubles associés parle-t-on ?

#### 1.1. D'où viennent-ils ?

Premièrement, il faut savoir que la surdité en soi, n'est pas une causalité directe à l'apparition de troubles d'ordre cognitifs ou psychiques. Comme le dit B.Virole, « *Il existe de nombreuses personnes sourdes, congénitales ou non, qui présentent ni plus ni moins de difficultés psychologiques que les personnes entendantes* » (2006, p.255). Les troubles associés ne sont donc pas à voir comme une conséquence, mais le fruit d'une interaction complexe de **facteurs**, dont la surdité fait partie. On distingue quatre typologie de facteurs, dans l'apparition d'une maladie ou d'un trouble :

- Les facteurs causaux prédisposants : Ce sont des facteurs se mettant en place lors du développement de l'organisme. Ils déterminent la vulnérabilité de l'organisme à certains facteurs.
- Les facteurs causaux provoquants : Ils sont déterminants directs de la maladie.
- Les facteurs causaux contributifs : Les facteurs contributifs favorisent la rencontre de l'individu, avec un facteur provoquant. Ils peuvent également, augmenter l'impact d'une maladie déjà présente chez un sujet.
- Les facteurs causaux de spécification des symptômes : Ce sont des facteurs qui spécifient la forme d'expression de la maladie.

### 1.1.1. Cytomégalovirus, et troubles neuropsychologiques :

Dans la majorité des cas, la surdité aura une origine génétique. Cependant, d'autres causes peuvent être mises en évidence : troubles centraux, malformation et traumatismes de l'oreille moyenne ou interne, et pour finir **cause infectieuse**.

La cause infectieuse représente 1/3 des cas de surdités. Parmi ces maladies, c'est l'infection materno-fœtale à cytomégalovirus (CMV), qui est la plus notable. Il a été déterminé que 10 à 15% des enfants infectés développeraient des **séquelles cognitives et motrices**, surajoutées à la surdité. Le virus de la rubéole, les encéphalopathies, la méningite, mais surtout le CMV, pouvant engager des surdités, pourraient également jouer un rôle dans l'apparition de **désordres neuropsychologiques**.

Les lésions localisées au niveau de l'oreille interne et moyenne, pourraient également toucher d'autres aires, favorisant l'apparition de **sphères comportementales particulières**. Ces formes comportementales sont caractérisés par : une instabilité motrice, une difficulté de concentration, des traits de personnalité immatures, des difficultés d'intégration, et l'usage prépondérant de modes défensifs de clivages (Virole, 2006). La surdité et les troubles s'y associant peuvent alors être vus sous l'angle du **modèle cognitif**. Le modèle cognitif se construisant autour de l'idée « *que l'on doit considérer un certain nombre de troubles psychologiques, comme la présence de troubles cognitifs acquis* », (Virole, 2006, p.286).

Ici, la surdité s'ajoute alors aux atteintes, faisant office de **facteur causal de spécification**. En effet, en présence d'une surdité, l'expression d'un trouble psychique ou cognitif ne va pas être la même. Par exemple, un trouble du comportement ne va pas nécessairement se traduire de la même manière, si l'enfant n'a pas accès au langage oral. De même, alourdissant l'impact d'une forme cognitive, la surdité peut faire office de **facteur causal contribuant**.

### 1.1.2. *Le modèle psycho-affectif, la part environnementale :*

Le modèle psycho-affectif se base sur le champ des interactions précoces. Il s'agit de l'ensemble des **impacts intra-familiaux de la surdité**, comme décrit auparavant. L'ensemble des tensions non symbolisées par les objets parentaux, non traduits par le langage, auraient un impact sur la **constitution physique et psychique** de l'enfant. L'enfant en incapacité de contenir toutes les excitations sans noms, procéderait à des mécanismes de **clivages** et de **projection** (Cajal, 2013).

Laplanche et Pontalis définissent **l'identification projective** comme un mécanisme au cours duquel l'individu «*introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur d'un objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler* » (Boutinaud, 2013, p.111). Ce mécanisme selon M.Klein serait présent durant la toute petite enfance. L'enfant par ses pleurs et son agitation, demande à l'autre des mots à ses maux. La projection contribue à la différenciation dedans/dehors, et imaginaire/réalité, de l'enfant. Ce mécanisme peut persister, l'enfant grandissant, envahit alors l'espace de ses états internes, sans possibilité de les transformer (Cajal, 2013) .

Le clivage est également un mécanisme de défense, d'après Laplanche et Pontalis, le Moi de l'enfant serait habité par «*deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité externe en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnel* » (Boutinaud, 2013, p.110). En d'autre terme, l'enfant face à une réalité extérieure, trop persécutrice, se met en position de déni. Ces deux mécanismes persistants pourraient donner naissance, à des troubles comportementaux, relationnels, et de l'identité (Boutinaud, 2013).

Selon B.Virole, la surdité fait office de pénalité durant tout le développement psychique, elle induit l'enfant dans une certaine **vulnérabilité**. C'est de l'interaction entre la déficience auditive, et les réponses environnementales, et l'enfant qu'émergeraient les troubles. On peut donc dire que la surdité sous cet angle peut-être un **facteur causal contribuant**, «*Il n'y a aucun risque obligatoire à la surdité, juste des potentiels* » (Eugène, 2018).

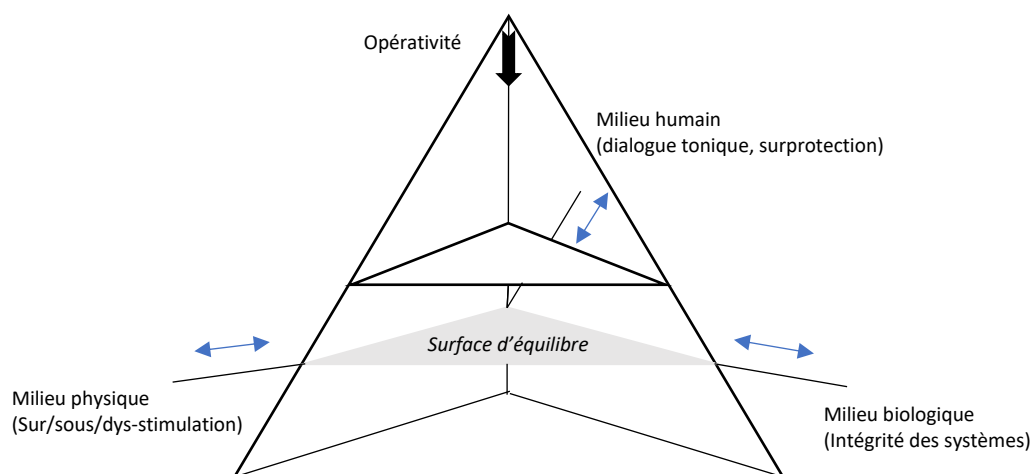
### 1.1.3. Complexité, et modèle biopsychosocial :

Le **modèle biopsychosocial**, élaboré par G.Engel médecin et psychiatre en 1977, est un cadre théorique permettant d'apporter des réponses, en terme d'apparition de troubles et de maladies. Il dégage trois types de facteurs, contribuant à leur émergence : Les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. C'est dans leur interdépendance qu'ils conditionneraient l'apparition de maladies (Fischer et al., 2014). Les troubles associés à la surdité peuvent être vus sous l'angle du modèle biopsychosocial. Comme dit précédemment, ils résultent de l'intrication de plusieurs facteurs, s'influençant mutuellement.

L'idée d'équilibre sensori-tonique d'A.Bullinger s'inscrit également dans cette continuité. **L'équilibre sensori-tonique** serait une plaque, s'appuyant sur trois vecteurs : Le milieu humain, le milieu biologique, et les propriétés physiques du milieu. C'est sur cette plaque que reposent les représentations de l'enfant, et son sentiment continu d'exister. Sans celle-ci, il ne peut agir et comprendre son environnement (Bullinger, 2004).

Cette plaque permet de recevoir les influx du milieu tout en les supportant. Elle donne accès aux interactions volontaires, et permet une **stabilité psychique** si elle s'est construite de manière solide. Comme l'indique H.Wallon, psychologue et neuropsychiatre, « *Au lieu d'impressions isolées qui l'accaparent chacune totalement et dont la succession ne peut être qu'une sorte de morcellement psychique, s'opère, avec l'unification du champ perceptif, celle de la continuité mentale* » (Wallon, 1963, p.133).

Si l'un des trois vecteurs fait défaut, l'équilibre sera réduit, et la stabilité précaire. Ainsi, la surdité en elle-même réduit la plaque par son atteinte au milieu biologique, de même si des atteintes des aires cérébrales s'y associent. Le milieu familial impose également son empreinte dans les relations avec l'enfant, mais aussi son ouverture aux propriétés physiques du milieu. Ainsi, pour chaque enfant Sourd, le déséquilibre sera présent, mais aura un impact diff rent, en fonction de ce qui s'y associe. Des troubles pourront alors apparaître, « *la pathologie s'installe lorsque ces conduites occupent une place trop importante dans l'économie de l'individu* » (Bullinger, 2004, p.158).



*Composantes de l'équilibre sensori-tonique par A.Bullinger*

## 1.2. Qui sont-ils ?

Si les enfants porteurs de surdité, pouvant suivre un parcours éducatif classique, peuvent être accueillis au sein d'organisations telles que l'Institut National des Jeunes Sourds (INJS), ou scolarisés et accompagnés par des Services de Soutien à l'Education Familiale et à la Scolarisation (SSEFS), d'autres, par le retentissement social, familial, et scolaire de leur trouble, seront redirigés vers le JESDA. Ceux-ci, outre la surdité, présentent en eux des **formes psychopathologiques**, entravant leur relation au monde. On pourra ainsi y retrouver des tableaux d'autisme, de troubles psychotiques, de troubles du comportement, et de troubles attentionnels s'associant à de l'hyperactivité. Ceux-ci peuvent s'accompagner de déficience intellectuelle, en fonction des atteintes cognitives présentes.

S'il est difficile de définir un lien de causalité entre troubles associés et déficience auditive, au JESDA, ces deux notions font pairs. Bien qu'ils ne soient pas tous porteurs du même type de surdité et de pathologie, l'environnement qui leur est proposé est construit en fonction de leurs particularités. L'objectif du JESDA est alors **d'accompagner** les enfants au sein de leur développement, en leur proposant des ateliers et des prises en charge adaptées. Ainsi, les enfants y sont accueillis au sein de groupes éducatifs, de 9h30 à 16h30, tout au long de la semaine.

Parallèlement aux groupes, s'organisent des prises en charges individuelles ou groupales, par différents professionnels : Orthophoniste, infirmière, pédopsychiatre, psychologue et psychomotricienne. Des temps de classe sont également encadrés par des enseignants spécialisés.

Afin de décrire, les relations particulières qu'entretiennent les enfants à l'espace, il est important de décrire les processus qui les animent. Seront donc explicités ici, les principaux troubles associés présents au JESDA. Ceux-ci engageant vers un vécu particulier de l'espace.

#### *1.2.1. Les retraits relationnels et autistiques :*

Les **troubles du spectre de l'autisme** (TSA), sont très présents au JESDA. Les enfants présentent des déficits de communication et des relations sociales. Ils répondent peu aux sollicitations de l'environnement, et évitent l'initiation de contacts sociaux. Ils peuvent également utiliser massivement des comportements stéréotypés et restreints, et présentent une faible tolérance aux changements.

Les retraits relationnels autistiques se manifestent chez l'enfant Sourd comme chez l'enfant entendant, par un regard vague et évitant. Ce sont des enfants qui restent souvent fixés sur les lumières, et fuient la relation. Dans certains cas, ce retrait relationnel peut-être consécutif à la mise à mal du lien parent/enfant, et d'une absence prolongée de communication. Lorsque celle-ci est rétablie, les traits autistiques peuvent disparaître, ils peuvent cependant persister dans le cas contraire. Pour d'autres enfants, ces traits ne sont pas totalement imputables à une rupture de communication, ils peuvent également être corrélés à des **facteurs** génétiques, somatiques et évènementiels (B.Virole, 2013).

#### *1.2.2. L'hyperactivité :*

Le **déficit de l'attention avec/ou sans hyperactivité** (TDAH) se définit à travers une diade diagnostique : Inattention, hyperactivité/impulsivité. Les enfants atteints ont souvent du mal à soutenir leur attention sur une activité, mais également sur les paroles de l'autre. Par l'hyperactivité, ils peuvent être extrêmement agités, et dans l'impossibilité de sortir du mouvement.

L'impulsivité, dernière composante, se manifeste par une action précipitée, sans réflexion au préalable. Ces enfants agissent, coupent la parole sans écouter l'autre, et peuvent réagir de manière excessive.

Des tableaux d'hyperactivité peuvent se retrouver chez les enfants porteurs de surdité. Cela peut s'expliquer par les différentes composantes de l'organisation spatiale, que nous avons mises en évidence. Le **manque de perception de limites**, le mouvement pour combler le son, et la non unification du champ perceptif, peuvent emmener l'enfant vers une instabilité posturale, et des difficultés attentionnelles. La réaction impulsive à la frustration, peut être également réactionnelle au positionnement des parents, et à l'intensité des prises en charge. Les infections comme le CMV peuvent également favoriser l'apparition de ce trouble (Virole, 2006).

### *1.2.3. Les troubles disruptif, du contrôle des impulsions et des conduites :*

Cette catégorie du DSM-V est composée de différents troubles impliqués dans le **contrôle des émotions et des comportements**. Ces comportements peuvent en partie nuire au fonctionnement social, et aux relations aux autres. Ainsi, on notera la présence d'agression, et de destruction, par exemple. Parmi ces troubles, se trouvent notamment : les troubles des conduites, le trouble explosif intermittent, et le trouble oppositionnel avec provocation.

On peut retrouver chez certains enfants Sourds, des comportements d'opposition massifs. Ces troubles du comportement sont souvent associés à l'infection au CMV. Ils peuvent parfois être manifestes de mécanismes de structuration de la **personnalité pathologique**. La personnalité n'étant fixée qu'à partir de 18 ans, il est encore impossible d'utiliser le terme « trouble », pour la définir (Golse, 2012). Cependant, certains **traits** peuvent se retrouver, ils restent fortement corrélés à une organisation en miroir du fonctionnement maternel. N.Crick en décrit cinq : La sensibilité émotionnelle, les difficultés sur le plan de l'identité, la relation d'exclusivité avec les pairs, la sensibilité cognitive, et l'impulsivité (Lepage-Voyer et al., 2018).



#### 1.2.4. Les troubles psychotiques :

Les troubles psychotiques sont une grande catégorie, comprenant plusieurs grands troubles. Ils sont caractérisés par la présence de symptômes, tels que : les idées délirantes, les hallucinations, la pensée désorganisée, des comportements moteurs désorganisés ou anormaux, et des symptômes négatifs. La **distinction entre la réalité et l'imaginaire**, serait alors altérée.

La surdité serait fortement corr el e à l'apparition de troubles psychotiques. Sans en être la cause, elle aurait cependant un effet sur leur apparition. Les enfants devant par moment fixer leur attention sur certains détails, afin de compenser le déficit sensoriel. Ceux-ci pourraient parfois utiliser préférentiellement des mécanismes perceptifs comme base de connaissance. L'utilisation de mécanismes perceptifs serait à la base d'une **auto-interprétation**, pour pallier au manque informatif. Celle-ci pourrait alors ouvrir la voie vers les idées délirantes (Virole, 2006).

S.Miglioranza, psychomotricienne, indique que la manière dont l'enfant appréhende l'espace et l'explore, est le reflet de son organisation psychique. La surdité fragilise en elle-même la structuration de l'espace, on peut donc se demander, en quelle mesure peuvent s'exprimer les troubles associés au sein de celui-ci (Miglioranza, 2006).

## 2. Etude de cas, Lilian :

Nous avons précédemment vu que la surdité avait un impact sur la structuration spatiale. C'est en particulier dans l'unification perceptive, le traitement des distances, de la qualité des objets, et surtout de la limite, que l'enfant peut éprouver des difficultés à distinguer les lignes et les traits de son milieu. Les troubles associés quant à eux, sont l'expression de facteurs complexes, mais fortement corr el e à l'espace, car se répercutant sur celui-ci. Il est donc légitime de se demander, dans quelle mesure ces deux dynamiques s'entrecroisent pour donner un vécu singulier. Afin de déterminer, la possible nature d'un lien, entre espace, surdité et troubles associés, il me semble nécessaire de passer par une étude de cas clinique. Nous allons donc parler de Lilian, 6 ans, porteur d'une surdité bilatérale profonde, associée à une sphère comportementale très prégnante.

L'analyse de ce cas se placera sous l'angle du **modèle psycho-affectif**, celui-ci pouvant nous amener à certaines clefs de compréhension. La part neurologique des troubles associés, reste cependant existante et à ne pas négliger, afin de les envisager dans leur entièreté.

## **2.1. Anamnèse, naissance des troubles associés :**

### *2.1.1. Naissance et contexte familial :*

Lilian est âgé de 6 ans. Ce sont des suites d'une infection à CMV, que sa surdité prend son origine. Le dépistage et le diagnostic ont été précoces. Les deux oreilles sont atteintes au sein d'une **surdité bilatérale profonde**.

Il est le deuxième et dernier né de sa famille. Sa fratrie est composée d'une demi-sœur, d'un an son aînée, issue de sa mère. Au quotidien, Lilian est décrit comme un enfant ayant un comportement marqué par la **toute-puissance**. Chaque frustration entraîne des passages à l'acte hétéro ou auto-agressif : Il peut mordre ses pairs, ainsi que lui-même. Sa sœur est la première à pâtir de ces comportements, Lilian recherchant l'attention exclusive de sa mère. Un diagnostic de **Trouble de Déficit Attentionnel avec Hyperactivité (TDAH)** est finalement posé, avec une prépondérance de **troubles du comportements (TC)**.

Le parcours de prise en charge de Lilian est marqué par de séparations multiples. Dans un premier temps, il a été suivi par le **Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP)** de sa ville natale. Un suivi relatif à sa surdité lui sera également proposé au CAMSP audiologie de la région. De par les limites de l'appareillage, et consécutivement au suivi ORL du CAMSP, un implant cochléaire lui sera proposé. En résultera son implantation de l'oreille droite en 2016.

Parallèlement à cela, il sera pris en charge par une orthophoniste libérale. Une scolarisation en école maternelle se mettra en place à hauteur de deux matinées par semaine, accompagné d'une Assistance de Vie Scolaire (AVS), et d'une éducatrice de l'INJS. Les troubles du comportements impactant fortement cette sphère, il sera vite redirigé vers le JESDA en 2018. C'est dans ce même cadre que la prise en charge en orthophonie cesse, passant le relais à celle de la structure.

Le **contexte familial** de Lilian est également marqué par des ruptures successives. Les parents de Lilian sont séparés depuis 2016, il déménage alors avec sa mère. Ils vivront un premier temps seuls, puis gagneront le domicile des parents de celle-ci. Après un an, ils redéménageront pour un logement individuel. Le père de Lilian demeure peu impliqué dans les prises en charge, et ne rencontre son fils que ponctuellement, au domicile des grands-parents. Sa mère quant à elle décrit une situation ingérable à domicile, et se dit épuisée et déprimée. Celle-ci oscille entre **surinvestissement et désinvestissement** de son fils.

### *2.1.2. La vie au JESDA :*

Les troubles du comportements ont toujours marqué ses journées au jardin d'enfant, même si son agitation motrice tend à diminuer. Les professionnels communiquent avec lui à l'aide de la LSF. L'implant de Lilian peut être investi pour reconnaître des bruits de son champ perceptif. Il est cependant peu utilisé à des fins communicationnelles, les connaissances de Lilian en matière de langage oral, étant encore en développement.

Il est accueilli au sein du groupe éducatif « Chenille », composé de trois autres enfants, et encadré par deux éducatrices. Parallèlement à cela, il bénéficie de prises en charges en orthophonie, en psychomotricité, et avec une psychologue. Aussi bien sur le groupe, qu'au sein des prises en charges, il est souvent engagé dans **des enjeux de maîtrise** et d'éclatement des règles. En aboutissent de grandes difficultés relationnelles, entravant sa communication avec autrui. Ces difficultés se ressentent à deux niveaux : au niveau de sa relation avec l'adulte, et avec les autres enfants.

Avec l'adulte, Lilian réclame **l'exclusivité**. Ce qui peut mettre en difficultés ses éducatrices, ne pouvant répondre en permanence à ses demandes. Il peut parfois manifester de la jalousie envers l'enfant dont ses référentes s'occupent. Il peut y solliciter l'aide de l'adulte, mais une trop grande proximité peut être vécue de manière **intrusive** et susciter un débordement. Les autres enfants du groupe n'ont peu, voire pas accès à la LSF. Ainsi, de réels échanges ou jeux entre eux ne sont pas possibles. Il peut néanmoins prendre la posture du « grand-frère », envers les plus petits. Lorsqu'un pair entre en relation avec lui, sa réaction va dépendre de son état émotionnel. Par exemple, pour un enfant qui essaye de lui prendre un jouet des mains, il peut refuser de manière calme, tout comme la prise de l'objet peut être vécue comme une véritable **agression**.

De manière générale sur Chenille, il s'engage vers une autonomie. Cette autonomie est à double tranchant : Par moment, il peut l'investir en dépassant les **limites** imposées, il navigue alors dans les couloirs sortant du groupe à son bon vouloir. Inversement cette autonomie de Lilian peut-être gage d'un **investissement narcissique**, un adulte qui lui accorde sa confiance pour une tâche, pourra être gratifié de son achèvement.

L'un des objectifs principaux visé à son projet personnalisé, est d'arriver à rester à sa place, tout en étant avec les autres. De ces observations, en découle la description d'un enfant éprouvant des difficultés à se situer dans un entre-deux. Oscillant entre curiosité, explosion et grande détresse.

### *2.1.3. Le vécu et l'image du corps :*

Sous cette optique, on peut supposer les problématiques de Lilian, comme relevant de plusieurs variables. L'aspect cognitif est présent, l'infection à CMV a certainement son rôle dans l'apparition de la sphère comportementale. Néanmoins, les passages à l'acte hétéro et auto-agressif lors de frustrations, ainsi que la prépondérance de la toute-puissance, démontrent une **faible capacité à réguler ses pulsions**. La question des limites corporelles, ainsi que de l'image du corps se pose alors.

**L'image corporelle** est le témoin inconscient, de l'appropriation du corps par l'enfant. Elle se construit en fonction des expériences motrices, sensorielles, et relationnelles de l'individu avec son milieu. L'image du corps intègre le vécu du corps dans l'espace, et de même, c'est dans la manière avec laquelle l'enfant engage son corps qu'elle se manifeste (Cajal, 2013). Une image corporelle solide se construit dans la bonne mise en place de processus **d'individuation**, et de **stabilisation identitaire**. Ceci implique donc une bonne différenciation entre les enveloppes internes et externes, ainsi qu'une certaine valorisation narcissique en tant qu'individu. Le cadre de vie précoce de Lilian, dû à la surdité et au positionnement familial, remet en jeu ces deux processus.

Les figures parentales de Lilian, ont envers lui une posture qui peut relever de l'ambivalence. Tantôt lui répondant de manière excessive, tantôt le rejetant. On peut supposer, que les difficultés de positionnement parentaux, aient pu altérer le **processus d'individuation**. L'enfant Sourd est d'autant plus vulnérable, qu'il ne peut prévoir les absences et les présences de l'autre, si celui-ci ne maintient pas une certaine contingence.

Lilian a pu ici, se trouver dans un espace, où l'autre n'a pas filtré les tensions externes et internes. Durant sa petite enfance, son regard était décrit comme difficile à capter. L'attention conjointe, nécessaire à l'intérêt et à la compréhension du monde, était peu présente. Ainsi, la bonne différenciation, entre ce qui relève du dehors, et ce qui relève du dedans, n'a peut-être pas pu se mettre en place de manière efficiente, toute pulsion se déversant alors dans le milieu, de manière incontrôlée.

De même, **l'implantation** reste une chirurgie invasive, pouvant faire traumatisme chez l'enfant. Alors que le son était jusque-là une donnée inconnue, l'implant introduit soudainement cette afférence spatiale en l'enfant. Tout comme la vision, M.Cajal décrit le sonore comme une donnée tactile devenant binaurale, par expérimentation de l'enfant dans l'espace. Le son colle à l'oreille, la notion de distance sonore n'existe pas encore, l'enfant Sourd devra la construire. Sous cette optique chaque bruit, peut faire office de stimulus **effractant**, l'enfant subit alors un assaut sensoriel, qui vient mettre à mal ses limites (Cajal, 2013). On sait que l'implantation de Lilian s'est faite en 2016, lorsqu'il avait deux ans. Sur des limites corporelles déjà peu efficaces, et un processus d'individuation instable, celle-ci a pu donc avoir un impact sur l'image du corps de Lilian, mais également son vécu de l'espace.

Dans une autre dimension, c'est également le **processus identitaire** qui est atteint. L'image de Soi, se construit en partie dans les yeux de l'autre. Si cet autre maintient une posture de rejet, l'enfant pourra avoir un reflet négatif de lui-même. Associé à des présences surprotectrices, l'enfant peinera à trouver des cohérences dans les échanges avec l'autre. Des modèles internes des échanges entre Lilian et ses objets parentaux, peuvent alors en résulter les difficultés de communication avec autrui, Lilian répondant sur les mêmes modalités. Les troubles du comportements peuvent alors être un **mécanisme de défense** pour faire face aux incompréhensions.

La place de la dynamique familiale, la place de l'infection, le déficit sensoriel, l'implantation sont autant facteurs qui peuvent interagir, pour en aboutir à une sphère comportementale, et psychique particulière. De même, la sphère comportementale peut renforcer certaines dynamiques, comme l'ambiance familiale à la maison, amplifiant alors le positionnement maternel. La limite étant mise à mal, c'est dans le milieu que se déverse ce qu'elle ne peut contenir « *L'espace est d'abord, et avant tout, une intégration psychique et corporelle de la limite* » (Miglioranza, 2006, p.104).

#### 2.1.4. *Le bilan psychomoteur :*

Depuis le début de sa prise en charge au JESDA, Lilian a pu bénéficier d'un bilan pour chaque année d'accueil.

Au niveau du tonus et de l'équilibre, Lilian utilise des points d'appuis corrects. Il se tient droit, son axe fait office de soutien interne. Plus largement, l'évaluation de la motricité générale met en évidence la capacité de Lilian à organiser des mouvements séquencés et précis, lorsqu'il est concentré. Une certaine volonté de **contrôler** le mouvement est présente : Il s'arrête lorsque le mouvement demandé est continu. De même, la force engagée reste imprécise : soit trop forte, soit trop faible.

De plus, lors de la passation de l'échelle des coordinations motrices de Charlopp-Atwell, la coordination de deux actions simultanées, met en évidence la composante agitation motrice. Lorsque l'on demande à Lilian d'organiser un mouvement comprenant deux actions simultanées, celui-ci **s'agite** s'éloignant de la consigne demandée. Cette non constance, dans l'organisation du mouvement peut s'interpréter. Par moment Lilian essaye de le contrôler de manière forte. Inversement, quand le mouvement est porteur d'une excitation, il perd le contrôle et se **désorganise**. Il peine alors à se situer dans un entre-deux permettant une fluidité du geste et un contrôle de l'action à effectuer. Cette brusquerie et altération du mouvement, peut-être aussi bien inhérente aux effets de la surdité, qu'à la problématique du TDAH.

L'appréciation du schéma corporel par l'épreuve du dessin du bonhomme, renforce l'idée d'une **notion du corps peu construite**. Il dessine trois bonhommes aux traits diffus, qu'il indique comme étant : Lui-même, sa mère, et sa sœur. Les personnages représentés ont des têtes carrées, la place du ventre y est confuse, et les membres seront ajoutés après suggestion de la part de la psychomotricienne.

La passation du dernier bilan a été significativement entravée par la sphère comportementale. Lilian ayant refusé la passation de certaines épreuves, ayant essayé de personnaliser certaines consignes, et étant entré dans une dynamique d'agression de l'autre. A l'image du bilan, se construit celle de Lilian. C'est-à-dire celle d'un enfant, dont les comportements sont tellement envahissants, qu'ils l'empêchent de s'organiser corporellement pour prendre place dans l'espace.

## 2.2. Le milieu dans lequel l'enfant se projette :

### 2.2.1. La projection :

Le jeune enfant est tout d'abord imprégné par les stimulations du milieu. Des flux sensoriels, en sont extraites des habituations. Ce sont celles-ci, qui vont servir de base à la création des boucles sensori-motrices, et à la création d'invariants. La notion de **distance** se crée également par ces boucles. Lorsqu'émerge l'idée de distance, l'enfant se meut en l'espace pour la solidifier, en somme il se projette donc dans son milieu pour en créer la **profondeur et les limites**.

Comme nous avons pu le voir chez l'enfant Sourd, les notions de distance, de profondeur et de limites, peuvent ne pas se construire de manière efficiente. Chez Lilian, cette **notion de distance** semble également diffuse. Celui-ci oscille entre **collage et rejet** de l'autre, peinant alors à trouver la juste distance relationnelle. Il adresse souvent des demandes de proximité et d'aide à la psychomotricienne, lorsque celle-ci s'approche il se met alors en retrait. De même, il semble avoir des difficultés à mettre à distance les sollicitations de son environnement, un élément de l'extérieur venant provoquer une véritable explosion à l'intérieur.

Le sonore, ne créant pas la distanciation, le **corps** n'a d'autre choix que de s'inscrire dans l'espace pour la créer, les flux sensoriels tactiles, vestibulaires, et visuels prenant le relais. On peut alors parler de projection. Selon M.Sami-Ali, psychanalyste, la **projection** est un mécanisme fondamental, c'est elle qui fait exister l'espace, en y coordonnant les sensations (Cajal, 2013). Le corps se projette donc en l'espace, pour y donner cohérence. Jusque-là, nous ce que nous avons décrit par la brusquerie, la recherche de limites, et l'évaluation par le corps chez l'enfant Sourd, est une forme de projection.

Parfois l'enfant, même à partir d'explorations, n'arrive pas à tirer cohérence de ce qui se joue dans le milieu. Il est submergé par ses perceptions sans pouvoir y mettre du sens. C'est notamment le cas lorsque le phénomène de distanciation ne se met pas en place. L'enfant appareillé **subit le sonore**, chaque perception auditive est vécue, comme se cognant aux limites corporelles de l'enfant. Il ne peut se soustraire aux afférences qui l'atteignent. La projection, en dehors d'un phénomène physiologique, revêt alors un **manteau pathologique**.

### 2.2.2. « Projeter, car la proximité est trop grande » :

Lorsque la distance n'est pas bien créée, toutes afférences venues de l'extérieur peuvent possiblement, être à l'origine d'un magma de tensions en l'enfant. Celles-ci s'accumulent, sans être mises en mots. La **projection** les déversent alors dans le milieu. C'est le cas de Lilian dans la relation au monde, mais surtout à l'autre.

La séance est divisée en plusieurs temps, il y a le premier temps pour parler, et discuter de ce qui a été fait précédemment, ainsi que le temps du travail psychomoteur. Ce premier temps est important, revenir sur ce qui a été fait permet de mettre du sens, et d'inscrire une temporalité dans les actions. Ce temps peut engager un vécu particulier chez Lilian, celui-ci peut refuser de construire un discours, signant partiellement ses idées. Il attend alors que l'autre construise à sa place. La psychomotricienne est alors là pour l'aider et le soutenir à structurer son discours.

Il arrive, que lors de ce temps, la relation soit porteuse d'excitations pour Lilian. Celui-ci n'arrive pas à traiter les sollicitations du milieu, tout en étant avec l'autre. Il peut alors y répondre par une opposition, dont l'agressivité est l'aboutissement. Le cheminement est assez progressif, ses mouvements deviennent brusques, il se décharge alors sur le milieu extérieur. C'est, dans un premier temps, le matériel de la salle, **cadre physique** qui est attaqué, il jette alors l'ensemble du mobilier à terre. La psychomotricienne me dit alors, cette phrase que je trouve assez manifeste : « *C'est le Chaos dedans, donc ça doit être le chaos dehors aussi* ».

Si projeter peut être un mécanisme pour évacuer ce qui est de trop, et de mettre de la distance en Soi et son environnement, c'est aussi un mécanisme pour chercher la **limite**, et s'organiser. La projection peut alors être une demande de sens, de l'enfant à son environnement.



### 2.2.3. « Projeter, car rien ne me contient » :

**L'agitation**, dénote une incapacité à contenir ses émotions internes. L'enfant agité se retrouve ainsi, dans l'impossibilité d'utiliser son corps comme véhicule stable au sein de l'espace. Il est en effet submergé par celui-ci, et par l'ensemble d'information qu'il contient (Miglioranza, 2013).

Ceci est d'autant plus vrai, pour un enfant Sourd. Nous avons pu voir que le sonore, en créant la distanciation, crée aussi la **limite**. L'hypertonie et l'agitation, dans cette mesure, peuvent être une tentative de dessiner les traits du milieu, ainsi que ses frontières. Chez un enfant dont les limites corporelles sont au préalable mises à mal, créer une représentation des frontières du milieu, s'avère complexe. Sans limites, l'enfant est alors désorganisé par l'espace, il explose face à celui-ci. La **destruction du milieu**, peut-être alors vu, comme une transcription de ce que eux-mêmes vivent intérieurement, mais aussi comme la **recherche d'un contenant** (Miglioranza, 2013).

Durant les premiers temps de la prise en charge, Lilian a éprouvé de grandes difficultés à venir en séance. Le fait de se séparer de la dynamique contenante de son groupe, a fait émerger en lui une grande détresse émotionnelle. C'est d'abord dans le couloir qu'il cherche une limite, tapant sur les murs et les bancs. Une fois dans la salle, c'est face au mobilier de la salle, qu'il cherchera des **limites solides**, pouvant tenir face à sa décharge motrice. La psychomotricienne lui proposera alors un tapis, qu'elle disposera dans un coin de la pièce. C'est caché derrière celui-ci, dont les limites lui sont proches et nettes, qu'il retrouvera le calme.

C'est ensuite les limites de l'autre qu'il viendra chercher. Lorsque Lilian ne trouve aucun espace contenant, c'est le corps de la psychomotricienne qui fera office de limite. Trouver en l'autre, un être qui résiste et qui « ne casse pas », a été à le socle de la prise en charge. Ce n'est qu'une fois la **relation** déterminée comme étant solide, qu'un travail psychocorporel a pu se mettre en place.

En continuité de cette relation, la recherche de limites a pu se transposer autrement. J'ai pu par exemple voir, Lilian rebondir sur les murs, à l'aide de gros ballons. La recherche de limites se transposant, par un **passage par l'acte**, plutôt que de l'identification projective.

## 2.3. La prise en charge psychomotrice :

### 2.3.1. Construire, pour se construire :

« *L'espace et le matériel sont des voies et des outils à travers lesquels l'enfant exprime les conflits internes* » (Miglioranza, 2006, p.111). La psychomotricité offre la possibilité à l'enfant qui n'arrive pas à mettre du sens sur ses conflits, de les spatialiser pour les symboliser. On entre dans le champ de ce que R.Roussillon, psychanalyste, appelle le **passage par l'acte**, l'enfant transcrit son conflit dans l'espace, en l'organisant. Et c'est en organisant celui-ci, qu'il organise également son psychisme (Miglioranza, 2006). Au sein de la prise en charge de Lilian, ce passage par l'acte se traduira par des activités de constructions. Dans le cadre de la salle sont présentes, briques et plaques en cartons. Elles seront le biais par lequel, Lilian projettera ses conflits, mais également par lequel il se créera un contenant.

Lors des premiers temps des constructions, Lilian se situait dans « l'agir » plutôt que dans « le réfléchir ». Celui-ci empilait les briques de manière anarchique, avec une certaine brusquerie. Venu le moment d'encastrer les pièces, celui-ci les tournait sans envisager leur forme. De même, il pouvait retirer un élément du mur, faisant **s'écrouler** l'ensemble de la structure. Premièrement, on peut imaginer cela, comme conséquence du manque de données de la qualité de l'objet. Mais aussi, peut-être envisagé l'absence de retour sonore, comme rendant difficile l'accès aux situations causales, et à la perception de la structure comme un tout. Il n'en reste que cette destruction, engageait une montée en **excitation** de Lilian, celui-ci partant en éclat de rire, ou au contraire s'offusquant. Les structures étaient alors détruites avant même leur aboutissement.

Les premières cabanes construites, seront des structures avec pour composition, un unique mur. Lilian n'intégrait pas le **volume** à ce qu'il construisait. On peut assimiler cela aux difficultés de structuration du plan arrière chez les enfants Sourd, cet espace bidimensionnel se retrouvant dans les productions. Cette structuration se croise alors, avec l'impossibilité de créer des **structures fermées**. La difficulté à maintenir une structure fermée, peut-être la manifestation d'une enveloppe corporelle, elle-même peu solide.

Sous les sollicitations de la psychomotricienne, Lilian a été amené à construire en trois dimensions des structures aux fondations cloisonnées. C'est premièrement en proposant, un cadre spatial dans lequel construire, que celles-ci ont commencé à aboutir. La psychomotricienne proposera, une **cabane** en bois, assez grande pour que Lilian puisse entrer et construire à l'intérieur. Il commencera à doubler les parois de la cabane avec les briques.

Celle-ci a eu un double effet, Lilian, afin de faire tout le tour de la structure, a dû **s'ajuster** à ses propriétés. En effet, la taille des briques ne correspondant pas parfaitement aux mesures de la cabane, il a dû s'ajuster et changer leur orientation, afin que le mur soit totalement fermé. S.Miglioranza, indique que c'est en se confrontant à la **réalité du milieu**, que l'enfant peut construire sa pensée.

Une fois la cloison terminée, le contour de la cabane a été retiré. J'ai pu alors voir Lilian manifester de grands éclats de joie, pointant sa structure du doigt, sautant à l'intérieur. En construisant cet espace, Lilian s'est en partie construit lui-même. La délimitation de l'espace engage vers la création d'un **contenant** physique, ayant des répercussions au niveau psychique. On peut voir ainsi, cette première vraie construction, comme l'initiation d'un travail de symbolisation. Un **dessin** s'est ajouté en complément, pour appuyer la mise en sens, et inscrire dans le temps la réalisation. Il faudra insister pour qu'il se dessine lui-même au sein de la structure. **[ANNEXE 5]**

La construction de cette première structure, s'en est suivie de plusieurs autres, aux cloisons fermées. L'émergence de ces nouvelles cabanes, a mis en évidence une autre difficulté, celle de **prendre place** au sein de l'espace construit, Lilian ne s'organisant pas d'espace propre. Dans une des maisons élaborées, il essaiera de se définir une chambre, premièrement au sein du garage, puis au sein de celle que s'est définie la psychomotricienne. **L'individuation**, la limite entre lui et l'autre, a été dès lors un enjeu à construire au sein de la séance. La psychomotricienne l'a alors amené à se réfléchir une place à lui au sein de cet espace. Ceci, en construisant de nouvelles cloisons, entre lui et l'autre, mais aussi en poursuivant la représentation par le dessin.

Les dernières constructions de Lilian s'avèreront être des piscines. Il élaborera alors, selon un vrai projet, signant la forme de ses mains. Et demandant à ajouter des éléments figuratifs, tels que des pompons pour simuler l'eau, des frites en mousse en guise de serpillère. Il arrive désormais à jouer des scénarios, et à inscrire du **représentatif** sur l'espace l'environnant.

### 2.3.2. *Le cadre, le corps, et le psychomotricien :*

Tout au long des prises en charges, j'aurai le statut de stagiaire observatrice. Ce statut relève surtout du cadre de la séance, Lilian pouvant trouver de l'agitation dans le mouvement, et étant mis en difficulté dans les relations duelles. L'ajout d'une personne engagée dans l'action peut alors être une source d'excitation supplémentaire, persécutant les limites corporelles de Lilian, et rendant impossible un travail sur les enjeux relationnels. Néanmoins, mes observations m'ont amené à réfléchir sur la place du psychomotricien, et surtout dans quelle mesure peut-il venir en **soutien** d'une structuration spatiale, chez l'enfant Sourd.

Dans le cas de Lilian, cela demande un ajustement permanent, il faut pouvoir contenir et soutenir les explorations de Lilian, tout en maintenant un cadre solide. Lilian oscille entre un collage avec l'autre, et un rejet de celui-ci. Il faut en permanence, ajuster sa **distance** avec lui. Une trop grande proximité pouvant amener Lilian à brusquement casser ses structures. Il faut alors mettre en mots ses ressentis « *Je sens qu'aujourd'hui, être tous les trois, c'est compliqué pour toi* ». Comme le dit C.Potel-Baranes, le psychomotricien peut accepter les excitations motrices, le tout est d'offrir les conditions à leur intégration psychique. Une mise en mot, permet une intégration consciente de ce qui se vit corporellement. Il faut alors user d'imagination, pour proposer des solutions, pour que le jeu se poursuive, tout en ayant un intérêt ludique pour Lilian. En l'occurrence, l'idée sera de se construire chacun un espace avec les briques, faisant une **limite** visible entre Soi et l'autre.

Inversement, il faut parfois aussi garder la **proximité** avec Lilian. Le psychomotricien engagé en séance, a pour mission de contenir ce qui n'est pas organisé, afin qu'il soit transformé en un élément porteur de sens. Lilian a des difficultés à passer du perceptif au représentatif. Lors des constructions, Lilian essaiera à plusieurs reprises, de déconstruire. La psychomotricienne le poussera alors à continuer, à maintenir le cap de la séance, tout en s'ajustant. La qualité de présence corporelle est un pilier, au sein de la prise en charge. Rester dans une posture ouverte afin de maintenir la communication, tout en étant ferme dans le langage, est alors la condition de l'aboutissement du jeu. C'est à partir de celui-ci, que des éléments représentatifs peuvent s'organiser.

Le cadre de la séance est également fait **de règles**, c'est l'existence de celles-ci qui offre un milieu sécuritaire, nécessaire à la mise en place d'un travail psychocorporel. Toujours dans un enjeu de limite, Lilian peut se heurter aux règles, les contourner pour faire réagir. La position du psychomotricien ne doit alors pas se résumer à de l'enveloppement, mais aussi à un rappel des interdits. Les interdits sont des limites. Pour que Lilian puisse percevoir les siennes, il faut aussi que celles de l'autre existent. La psychomotricienne, pourra alors l'exprimer « *Les règles au JESDA, tu les connais, ici on ne casse pas, c'est interdit !* ».

Face à Lilian, varier ses réponses s'avère essentiel. Un simple coup d'œil peut-être perçu comme persécuteur, il cherche alors à faire réagir en se percutant aux limites de l'autre. Le psychomotricien est également le support des identifications de l'enfant, répondre sur les modalités peut enrichir les dynamiques d'opposition. On pourra ainsi voir la psychomotricienne éviter le regard, prendre de la distance, et le calme revenir.

Ainsi, de manière générale, mais aussi dans le cadre des séances avec Lilian, le psychomotricien va être celui « *Qui va prêter en quelque sorte son psychisme pour donner au patient l'occasion d'intégrer ses pulsions et non plus d'en être désintégré, morcelé, éclaté, démantelé* » , (Potel-Baranes, 2019, p.363).

### 3. Surdité et troubles associés : Une forme d'expression sur l'espace

Au fil de la deuxième partie, nous avons pu voir que la surdité pouvait induire des **modifications dans la construction de la structuration spatiale** : la perception de la distance altérée, l'absence de localisation impactant l'unification perceptive, le manque de qualités relatives à l'objet pouvant induire une brusquerie, la non perception des limites se traduisant par de la désorganisation. De ces modifications, peuvent prendre racines des difficultés, qui altèrent alors la relation de l'enfant à son environnement.

Ce n'est que lorsque les premiers échanges avec l'environnement sont défaillants, et lorsque le patrimoine neurologique se révèle altéré, que chez l'enfant Sourd émergent alors les **troubles associés**. Ceux-ci, notamment à travers le TDAH, les TSA, les TC, et les troubles psychotiques, impactent alors le lien à l'autre et au milieu. La brusquerie, l'agitation, l'absence de limite, et la non unification perceptive, deviennent alors des **données communes** entre surdité et troubles associés. On peut alors se demander, si ce lien conditionne l'expression du trouble dans l'espace ? Le cas de Lilian offre donc quelques éléments de réponse.

De par les multiples facettes qui composent son passé médical et familial, Lilian est un enfant au vécu particulier, peinant à trouver des limites corporelles efficaces. La surdité s'ajoutant, les **limites** du milieu deviennent alors diffuses également. Nous avons donc le profil d'un enfant qui peine à percevoir son environnement comme un tout unifié, mais également qui se **perd** au sein de celui-ci. Les enveloppes toniques et d'agitation, sont alors, l'expression du dépassement face au monde.

La mise en sens par le langage étant fragile, et les moyens de communication restreints, c'est alors le corps qui parle pour l'enfant. **Projeter sur l'espace**, est alors un moyen de faire exister ce que la déficience sensorielle entrave : la recherche de limites, et d'un contenant.

Puiser dans la relation à l'autre est alors un biais d'accès à ces deux modalités, c'est alors à cet instant que le trouble prend le relais. Si l'autre aide à organiser, le trouble **déconstruit**. Le déficit attentionnel, diminuant la communication et la prise en compte des éléments du milieu, l'impulsivité amenuisant la relation, et la mise à terme d'une tâche. Trouver une **juste distance** entre Soi, l'autre, et l'environnement, fait alors valeur commune entre la surdité et les troubles associés.

Dès lors, la **prise en charge psychomotrice** prend toute son importance. En sollicitant et soutenant la construction de l'espace, le psychomotricien stimule la construction psychique. Par exemple, Lilian, au fil de la prise en charge et dans la relation, a pu trouver un **cadre sécurisant** au sein duquel explorer. Même si actuellement, des crises peuvent encore avoir lieu, même s'il peut encore parfois tenter de détruire ce qui est en train de se structurer, il a déjà pu éprouver le sentiment d'être contenu par un espace que lui-même a construit. Le retentissement de cette organisation se manifeste alors dans la capacité à différer des pulsions, et à passer par de l'imagination plutôt que par le mouvement.

Lilian en cloisonnant l'espace construit aussi ses limites. On peut alors considérer ces limites, comme préquel à la création de la **notion de distance**. Ceci transparaît alors dans la relation à l'autre, où contact et le regard, sont de moins en moins vécus comme persécuteurs.

Cette réflexion entre le lien trouble et surdité, s'est surtout axée sur le cas d'un enfant porteur d'un TDAH, et de TC. Néanmoins, des valeurs communes sont aussi présentes chez les enfants Sourds, porteur de TSA, et de troubles psychotiques. Chez l'enfant **TSA**, la juste distance à l'autre et les particularités sensorielles s'entrecroisent également avec la surdité, de par la modification des perceptions du milieu. Chez l'enfant **psychotique**, la non distinction entre réel et imaginaire se projette également sur le milieu, un milieu qui par la surdité, peut-être lui-même difficile à distinguer.

## CONCLUSION

L'espace est un des domaines au centre de la prise en charge en psychomotricité. En tant que psychomotriciens, nous devons pouvoir comprendre ce qu'il se joue au sein de notre salle, mais aussi comprendre la population que nous recevons. C'est cette envie de mettre des mots sur les phénomènes vus au JESDA, qui a motivé la rédaction de ce mémoire.

Dès mes premiers jours de stage, je me suis retrouvée face à la question de l'espace. En voyant les enfants l'appréhender autrement, j'ai compris que le monde dans lequel nous nous étions construits n'était pas le même. En soi, et en tant qu'humain, nous nous sommes tous construits dans des mondes différents, car aucun chemin de vie n'est identique. Mais lorsque le monde est envisagé avec un sens en moins, il en est d'autant plus différent.

J'ai donc dans premier temps axé ma recherche, sur le « **pourquoi ?** », et le « **comment ?** », **l'enfant déficient auditif construit son espace**. A cette première question, s'est manifesté l'impact des évènements de vie précoces. Lorsque l'on parle de cette population, nous parlons également de difficultés, non nécessairement présentes. Celles-ci étant avant tout, une résultante d'interactions complexes.

C'est à la deuxième question, que je me suis retrouvée confrontée au manque de sources. La structuration spatiale est un thème qui a été plus largement abordé, au niveau des déficiences visuelles et motrices. Sur un handicap en apparence invisible, telle que la surdité, les données sur la manière dont le son crée l'espace existent, mais peu sur les répercussions qu'elles engendrent.

J'ai dû donc m'appuyer sur les quelques informations présentes à ce sujet, tout en construisant un cheminement avec du matériel clinique. J'en suis donc venue à la conclusion, que la surdité, peut aboutir à un **vécu de l'espace différent**, celui-ci étant modifié dans ses qualités : La distance, la localisation, la consistance, la limite, et la relation. Cette liste n'est pas exhaustive, d'autres pistes auraient été intéressantes à explorer, tel que l'espace du langage et des signes. C'est également une piste qui m'intéresse, et sur laquelle je souhaite me former.



Les enfants Sourds rencontrés sur mon lieu de stage, ne sont pas uniquement porteurs d'une surdité, ils présentent également des troubles qui s'y associent comme le TDAH, les TC, le TSA, et les troubles psychotiques. Voir ces enfants subir l'espace, se désorganiser face à lui, et exploser pour s'y confronter, m'a beaucoup questionnée. Nous avons d'une part, une surdité qui modifie la structuration spatiale, et d'autre part des troubles qui s'y manifestent. A donc émergé ma deuxième problématique : **Est-ce qu'une structuration spatiale, déjà particulière, a un lien avec l'expression de ces troubles ?**

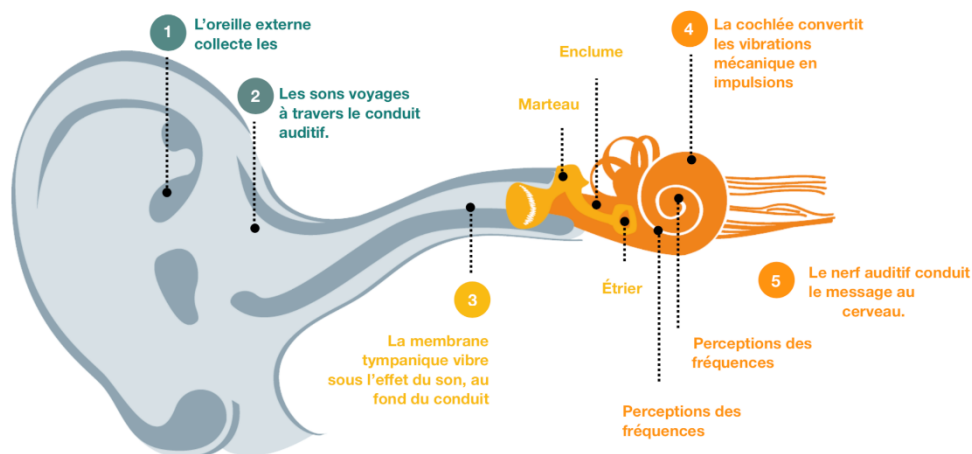
C'est lorsque la déficience auditive altère la perception des limites du milieu, que l'enfant ne peut y prendre place de manière adaptée. Mais lorsque le trouble s'ajoute, il **entrave les moyens de suppléance et de construction**. Nous avons donc des enfants, en somme, dépassés par le monde, qui ne peuvent s'organiser face à lui. L'enfant **projette** pathologiquement, tout ce qui est innommable de lui et de son milieu. La **surdité spécifie** alors, les modalités de cette projection.

Ces abord-là m'ont interrogée en tant que future professionnelle. A mon sens, il est important d'être sensible aux particularités de l'autre, pour pouvoir comprendre les enjeux qui l'animent. En continuité être informés, c'est pouvoir être juste dans nos propositions. Pour finir, avoir un retour réflexif sur soi-même est synonyme d'ajustement, et donc d'être apte à travailler autour de la relation.

## ANNEXES

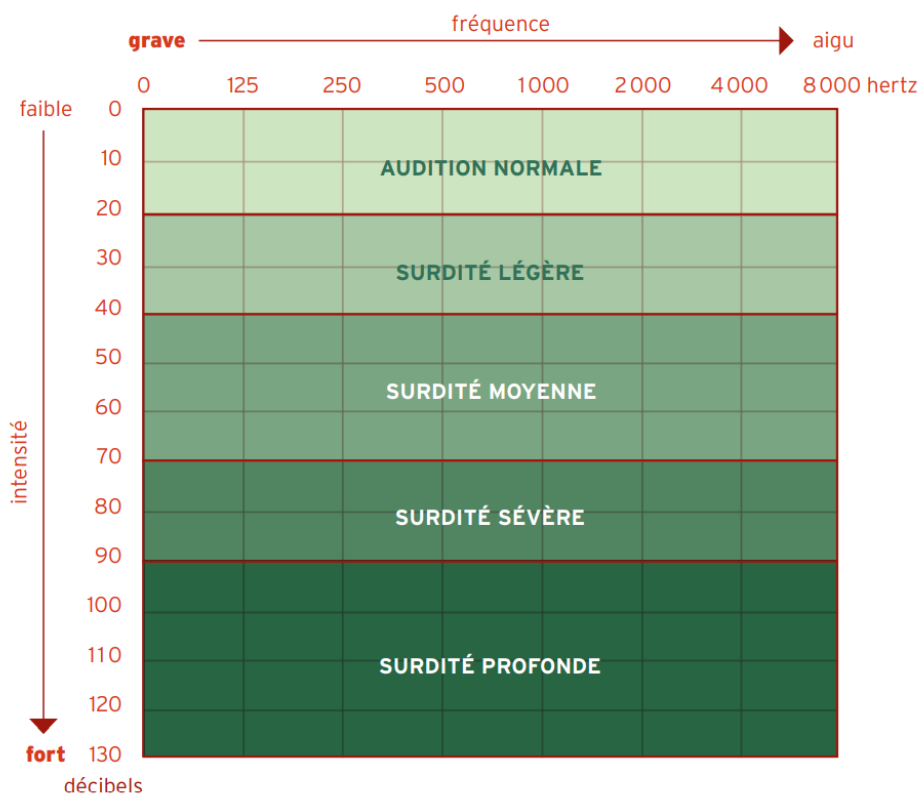
### ANNEXE 1 : Description du système auditif

Oreille Externe	Oreille Moyenne	Oreille Interne
Collecte des sons environnants	Mécanisme de transmission	Conversion des vibrations en impulsions nerveuses



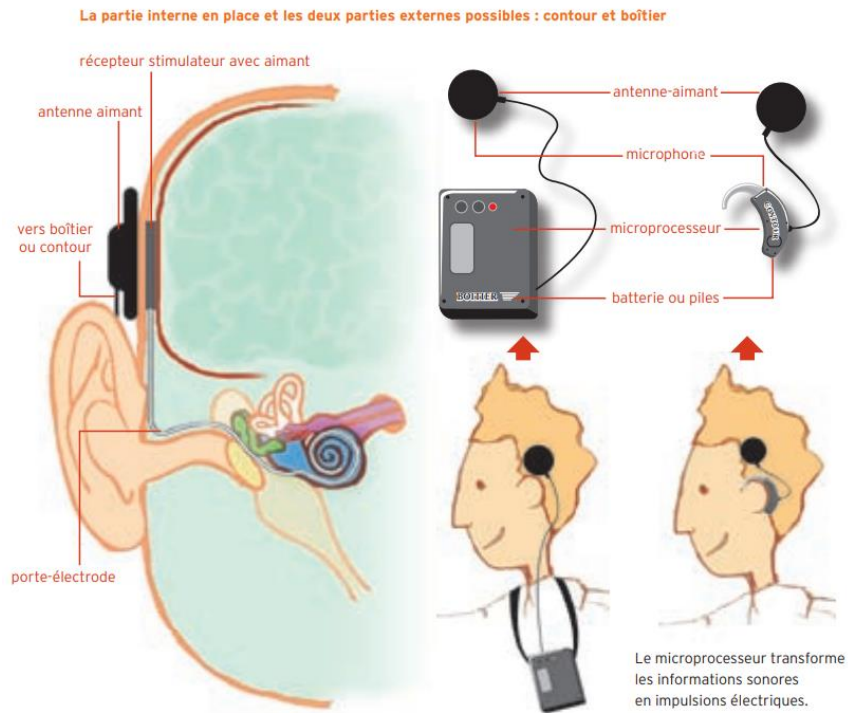
Les audio'opticiennes - Audition (les-audio-opticiennes.com)

### ANNEXE 2 : Typologie des surdités



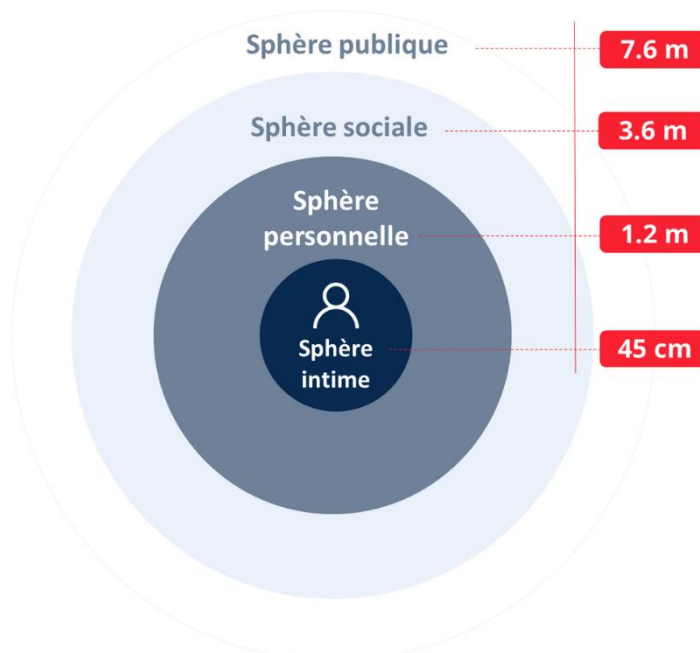
Busquet, D., & Allaire, C. (2005). *La surdité de l'enfant : Guide pratique à l'usage des parents*. Éd. INPES ; Fondation de France.

## ANNEXE 3 : Schéma de l'implant cochléaire



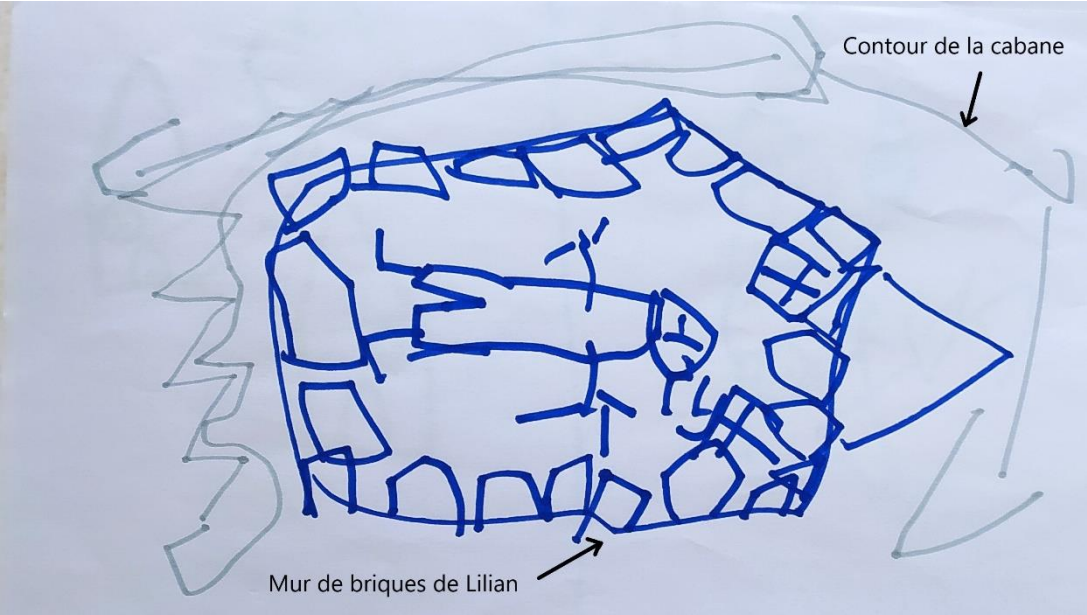
Busquet, D., & Allaire, C. (2005). *La surdité de l'enfant : Guide pratique à l'usage des parents*. Éd. INPES ; Fondation de France.

## ANNEXE 4 : La proxémie sociale



La proxémie. (s. d.). <http://www.psychologie-sociale.com/index.php/fr/dossiers-de-lecture/30-la-proxemie>

ANNEXE 5 : Dessin de la construction de Lilian



## BIBLIOGRAPHIE

Aubineau, L.-H., 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. Cairn.info.

*Audition foetale et infection par le cytomégalo virus*. (2019). Académie nationale de médecine.

Axial'poursuite : Axe et spatialité. (2012). In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 147-170). ERES; Cairn.info.

Babin, J. (2020). *Sourd, mais enfant avant tout*.

Beldent, V. (2012). L'espace sonore analytique et ses arabesques. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 136(2), 73-86. Cairn.info.

Bordron, J.-F. (2017). Comment le son nous informe-t-il ? *Communication & langages*, 2017(193), 49-62.

Boule, F. (1990). Espace vécu et espace représenté chez l'enfant. *Spirale. Revue de recherches en éducation*, 3(1), 183-199.

Boutinaud, J. (2013). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles* (Edition in press).

Bronstein, C., & Hacker, A.-L. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. In *Revue française de psychanalyse* (Presses Universitaires de France, Vol. 76, p. 769-778).

Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: Vol. Tome 1 : Un parcours de recherche*. érès.

Bullinger, A. (2017). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. érès.

Busquet, D., & Allaire, C. (2005). *La surdité de l'enfant : Guide pratique à l'usage des parents*.  d. INPES ; Fondation de France.

Cajal, M. (2013a). 10. Le vécu d'effraction physique et psychique. In *Surdités, implants cochléaires et impasses relationnelles* (p. 185-203).  r s; Cairn.info.

Cajal, M. (2013b). 11. Corps, espace et images du corps. In *Surdités, implants cochléaires et impasses relationnelles* (p. 205-215).  r s; Cairn.info.

Calza, A., & Contant, M. (2007). *Psychomotricité* (Masson, p. 97-105).

Cárdenas de Espasandín, M. (2008). L'importance du sonore et la notion d'enveloppe. In M. Altmann de Litvan, *La berceuse* (p. 95). ERES.

Catteeuw, L. (2018). L'espace potentiel, lieu de socialisation. Winnicott, la philosophie et les jeunes enfants. *Spirale*, 88(4), 113-130. Cairn.info.

Dedans/Dehors. (2012). In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 105-125). ERES; Cairn.info.

Définition d'axe. (s. d.). In *Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/axe/7169>

Définition de la déficience auditive. (s. d.). In *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine ([academie-medecine.fr](http://academie-medecine.fr))

Définition de l'espace. (s. d.). In *Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/espace/31013#locution>

Delion, P. (s. d.). *La fonction phorique*. <https://bsp-ebp.be/2015/06/25/18-mars-2016-pierre-delion-la-fonction-phorique/>

Delion, P. (2018). 1. Origine de la fonction phorique. In *Fonction phorique, holding et institution* (p. 19-32). ERES; Cairn.info.

Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22. Cairn.info.

Eugène, C. (2018). *Pérégrination d'une psychanalyste en surdité* (Editions les alentours).

Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. (2014). Chapitre 1. La psychologie de la santé : Le cadre conceptuel. In *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé* (p. 7-27). Dunod; Cairn.info.

Forestier, M. (2011a). 2. Phase statique. Les positions à plat au sol (jusqu'à 6 mois). In *De la naissance aux premiers pas* (p. 37-60). ERES; Cairn.info.

Forestier, M. (2011b). 3. Phase dynamique. Les premiers déplacements (de 5 à 10 mois). In *De la naissance aux premiers pas* (p. 61-86). ERES; Cairn.info.

Forestier, M. (2011c). 7. Intérêt d'un bon développement. In *De la naissance aux premiers pas* (p. 159-172). ERES; Cairn.info.

Gaillard, Y. (2019). *La communication non verbale, un dialogue de sourds ? La communication non verbale au coeur de la pratique psychomotrice auprès de jeunes sourds ayant des troubles associés*.

Golse, B. (2011). La musique, l'interprétation et la direction de la cure dans le travail avec les bébés. *Figures de la psychanalyse*, 21(1), 165.

Golse, B. (2012). Les états limites chez l'enfant : Un concept limite ? *Le Carnet PSY*, 160(2), 37-39. Cairn.info.

Golse, B. (2014). De l'intersubjectivité à la subjectivation. Un exemple de passage de l'interpersonnel à l'intrapsychique. *Enfances & Psy*, 62(1), 29-38. Cairn.info.

Gratier, M. (2009). Du rythme expressif à la narrativité dans l'échange vocal mère-bébé. *Champ psychosomatique*, 54(2), 35-46. Cairn.info.

- Gratier, M. (2020). De la curiosité aux valeurs partagées : Appétences et développement au cours de la première année. In *Parentalité, développement, apprentissages* (p. 91-111). ERES; Cairn.info.
- Haag, G. (2018). Le dos, le regard et la peau. In *Le Moi corporel, Autisme et développement* (puf).
- Herzog, M.-H. (1995). *Psychomotricité, relaxation et surdité* (MASSON).
- Houzel, D. (2016). Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6(1), 115-130. Cairn.info.
- Jacob, C., Rainville, C., Trognon, A., & Rivasseau-Jonveaux, T. (2018). Navigation spatiale : Quels enjeux pour la neuropsychologie ? *Revue de neuropsychologie*, 10(2), 150.
- Lasserre, E. (2009). *Surdité et motricité chez l'enfant : Les troubles neuropsychomoteurs associés à la déficience auditive congénitale*. 4.
- Le Run, J.-L. (2006). L'enfant et l'espace de la maison. *Enfances & Psy*, 33(4), 27-36. Cairn.info.
- Lepage-Voyer, C., Terradas, M. M., & Laverdière, O. (2019). Mécanismes de défense et traits de personnalité limite chez les enfants hébergés en protection de l'enfance. *La psychiatrie de l'enfant*, 62(1), 173-205. Cairn.info.
- Les nuances entre handicap, déficience et incapacité*. (s. d.).  
<https://www.pplateformeannoncehandicap.be/professionnel/handicap-societe/les-nuances-entre-handicap-deficience-incapacite/>
- Lesage, B. (2006). Naître à l'espace. Prémices d'une clinique élargie. *Enfances & Psy*, 33(4), 113-123. Cairn.info.
- Livret vestibule A3 190312\_Troubles vestibulaires*. (s. d.). 31.
- Loureiro, A. (2006). Sens, volumes et tracés. Une perspective sur la relation entre le corps et l'espace. *Enfances & Psy*, 33(4), 140-146. Cairn.info.
- L'usage du corps et l'organisation du geste. (2012). In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 171-206). ERES; Cairn.info.
- Maiello, S. (2010). À l'aube de la vie psychique. Réflexions autour de l'objet sonore et de la dimension spatio-temporelle de la vie prénatale. In *Réminiscences* (p. 103-116). ERES; Cairn.info.
- Meynard, A. (2008). *Surdité, l'urgence d'un autre regard, pour un véritable accueil des sourds*. érès.
- Miglioranza, S. (2006). L'utilisation de l'espace en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 33(4), 104-112. Cairn.info.
- Olano, M. (2020). *L'intelligence, de Jean Piaget aux neurosciences*. 321(1), 31-31. Cairn.info.

- Postel, J., & Postel, M. (1981). Le nourrisson et son espace sonore. In J. de Verbizier, *Psychiatrie et Société* (p. 145). ERES.
- Potel Baranes, C. (2019a). 18. Cinq axes essentiels d'intervention en psychomotricité. In *Être psychomotricien* (p. 345-356). Érès; Cairn.info.
- Potel Baranes, C. (2019b). 19. La question du cadre thérapeutique. La contenance, les limites, le corps. In *Être psychomotricien* (p. 357-381). Érès; Cairn.info.
- Pouyat, P. M. (2009). *Les étapes de la construction identitaire dans le développement du jeune enfant. Particularités chez l'enfant sourd profond né dans une famille entendante* (2). 7.
- Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015a). L'enfant sourd en psychomotricité : Éducation précoce et prise en charge des troubles associés. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Vol. Tome 3-Clinique et thérapeutiques* (De Boeck Supérieur).
- Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015b). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Vol. Tome 1-Concepts fondamentaux* (De Boeck supérieur).
- Sémiologie des fonctions cognitives*. (2016, novembre 22). Collège des Enseignants de Neurologie. <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/syndrome-myogene-myopathique-4>
- Surdité et d ficiency auditive. (s.d.). *Organisation Mondiale de la Santé*. <https://www.who.int/topics/deafness/fr/>
- Torres, M. (2008). *Des jeunes enfants sourds élaborent leurs connaissances sur l'espace : De l'action à la représentation*. 6.
- Vasseur, R., & Delion, P. (2010). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*.  r s; Cairn.info.
- Virole, B. (2006). *Psychologie de la surdité: Vol. 3e  d.* De Boeck Supérieur; Cairn.info.
- Virole, B. (2018). Trois moments critiques dans la vie du bébé sourd. In *Le bébé dans tous ses  tats* (p. 63-66).  r s; Cairn.info.
- Wallon, H. (1963). Comment se développe chez l'enfant la notion de corps propre. In *Enfance* (Vol. 16, p. 121-150).



## GLOSSAIRE

**ATNP** : Asymmetric Tonique Neck Posture

**BIAP** : Bureau International d'Audiophonologie

**CAMSP** : Centre d'Action Médico-Social Précoce

**CESDA** : Centre d'Education Spécialisé pour Déficient Auditif

**CMV** : Infection foëto-maternelle à CytomégaloVirus

**INJS** : Institut National des Jeunes Sourds

**JESDA** : Jardin d'Enfant Spécialisé Déficience Auditive

**LSF** : Langue des Signes Française

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**TC** : Trouble du Comportement

**TDHA** : Trouble Déficitaire de l'Attention avec/ou sans Hyperactivité

**TSA** : Trouble du Spectre Autistique

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	
SOMMAIRE .....	
INTRODUCTION .....	1
PARTIE I : La surdité, un enjeu au sein du développement.....	3
1. Développement et sphères corporelles du jeune enfant :.....	3
1.1 Le potentiel du nouveau-né : .....	3
1.2. Le développement psychomoteur du jeune enfant :.....	8
2. Qu'est-ce qu'on entend par surdité ? .....	21
2.1 L'audition :.....	21
2.2 La surdité : .....	23
2.3 La place dans la dynamique familiale : Des origines aux conséquences :.....	28
PARTIE II : Faire vivre l'espace sans son .....	33
1. L'espace et la déficience auditive, quels liens ? .....	33
1.1. Définition de l'espace : .....	33
1.2. Comment se construit la perception spatiale ?.....	34
1.3. Surdité, une autre manière de percevoir l'espace? .....	35
2. Distance et suppléance : .....	36
2.1. La perception auditive de la distance :.....	36
2.2. Le corps comme moyen d'évaluation : .....	37
3. La localisation et les repères spatiaux : .....	39
3.1. Rapport topologiques, et direction sonore : .....	39
3.2. Comment la surdité affecte l'unification perceptive :.....	40
4. Le volume, la consistance de l'environnement : .....	42
4.1. L'empreinte du son dans la construction des objets :.....	42
4.2. S'ajuster à l'objet, « la brusquerie » :.....	43
5. Surdité, distinction et limites : .....	44
5.1. Engager son corps pour se guider : .....	44
5.2. Vivre le son comme hors de soi :.....	47
6. L'espace relationnel :.....	50
6.1. Comment s'entendre :.....	50
6.2. Un espace pour Soi :.....	53
7. Corps, déficience et prise en charge psychomotrice, quoi proposer ? .....	58
7.1. Donner à l'enfant les outils « d'exploration » de l'espace : .....	58
7.2. La conscience de l'espace corporel :.....	59
PARTIE III : Quand les troubles associés à la surdité, se projettent en l'espace : .....	62

1. De quels troubles associés parle-t-on ? .....	62
1.1. D'où viennent-ils ?.....	62
1.2. Qui sont-ils ?.....	66
2. Etude de cas, Lilian : .....	69
2.1. Anamnèse, naissance des troubles associés : .....	70
2.2. Le milieu dans lequel l'enfant se projette : .....	75
2.3. La prise en charge psychomotrice :.....	78
3. Surdité et troubles associés : Une forme d'expression sur l'espace .....	82
CONCLUSION .....	84
ANNEXES.....	86
ANNEXE 1 : Description du système auditif .....	86
ANNEXE 2 : Typologie des surdités.....	86
ANNEXE 3 : Schéma de l'implant cochléaire .....	87
ANNEXE 4 : La proxémie sociale .....	87
ANNEXE 5 : Dessin de la construction de Lilian.....	88
BIBLIOGRAPHIE.....	89
GLOSSAIRE .....	93