



HAL
open science

L'eau, un milieu propice aux interactions : l'apport de l'eau au sein des interactions d'enfants sourds avec des signes autistiques dans une prise en charge en psychomotricité

Éléonore Barreira Bello

► **To cite this version:**

Éléonore Barreira Bello. L'eau, un milieu propice aux interactions : l'apport de l'eau au sein des interactions d'enfants sourds avec des signes autistiques dans une prise en charge en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04233807

HAL Id: dumas-04233807

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04233807v1>

Submitted on 9 Oct 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Institut de Formation en Psychomotricité de la
Pitié Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75 013 Paris



L'EAU : UN MILIEU PROPICE AUX INTERACTIONS

L'apport de l'eau au sein des interactions d'enfants
sourds avec des signes autistiques dans une prise en
charge en psychomotricité.

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'État de
psychomotricien

Session juin 2023

Référentes de mémoire :
Élise Picq et Audrey Tireau

Étudiante
Eléonore Barreira Bello

Remerciements

Merci à *Élise Picq* et *Audrey Tireau*, mes référentes de stage et maîtres de mémoire pour m'avoir fait partager leur expérience professionnelle, pour la confiance qu'elles m'ont accordée. Merci pour leur implication dans ce travail, pour leur disponibilité et leur réactivité.

Merci aux *enfants* pour leur spontanéité et leur authenticité. La rédaction de ce mémoire n'aurait pas été possible sans nos moments de partages.

Merci à *l'équipe* de l'institut pour votre accueil en séances et les discussions très enrichissantes que l'on a eues.

Merci à l'ensemble des *professionnels* qui m'ont accueilli en stage, pour le partage enrichissant de leurs pratiques qui guideront ma future pratique psychomotrice.

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

Merci à *maman* pour son soutien et son accompagnement face à ma dyslexie au cours de ces trois années de formation et durant la rédaction de ce mémoire.

Merci à tous mes *amis psychomots* pour ces trois belles années d'études.

Merci à *ma famille* et *mes amis* pour leurs encouragements et leur écoute.

Merci à tous de m'avoir permis de concrétiser ce projet, mais aussi de m'avoir confortée et soutenue dans ma voie.

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION..... | 5 |
| PARTIE THEORIQUE..... | 6 |
| I. La surdité | 6 |
| A. Définition | 6 |
| B. Prévalence et étiologie | 6 |
| C. Les différents types d'appareillages..... | 7 |
| D. Les communications alternatives..... | 8 |
| E. Le syndrome de privation langag re (S.P.L.) | 10 |
| F. La sémiologie psychomotrice de la surdité | 11 |
| 1) Les champs d'intervention | 11 |
| 2) Sémiologie..... | 12 |
| II. Qu'est-ce que l'autisme ? | 13 |
| A. Définition et Histoire | 13 |
| B. L'autisme au sein des classifications | 14 |
| C. Comorbidités : | 16 |
| D. Prévalence : | 17 |
| E. Hypothèses étiologiques : | 18 |
| 1)  tiologies psychanalytiques | 18 |
| 2)  tiologie génétique..... | 20 |
| 3) Les pistes neurodéveloppementales et environnementales | 20 |
| F. Sémiologie psychomotrice du trouble du spectre autistique | 22 |
| III. L'eau comme médiation en psychomotricité..... | 26 |
| A. L'omniprésence de l'eau..... | 26 |
| 1) Corps humain et début de la vie..... | 26 |
| 2) L'eau au fil du temps..... | 27 |
| 3) Les différentes représentations de l'eau | 27 |
| B. Médiation aquatique..... | 28 |
| C. L'eau, un milieu très différent du milieu terrestre : | 30 |
| PARTIE CLINIQUE : | 32 |
| I. La structure..... | 32 |
| A. Présentation..... | 32 |
| B. Le projet actuel..... | 32 |
| C. Le lieu | 33 |
| D. Le personnel..... | 33 |
| E. Les services | 34 |
| F. Les temps d'échanges..... | 35 |
| G. La place de la psychomotricité | 37 |

| | |
|--|-----------|
| H. Ma place en tant que stagiaire : | 37 |
| II. Le groupe piscine | 38 |
| A. Les enfants | 38 |
| B. Les professionnels encadrants | 39 |
| C. Le lieu | 39 |
| D. Le matériel | 41 |
| E. Déroulement des séances | 41 |
| III. Cas cliniques (pour des raisons de confidentialité, les prénoms des enfants ont été modifiés) | 43 |
| A. Alayan | 43 |
| 1) Anamnèse | 44 |
| 2) Bilan psychomoteur | 45 |
| 3) Les autres prises en charge | 50 |
| 4) Objectifs thérapeutiques en psychomotricité | 50 |
| B. Diego | 51 |
| 1) Anamnèse | 52 |
| 2) Bilan psychomoteur | 53 |
| 3) Les autres prises en charge | 58 |
| 4) Objectifs thérapeutiques en psychomotricité | 59 |
| DISCUSSION | 60 |
| I. Lien entre l'interaction et l'eau | 60 |
| A. Le sensoriel | 61 |
| B. Le non verbal | 64 |
| C. Les émotions | 65 |
| D. La proxémie | 67 |
| II. Cadre humain et non-humain propice à l'interaction | 70 |
| A. Relation triangulaire : eau / patient / psychomotricien | 70 |
| 1) Engagement corporel et psychique du thérapeute | 70 |
| 2) La contenance | 70 |
| 3) Importance du portage physique et psychique | 73 |
| 4) L'accès aux représentations | 75 |
| B. Le groupe | 76 |
| C. Le maître-nageur | 77 |
| D. Le cadre non humain | 77 |
| CONCLUSION | 79 |
| BIBLIOGRAPHIE | 80 |
| ANNEXES | I |
| TABLE DES FIGURES | X |

Introduction

Jeudi 1 octobre. Premier jour de stage. Institut pour enfants sourds. Section maternelle.

J'arrive avant les enfants. Au fur et à mesure des arrivées, la maîtresse les nomme.

Arrive Alayan, elle me le présente rapidement : TSA sévère, surdité profonde.

Je croise son regard, je l'observe quelques instants et malgré ce diagnostic je le ressens en recherche d'interaction. Toute la matinée j'observe cet enfant. La maîtresse m'annonce que j'irai à la piscine avec Alayan tous les jeudis.

La communication est essentielle à tout être humain. Elle permet aux personnes de se comprendre, d'interagir avec d'autres, d'exprimer ses besoins, ses émotions. Dans notre vie de tous les jours, les échanges s'imposent à nous. Néanmoins, pour certains enfants rencontrant des difficultés de communication importantes, ces échanges ne sont pas naturels et simples. C'est le cas d'Alayan. De part leur surdité et leur troubles autistiques, certains enfants se trouvent dans l'incapacité de communiquer, bien qu'ils en ressentent le besoin, ils se retrouvent, plongés dans leur surdité et leurs troubles autistiques. Comment aider ces enfants à sortir de leur enfermement ?

Jeudi 20 octobre : Séance de piscine. Alayan et Diego attirent mon attention.

Souvent Diego éclabousse Alayan et ce dernier se retire dans un endroit où il ne sera pas atteignable.

Mais ce jour, Alayan se met à éclabousser Diego à son tour. Il le fait avec un grand sourire aux lèvres.

L'interaction dans l'eau n'était pas l'objectif thérapeutique principal mais ils l'ont initié par eux même.

Ils ont partagé ce jeu un long moment.

Que s'est-il passé dans l'eau ? Pourquoi ce lieu ? Pourquoi ces enfants ? Quel rôle a joué l'eau dans cet échange ? Quelle est notre place en tant que psychomotricienne ?

Toutes ces interrogations me sont venues en tête et ont fait murir cette problématique de mémoire : **en quoi l'eau est-elle vectrice d'une meilleure interaction entre pairs pour des enfants sourds, avec des signes autistiques ?**

Partager un même bassin à la piscine pourrait-il permettre de soutenir les interactions ? L'eau aiderait-elle à atteindre l'autre sans échange verbal et sans contact physique ? Les modifications sensorielles permettraient-elles de créer un cadre non-humain sécurisant en prenant en compte les particularités sensorielles présentes dans le trouble du spectre autistique ?

Pour répondre à ces hypothèses, je commencerai par des apports théoriques sur la surdité, l'autisme et l'eau. Puis, ma partie clinique décrira l'institut, le groupe piscine et les enfants. Enfin, dans la partie discussion, je mettrai en lien la partie théorique et clinique pour répondre à ma problématique.

Partie théorique

I. La surdité

A. Définition

D'après l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé), « on parle de déficience auditive lorsqu'une personne n'est pas capable d'entendre aussi bien qu'une personne ayant une audition normale, le seuil étant de 20 dB ou mieux dans les deux oreilles. La déficience auditive peut être légère, moyenne, sévère ou profonde. Elle peut toucher une oreille ou les deux et entraîner des difficultés pour suivre une conversation ou entendre les sons forts. » (O.M.S., 2023)

B. Prévalence et étiologie

La surdité touche environ 7 % de la population française et il y a approximativement 150 000 sourds profonds. La surdité du jeune enfant est une anomalie fréquente. Elle est de 1 pour 1000 naissances dans une famille sans antécédent et de 15 pour 1000 naissances chez les enfants à « haut risque » (60 % des surdités sont génétiques). Elle peut provenir d'un problème de transmission du signal sonore dans l'oreille externe ou moyenne, c'est ce qu'on appelle la surdité de transmission. Une autre forme est la surdité de perception provenant d'une anomalie de la transformation du signal sonore en influx nerveux et de l'interprétation de ce signal par le cerveau. Celle-ci est due à une maladie de l'oreille interne.

La clé du traitement réside dans le diagnostic le plus précoce possible, indispensable pour prévenir un retard de langage et d'éventuelles difficultés scolaires et d'intégration sociale. Une observation constante du comportement auditif, vocal et langagier de l'enfant est nécessaire. Une vigilance toute particulière doit être réservée aux enfants « à risque » de surdité.

Il existe plusieurs degrés de déficience auditive. Pour le déterminer, on s'intéresse uniquement à la « meilleure » oreille. La moyenne des pertes pour les fréquences 500, 1000 et 2000 Hz est alors calculée. En dessous de 20dB de perte, l'audition est considérée comme normale. Pour le reste, le Bureau International d'Audiophonologie (BIAP) a établi une classification : si la perte est entre 20 à 40dB, on parle de surdité légère ; de 40 à 70dB de surdité moyenne ; de 70 à 90dB de surdité sévère et supérieure à 90dB de surdité profonde.

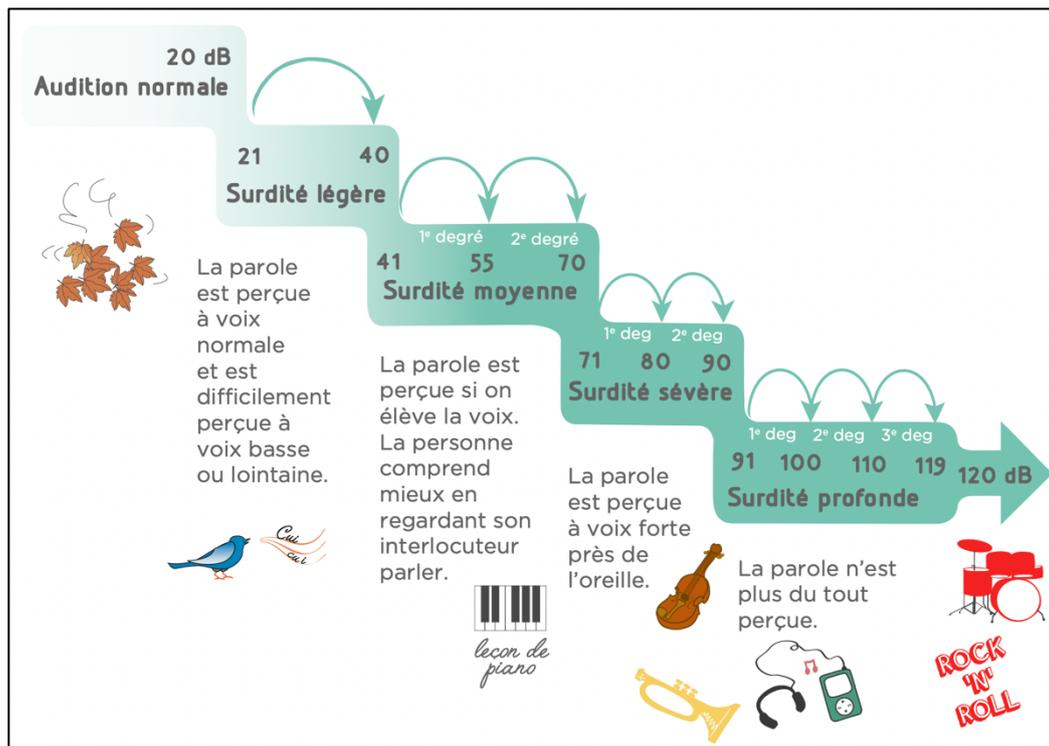


Figure A : Classification des degrés de surdité. APEDAF (2016).

On distingue deux types fondamentalement différents de surdité chez les enfants. La surdité prélinguale, qui intervient avant l'acquisition du langage oral, et la surdité postlinguale apparaissant une fois que les fonctions langagières sont solidement établies. Le développement du langage va bien sûr être radicalement différent. Anne-Lise Giraud dans *Le cerveau et les mots de la parole*, rappelle l'importance capitale de détecter la surdité avant l'âge de 18 mois, étant donné l'importance de l'audition dans le développement du langage. « Il est actuellement préconisé d'évaluer l'audition des nouveau-nés à la maternité (pratique qui se généralise), car malheureusement ce sont encore parfois les troubles du comportement au moment attendu de l'acquisition du langage qui aboutissent à la découverte de la surdité » (2018, p.103).

C. Les différents types d'appareillages

- L'implant cochléaire :

Il fait partie des neuroproth ses (appareil permettant de remplacer une fonction d ficiante du cerveau, des organes sensoriels ou de la moëlle épinière). Il va stimuler électriquement les neurones du nerf auditif. Cependant, même si le système fonctionne, la qualité du son sera dégradée. « Intuitivement, il est facile de se rendre compte que la discrimination de la hauteur

tonale des sons est largement moins fine avec un implant de 20 électrodes qu'avec une cochlée fonctionnelle comportant 3000 cellules » (Giraud, 2018, p.105). De plus, le geste chirurgical ne peut être assez précis pour positionner idéalement toutes les électrodes. « La finesse de discrimination des hauteurs sonores peut, par conséquent, fortement varier d'un individu à l'autre » (Giraud, 2018, p.105)

La décision d'implanter est très variable d'une famille à l'autre. Souvent les familles entendantes préfèrent la pose d'un implant pour que leur enfant accède au langage oral qui est le leur. Les familles sourdes qui utilisent déjà la langue des signes sont plus opposées à l'implant. La langue des signes, comme toute autre langue contribue fortement au sentiment d'appartenance identitaire. D'autant plus que cette opération est loin d'être anodine. En ouvrant la boîte crânienne pour insérer le porte-électrode, les risques d'infection sont élevés. Il faut s'approcher d'autres nerfs dont le nerf facial avec des risques de paralysie. L'implant devra être remplacé en vieillissant, donc il faudra subir d'autres interventions. De plus, nous ne connaissons pas entièrement les conséquences d'une stimulation électrique prolongée tout comme l'utilisation de radiofréquence (comme pour l'utilisation intensive du téléphone portable).

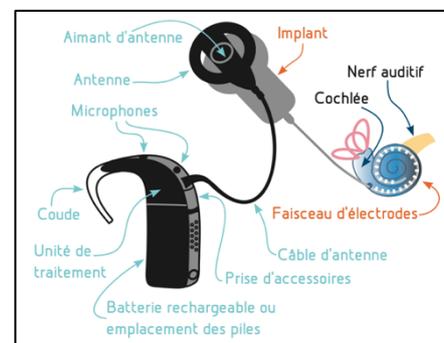


Figure B : Schéma d'installation d'un implant cochléaire. APEDAF (2016).

Enfin, le port de l'implant s'accompagne d'une rééducation orthophonique pouvant être difficile pour l'enfant. (Giraud, 2018, pp.107-110)

- Les prothèses auditives :

Aujourd'hui, toutes les prothèses auditives sont numériques. L'appareil capte les sons avec un micro, puis les traite et les amplifie grâce à un microprocesseur. Le son est restitué et adapté aux capacités de perception et de tolérance du patient par l'écouteur. Elle est indiquée dans la prise en charge des surdités légères à profondes, sans qu'il n'existe un seuil minimal de perte auditive. Elles sont soit intra-auriculaires, soit avec contour ou mini-contour d'oreille.

D. Les communications alternatives

- La langue des signes (L.S.F.) :

La L.S.F. est une langue vivante complexe (à ne pas confondre avec le bébé signe). Elle a une légitimité éducative, car elle permet une transmission de savoir. Elle possède sa propre syntaxe et une grammaire différente de la langue française. Les signes sont basés sur la position des mains, du regard et de l'espace, des notions très proches de la psychomotricité. Parfois le corps entier intervient (expressions faciales, posture, mimiques, etc..), pour permettre de faire la différence entre deux signes similaires. Lorsque nous parlons cette langue, nous parlons avec notre corps.

Elle a également un alphabet manuel (=dactylologie) pour épeler un mot. On peut s'en servir pour épeler le prénom d'une personne n'ayant pas encore de signe (lors de son entrée dans la communauté sourde chaque personne se verra attribuer un signe). Lors de mon 2^e jour de stage, un adolescent dans le couloir m'a demandé mon signe. Je lui ai dit que je n'en n'avais pas encore. Il m'a donné un signe en rapport avec mes cheveux bouclés.

La L.S.F. deviendra la langue maternelle des enfants nés ou devenus sourds très jeune, à condition qu'ils soient baignés dans un bain de langue au même titre que les enfants entendants avec leur langue maternelle. Cette langue est différente en fonction des pays, influencée par la culture, et présente des particularités en fonction des régions. Il existe néanmoins une langue des signes internationale. (Busquet & Allaire, 2005, pp.39-42). En France, la loi du 11 février 2005 reconnaît la L.S.F. comme une langue à part entière en l'inscrivant dans la loi mais pas dans la constitution.

- Le Langage Parlé Complété (L.P.C.) :

C'est un code qui permet d'apporter une représentation visuelle des mots prononcés en décrivant syllabe par syllabe. Il permet d'alléger la lecture labiale pour réduire l'attention nécessaire. L'utilisation de ce code est accessible aux personnes malentendantes et sourdes quel que soit le degré de surdité. Cette méthode peut être utilisée avec ou sans implant cochléaire. Cependant, ce code nécessite un niveau cognitif assez élevé. Celui-ci n'est donc pas accessible aux personnes présentant un trouble cognitif ou une déficience intellectuelle. Ce langage est un code et non une langue à part entière comme la L.S.F. (Busquet & Allaire, 2005, pp.35-38)

- Pictogrammes :

Il arrive souvent avec les tout-petits, qu'une communication via des pictogrammes soit mise en place quand l'accès à la L.P.C. ou à la L.S.F. n'est pas possible, ou que l'enfant présente des

difficultés à l'intégrer et à se l'approprier. Les maîtresses des classes spécialisées pour enfants sourds utilisent beaucoup d'affichages imagés (photos, dessins, pictogrammes).

Quelle communication choisir ?

Le choix du type de communication va dépendre de nombreux facteurs :

- Le choix de la famille pour les tout-petits
- Les propositions institutionnelles
- Les capacités de l'enfant

Le bébé sourd est sensible aux vibrations produites par la voix qu'il ressent en étant contre le thorax de l'adulte. « Puis il va développer spontanément un mode d'expression plus gestuel et examiner de façon plus approfondie le visage de ses parents » (Giraud, 2018, p.104). Si la surdité est diagnostiquée à la naissance, les parents utiliseront très vite un langage visuel plus expressif, voire la langue des signes.

Le plus souvent, pour les tout-petits, les institutions proposent toutes les communications en même temps, mais il est rare de commencer par la L.S.F. Les professionnels préfèrent le français signé ou des signes associés à la parole. Par la suite, l'enfant se saisira de ce qui est le plus simple pour lui (lecture labiale, français signé, parole...). Bien sûr il pourra changer au cours de sa vie en fonction de ses envies. Au moment de l'adolescence, l'enfant va souvent choisir une modalité qui dépendra de son identité et de ses valeurs. La maîtrise de la L.S.F. est un signe d'appartenance à la communauté sourde. Dans tous les cas, le professionnel a le devoir de respecter les choix de l'enfant et de sa famille. (Psychomot à l'internationale, 2021).

E. Le syndrome de privation langagière (S.P.L.)

Le terme Syndrome de Privation Langagière est une traduction de l'anglais « Language Deprivation Syndrome ». En France, ce syndrome est très peu connu et donc très peu employé. Actuellement, Pétronille Lemenuel, psychologue, effectue des recherches sur ce syndrome pour sa thèse. Elle fait état de ses premières conclusions dans une interview sur la chaîne YouTube de Geckoessence (2021). Ce syndrome est fréquent au sein de la population sourde. Il concerne la plupart du temps des enfants ou adultes qui n'ont pas eu un accès à la L.S.F. assez tôt ou en quantité suffisante, donc pas de bain langagier. Certains enfants sourds ont cependant réussi à oraliser sans L.S.F. Dans ces cas-là, on ne parle pas de privation langagière.

Il est important de noter que 95 % des enfants sourds ont des parents entendants qui très souvent se sentent démunis face à la surdité de leur enfant. Pétronille Lemenuel reproche à la plupart des médecins un accompagnement uniquement tourné vers la chirurgie, mais sans aide autour de la langue des signes.

Ce syndrome impacte le développement cérébral et cognitif. Pétronille Lemenuel nomme « apprentissages opportunistes » toutes les interactions parents / enfants ou entre les parents en présence de l'enfant, pour comprendre comment fonctionne le monde. Si le parent ne traduit pas ces échanges de manière corporelle ou gestuelle, l'enfant sourd va perdre un grand nombre voire toutes les informations qui permettent le développement des fonctions exécutives. Cela altère donc le développement de l'autonomie. La théorie de l'esprit (anticiper ce que l'autre va dire, penser, ressentir) ne peut se développer qu'à travers l'expression des émotions. Celle-ci passe par le non-verbal, mais aussi beaucoup par le verbal. Les personnes sourdes n'ayant pas d'accès à la L.S.F. auront donc beaucoup de mal à développer cette fonction qui permet un accès à la cognition sociale. Le développement neurologique peut aussi être retardé et la zone du langage impactée. En effet, les connexions neurologiques ne se font pas de la même manière chez les signeurs tardifs (S.P.L.) que chez les signeurs natifs. Au sein de l'aire du langage, la zone qui s'active lorsque nous parlons notre langue maternelle, ne sera jamais développée chez les signeurs tardifs. La L.S.F. ne sera donc jamais acquise comme étant une première langue. Être privé de langue aura donc un réel impact au niveau de la structuration du cerveau.

F. La sémiologie psychomotrice de la surdité

1) *Les champs d'intervention*

Entre 0 et 3 ans, le psychomotricien va tout d'abord rechercher des troubles qui viendraient s'ajouter à la surdité (exploration visuelle, espace arrière, etc...) pour une éventuelle prise en charge précoce. En revanche, la surdité seule ne constitue pas un motif de prise en charge psychomotrice. À l'adolescence, la prise en charge se tournera également sur l'acceptation du handicap, l'image du corps et toujours un travail de réadaptation en lien avec les troubles associés. (Psychomot à l'internationale, 2021)

2) Sémiologie

L'enfant sourd connaît le même développement que l'enfant « entendant », mais avec un sens en moins qui peut entraîner l'apparition de troubles psychomoteurs. Sur le plan perceptivo-moteur, des difficultés spatio-temporelles, de régulation tonique et vestibulaires sont observées chez les enfants atteints de surdité. La distance, l'orientation et la localisation de la source sonore permettent d'avoir accès à la structuration de l'espace et du temps. L'enfant sourd n'y ayant pas accès devra mettre en place d'autres stratégies sensori-motrices (sensibilité accrue aux autres afférences sensorielles). D'autre part, le son permet d'anticiper les dangers éventuels de la vie quotidienne, ce qui amènera parfois l'enfant sourd à un état d'hypervigilance permanent entraînant une grande hypertonie. L'enfant se crée alors une enveloppe psychocorporelle pathologique qui entrave les relations et notamment le dialogue tonico-émotionnel. Ces difficultés de régulation tonique peuvent également avoir des répercussions sur l'intégration et la gestion des émotions, sur la marche, la planification et les coordinations. Les troubles de l'équilibre peuvent être présents chez les enfants sourds, mais sont très souvent le résultat d'une atteinte du vestibule (situé dans l'oreille interne). 20% des cas de surdité présentent une aréflexie vestibulaire ou un trouble vestibulaire associé à leur surdité (Psychomot à l'internationale, 2021). Sur le plan psychoaffectif, l'impact de la surdité sur les interactions, pouvant aller jusqu'au syndrome de privation langagière, est à prendre en considération. L'absence de communication verbale devra être compensée par une communication visuelle et gestuelle. La communication non-verbale est fondamentale. C'est ce que nous verrons dans la troisième partie.

La problématique de ce mémoire s'articule autour de la surdité avec comme troubles associés des signes autistiques. En effet, le trouble du spectre autistique est une comorbidité fréquente de la surdité.

II. Qu'est-ce que l'autisme ?

A. Définition et Histoire

L'histoire de l'autisme remonte au début du XXe siècle et fait encore l'objet de nombreuses recherches aujourd'hui. Selon le dictionnaire d'étymologie le Robert, le terme « autisme » est « un emprunt récent à l'allemand *Autismus* crée par Bleuler en 1911, à partir du grec *autos* qui veut dire *soi-même* ». Le psychiatre autrichien Eugen Bleuler utilise pour la première fois le terme « autisme » pour décrire un « comportement éloigné de la réalité ainsi qu'un retrait relationnel chez les patients atteints de schizophrénie. » (Bleuler, 1911). Par la suite, deux médecins vont marquer le début des recherches et apporter leur propre définition.

- L'autisme de Kanner :

En 1943 le pédiatre américain Léo Kanner décrit pour la première fois l'autisme comme syndrome spécifique dans une étude intitulée « Autistic Disturbances of Affective Contact » (les perturbations autistiques des contacts affectifs). Il parlera « d'autisme infantile précoce » et le différenciera de la schizophrénie. Dans cette étude, Kanner écrit à propos des enfants autistes : « le trouble fondamental le plus frappant est l'incapacité de ces enfants à établir des relations de façon normale avec les personnes et les situations dès le début de leur vie » (Kanner, 1943). Il a également mis en évidence des comportements tels que la répétition de mouvements, le besoin d'immuabilité (besoin d'avoir un environnement stable), les intérêts restreints, la difficulté à communiquer et à interagir socialement accentuée par des troubles du langage.

- L'autisme d'Asperger :

Une autre forme d'autisme sera mise en exergue à la suite des travaux de Hans Asperger (1944), psychiatre autrichien. Il mettra en évidence trois caractéristiques principales que l'on retrouve aujourd'hui dans les classifications comme le D.S.M.-5 ou encore la C.I.M.-10 : des difficultés de communication et de socialisation, des intérêts restreints et répétitifs, des compétences verbales et cognitives normales ou supérieures à la moyenne. Son article étant rédigé uniquement en Allemand, ses recherches n'ont connu qu'une faible diffusion. Ce n'est qu'en 1981 que Lorna Wing, une psychiatre britannique, réactualise les recherches de Hans Asperger (Wing, 1981). Ce syndrome portera alors le nom de « syndrome d'Asperger » tel que nous le connaissons aujourd'hui.

Bien que son travail ait permis une avancée considérable dans les recherches sur l'autisme, son rôle reste contestable. En effet, Édith Sheffer a découvert récemment qu'il aurait travaillé avec le régime nazi et aurait envoyé des enfants souffrant de troubles de développement, y compris d'autisme, dans des centres d'euthanasie. Ces révélations ont suscité un débat important concernant le rôle de Hans Asperger dans l'histoire de l'autisme. Si pour certains il reste un pionnier important, d'autres comme Édith Sheffer, nous obligent à considérer son apport dans la compréhension de l'autisme, avec une certaine réserve (Sheffer, 2019).

B. L'autisme au sein des classifications

Depuis les premières découvertes et jusqu'à aujourd'hui, les classifications de l'autisme ne cessent d'évoluer. Ces évolutions rendent compte de l'avancée de la recherche concernant ce trouble, mais également de la difficulté de mettre en place des critères diagnostics pour un trouble aussi complexe que celui-ci. De plus, les avancées scientifiques actuelles ne nous permettent toujours pas de le comprendre clairement.

La Haute Autorité de Santé (H.A.S., 2018) recommande aux médecins d'alerter les parents dès les premiers signes de retard ou de particularités développementales pour permettre un dépistage précoce. Les caractéristiques comportementales du trouble du spectre de l'autisme se manifestent dès la petite enfance. Le diagnostic en lui-même ne pourra être posé qu'à 18 mois. Par la suite, des réévaluations régulières doivent être effectuées pour ajuster le projet thérapeutique.

- Selon le D.S.M. :

Le D.S.M. (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) est l'un des outils les plus utilisés par les professionnels pour diagnostiquer les troubles mentaux. La première version a été publiée en 1952 par l'American Psychiatric Association (A.P.A.), et il a depuis connu plusieurs révisions. Le D.S.M. vient des États-Unis, mais est utilisé au niveau mondial.

Dans le D.S.M. I et II (1952 et 1968), l'autisme était classé sous la rubrique « réaction schizophrénique ou schizophrénie, forme de l'enfance ». Le terme autisme apparaît pour la première fois dans le D.S.M. III (1980) où il est classé dans « Trouble Global de Développement ». Puis devient « Trouble Envahissant du Développement » dans le D.S.M. III-révisé (1987) le D.S.M. IV (1994) et le D.S.M. IV-R (2000). Le D.S.M. III et IV ont repris la triade de critères diagnostic de Kanner, c'est-à-dire : « troubles qualitatifs des interactions

sociales », « troubles qualitatifs de la communication verbale et non-verbale » et enfin, « intérêts restreints et stéréotypés ».

Dans le D.S.M.-5 (2013, version actuelle) l'autisme est classé parmi les troubles neurodéveloppementaux et utilise la dénomination Trouble du Spectre Autistique (T.S.A.). L'utilisation du mot spectre n'a pas été choisi au hasard. Il appuie la multiplicité d'expression de ce trouble. Il existe autant de formes d'autisme que de personnes porteuses de ce trouble. Le D.S.M.-5 regroupe les critères de Kanner en seulement deux catégories (dyade autistique) :

Déficit de la communication sociale : (les trois critères doivent être retrouvés pour le diagnostic)

- Déficit de la réciprocité sociale ou émotionnelle
- Déficit dans les comportements de communication non-verbaux utilisés au cours d'interactions sociales
- Déficit du développement, du maintien et de la compréhension des relations

Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités : (deux critères parmi les quatre doivent être retrouvés pour le diagnostic)

- Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage
- Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non-verbaux ritualisés
- Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but
- Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement

On retrouve ensuite trois critères qui doivent être vérifiés pour qu'un diagnostic de T.S.A. soit posé (annexe I).

- Selon la C.I.M. :

La C.I.M. (Classification Internationale des Maladies) est un manuel publié par l'O.M.S. qui permet aux professionnels de poser un diagnostic. Elle est recommandée par la H.A.S. et utilisée au niveau international. Comme dans le D.S.M., les critères diagnostics ont été modifiés au fur et à mesure des découvertes et de la meilleure compréhension de ce trouble. La C.I.M. 10 (1992)

classe l'autisme dans les Troubles Envahissants du Développement (T.E.D.). Elle reprend la triade symptomatique de l'autisme de Kanner (comme le D.S.M. IV) :

- Altération des interactions sociales réciproques
- Altération de la communication
- Intérêts restreints et comportements stéréotypés

La C.I.M.-11 (publiée en 2018 et entrée en vigueur en 2022) est la dernière version de cette classification. Elle reprend le terme de Trouble du Spectre Autistique présent dans le D.S.M.-5. Les deux critères diagnostics sont les mêmes que ceux du D.S.M.-5. La C.I.M.-11 et le D.S.M.-5 sont donc très similaires. Ils varient sur un point précis. Le D.S.M.-5 a ajouté la notion « d'hypo ou d'hyper réactivité aux stimulations sensorielles ». La C.I.M.-11 n'évoque pas ce point-là.

- Selon la C.F.T.M.E.A :

La C.F.T.M.E.A. (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent) est la classification diagnostique officielle. Sous la direction du professeur Roger Mises, la 6e édition est sortie en 2020. Cette classification a été fortement critiquée pour son approche psychanalytique et le manque de fondement scientifique.

C. Comorbidités :

L'existence de pathologies associées augmente l'intensité des symptômes et complique souvent le parcours de soins. La H.A.S. (2018) recommande le repérage systématique des troubles associés lors du bilan initial afin de proposer les soins les plus adaptés.

- Comorbidités neurodéveloppementales :

Les troubles du neurodéveloppement (T.N.D.) regroupent des pathologies qui touchent différents secteurs du fonctionnement cérébral (socio-émotionnel, langagier, perceptif, moteur, exécutif) et dont les manifestations apparaissent précocement dans le développement. Il existe cinq grands ensembles en plus des T.S.A. qui ont une relation étroite entre eux (Bonnet-Brilhault, 2020, pp.30-32) :

- Troubles moteurs composés du trouble du développement de la coordination (T.D.C.), des tics et du syndrome Gilles de la Tourette ;
- Troubles spécifiques des apprentissages (DYS) : dyscalculie, dysorthographe, dyslexie ;

- Troubles de la communication et du langage ;
- Trouble du développement intellectuel ;
- Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (T.D.A.H.).

- Comorbidités psychiatriques :

Elles sont très fréquentes. On retrouve parmi elles les troubles de l'humeur (épisodes dépressifs), les troubles anxieux (phobies spécifiques, trouble d'anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie, anxiété généralisée et anxiété de séparation) et certains troubles du comportement comme le trouble oppositionnel avec provocation (T.O.P.). À cela, nous pouvons ajouter les troubles obsessionnels compulsifs (T.O.C.), classés à part dans les nouvelles nosographies (caractérisés par des obsessions et des rituels, accomplis de façon répétitive, visant à soulager l'angoisse provoquée par l'idée obsédante). (Bonnet-Brilhault, 2020, pp.32-34)

- Comorbidités médicales :

Le T.S.A. est souvent accompagné de pathologies somatiques. Une étude réalisée par Marion Leboyer et Ryad Tamouza, montre que les problèmes médicaux sont majorés chez les personnes ayant un T.S.A. par rapport au reste de la population générale et que cela pourrait venir d'une fragilité de leur système immunitaire. Les comorbidités médicales majeures sont l'obésité, la sélectivité alimentaire, l'épilepsie et les troubles du sommeil. Les repérer et les traiter est un enjeu majeur dans la prise en charge, car les difficultés de communication propres au T.S.A. constituent souvent un frein à l'accès aux soins, mais les pouvoirs publics et les associations agissent pour progresser (Charte Romain Jacob, 2014).

D. Prévalence :

Le nombre de personnes dans le monde avec un T.S.A. serait de 60 à 70 pour 10 000, soit 0,6 à 0,7 % de la population mondiale. En France, l'I.N.S.E.R.M. (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) dénombrerait 700 000 personnes, dont 100 000 ont moins de 20 ans. Le nombre de naissances d'enfants présentant un T.S.A. est en constante augmentation, mais peut être attribué à un meilleur diagnostic et à un élargissement du spectre à des profils plus « légers ». Le ratio fille/garçon serait de trois garçons pour une fille, mais de nouveau, ces données peuvent être faussées par une méconnaissance de la symptomatologie chez la fille. Par ailleurs, le pourcentage des personnes ayant un T.S.A. avec déficience intellectuelle est de 45 à 50%.

E. Hypothèses étiologiques :

Les causes de ce trouble restent floues, mais elles seraient multifactorielles, avec plusieurs pistes entremêlées. Dès 1943, Léo Kanner envisageait déjà un déterminisme inné d'origine neurobiologique : « ces enfants sont venus au monde avec une incapacité innée à établir le contact affectif habituel avec les personnes (...) exactement comme d'autres enfants viennent au monde avec des handicaps physiques ou intellectuels » (Kanner, 1943). Quatre-vingts ans plus tôt, il était précurseur de toutes les théories qui vont suivre.

1) *Étiologies psychanalytiques*

Le courant psychanalytique a beaucoup évolué dans sa compréhension de l'autisme. Mélanie Klein publie un article en 1930 (*L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi*) dans lequel elle décrit le déroulé d'une cure d'enfant présenté comme psychotique, mais ayant tous les signes autistiques décrits par Kanner. Mélanie Klein nous dit : « Dick est un enfant sans affect ni anxiété, insensible à la douleur physique, indifférent à l'absence de la mère, sans désir de se faire comprendre des adultes, dont les intérêts viennent à se restreindre à des objets tels que les trains, les poignées de porte, les commutateurs qui allument et éteignent la lumière » (Klein, 1930). Cette description du petit Dick met en exergue les caractéristiques d'un comportement autistique avant même la définition de Kanner.

Quelque temps plus tard, M. Klein va tenter de s'occuper d'autres patients. Elle demandera à ses collègues psychanalystes de faire sortir des asiles d'aliénés, un certain nombre de malades internés comme schizophrènes, mais certainement autistes (Hochmann, 2013). Les neuropsychiatres de l'époque jugeaient ces patients idiots, incurables et inaptes à tout enseignement. On les plaçait dans des institutions comparables à des prisons, dans des conditions de vie déplorables quand ils n'étaient pas stérilisés ou castrés pour préserver l'humanité.

Il a fallu attendre la 2^e moitié du XX^e siècle pour que des psychanalystes s'intéressent de nouveau à l'autisme en collaboration avec l'aide des familles. Ensemble, ils ont œuvré pour la création des premiers hôpitaux de jour.

Mais en 1967, le psychanalyste Bruno Bettelheim, auteur du célèbre livre, *La forteresse du vide*, a attribué les causes de l'autisme à une absence d'attachement maternel, en parlant de « mère

réfrigérateur » ce qui a créé de nombreuses controverses (Bettelheim, 1967). Le comité consultatif national d'éthique a jugé la diffusion de ce livre comme responsable d'une souffrance inutile des parents d'enfants autistes en France. Cette théorie a d'ailleurs été largement abandonnée lorsque des études ont montré que les causes de l'autisme étaient complexes et impliquaient une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux. Mais celle-ci a tout de même été une référence pendant de nombreuses années.

« Donald Meltzer, introduit le terme « démantèlement » pour décrire un mécanisme de défense qui permettrait à l'enfant autiste de ne pas être submergé par trop de stimulations sensitivo-sensorielles émanant de l'environnement (Meltzer, 1975). Ce mécanisme de défense consiste à opérer un clivage de la réalité perceptive selon les plans d'articulation des différentes modalités sensorielles : soit l'autiste oriente tous ses efforts sur une même modalité, soit chacun de ses sens investit un objet différent (...). En clinique, l'utilisation des objets autistiques, pantins mécaniques désarticulés, roues qui tournent indéfiniment, illustre le rôle du démantèlement. » (Malaguarnera, 2016, pp.123-124).

Frances Tustin s'est occupée d'enfants autistes souvent sans langage. À partir de sa clinique, elle en est arrivée à la conclusion que la seule façon de les aider est « de plonger dans leur monde et d'en sortir avec une compréhension plus profonde de soi-même et de leurs problèmes » (Tustin, 2017). Pour elle, le corps chez les enfants autistes a une importance primordiale dans l'expérience de la séparation qui peut être vécue comme une mutilation physique.

Geneviève Haag, psychanalyste contemporaine, a beaucoup travaillé sur les théories des cliniciens citées plus haut. Elle déplore le clivage actuel et la méfiance envers la psychanalyse comme thérapie aidante. À la suite de son « appel » en 2004, elle fonde avec Marie-Dominique Amy la C.I.P.P.A. (Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes et membres associés s'occupant de personnes Autistes). Dans son appel, elle cherche à convaincre les professionnels de santé ainsi que les familles que la psychanalyse peut apporter une solution clinique pour de nombreux autistes, quel que soit le degré de sévérité de leur trouble. Elle s'appuie justement sur les recherches en neurosciences pour démontrer qu'un travail psychanalytique peut tout à fait s'articuler et s'entrecroiser avec d'autres méthodes éducatives, cognitives ou comportementales.

Bernard Golse, professeur émérite de psychiatrie infantile actuellement président de la C.I.P.P.A., travaille dans la continuité de Geneviève Haag. Il reprend son « combat » pour une prise en charge pluridisciplinaire (Golse, 2010).

2) *Étiologie génétique*

Dès les années 1970, la piste génétique commence à émerger avec les études sur les jumeaux. En effet les chercheurs de l'époque s'aperçoivent que « la concordance de l'autisme pour des jumeaux monozygotes, qui partagent donc le même patrimoine génétique, est au moins 2 fois supérieure à celle concernant les jumeaux dizygotes » (Bonnet-Brilhault, 2020, p.41). Cette observation est confirmée en 2010 par une étude démontrant que la fratrie d'un enfant ayant un T.S.A. à 11 fois plus de risques d'en développer un également (Constantino, Zhang, Abbacchi, & Frazier, 2010).

Dans son livre, *Autismes : Réalités et Défis*, Frédéric Bonnet-Brilhault nous explique de manière claire qu'aucun gène majeur n'est à l'origine de ce trouble. Cependant, on estime actuellement qu'un quart des cas d'autisme peut être expliqué génétiquement, suivant deux types de modèles :

- Le modèle mendélien repose sur l'hypothèse que l'autisme est causé par une variation génétique rare qui survient de *novo*, c'est-à-dire apparaissant dès les premières divisions cellulaires dans l'embryon. Il s'agit de 15 à 20 % des cas, souvent avec une déficience intellectuelle associée ou une épilepsie.
- Les modèles polygéniques reposent sur l'hypothèse de mutations héritées de parents qui ne présentent pas le trouble de leur enfant. Les mutations prises individuellement n'ont pas de conséquences pathologiques (ce qui explique que les parents ne présentent pas de troubles), mais lorsqu'elles sont réunies chez une même personne, le risque d'apparition de l'autisme en est fortement augmenté.

Par ailleurs, l'autisme est souvent associé à des maladies génétiques incluant une déficience intellectuelle, une épilepsie ou encore un T.D.A.H. De même, un même gène muté peut être responsable de différents T.N.D. (Bonnet-Brilhault, 2020, pp.43-44).

3) *Les pistes neurodéveloppementales et environnementales*

Les données récentes de la recherche pointent vers un début des troubles neurodéveloppementaux In-utéro. Pendant la grossesse, se mettent en place les premiers réseaux neuronaux. Le nouveau-né vient au monde avec un stock de neurones pratiquement équivalent à celui d'un adulte, mais ils se prolongeront et se connecteront par milliers au cours

de la vie. La mise en place de ces connexions est appelée *plasticité développementale*. Dans l'autisme, certains réseaux ont une architecture différente de la normale, et la génétique n'explique pas à elle seule l'ensemble du processus. Des interactions gènes-environnement interviennent non seulement dans l'apparition de l'autisme, mais aussi dans l'évolution clinique au cours du développement. Les recherches sur les facteurs environnementaux sont donc particulièrement complexes. (Bonnet-Brilhaut, 2020). Ces facteurs seraient : la pollution, l'exposition aux métaux lourds, les agents infectieux, l'âge paternel, les causes périnatales et prénatales (stress extrême, obésité maternelle, consommation de toxique et de médicaments, infection virale, anorexie, etc...).

Une autre piste neurodéveloppementale serait une anomalie dans le développement du cerveau social. Très tôt, un bébé dispose de capacités à traiter des signaux sociaux tels que la voix, le regard, les expressions faciales et les gestes sociaux qui lui permettront de rentrer en relation avec l'autre. Ces signaux sociaux d'apparence simple sont en fait un traitement complexe par plusieurs zones du cerveau. Dans l'autisme il existe souvent un défaut de synchronisation socio-émotionnelle lié à une difficulté de traitement des informations sociales. L'absence de ces prérequis impacte le développement de la maturation cérébrale. Différents niveaux de la cognition sociale peuvent être touchés : des émotions primaires (peur, joie, tristesse) jusqu'aux processus de mentalisation tel que le développement de la théorie de l'esprit. À l'inverse, cette architecture atypique des réseaux neuronaux peut entraîner un « hyper-traitement » d'autres informations venant de l'environnement et entraîner des fortes sensibilités aux changements, à certains bruits, lumières ou odeurs (Bonnet-Brilhaut, 2020, pp.46-50).

Pour la première fois, une équipe de chercheurs de l'Université de Genève (UNIGE) en Suisse vient d'apporter la preuve directe que le développement du cerveau social est entravé par cette apparente indifférence précoce aux stimuli sociaux, et cela, dès le plus jeune âge chez des enfants atteints de T.S.A. La revue *elife* a publié leurs conclusions : « *des scientifiques de l'UNIGE expliquent la façon dont les enfants atteints d'autisme répondent aux signaux sociaux. Leurs recherches pourraient ouvrir la voie à des interventions thérapeutiques précoces.*

Chaque point indique la position exacte du regard d'un enfant pendant la projection du film. À gauche, les points bleus appartiennent aux enfants avec un développement typique, les points rouges, à droite, aux enfants atteints de troubles du spectre de l'autisme (TSA). Le visage projeté n'était pas flouté pendant l'expérience. » (Sperdin, 2018). La technique utilisée, « eye-tracking », permet de mesurer l'orientation du regard lors du visionnage de vidéo, de lecture de magazine, etc...



Figure C : Cliché d'un "eye-tracking" (Université de Genève, 2018)

F. Sémiologie psychomotrice du trouble du spectre autistique

Il est difficile de ressortir un profil psychomoteur type, car il existe de grandes hétérogénéités entre les différentes personnes atteintes d'un T.S.A.

- Développement moteur :

Les particularités motrices présentes chez les enfants porteurs d'un T.S.A. sont très variables dans leur expression et leur intensité, mais plusieurs études récentes s'accordent sur le fait que les troubles moteurs sont fréquents. Des chercheurs (Teitelbaum & al., 2003) ont observé des nouveau-nés et de très jeunes enfants présentant un T.S.A. Ils ont constaté que les acquisitions motrices de base sont effectuées dans le temps imparti, mais pas comme les autres enfants. Ils ont souvent des réactions de protection, des mouvements en bloc et des asymétries.

On retrouve souvent des troubles du tonus. Une étude montre que sur 154 enfants avec un T.S.A., 51% présentent une hypotonie (Ming et al., 2007). Un nouveau-né aura des difficultés à ajuster son tonus aux bras qui le portent : « leur tonicité est décrite comme « passive », leur portage est semblable à un « sac de farine » nécessitant que l'ajustement corporel soit fait par la mère » (Kanner, 1943).

Il existe très souvent dans le T.S.A. des épisodes de stéréotypies fréquemment présents au niveau des mains et des doigts (applaudissement, flapping), mais aussi dans tout le corps. Ces mouvements sont définis comme répétitifs et apparemment sans but. Ce sont probablement des

gestes nécessaires pour stimuler les sensations internes et diminuer les stimulations extérieures (Paquet, 2019, p.144). Au cours de leur déplacement, leurs sensations vont les amener à acquérir une démarche particulière (souvent sur la pointe des pieds).

Chez les enfants présentant un T.S.A., la motricité fine est plus pauvre que chez les enfants du même âge, avec des praxies gestuelles souvent inadaptées (manque de coordination entre les hémicorps, difficultés d'automatisation, manque de contrôle moteur, bradykinésie). Cela impacte l'apprentissage des actes de la vie quotidienne (habillage, toilette, écriture, etc...) (Paquet, 2019, p.143).

Ces enfants sont également latéralisés plus tardivement et de façon atypique (Dane & Balci, 2007), ce qui contribue alors aux difficultés de coordination bimanuelle. Les coordinations visuomotrices et visuospatiales sont compliquées, avec un manque de coordinations oculo-manuelles et oculo-pedestres. Des difficultés sont également présentes pour fixer une cible immobile ou en mouvement, saisir les propriétés physiques d'un objet, viser et attraper. De manière générale, les mouvements sont exécutés plus pour l'action motrice qu'ils génèrent que pour la finalité.

- Le développement sensoriel :

La sensorialité est au cœur de ce trouble. Les enfants porteurs de T.S.A. ont des perceptions qui nous échappent. Certains présentent des hypo ou hypersensibilités, unis ou plurimodales alors que leurs organes sensoriels ne sont pas atteints (Degenne et al., 2019, p152). 95% des enfants de 3 à 6 ans ayant un T.S.A. présentent un dysfonctionnement du système sensoriel.

Winnie Dunn, dans son modèle conceptuel, évoque la notion de seuil neurologique haut ou bas, faisant référence au niveau de stimulation nécessaire pour obtenir une réponse d'un neurone ou d'un système neuronal. Elle développe des profils comportementaux pour chacun des seuils (annexe II) :

- Soit le seuil neurologique est bas et engendre une hypersensibilité (réaction exagérée et prolongée en réponse à une stimulation sensorielle). Au niveau comportemental, Dunn décrit le profil hyper-réactif (anxiété, gêne, colère, irritabilité, agressivité, agitation, etc.) et le profil hypo-réactif (retrait, autoprotection).
- Soit le seuil neurologique est haut et engendre une hyposensibilité (réaction faible ou absente aux stimulations sensorielles). On retrouve le profil hypo-réactif (l'enfant met plus de temps pour réagir, il ne détecte pas la stimulation, etc...) et le profil en recherche

de sensation (autostimulations très envahissantes dans le quotidien de l'enfant). (D'Ignazio & Gorgy, 2019, p.31).

- Les fonctions exécutives :

« Le terme de fonction exécutive se réfère à un ensemble de processus mentaux impliqués dans le contrôle et l'exécution d'activités finalisées (dirigées vers un but) qu'il s'agisse d'un acte moteur ou d'un raisonnement, en gérant à la fois la réalisation et le maintien du but, tout en s'ajustant aux variations du contexte » (Plumet, 2019 p208). Ces fonctions sont contrôlées par les lobes frontaux. Elles permettent à l'individu de s'adapter aux changements soudains de l'environnement. Pour résoudre ces problèmes, le sujet doit identifier les étapes nécessaires à la mise en place d'une stratégie, en tenant compte des facteurs environnementaux et en supprimant toute distraction. Elles comprennent l'inhibition, la mémoire, l'attention, la flexibilité, la planification et la résolution de problèmes. Toutes ces fonctions sont utilisées au quotidien par chacun de nous.

L'enfant T.S.A. présenterait des difficultés d'inhibition motrice, de mise en place d'une planification cognitive et motrice, d'attention et de flexibilité mentale. Cette dernière est très impactée. En effet, la capacité à modifier ses actions en fonction des aléas de l'environnement est mise à mal par l'attraction accrue vers certains détails. Ces difficultés peuvent avoir des conséquences dans l'intolérance aux changements entraînant des réactions d'angoisse, de colère, voire de l'automutilation. Toutes ces atteintes auront des répercussions sur son intégration sociale et sa vie familiale.

- Communication et contact social :

Dès la naissance, l'enfant porteur de T.S.A. présente des anomalies dans la réciprocité émotionnelle (regard et rapport à l'autre). Julie Brisson et al. (2011) ont observé des enfants de 0 à 6 mois et ont repéré que les marqueurs sociaux comme le sourire, les vocalises ou les regards étaient moins présents chez ces enfants. De même, ils répondaient moins à leur prénom que les autres nouveau-nés. Les gestes pour communiquer (tendre les bras pour se faire porter, dire au revoir avec les mains, pointer du doigt) sont peu présents et ne permettent pas une attention conjointe. Très fréquemment la communication verbale et non-verbale est atteinte. Je ne développerai ici que la non-verbale car les enfants sourds présentés dans ce mémoire n'ont pas accès au langage verbal.

Le regard est souvent fuyant lors d'un échange et vient chercher les limites de la vision périphérique. Les mimiques sont soit exagérées et inappropriées, soit inexistantes. À l'inverse, les gestes et mimiques de la personne en face seront difficilement interprétés. Juan Larban Vera (2016, p.145), nous fait part des recherches de Simon Baron Cohen, Leslie et Frith sur le manque de théorie de l'esprit des personnes porteuses d'un T.S.A. Ils rencontrent des difficultés à interpréter les pensées des autres et à réagir en fonction de celles-ci. Cette théorie confirme les limites dans la communication non-verbale et la compréhension des actions d'autrui à travers l'identification.

- Intégration du schéma corporel et de l'image du corps :

La constitution de l'enveloppe corporelle chez les enfants autistes peut être inexistante, fragile, ou encore discontinue ce qui ne leur permet pas de se sentir en sécurité et contenu. Anzieu parle d'un « moi-peau passoire ». Il utilise cette allégorie lors de l'observation d'un cas clinique : « Cette observation d'Éléonore met en évidence une configuration fréquente du Moi-peau qui résulte des attaques haineuses inconscientes contre l'enveloppe psychique contenant : le Moi-peau passoire » (Anzieu, 1985) . S. Krauss commente son expression, « chez les enfants autistes la peau psychique est un premier contenant qui n'existe pas c'est une enveloppe pleine de trous. L'espace autistique est un espace sans bord et sans limite, sans arrière et sans support » (2006, p.222).

De plus, les enfants avec autisme présentent un déficit proprioceptif important. Couplé à des particularités sensorielles développées plus haut, celui-ci impacte fortement l'intégration du schéma corporel et de l'image du corps.

III. L'eau comme médiation en psychomotricité

L'eau a un aspect ambivalent. À l'origine de nombreux bienfaits, elle peut être dévastatrice et incontrôlable. Compte-tenu des différentes représentations de l'eau que chacun possède, l'utiliser comme médiation thérapeutique en psychomotricité représente un défi.

A. L'omniprésence de l'eau

Nous habitons la « planète bleue » composée d'eau sur les deux tiers de la surface. Pourtant, aujourd'hui l'eau est au centre de nos préoccupations. La sécheresse et le manque d'eau chaque fois plus grand au fil des années ont des conséquences dramatiques sur la population. Le dérèglement climatique intensifie les périodes de grands vents, les ouragans ou tsunamis. La vie s'est développée il y a trois milliards et demi d'années dans les abysses des océans, et depuis l'eau a un rôle indispensable dans le développement de la vie humaine, animale et végétale.

1) *Corps humain et début de la vie*

L'eau est un élément naturel essentiel dans la nature humaine. Notre corps est composé majoritairement d'eau, mais les scientifiques ne sont pas tous d'accord sur le chiffre exact. D'après le C.N.R.S. (Centre National de la Recherche Scientifique) « *la quantité moyenne d'eau contenue dans un organisme adulte est de 65 %, ce qui correspond à environ 45 litres d'eau pour une personne de 70 kilogrammes* » (2000). Cette valeur varie fortement d'un individu à l'autre et dépend de nombreux facteurs (corpulence, taille, âge, sexe).

Dès l'origine de la vie, le fœtus se développe dans le liquide amniotique, majoritairement composé d'eau. À la naissance, le bébé sera immédiatement plongé dans un bain pour retrouver des sensations naturelles. La première tétée sera composée uniquement de liquide. Les bains quotidiens seront autant de retours dans cet univers primitif. Le film *Avatar 2* (Cameron, 2022) est construit autour du thème de l'eau. Le réalisateur James Cameron met l'eau au cœur de l'existence : « *la voie de l'eau relie toutes choses : avant la naissance et après la mort* ». Cette phrase symbolique traduit l'idée selon laquelle l'immersion du corps dans un liquide provoque chaque fois un retour dans milieu naturel primitif.

Cependant, l'eau peut aussi être représentative de dangers et de mort pour le corps humain dans certaines situations comme la noyade ou encore l'hydrocution. Elle peut aussi être la cause de troubles tels que la potomanie, ou de virus.

2) *L'eau au fil du temps*

Notre rapport à l'eau au fil des siècles a toujours été important. Dans l'Antiquité, incarnée par des divinités comme Tlaloc, dieu de la pluie et de la végétation chez les Mayas, Anzar chez les Berbères ou encore Zeus dans la mythologie grecque, l'eau avait déjà un caractère sacré et purificateur. L'eau qui tombe du ciel symbolise les influences célestes. Elle va rendre la terre fertile et permettre l'agriculture. Quand elle tarde à arriver, il existe des rites et des danses pour la faire venir. Le mythe de Narcisse (qui tombe amoureux de sa propre image dans le reflet de l'eau), déjà très riche de sens dans l'Antiquité a été utilisé dans la création des concepts de la psychanalyse. Les thermes et les bains étaient très convoités et déjà on les utilisait auprès des malades atteints de troubles mentaux en les immergeant dans des « Ascleipeia », des piscines sacrées. Au moyen âge cependant l'eau était considérée comme vecteur de maladies. La notion d'hygiène avait évolué. Les gens riches préféraient les toilettes sèches et se parfumaient. Les bains humides étaient laissés aux personnes pauvres car source de maladie. À la Renaissance, les thermes sont remis sur un piédestal et l'idée du soin par l'eau réapparaît. Au XVII siècle, l'eau reprend toute sa place. Les douches froides sont recommandées tandis que les bains chauds étaient réservés aux soins médicaux.

3) *Les différentes représentations de l'eau*

L'eau est perçue différemment selon le pays, la culture et les classes sociales. Dans chaque religion, elle a son importance et ses coutumes. Agathe Euzen (2015, pp.302-303) nous explique les rites sacrés par rapport à l'eau dans les 3 grandes religions :

- Dans la religion musulmane, les ablutions permettent aux croyants d'accéder à la pureté de l'âme et du corps. Elles doivent se faire 5 fois par jour avant chaque prière pour ne pas se présenter « souillé » devant dieu. C'est un acte de purification.
- Chez les chrétiens, une seule goutte d'eau bénite permet d'éloigner le mal et d'invoquer le Saint-Esprit. Elle symbolise aussi la Renaissance obtenue par immersion dans le baptême.
- Au centre de la pratique juive se trouve le *mikvé* (ou eau vive) qui assure la purification des femmes et des hommes, elle rend casher la vaisselle qui y est plongée ou encore celui qui a touché un mort ou un objet impur.

Dans la société d'aujourd'hui de nombreuses activités sont proposées autour de l'eau, et ce dans beaucoup de pays à travers le monde : bébé nageurs, spa, hammam, balnéothérapie, parc

aquatique de loisir, aqua bike, aquagym, etc... De même, les sports maritimes se développent et se multiplient d'année en année.

L'eau est donc un lieu de culte, de loisir, mais aussi un lieu nourricier (la pêche et les plantations). Au niveau linguistique il existe également de nombreuses références et expressions françaises autour de cet élément : *comme un poisson dans l'eau, tomber à l'eau, se sentir sous l'eau, l'eau a coulé sous les ponts, nager entre deux eaux, nager en eau trouble ou encore, se méfier de l'eau qui dort.*

B. Médiation aquatique

Définissons dans un premier temps le terme « médiation ». Selon le Grand Robert (1986), il existe plusieurs définitions. Celle donnée en philosophie est la plus appropriée dans cet écrit : « processus créateur par lequel on passe d'un terme initial à un terme final (dans la dialectique de Hegel et de Marx)».

Catherine Potel la définit comme : « élément intermédiaire qui va créer du lien avec un autre » (1999, p 28). En psychomotricité : « la médiation qu'elle soit corporelle ou autre, propose un espace « entre » intermédiaire (pour reprendre les théories de Winnicott sur l'objet et l'aire transitionnelle) et un objet commun à partager et à créer ensemble, cet objet étant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe. » (Potel, 1999, p.26)

René Roussillon (2019, pp.67-69) va aider les thérapeutes dans les choix des matières à proposer pour mieux comprendre la fonction de symbolisation à travers la matière et le fait de jouer. Il reprend le concept de médium malléable développé par Marion Milner et le complexifie. Il le catégorise en cinq propriétés principales qui peuvent être prises séparément, mais dont l'interdépendance est essentielle : « le médium malléable, objet externe définit par l'ensemble des 5 propriétés, est l'objet transitionnel du processus de représentation » (Roussillon, 1991, pp.130-146). Pour les illustrer, il prend comme exemple, la pâte à modeler, l'air, le tissu, l'eau, etc... Pour la médiation aquatique, objet de ce mémoire, les propriétés s'appliquent ainsi :

Indestructibilité : même en la frappant et en y mettant toute sa violence, l'eau ne s'altère pas. « L'eau est aussi indestructible dans sa matière, même si elle peut changer de consistance et semble changer de nature quand elle devient glace ou vapeur, ce ne sont que transformations

momentanées, tout revient à sa place quand les mêmes conditions sont rétablies » (Roussillon, 2019, p.67).

Extrême sensibilité : « l'eau, l'air, le tissu ou le papier sont aussi d'une grande sensibilité, la surface de l'eau se ride au moindre mouvement » (Roussillon, 2019, p.68).

Indéfinie transformation : l'eau a la possibilité de changer de forme à l'infini suivant son contenant et même suivant la température. « Les formes plus primitives, partielles, ne possèdent pas encore de capacité à conserver les formes par elles-mêmes. L'eau ne garde pas la forme si un contenant externe ne la contraint pas à la conserver, mais inversement elle accepte d'emblée d'épouser la forme du contenant qui l'entoure, elle lui est soumise d'emblée » (Roussillon, 2019, pp.67-68).

Inconditionnelle disponibilité : « l'eau, l'air aussi, dans les conditions d'une utilisation comme médium, sont aussi indéfiniment disponibles, patientes, en attente d'animation... » (Roussillon, 2019, p.69).

Animation propre (caractère vivant du médium) : « l'eau elle aussi, quand elle s'écoule, semble être animée d'un mouvement propre, d'une vie interne quand elle cascade sur les obstacles » (Roussillon, 2019, pp.66-67).

Catherine Potel, quant à elle, évoque l'eau comme médium malléable partiel : « sa particularité qui en fait un médium malléable partiel, est que seule, elle ne peut conserver sa forme, ce qui réduit sa nature représentative » (1999, p.63).

Comme nous l'avons vu plus haut, les représentations de l'eau sont multiples en fonction de la culture, de l'âge, de la langue ou encore des religions. Dans cette même idée, il y a autant de médiations aquatiques qu'il y a de professionnels qui la pratique.

L'une des médiations est la balnéothérapie, qui vient du latin balneum : « bain ». Elle est réputée pour proposer des soins dans une eau plus chaude qu'une piscine permettant un relâchement musculaire plus important. En piscine, la principale particularité est l'immersion, avec la douche au préalable, avant de passer dans le bassin. La baignoire est principalement utilisée avec les tout-petits ou les personnes âgées. En effet, pour les tout-petits l'emballotement dans un linge et bercé par les mouvements de l'eau peut permettre d'accéder à un apaisement et de retrouver certaines sensations intra-utérines primaires. Anne-Marie Latour, détaille les différents aspects corporels et relationnels que la pataugeoire vient mettre en jeu. « La pataugeoire est le lieu du travail avec l'eau, avec le corps, avec l'autre » (Latour,

2007, p.43). Même un simple robinet dans une salle de psychomotricité peut suffire à une séance.

Toutes ces techniques ont des objectifs différents. L'utilisation de l'une plutôt qu'une autre va dépendre d'un certain nombre de facteurs : les moyens mis à disposition dont bénéficient les professionnels de santé ou les structures de soins, le projet thérapeutique du patient, ses attirances, mais aussi les préférences du professionnel. En effet, un professionnel ne peut pas envisager une médiation dans laquelle il n'est pas à l'aise ou avec laquelle il n'a aucun lien. Avant d'utiliser une médiation, il est important de l'avoir soi-même pratiquée et d'en avoir perçu les effets avant de la proposer à nos patients.

C. L'eau, un milieu très différent du milieu terrestre :

Dans son livre *Le corps et l'eau*, Catherine Potel (1999) décrit les effets de l'eau sur le corps humain. Elle cite notamment, l'enveloppement du corps, l'accompagnement du mouvement, le portage, le massage et la caresse, l'allègement du corps dans l'eau, l'immersion, les référentiels vestibulaires, l'effet euphorisant de l'eau et les sensations de limites du corps. Cette médiation n'est toutefois pas neutre. En effet, l'eau peut impressionner, apeurer, intriguer. Nos réactions vis-à-vis de l'eau sont propres à notre vécu, mais ne laisse pas indifférent, tant pour le patient que pour le soignant.

En fonction de sa température, l'eau peut avoir des effets différents sur le corps humain. En effet si l'eau est froide, les pores de la peau se ferment et notre posture change. Le *tonus* musculaire augmente et le corps se recroqueville. Quand l'eau est chaude, au contraire, les pores de la peau se dilatent, le tonus s'abaisse et les muscles se détendent. Quant à l'apesanteur, elle permet de se libérer de toute tension et de se laisser porter par l'eau. « La température de l'eau stimule la peau et ses récepteurs sensoriels. Sa densité mobilise les récepteurs de pression, et soutient le ressenti d'une consistance. Le mouvement du corps dans l'eau, le jeu avec sa résistance, mobilise le tonico-moteur : ce qui est éprouvé est alors plus sûrement une expérience de résistance tonique, que de résistance de l'eau elle-même. » (Potel, 2021, p.71)

En *motricité globale* la fonction d'équilibration est perturbée en raison de la poussée d'Archimède. Les appuis sont différents. L'eau est un élément qui permet de réaliser des explorations motrices multiples et très différentes du milieu ordinaire au vu de ses caractéristiques uniques. L'eau enveloppe chaque partie du corps immergée, ce qui va soutenir le mouvement et permettre de donner au sujet des repères proprioceptifs de son propre corps.

Elle va accompagner chaque mouvement nécessitant alors un nouvel ajustement tonico-postural. Une fois que le patient se sent à l'aise dans l'eau, elle peut offrir des moments de relâchement et d'apaisement.

« La poussée d'Archimède, quant à elle, désoriente et désorganise dans un premier temps : plus les mêmes sensations de pesanteur, plus d'appui fiable (non seulement ils ne sont plus sentis ou de façon différente, mais ils ne sont pas davantage vus), plus de verticalité assurée, des équilibres sans cesse menacés. Il faut tout recréer, faire appel à d'autres appuis (dans l'environnement physique et dans l'entourage), développer un sens nouveau de l'érection du corps. La proprioception est particulièrement mobilisée, « tous les bras et toutes les jambes » sont alors nécessaires, activement nécessaires : les habituels mouvements d'équilibration, à l'air libre, ou les crispations hypertoniques habituelles, n'y suffisent pas. » (Potel, 2021, p.73)

Au niveau *sensoriel*, tout est perturbé. De façon tactile l'eau vient envelopper la peau en tout point, lorsque l'on ouvre les yeux sous l'eau tout est flou, les sons deviennent très sourds et denses. Le système vestibulaire est perturbé par l'apesanteur de l'eau qui oblige le sujet à trouver de nouveaux appuis, mais permet aussi un allègement du corps.

Il existe une réelle communication infra-verbale entre deux sujets. Les mouvements des uns vont venir se répercuter sur les autres à travers l'eau. Les interactions se font de manière involontaire mais sont bien présentes. Quant aux *émotions*, cette médiation nous permet de travailler sur différents axes et notamment la régulation ou la gestion des émotions. Au niveau *affectif*, elle peut avoir des effets antinomiques, euphorisante pour certains, mais angoissante pour d'autres avec de la peur et de l'appréhension. L'immersion permet de faire émerger des représentations très diverses et confirme son statut de médium malléable.

Partie clinique :

I. La structure

A. Présentation

L'institut a été créé en 1893 pour accueillir « les enfants sourds et demi sourds des deux sexes dès l'âge de deux ans » (délibération du Conseil Général de la Seine du 16 janvier 1893 et arrêté préfectoral du 20 juillet 1893). En 1981, en application de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, l'Institut devient un établissement public départemental autonome. Il est alors géré et financé par le Conseil Général du département. Cet établissement a une capacité de 180 places. Il assure la scolarisation et l'accompagnement médical et paramédical des enfants de 0 à 20 ans. Il accompagne également les familles dans les démarches socio-éducatives.

Initialement, l'institut était dédié uniquement aux enfants sourds. Aujourd'hui, il propose également un accueil aux enfants déficients auditifs avec troubles ou handicap associés, ainsi qu'aux enfants ayant des troubles spécifiques du langage de type dysphasie, avec ou sans troubles associés. L'institut favorise une approche systémique en proposant également un accueil et un accompagnement aux familles des enfants. Il s'agit de considérer l'enfant comme faisant partie d'un « système », en prenant en compte son environnement proche.

B. Le projet actuel

Tous les cinq ans, l'établissement construit un projet éducatif pour être au plus proche des besoins. Actuellement, le projet en cours (2020-2025) s'articule principalement autour du lien-école/famille/enfant, de l'inclusion scolaire et de la linguistique. Il souhaite faire progresser tous les enfants ainsi que tous les encadrants à la L.S.F. tout en amenant progressivement vers une autre méthode de communication, la L.P.C. En réalité, la mise en place de cette nouvelle méthode de communication n'est pas envisagée pour diverses raisons : le niveau cognitif des enfants n'est pas assez élevé pour accéder à cette méthode, aucun professionnel n'est formé à celle-ci et historiquement l'institut est attaché à la culture sourde donc à la promotion de la L.S.F. Un autre axe du projet est d'élargir l'accueil aux enfants présentant des troubles du spectre autistique et autres troubles associés pour lesquels il existe très peu de structures.

C. Le lieu

L'établissement est une grande structure de 11 000 m² avec un rez-de-chaussée et deux étages, accessible aux personnes à mobilité réduite. Lors de ma première journée de stage, j'ai été impressionnée par la grandeur de cette structure. Il est rare de trouver dans un même lieu, une école, un collège, un lycée professionnel, un internat, des cabinets médicaux et paramédicaux, des équipes socio-éducatives, qui s'articulent entre eux pour former une seule et même entité.

D. Le personnel

Les professionnels sont nombreux au sein de cette structure. Nombreux d'entre eux sont sourds. Cela fait partie de l'identité de l'établissement, qui depuis sa création, a pour objectif de proposer aux enfants, un accompagnement bilingue (Français et L.S.F.). Cela peut également permettre aux enfants de s'identifier plus facilement à des personnes ayant le même handicap, qu'à des personnes entendantes. Emmanuelle Laborie, actrice et écrivaine est née sourde au début des années 70. Dans son livre *Le cri de la mouette* elle dit avoir découvert tardivement que les adultes aussi pouvaient être sourds : « *je n'avais jamais vu d'adultes sourds. Je n'avais vu que des enfants sourds, dans la classe spécialisée de la maternelle où j'étais. Donc, dans mon esprit, les enfants sourds ne grandissaient jamais. On allait tous mourir, comme ça, tout petits. (...) Il n'y avait aucune référence possible.* » (Laborie, 2001, p.24).

Le service administratif est composé de douze personnes, dont la directrice et la directrice adjointe. Le service médical comporte quatre médecins généralistes (un coordinateur, un spécialiste en neuropédiatrie, un pédopsychiatre et un pédiatre), un neuropsychiatre, un médecin ORL, un audioprothésiste, une infirmière, une aide-soignante et une secrétaire médicale.

Au sein du service rééducation se trouve une psychomotricienne à temps complet, quatre à temps partiel, dix orthophonistes et six ergothérapeutes. Six psychologues et deux neuropsychologues proposent de la remédiation cognitive.

Le service pédagogique est composé de quatorze enseignants de l'éducation nationale (dont six qui ont le C.A.P.P.E.I. : Certificat d'Aptitude Professionnelle aux Pratiques de l'Éducation Inclusive). Parmi ces professionnels, certains proposent des cours d'enseignement bilingue (langue française orale et L.S.F.) ainsi que des adaptations pour répondre aux besoins de chaque

enfant individuellement. On retrouve également trois enseignants de L.S.F. et un professeur d'Éducation Physique et Sportive (E.P.S.).

Le service d'aide à la communication comporte cinq interprètes. Ce service est très spécifique aux établissements qui prennent en charge des personnes sourdes. Il existe également au sein de ce service une personne chargée de l'interface de communication qui a également la fonction d'éducateur. Deux assistantes sociales à mi-temps s'occupent des problématiques et dossiers socio-éducatifs.

L'équipe éducative regroupe vingt-neuf professionnels (éducateurs spécialisés, éducateurs pédagogiques, moniteurs-éducateurs, moniteurs d'atelier, éducateurs de jeunes enfants, animateurs et animateurs éducatifs). Elle est également constituée d'un bibliothécaire et de trois veilleurs de nuit.

Enfin, quatre personnes s'occupent des services techniques et informatiques et deux personnes s'occupent du magasinage. Le transport (Compagnies de Taxi pour les trajets domicile/école) et l'entretien sont des services externalisés.

E. Les services

La scolarité ainsi que les prises en charge paramédicales sont organisées en différents services en fonction des besoins et de l'âge des enfants :

Le S.A.F.E.P. (Service d'Accueil Familial et d'Éducation Précoce) prend en charge des enfants de 0 à 3 ans. Il propose des séances médicales et paramédicales avant l'entrée à l'école pour un accompagnement des enfants et des parents. Les professionnels se déplacent aussi en crèche ou à domicile, sur le même fonctionnement qu'un S.E.S.S.A.D.

Le S.S.E.F.S. assure une continuité de soins pour les enfants de 3 à 15 en inclusions dans un établissement ordinaire

La S.E.E.S. (Section d'Enseignement et d'Éducation Spécialisée) fonctionne comme une école avec des temps de rééducation et des temps éducatifs compris sur le temps scolaire. Elle comprend la maternelle pour les enfants de 3 à 6 ans porteurs de surdité avec ou sans handicap associés (11 enfants), l'élémentaire (CP-CM2), l'E.G.A. (Enseignement Général Adapté)

correspondant à l'âge du collège et 2 filières professionnelles, C.A.P. pâtisserie et A.T.M.F.C. (Assistant Technique en Milieu Familial et Collectif)).

La S.E.D.A.H.A. (Section d'Éducation pour Déficients Auditifs avec Handicap Associé) est une unité qui reçoit les enfants de 6 à 13 ans avec un enseignement spécialisé (SEHA) et ensuite de 14 ans à 20 ans, toujours avec un enseignement spécialisé. Elle prépare l'orientation soit vers des foyers médicalisés soit des stages professionnels et une orientation vers E.S.A.T. en fonction des possibilités et des troubles de la personne. Elle assure la scolarité des enfants sourds n'ayant pas les capacités cognitives pour intégrer les classes de la S.E.E.S.

La section T.S.L. (Troubles Spécifiques du Langage et des apprentissages) accueille des enfants entendants avec une dysphasie importante (trouble du développement du langage).

F. Les temps d'échanges

Étant donné le nombre important de professionnels au sein de cette institution, il me paraît important de faire un point concernant les échanges et les partages d'informations dans la triade professionnels/parents/enfants dont l'objectif est d'accompagner au mieux les enfants.

Tout d'abord, de nombreux temps sont réservés aux professionnels afin de maintenir une pluridisciplinarité indispensable au bon fonctionnement de l'établissement. Une réunion hebdomadaire par service est organisée permettant d'échanger autour de certains enfants en fonction des besoins des professionnels. Elle permet aussi la rédaction de documents tels que le projet personnalisé ou les synthèses. Cependant, les professionnels déplorent l'absence à plusieurs réunions d'un « ordre du jour » normalement créé par le cadre du service, qui évite que la parole soit focalisée uniquement autour des prises en charge en impasse thérapeutique. Dans ces cas-là, les discussions tournent toujours autour des mêmes enfants. Des groupes d'analyse des pratiques ont tenté d'être mis en place plusieurs fois, mais l'efficacité de ces échanges dépend beaucoup de la personne qui l'anime, de l'alliance thérapeutique du groupe et de la stabilité des équipes.

Chaque année, pour chaque enfant, une réunion d'E.S.S. (Équipe de Suivi de Scolarisation) est organisée pour échanger autour de son orientation pour l'année à venir (quelle section ? En inclusion ? Projet professionnel ? Etc...). Lors de cette réunion sont présents les professionnels

concernés, l'enseignante référente de la MDPH qui s'occupe de l'orientation, les parents et l'enfant lui-même s'il le souhaite.

L'institut accueille des enfants sourds sans sectorisation, pour lesquels les parents ne viennent pas tous les jours accompagner leurs enfants. Une compagnie de taxis s'occupe du trajet domicile/institut. La communication directe entre les parents et l'institution n'est donc pas possible. Ainsi, les professionnels de l'établissement ont mis en place différentes possibilités d'échange.

Pour les informations de la vie quotidienne, chaque enfant a un cahier de communication, qu'il transporte chaque jour de sa maison à sa salle de classe. Cependant, de nombreux parents sont non-lecteurs, les professionnels communiquent alors par messages vocaux sur l'application WhatsApp. Pour les informations plus formelles, la correspondance se fait par mail. Les réunions avec les parents sont de deux minimum par an. Elles ont pour objectif de recueillir leurs attentes et leur remettre le Projet Individuel d'Accompagnement de l'enfant (P.I.A.).

Par ailleurs, l'établissement organise des journées auxquelles les parents sont conviés : les journées de rentrée des classes, le projet « invitation des parents » pour voir le quotidien de leur enfant ou encore les projets de « communication des samedis travaillés », constitués d'un atelier de L.S.F. puis d'un groupe parents-enfants autour d'une activité différente en fonction des services (par exemple, dans l'unité de maternelle sont organisés des jeux de société, du modelage, de la cuisine, etc.... et en S.E.H.A. l'équipe organise un petit-déjeuner).

Comme pour la communication entre professionnels, l'institut rencontre différentes problématiques dans la communication avec les parents. En effet, de nombreux parents sont d'origines très diverses et souvent, ne parlent pas le français. Les familles sourdes qui ne viennent pas de France n'ont pas la même langue des signes ce qui majore les difficultés. La présence d'interprètes aux réunions est possible mais cela nécessite des demandes administratives auprès de services d'interprètes extérieurs. De plus, comme évoqué plus haut, l'illettrisme des parents est très présent au sein de cet institut.

G. La place de la psychomotricité

La psychomotricité a un rôle très important au sein de cette institution depuis 25 ans. Elle a remplacé la kinésithérapie. L'établissement souhaite une approche thérapeutique, éducative et rééducative tout en tenant compte des difficultés sur le plan moteur, comportemental, relationnel et émotionnel des enfants accueillis. Les séances de psychomotricité peuvent être individuelles, en binômes, trinômes, groupales, mais aussi en présence des parents toujours dans le cadre du projet individuel du jeune. L'équipe travaille aussi en transdisciplinarité, notamment lors de groupes à médiation corporelle.

H. Ma place en tant que stagiaire :

Les deux premiers jours de stage du début de l'année ont été particuliers. Ma maîtresse de stage finissant son congé maternité m'a proposé de venir deux jeudis à l'institution pour rencontrer les professionnels, les enfants et commencer à en comprendre le fonctionnement. Ces deux premières journées ont été très enrichissantes et m'ont aidée par la suite. Au moment de commencer les prises en charge en psychomotricité, je connaissais alors déjà les enfants et certains professionnels de la structure. Durant le premier mois, j'ai eu une posture d'observatrice. J'accompagnais ma maîtresse de stage et je me nourrissais de ses postures et manières de faire avec les enfants en séance. Puis, petit-à-petit, j'ai pris mes marques au sein de cette grande institution. J'ai toujours sous l'œil bienveillant de ma maîtresse de stage, commencé à proposer des choses, réaliser mes premières prises en charge individuelles, me suis impliquée plus profondément dans les séances et trouvé ma place en tant que stagiaire.

L'équipe de l'institution, éducative, pédagogique comme paramédicale m'a très bien accueillie et intégrée dès le début de l'année. J'ai eu l'occasion d'assister à des séances autres que psychomotrices (orthophonie et ergothérapie) pour me permettre de me rendre compte de la prise en charge par les autres corps de métiers avec lesquels nous travaillons au quotidien. J'ai également pu assister à différentes réunions telles que les remises des Projets Individualisés d'Accompagnement (P.I.A.) aux parents ou en encore aux E.S.S. des enfants que j'accompagne durant cette année.

II. Le groupe piscine

Cette séance a lieu tous les jeudis de 10 h 30 à 13 h. Elle démarre à la sortie de l'institut et se termine à la fin du repas du midi que l'on prend en groupe pour une meilleure fluidité.

A. Les enfants

Ce groupe est constitué de quatre enfants de 6 à 8 ans. Tous présentent une surdité profonde bilatérale avec différents handicaps associés :

Alayan est un garçon de 5 ans et 11 mois au moment où je le rencontre. Il présente un Trouble du Spectre Autistique (T.S.A.). Il est actuellement en grande section de maternelle au sein de l'institut.

Diego est un garçon de 8 ans. Pour le moment il n'y a pas de diagnostic posé, mais on suppose qu'en raison de sa surdité et du contexte familial il a été confronté à des carences pluri sensorielles précoces. En effet, dans sa petite enfance, Diego a grandi dans un contexte de migration. Il est depuis trois ans au sein de la S.E.H.A.

Aya est une fille de six ans au moment où je la rencontre (elle a eu sept ans au cours de l'année scolaire). Aya présente une fœtopathie suite à la prise de médicament « tératogène » pendant la grossesse entraînant une agénésie de l'oreille, de l'œil et de la main droite. Au vu de ses capacités cognitives, on devrait retrouver des impacts au niveau neurologique, mais elle est encore trop jeune pour réaliser un bilan neuropsychologique. Depuis cette année elle est en S.E.H.A.

Enfin, Noah est un garçon de sept ans. Il présente un syndrome de Di George (ou délétion 22Q11). C'est un syndrome polymalformatif dans lequel les symptômes sont très nombreux et variables en fonction des personnes. Noah est scolarisé au sein de la S.E.H.A. depuis deux ans.

Diego, Aya et Noah sont dans la même classe de S.E.H.A. avec un autre enfant, le jumeau de Alayan.

Ce groupe piscine a évolué depuis sa création il y a quatre ans. Le créneau existe depuis quelques années pour les enfants de la S.E.H.A. Mais, il y a deux ans, deux places ont été ouvertes pour les classes de Grande Section. Alayan et son jumeau, alors en G.S., mais qui

allaient probablement intégrer la S.E.H.A. ont pu en faire partie. À la suite d'un incident, le jumeau de Alayan a été interdit de sortie. Il ne fait donc plus partie du groupe piscine, mais Alayan y participe toujours. Alayan fait donc partie de ce groupe depuis deux ans, Diego depuis trois ans. Pour Noah et Aya, c'est leur première année au sein de ce groupe. J'ai appris au cours de cette année que ces quatre enfants faisaient partie d'un groupe de graphisme (mené par une enseignante et une ergothérapeute) auquel ils étaient tous présents avec 3 autres enfants.

Alayan et Diego, sont les deux enfants choisis comme cas cliniques dans ce mémoire. Leur profil sera détaillé par la suite. Au début de l'année, j'ai passé deux jours dans la section des maternelles pour rencontrer les enfants et les professionnels. J'ai beaucoup observé Alayan et son attitude m'a interpellée sur plusieurs points. Quelque temps plus tard lors d'une séance de groupe, Diego et Alayan ont commencé à s'éclabousser l'un et l'autre, des fous rires ont émergé entre les deux enfants. Les adultes n'avaient jamais vu ça de la part de ces enfants. Ils ont été surpris. Ces deux moments ont soulevé chez moi beaucoup de questionnement.

B. Les professionnels encadrants

Ce groupe est mené par deux psychomotriciennes de la structure. L'une des psychomotriciennes est référente de la section des maternelles. Elle a donc effectué des prises en charge en individuel pour tous les enfants du groupe pendant leurs années de maternelle. L'autre psychomotricienne de ce groupe est rattachée à la section S.E.H.A. Elle réalise donc des séances individuelles de psychomotricité avec les trois enfants du groupe qui sont en section S.E.H.A. Elle n'a pour l'instant aucune séance avec Alayan mais reprendra le suivi l'an prochain quand il intégrera la S.E.H.A. Le maître-nageur fait aussi parti des professionnels encadrant ce groupe thérapeutique. Légalement, au moins un maître-nageur doit être présent lors des séances pour des questions de sécurité. Celui-ci joue un rôle important en termes de cadre et de relation. J'évoquerai ultérieurement ce point plus en détail dans mon écrit.

C. Le lieu

Le groupe piscine se déroule dans un complexe sportif. Il comporte un grand gymnase, un terrain de volley, etc.... Pour y aller, nous marchons environ 15 minutes depuis l'institution. Puis, nous descendons deux étages pour arriver au sous-sol où se trouve la piscine.

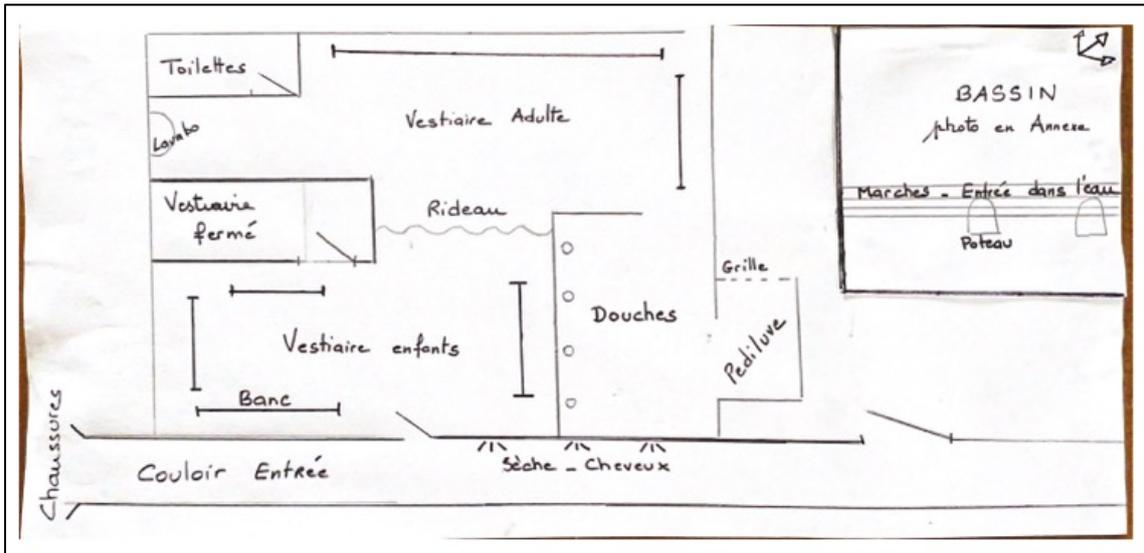


Figure D : Plan de la piscine

À ce moment-là, nous passons par quatre espaces différents. Le premier est celui où nous devons enlever et laisser nos chaussures. Puis, nous passons au vestiaire collectif où un rideau au milieu de la pièce permet de créer deux espaces. Dans le vestiaire nous retrouvons des toilettes et un vestiaire fermé. Puis nous passons aux douches. C'est un petit endroit, très peu éclairé, qui contient cinq douches. Enfin, en passant par le pédiluve, nous arrivons au bassin. Entre le pédiluve et le bassin, on peut trouver une barrière qui permet de fermer le bassin à la fin de la séance. Le bassin se trouve dans une grande pièce très lumineuse (annexe III). Nous arrivons directement au niveau des marches qui permettent d'entrer dans l'eau. Elles s'étirent sur toute la largeur du bassin séparées par de gros poteaux qui divisent l'entrée dans l'eau en plusieurs parties. Le bassin en lui-même mesure 12,5 mètres de long et 10 mètres de large. La profondeur varie très progressivement depuis les marches à 1 mètre jusqu'au milieu du bassin à 1,10 mètre (profondeur maximale). Les enfants et les adultes du groupe ont donc toujours pied, quelle que soit la localisation dans le bassin. Les enfants qui ne savent pas nager peuvent donc se déplacer en toute sécurité en marchant. La température de l'eau est aux alentours de 28 degrés. Le bassin se trouve dans un espace clos et personne ne s'y trouve en même temps que nous. À gauche du bassin, une fenêtre donne sur un terrain de volley sur lequel joue parfois un groupe d'adolescents de l'institut (cours de sport). À droite du bassin, une autre fenêtre donne sur l'extérieur. Cette grande fenêtre fait entrer la lumière du jour dans l'ensemble de la salle. Aux deux extrémités du bassin, on retrouve deux salles dans lesquelles le maître-nageur va parfois chercher du matériel.

D. Le matériel

Le matériel a plusieurs fonctions : offrir des appuis plus stables pour les membres supérieurs ou inférieurs, délimiter l'espace du bassin très étendu (et le rendre donc moins effrayant pour certains enfants) et placer des repères pour symboliser l'espace. Nous avons accès à l'ensemble du matériel de la piscine sous contrôle du maître-nageur. Nous pouvons également amener du matériel de la structure si besoin.



E. Déroulement des séances

L'organisation de ces trois heures passées ensemble est immuable. La séance commence dès le départ de l'institution. Nous demandons alors à chaque enfant s'il a pensé à amener ses affaires de piscine. Question qui soulève le problème de l'implication des parents dans le suivi de leur enfant à l'institut. La préparation du sac de piscine par les parents est révélatrice des difficultés de communication rencontrées au sein de cette institution (comme détaillé plus haut). En effet, malgré les rappels dans les cahiers, les affaires sont régulièrement oubliées. Depuis le début de l'année, par exemple, Aya apporte une lavette de ménage en guise de serviette pour le corps dans un sac en plastique. Les deux psychomotriciennes ont donc toujours des affaires de piscine supplémentaires pour chaque enfant.

Puis, nous voilà partis pour la piscine. Au vu de l'âge des enfants et de leurs troubles (principalement leur surdité), il nous a paru important au cours de cette année de travailler autour de la circulation en ville et l'apprentissage du respect des règles de la voie publique : traverser au vert, regarder des deux côtés s'il y a des voitures avant de traverser, toujours pouvoir être vu des adultes, identifier les endroits où nous pouvons courir et ceux où on ne peut pas, etc... Les enfants ont appris les règles de sécurité à l'intérieur et à l'extérieur de la structure. Ce trajet a fait l'objet de nombreuses situations de crises que ce soit cette année ou les années précédentes. Les enfants ont parfois envie d'être portés au lieu de marcher, ils peuvent être réticents à quitter l'institution ou la piscine une fois la séance terminée. Je développerai ce point ultérieurement plus en détail dans mon écrit.

En arrivant dans la piscine, une fois les chaussures déposées à l'entrée, vient le moment de se déshabiller et se mettre en maillot de bain. Le groupe étant constitué de trois garçons et d'une

filles, nous sommes partis du principe que le rideau présent dans les vestiaires nous permettrait de séparer le vestiaire des garçons et le vestiaire des filles. Mais, dès le début de l'année, Aya a préféré une autre règle. Elle voulait de façon très claire, les adultes d'un côté du rideau et les enfants de l'autre côté pour rester avec ses camarades malgré la nudité. Le rapport à la pudeur est en effet très différent d'un enfant à l'autre. La pudeur apparaît généralement entre quatre et sept ans, mais peut fluctuer suivant la culture ou la personnalité des parents. Il est de toute façon très sain que l'enfant manifeste des limites par rapport à son intimité lorsqu'il est nu. (Fortier, 2021). Aucun enfant du groupe ne semble pudique. Doit-on voir ce comportement comme faisant partie d'un retard de développement ou une problématique purement culturelle ? Le cadre de la piscine vient questionner ces questions de perception du corps et d'identité. Est-il important de ne pas perturber les habitudes ?

Nous entrons ensuite dans les douches. Elles représentent un moment important pour certains enfants, car c'est le premier contact avec l'eau. Si la sensibilité tactile est forte, l'enfant peut déjà avoir une première difficulté ou appréhension, surtout si l'eau est froide au début et qu'il faut attendre.

Voici à présent la description d'une séance type. Nous commençons par le rituel aller-retour dans la piscine (marche avant puis marche arrière) et par un « échauffement » collectif. Puis, une activité démarre, autour d'un objet ou non. Si c'est un objet, une expérimentation libre démarre dans un premier temps, puis l'activité autour de l'objet prend forme. En guise de rituel de fin nous mettons à disposition un tapis mou pour chaque enfant et la seule indication est un temps de retour au calme. Ils peuvent l'utiliser comme ils le souhaitent, mais nous essayons que chaque enfant puisse se recentrer sur lui-même en fin de séance.

III. Cas cliniques (pour des raisons de confidentialité, les prénoms des enfants ont été modifiés)

A. Alayan

Je rencontre Alayan pour la première fois dans sa classe de grande section en octobre 2022. Il a alors 5 ans et 11 mois. Son regard m'a tout de suite interpellée. Il est fuyant, ne se pose jamais réellement, mais l'enfant semble tout de même chercher mon regard. Ses traits sont fins et il grandit vite de semaine en semaine ce qui lui donne un air élancé. Sa peau, abîmée à certains endroits, est le résultat de griffures et de morsures qu'il s'inflige en situation d'angoisse ou reçues par son frère jumeau.

Alayan vit avec ses parents, ses cinq frères (dont trois sont sourds et suivis à l'institut) et ses deux sœurs. Au sein de cette fratrie, on retrouve quatre enfants (dont Alayan) issus de grossesses gémellaires. Originaires du Sénégal, les parents d'Alayan sont arrivés en France séparément, la mère en 2008 et le père en 2012. À la maison, ils parlent le peul et le français. La maman apprend quelques signes en L.S.F. pour pouvoir communiquer avec ses trois enfants sourds. Cette famille vit dans un contexte social de précarité malgré les emplois stables des parents. Ils habitent dans un tout petit appartement où les enfants dorment dans la même pièce que leurs parents, mais dans des lits séparés. De confession musulmane, les parents sont mariés et respectent les mœurs religieuses notamment en matière de contraception et de droit à la vie pour chaque enfant procréé.

La question de l'acceptation du handicap a été soulevée lors des échanges avec la maman. Elle évoque avoir refusé de reconnaître la surdité d'Alayan et de son jumeau Adama, ayant déjà un enfant sourd plus âgé. Le diagnostic est posé à 2 ans et 2 mois, mais les jumeaux ne seront appareillés qu'à leurs 3 ans.

Alayan est scolarisé depuis la petite section à l'institut (septembre 2019). Auparavant, il était gardé à la maison avec son frère jumeau par leur maman. Depuis le début de l'année scolaire (septembre 2022), Alayan est également pris en charge en Hôpital De Jour (H.D.J.) à mi-temps.

1) *Anamnèse*

Alayan est né en novembre 2016. Deux ans et deux mois plus tard (novembre 2018), le diagnostic d'une surdité de perception profonde bilatérale est posé pour lui et pour Adama son frère jumeau. Ils ont également un grand frère présentant une surdité profonde bilatérale. L'origine de la surdité de cette fratrie serait la consanguinité des parents (cousins germains) qui aurait entraîné la mutation du gène OTOF à l'état homozygote. C'est une surdité isolée de transmission autosomique récessive. Le bilan étiologique ne retrouve pas de causes extrinsèques à la surdité.

Alayan est appareillé à l'âge de deux ans et demi mais ne porte pas ses appareils. De nombreux signes autistiques sont ensuite détectés chez Alayan et Adama. Le médecin pédopsychiatre attendra la mise en place de l'implant afin d'écarter la piste de carences sensorielles responsable des troubles. À l'âge de trois ans (janvier 2020), Alayan est opéré pour la pose d'un implant à l'oreille droite. Pendant un an, les réglages de l'implant n'étaient pas adaptés (trop fort pour lui). De plus, le fait de s'habituer à avoir en permanence quelque chose sur la tête a été très long pour lui (nous verrons plus tard la problématique du bonnet de bain à enfiler). Mais ce problème est maintenant réglé et Alayan porte son implant quotidiennement. Malgré la pose de l'implant, les signes autistiques perdurent (intérêts restreints, particularités sensorielles, troubles des interactions, etc...). Courant 2020 Alayan et Adama sont orientés par le médecin de l'institut, vers une U.T.E.S. (Unité Thérapeutique Enfance et Surdité) au sein d'un centre régional de soins et de ressources en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, pour réaliser les bilans de recherche d'un éventuel T.S.A. En 2021 le diagnostic d'un T.S.A. d'intensité sévère est posé. Le même diagnostic sera posé pour Adama. L'annonce de ce diagnostic en plus de la surdité, a été reçue avec difficulté par les parents. Aujourd'hui, le handicap semble accepté et les parents sont acteurs dans l'accompagnement de leurs enfants. Le quotidien reste difficile notamment en raison du comportement de Adama qui peut être « tyrannique » (terme de la maman).

Les jumeaux sont pris en charge à l'institut depuis leurs trois ans (2018). Leur grand frère porteur de surdité est en E.G.A. en raison d'une scolarisation difficile. Il n'a pas accès à la langue orale et communique uniquement en L.S.F. Actuellement, Alayan est en grande section depuis deux ans. Il a été maintenu pour deux raisons principales. Tout d'abord il n'était pas très cohérent de le changer de section la même année que son entrée en H.D.J. au vu de ses troubles autistiques. En effet, il faut limiter le nombre de changements pour conserver au maximum les

progrès effectués pendant les années de maternelle. Ensuite, l'équipe préconisait une séparation avec son frère jumeau car celui-ci l'envahissait et pouvait parfois lui faire peur. Adama est maintenant en S.E.H.A. à mi-temps, avec également une prise en charge dans un H.D.J. différent de celui d'Alayan.

L'H.D.J. dans lequel Alayan est pris en charge à mi-temps propose une prise en charge intégrative (qui utilise des méthodes multiples : comportementales, développementales, éducatives, cognitivistes, etc....). C'est un hôpital à la pointe de la recherche sur ce double handicap que sont les troubles du spectre autistique et la surdité. Les séances proposées sont pluridisciplinaires (éducatif, thérapeutique et pédagogique). En avril 2023, un voyage à la campagne auquel Alayan a participé est organisé par l'équipe pluridisciplinaire. Le personnel encadrant était d'un adulte pour un enfant, ce qui a été nécessaire et bénéfique pour Alayan. À ce jour, nous n'avons pas eu de retour quant à ce voyage.

2) Bilan psychomoteur

Alayan bénéficie d'une prise en charge psychomotrice depuis son entrée à l'institut. En raison de ses difficultés d'interactions et de sa déficience intellectuelle, la passation d'un bilan psychomoteur standardisé complet n'est pas réalisable. Je présenterai donc ici une sémiologie psychomotrice réalisée à partir des quelques tests réalisés et de l'observation spontanée d'Alayan au cours de cette année.

- **Sensorialité :**

Lors de sa deuxième année de scolarité (2020-2021), une demande de passation d'un profil sensoriel de Dunn est effectuée suite à la suspicion d'un T.S.A., mais également pour mieux comprendre son fonctionnement. Ce bilan sensoriel mettra en évidence un comportement atypique dans l'ensemble des sphères sensorielles. L'équipe médicale et éducative avait auparavant remarqué un attrait particulier pour les odeurs, les lumières et les ombres. Ce bilan a confirmé et précisé ce constat.

Sur le plan auditif, le bilan indiquait qu'Alayan *s'autostimulait en faisant le son « Ga »*. Il ne réagissait pas à l'appel de son prénom ni aux bruits alentours et remettait en place son antenne lorsque celle-ci tombait. Aujourd'hui, peu de choses ont évolué au niveau auditif mis à part le fait qu'il s'autostimule principalement dans les moments d'angoisses. Les examens

audiométriques ne sont pas réalisables entièrement du fait de l'absence de communication. Nous ne savons donc pas comment Alayan traite les informations auditives. La seule information que nous ayons sont les Potentiels Évoqués Auditifs (PEA) qui montrent une activité dans les nerfs auditifs, ce qui signifie que l'implant cochléaire fonctionne.

Sur le plan visuel, le regard est très souvent périphérique, comme souvent chez les T.S.A. Il est aussi fasciné par les lumières, les ombres et tous les objets qui brillent. Cette accroche visuelle le coupe et l'arrête dans ses activités. Il regarde constamment derrière lui et en haut. Depuis peu, il pointe dans la direction de ces objets lumineux, comme s'il voulait nous faire partager ce qui l'attire. Il nous regarde avec insistance et attend notre réaction. Aujourd'hui, il semble parvenir davantage à fixer son regard sur une image ou vers une personne.

Sur le plan tactile, les sensations sont complexes sur deux points. Comme nous l'avons indiqué plus en amont, il a été appareillé à deux ans et demi, il a ainsi dû s'habituer à avoir quelque chose sur la tête en permanence. L'acceptation a été longue et laborieuse. Le port du bonnet de bain a fait écho à ce souvenir. Pendant les premières séances de piscine, les psychomotriciennes ont eu du mal à lui faire garder le bonnet sur la tête. De même, les années précédentes, Alayan pouvait refuser de toucher un objet voire le fuir. Il avait besoin parfois de le toucher avec un objet intermédiaire. Pour découvrir un nouvel objet, il avait tendance à ne le toucher que d'une main, en gardant l'objet qu'il manipulait juste avant dans l'autre main, comme s'il n'osait pas complètement rentrer dans une nouvelle activité. Aujourd'hui Alayan n'a plus d'appréhension pour toucher un nouvel objet, mais a toujours tendance à garder les objets en main. En revanche, pour découvrir de nouveaux objets, Alayan va toujours les sentir avant de les manipuler. Cela reflète un système olfactif très développé qu'il recherche pour découvrir les objets.

Concernant les informations multisensorielles, Alayan est très en difficulté. En effet, dès qu'il y a trop d'informations sensorielles en même temps, Alayan se disperse beaucoup et se décentre de l'activité qu'il est en train de réaliser.

Le bilan précise qu'Alayan, même plus petit n'a pas eu de troubles spécifiques au niveau alimentaire et cela est toujours le cas.

- **Tonus :**

Sur le plan tonique, Alayan présente une hypotonie de fond et d'action. En fonction des situations, Alayan met en place une carapace tonique pour suppléer à un manque de sentiment d'enveloppe.

- **Motricité globale :**

Les acquisitions motrices au cours de son développement sont globalement celles attendues pour son âge. Il a acquis la marche aux alentours de 13 mois et possède de bonnes coordinations dynamiques générales. Sa démarche actuelle est particulière. Il marche sur pointe des pieds avec un effet ressort lié probablement à son hypotonie. On observe une grande lenteur dans ses mouvements (bradykinésie) principalement dans les actes de la vie quotidienne (s'habiller, se déshabiller, manger, ...). Alayan n'initie que très peu de choses dans son quotidien. Cependant, il arrive qu'il ait des moments d'agitation psychomotrice importante avec des rires, parfois adaptés à la situation et d'autres fois, apparemment immotivés. Les coordinations oculo-manuelles sont plus compliquées, car son regard, attiré par les lumières, ne se fixe pas sur la tâche en cours. Le bilan vestibulaire réalisé en 2021 révèle qu'Alayan ne présente pas de trouble à ce niveau-là. En effet, lorsqu'il est dans un mouvement très lent et qu'il se retrouve sur un pied (pour mettre ses chaussures par exemple), il n'est pas du tout déséquilibré.

Alayan s'autorise à bouger beaucoup plus comparé à son inhibition très marquée en 2020. Les moments d'excitation importante ont lieu uniquement dans les lieux où il se sent sécurisé (donc dans les endroits qu'il connaît bien). Cela a d'ailleurs commencé l'an dernier, dans un premier temps, qu'à la maison. Encore maintenant, il aime beaucoup les glissades mais ne se rend pas sur le toboggan durant les temps de récréation. Aussi, il ose se détacher de la main de l'adulte pour courir, aller vers ce qui l'intéresse tout en regardant les adultes référents à ce moment-là. Le bilan sensoriel évoque un fonctionnement en « tout ou rien ». Encore maintenant, Alayan est soit dans un état de passivité importante, soit en hyperexcitation.

- **Motricité fine :**

J'ai profité de moments d'observation en classe individuelle pour regarder avec attention l'organisation de sa motricité fine. Il n'est pas complètement latéralisé. Il se sert de ses deux mains aléatoirement pour manipuler les objets, mais prend toujours le crayon dans sa main droite. La tenue de l'outil scripteur est toujours très immature. Il l'attrape puis commence toujours par le sentir. Ensuite, il retourne sa main, poignet tourné vers le haut, et débute le tracé.

Malgré une prise en main inversée, le rendu est précis, sans tremblement. Dans cette position, il réussit des graphismes complexes tels que des spirales.

- **Interactions / fonctionnement social :**

Alayan a maintenant conscience de la présence de l'autre, ce qui n'était pas le cas auparavant sauf pour donner la main à un adulte. Aujourd'hui, il regarde de plus en plus les autres enfants, cherche le contact de l'adulte, pointe de nombreuses choses (lumières, soleil, etc...). Il a compris que le pointage lui permet d'entrer en interaction avec autrui (surtout avec les adultes). Il joue à chat avec ses propres règles : soit il court après les autres soit il attend qu'on lui coure après. De plus en plus, il développe un intérêt pour ses pairs. Il vient les toucher très rapidement et rigole ensuite. Petit à petit, ses intentions se tournent vers le monde extérieur. Il porte aussi un intérêt grandissant pour les images, il apparie une photo avec l'objet ou la personne qui est dessus.

En milieu d'année, nous avons contacté la psychomotricienne responsable d'Alayan au sein de l'H.D.J. pour coordonner nos prises en charge et connaître l'organisation de ses journées. L'hôpital a mis en place pour Alayan un temps éducatif autour de la communication à l'aide de pictogrammes (méthode PECS®). Nous leur avons donc proposé de nous transmettre les pictogrammes, pour que le personnel de l'institut puisse les utiliser également lorsqu'ils s'adressent à Alayan, mais ils ne nous ont jamais été transmis. Ma maître de stage a depuis tout de même utilisé la même méthode et il est capable, maintenant de donner la bonne image en fonction de ce qu'il veut (méthode de sabotage dans la méthode pecs).

Actuellement, Alayan n'a aucun moyen de communication spontanée mais il peut recevoir une information. Il ne signe pas, mais commence depuis peu à comprendre quelques signes associés à la parole (ranger, manger, fini, encore...). En effet, on a pu remarquer qu'il est sensible à la prosodie de la voix notamment dans les moments où la voix de l'adulte devient plus ferme (lors d'une bêtise par exemple). De même il associe quelques signes à une action (par exemple « ranger » pour passer à autre chose). En communication réceptive, on lui montre des photos des lieux et des personnes avec qui il va aller quand il sort de la maternelle. L'an dernier, Alayan ne portait aucun intérêt à ces photos, mais depuis le début de l'année, il les regarde beaucoup plus et depuis peu les prend pour les accrocher dans l'emplacement dédié.

L'H.D.J. a réalisé un bilan ComVoor 2 (outil permettant une évaluation clinique des compétences de communication réceptive des personnes avec autisme qui ne communiquent pas ou peu verbalement), afin de mieux appréhender la compréhension qu'Alayan a des images ou pictogrammes, dans le but de lui proposer un planning visuel. Ce bilan a réaffirmé la nécessité de proposer à Alayan un moyen de communication alternatif avec recours à des photos. Celles-ci pouvant représenter des objets ou bien des personnes si elles sont bien distinctes et de préférence en noir et blanc sur fond noir.

À la maison, la maman nous a rapporté qu'il commençait à s'ouvrir, mais que c'était toujours compliqué avec son frère jumeau Adama. Alayan demande souvent des câlins. Les interactions avec ses frères et ses sœurs semblent lui permettre d'avoir des interactions très diversifiées.

- **Espace-temps :**

Alayan a besoin d'un cadre spatio-temporel stable. Les changements sont source d'une perte de repères importante qui engendre beaucoup d'angoisse. Durant ses deux premières années à l'institut, Alayan était très renfermé et inhibé. L'adaptation a été longue et il a mis du temps à se sentir en sécurité, aggravée par la présence de son jumeau, très violent avec lui. Souvent, l'agitation de son frère ne lui a pas laissé de place pour s'exprimer et réduire son inhibition. Cette année, l'entrée à l'H.D.J. représentant un nouvel endroit a été compliquée. Les professionnels nous ont informés qu'Alayan était très violent par moment et montrait beaucoup d'opposition.

- **Sphère émotionnelle :**

Depuis peu, Alayan est capable d'exprimer diverses émotions comme, la frustration, la colère, la joie, etc.... Ses émotions commencent aussi à s'affiner. Cependant, il arrive que leur expression soit un peu floue. En effet lors d'une séance individuelle Alayan est tombé violemment sur le sol dans un temps d'hyperexcitation. À ce moment-là, son visage s'est crispé, il s'est touché le poignet, on voyait qu'il s'était fait mal. Mais quelques secondes plus tard, toujours la main sur son poignet, il s'est mis à rigoler très fort. Des rires exprimant sans doute une angoisse liée à cette douleur qu'il ne peut peut-être pas comprendre. Alayan se griffe, se mord la main et tape sur les surfaces autour de lui quand il est très en colère. Cependant, il ne présente pas d'hétéro-agressivité.

3) Les autres prises en charge

Depuis trois ans Alayan a des prises en charge dans l'institut (voir l'emploi du temps d'Alayan dans l'annexe IV). Tous les jeudis matin, l'orthophoniste le reçoit mais le suivi est complexe. Plusieurs fois, Alayan a refusé de sortir de la maternelle pour aller en séance. L'objectif actuel, au vu de ses progrès, est de développer sa rééducation autour de la méthode PECS®, aussi bien dans la classe que dans la salle d'orthophonie. Le dernier compte rendu en ergothérapie a été réalisé en novembre 2021, mais la rééducation n'a pas semblé être adaptée aux capacités d'Alayan. À son arrivée dans l'établissement, Alayan a eu un suivi psychologique en binôme avec son frère jumeau une fois par jour (en binôme avec un autre rééducateur psychomotricien, ergothérapeute ou orthophoniste). Au bout d'un an, le suivi a été individuel, car Adama était très intrusif pendant ces séances (lui baissait son pantalon, le poussait, etc.). Le suivi a été poursuivi pendant deux années. Aujourd'hui, il n'a plus de séance de psychologie. En psychomotricité, les séances individuelles ont permis de gros progrès surtout depuis le début de la méthode PECS®. Il bénéficie d'une séance individuelle et de deux séances de groupe.

4) Objectifs thérapeutiques en psychomotricité

- En séance individuelle :

Au vu des prises en charge qu'il a actuellement, la motricité fine est travaillée en psychomotricité en respectant son besoin de contenance. La communication, en partenariat avec l'orthophoniste, se fera avec l'aide de la méthode PECS®. Les interactions sociales et la prise en compte de l'autre sont à renforcer par des jeux d'échanges à deux (voiture, balle, éclaboussure) et par l'introduction de petites règles du jeu. Il faut par la suite initier le jeu en contexte et trouver des méthodes pour interpeller l'autre en cas de besoin. Les autres axes seront le travail autour de l'inhibition, lui proposer des espaces qui puissent répondre à ses besoins sensoriels et lui donner accès à la représentation. Un travail sur la régulation tonico-émotionnelle sera initié pour lui donner accès à un équilibre de la balance agitation / inhibition psychomotrice.

- Au groupe piscine

L'indication d'Alayan en séance de psychomotricité à médiation piscine avait pour objectif premier de multiplier ses expériences sensorielles. Mais Alayan a eu très peur de l'eau. Cette indication a été maintenue, car malgré cette peur, les professionnels ont senti un attrait certain

pour cette médiation. Aujourd'hui, l'objectif pour Alayan est toujours de travailler au niveau des afférences sensorielles que peuvent apporter l'eau, mais l'objectif est également de prendre en compte les autres (enfants et adultes). En effet, dès le début de l'année, Alayan a été capable d'entrer en interaction grâce à l'eau. Notre objectif est de lui permettre de retrouver un apaisement tonico-émotionnel par une augmentation des expériences dans l'eau pour appréhender ce milieu de manière plus sereine. Ce groupe lui aura aussi permis de rencontrer une des professionnelles qui s'occupera de lui l'année prochaine ainsi que de garder le contact avec d'anciens camarades de la maternelle qu'il retrouvera l'an prochain. Il a pu aussi se familiariser avec l'espace de la S.E.H.A. que nous découvrons à chaque fois que nous allons chercher les copains pour la piscine.

B. Diego

Diego est âgé de huit ans au moment où je le rencontre. Ma première impression ce jour-là est un enfant souriant assez calme et qui porte une attention particulière aux enfants et aux adultes autour de lui. C'est un enfant de taille moyenne. Son indice de masse corporelle (IMC) est de 26,3. Ce qui au regard de la courbe correspond médicalement à une obésité. Il vit avec sa maman et sa petite sœur de six ans. Son attitude et la manière de se comporter avec les petits sont représentatives d'une posture de grand frère. Son dossier indique qu'il a également d'autres frères et sœurs restés au Mali. Diego a perdu son papa en avril 2020 pendant la crise du Covid-19. Il avait alors cinq ans. La psychologue et l'orthophoniste ont pu aller au domicile pour accompagner Diego et sa sœur dans leur compréhension du deuil. Il sera important de garder cet élément en tête lors de la prise en charge de Diego.

Les informations au sujet de la petite enfance de Diego sont peu nombreuses. Il a vécu dans un contexte social d'immigration, en foyer d'hébergement à son arrivée en France, mais ce n'est plus le cas aujourd'hui. La situation sociale de la famille s'est apparemment stabilisée. L'assistante sociale de l'institut a facilité les démarches pour l'obtention d'un logement. Ce contexte social est important pour mieux comprendre le développement psychoaffectif de Diego.

Sa maman est originaire du Mali et ne parle pas le français, ce qui complique les démarches pour la prise en charge de Diego. Elle est soutenue par l'oncle paternel de Diego qui lui, maîtrise bien le français. Elle a mis du temps à s'investir dans la scolarité et le suivi de ses enfants suite au décès de son mari, mais commence actuellement des cours de L.S.F. et vient aux journées

portes ouvertes de l'institut. Avant que le papa de Diego décède c'est avec lui que l'établissement échangeait. Pendant les réunions d'échanges, le papa a rapporté des propos intéressants quant à leur vie familiale (immigration, hébergements d'urgence, télévision allumée en permanence avec les enfants) et autant d'informations qui montrent une petite enfance pauvre en interaction.

Diego a intégré l'institut en 2019 en grande section de maternelle pour une surdité bilatérale profonde puis a rejoint la S.E.H.A. en raison de ses troubles associés, en 2020, dans laquelle il est toujours actuellement. Sa petite sœur a également une surdité profonde bilatérale. Elle est également scolarisée dans cet établissement au sein de la S.E.E.S. en classe de C.P. Elle a de très bonnes compétences scolaires et ne présente pas de trouble associé à sa surdité.

1) Anamnèse

Diego est né en septembre 2014. À l'âge de quatre ans, les médecins détectent une surdité bilatérale profonde liée à une neuropathie auditive familiale (défaut de traitement du signal acoustique par le nerf cochléaire d'origine génétique lié à la mutation du gène OTOF). Cette neuropathie est familiale, car trois enfants sur les six de la fratrie sont sourds et présentent une mutation de ce même gène. Il a été appareillé à l'oreille gauche à l'âge de cinq ans et implanté à l'oreille droite à ses huit ans (en juillet 2022). Auparavant, Diego portait des lunettes, mais les a perdues et depuis n'en a pas de nouvelles. Il présente également un strabisme (divergence oculaire), mais l'institut n'a aucun document concernant ses troubles visuels. En janvier 2023, une orthoptiste est venue à l'institut afin de réaliser un bilan pour certains enfants, dont Diego. Il révèle que Diego compense très bien sa divergence oculaire, donc qu'il n'a pas besoin de rééducation. Je n'ai pas eu accès au compte rendu du bilan pour savoir s'il aurait encore besoin de porter des lunettes ou non.

Petit, Diego présentait de nombreux signes autistiques avec des particularités sensorielles. Son attrait très spécifique pour les lumières le coupait de toute autre activité. Il avait aussi des stéréotypies motrices caractéristiques telles que le flapping et une recherche vestibulaire importante qui se manifestait par des mouvements de droite à gauche en permanence.

Il a commencé l'apprentissage de la L.S.F., mais s'est arrêté brusquement au départ de son éducateur. Il est resté une longue année sans vouloir réinvestir cette langue jusqu'à ce que sa

psychomotricienne et son orthophoniste lui proposent un classeur de pictogramme PECS® auquel il a adhéré. Il a repris ainsi goût et retrouvé un intérêt à l'interaction. Il a réinvesti l'apprentissage de la L.S.F. et ses troubles du comportement ont considérablement diminué. Diego entre parfaitement dans les critères d'un enfant ayant un syndrome de privation langagière, décrit plus haut. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les premières années de sa vie en tant que sourd et vivant dans un contexte familial difficile (très peu d'interactions entre 0 et 4 ans) ont causé en partie, un repli sur soi, un enfermement dans des intérêts très restreints et des recherches de stimulation interne et externe pour se contenir et se « rassurer ».

Le diagnostic de T.S.A. a été abandonné en janvier 2023. Diego présente toujours des signes autistiques, mais expliqués par des carences pluri sensorielles plutôt qu'un T.S.A. au vu de l'évolution observée depuis la pose de son implant. Les prises en charge rééducatives effectuées depuis son entrée à l'institut ont également aidé ces progrès. Diego ne rentre plus dans les critères de diagnostic du D.S.M. V.

2) Bilan psychomoteur

Fin février, j'ai effectué avec ma maître de stage le bilan psychomoteur de Diego. Ses absences répétées dues aux nombreuses grèves ont compliqué la passation, mais Diego s'est montré très volontaire à chaque séance. Le bilan n'est pas standardisé en raison de sa surdité, mais nous avons décidé de coter certains tests pour avoir des éléments de comparaison (pour les années futures). Chaque fin d'année, un compte rendu de suivi est élaboré pour rendre compte de l'évolution des enfants. Au vu des grands progrès de Diego ces dernières années, il me paraît important de résumer à chaque item les conclusions ainsi que les prises en charge faites les années précédentes.

- **Sensorialité :**

En mai 2021, la psychomotricienne de Diego a réalisé un profil sensoriel (complété par les observations de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire), en associant le « profil sensoriel » de Dunn et « l'étape sensorielle » de Isabelle Dufrenoy (annexe V). Il met en avant un profil mixte (hypo et hyper sensible) :

- Hypo-sensibilité visuelle et vestibulaire avec recherche de sensations et fascination
- Hyper-sensibilité proprioceptive et auditive très marquée

Depuis la passation de ce bilan, ses particularités sensorielles sont restées identiques, mais ont évoluées dans leur intensité. En effet, auparavant, sa sensorialité le coupait dans toute activité. Aujourd'hui, il est capable de maintenir son attention plus longtemps malgré les stimulations. Au niveau vestibulaire, il recherche encore le mouvement en permanence. Il se balance de droite à gauche sans arrêt. Pendant une séance individuelle, nous lui avons proposé de réaliser des tracés de gauche à droite sur le tableau blanc. Pendant ces tracés, tout le corps bougeait lui aussi de droite à gauche. Son tracé était correct, mais l'énergie au niveau cognitif et moteur fournie est colossale. L'attrait pour les lumières est toujours présent, mais il est moins enfermé dedans, il est capable de jouer avec des lumières et de partager son attrait. Diego aime particulièrement la salle de musique qui représente pour lui un espace contenant et sécurisant dans laquelle il peut satisfaire ses besoins sensoriels (visuels, vibratoire, auditifs et proprioceptive).

- **Tonus :**

À l'examen du tonus, une hypotonie est encore très présente. À l'exercice : « essaye de ne pas bouger même si je te pousse », Diego a du mal à ne pas perdre l'équilibre, tout son corps se contracte puis il se relâche d'un coup, manquant plusieurs fois de tomber. Le maintien d'une posture droite et immobile n'est pas évident pour Diego de par son hypotonie. Pendant les mobilisations passives, il n'arrive pas à relâcher ses articulations. Avec ma maître de stage, nous nous sommes questionnées sur sa compréhension de la consigne. Nous avons tenté de lui expliquer en L.S.F., en démonstration sur l'une et l'autre, en lui faisant toucher notre bras et qu'il puisse sentir que le bras se relâche. Malgré ces explications, il présentait encore des paratonies et ne pouvait pas accéder au relâchement. À l'épreuve des diadocosynésies, des syncinésies de la main controlatérale au mouvement sont observées lorsque le mouvement est fait à gauche. Plus globalement les régulation tonique et tonico-émotionnelles sont difficiles. Son tonus versant bas est difficilement compensé, un mauvais recrutement tonique l'empêche de se remettre debout. Aussi, son surpoids le gêne pour se mouvoir avec plus de souplesse.

- **Motricité globale / équilibre / coordinations :**

Le répertoire moteur de Diego s'enrichit de plus en plus et il présente une forte appétence pour le travail moteur. Il prend le temps et persévère afin de réussir une coordination complexe mettant en jeu une dissociation du haut et du bas du corps. Toutefois, sa motricité manque de fluidité et reste lente. La motricité demande en général à Diego un recrutement musculaire et une attention soutenue. Ainsi, il est rapidement fatigable, ce qui s'observe alors par une

dégradation de la performance. De lui-même, il peut nous le verbaliser par les signes qu'il souhaite faire une pause.

Le bilan vestibulaire ne met pas en évidence d'atteinte du vestibule malgré ses difficultés d'équilibre observées lors du bilan. Au niveau de l'équilibre statique, les résultats du M-ABC 2 mettent en avant de grandes difficultés d'équilibre, accentuées par son hypotonie. Diego présente un retard dans le déclenchement des réajustements posturaux et un défaut de stabilisation du regard. De plus, lors des épreuves d'équilibres statiques on observe des oscillations importantes et du flapping qui soulignent le besoin accru d'attention pour maintenir ces postures. Au niveau de l'équilibre dynamique, les différentes coordinations motrices (saut, pointes de pieds, saut sur un pied) sont acquises mais le mouvement manque de fluidité. Les sauts sont lourds et le corps est raide. Il se met en apnée sur certaines épreuves, car le maintien de l'équilibre demande trop de concentration. À plusieurs reprises, Diego s'effondre au sol en riant. Cela peut renforcer l'idée de défaut de régulation tonique, mais ces chutes reflètent plus une recherche de sensation vestibulaire. En effet, Diego cherche souvent à se mettre dans des situations de déséquilibre.

Au niveau des coordinations oculo-motrices, ses compétences sont dans la moyenne. Sur les réceptions, Diego adapte sa posture et réussit plutôt bien à rattraper la balle avec ses deux mains. Les lancers sont moins bien réussis, car malgré une bonne adaptation de sa force, Diego bouge constamment sur le tapis et la position du regard manque de fixité sur la cible.

- **Motricité fine :**

Une lenteur est observée en motricité fine, de plus Diego a tendance à se déconcentrer car sa recherche de sensation est toujours présente à ce moment-là. Diego est constamment en mouvement sur sa chaise et rit, sûrement de nervosité pendant la tâche, ce qui impacte sa performance. Sur la tâche de graphomotricité, Diego a une bonne prise tri-digitale, mais son tracé n'est pas défini. Il tremble, ce qui peut venir de la pression excessive exercée sur le crayon. La coordination bimanuelle et la planification du geste ne sont pas efficaces.

Au niveau des praxies idéomotrices, l'épreuve de l'EMG montre que les organisations gestuelles sont réussies, mais les gestes complexes sont réalisés en pièce à pièce. L'ensemble des gestes est en miroir. On peut souligner un manque de précision dans le degré articulaire sur les gestes simples et les profondeurs sont difficilement identifiables. On remarque aussi un

manque de dissociation entre l'axe corporel et les membres supérieurs. Sur les items des doigts, le déliement digital est correct. Ce test est important chez les enfants sourds pour s'assurer de leurs capacités d'apprentissage de la L.S.F.

Au niveau des praxies visuo-constructive, l'âge de Diego (8 ans) correspond à la passation de la figure de Rey A. Mais nous avons privilégié la figure B en raison de ses difficultés graphiques et attentionnelles afin de bien rendre compte de ses compétences visuo-constructives et de l'acquisition des formes géométriques (annexe VI). Diego présente des compétences correctes par rapport à la moyenne des enfants de six ans. Il est à -0,4 DS en copie. Les différentes formes géométriques sont acquises. On retrouve aussi un enchevêtrement et un placement correct des formes entre elles. Tous les éléments sont retrouvés sauf le point du carré. Diego construit sa figure de gauche à droite, mais la planification reste fragile. Il dessine les détails (les deux points du rond et les quatre traits) avant de faire le rond et l'arc de cercle. Diego s'est montré opposant lorsque nous lui avons demandé de la reproduire de mémoire. Cet item n'a pas pu être passé. Cette opposition reflète-t-elle des difficultés de mémoire de travail ?

- **Image du corps et Schéma corporel :**

Dans un compte rendu des années précédentes, il est indiqué que les psychomotriciennes travaillaient beaucoup le schéma corporel et l'image du corps. Les limites du corps étaient floues. À la passation des somatognosies lors du bilan réalisé à l'aide de pictogrammes, Diego a montré une bonne connaissance des parties du corps. Le dessin du bonhomme (annexe VII) montre des limites bien mieux définies que les bonhommes des années précédentes. Cependant, le contour du corps marque peu de différenciation entre les articulations. Les doigts et les orteils sont semblables à des griffes, et n'ont pas le bon nombre. Mis-à-part les contours du corps, on ne retrouve que les cheveux comme autre détail. Diego a demandé de colorier l'intérieur de toutes les couleurs (dans le test initial, la couleur n'est pas à disposition, mais certaines versions du dessin du bonhomme comme celle de Jacqueline Royer mettent des couleurs à disposition). À partir de ces informations, nous en avons déduit que Diego présente une intégration du schéma corporel encore très immature. Nous pouvons faire l'hypothèse que sa volonté de colorier tout l'intérieur du corps peu refléter qu'il sait qu'il y a des choses à l'intérieur, qu'il est "rempli ».

- **Espace et temps :**

Pendant la passation du test « Adaptation à l'espace et orientation spatiale » de Marthe Vyl, j'étais sans ma maître de stage, ce qui m'a permis de rencontrer Diego individuellement. Il était très disponible pendant la séance et a effectué avec plaisir les consignes indiquées. Lors de l'épreuve, j'ai observé une certaine agitation quand je lui demandais de toucher les différents objets (1,2,3,4), mais quand je lui demandais de se concentrer il écoutait et essayait de revenir à sa tâche sans s'éparpiller. Diego a accès à une bonne représentation de l'espace. Il est capable de structurer l'espace de la salle et de passer d'un espace en 2D (représentation de la salle sur feuille) à un espace en 3D (la salle). Cependant, cet exercice lui a demandé beaucoup d'énergie attentionnelle et il présentait une agitation psychomotrice en fin de passation.

Diego a une bonne orientation dans le temps. Il est capable de se situer facilement dans la semaine (la date du jour, hier, demain). De même, il effectue avec aisance des reproductions de rythmes. Il a cependant encore besoin de représenter le temps qui passe pour anticiper les transitions entre deux activités ou pour la fin d'une séance.

- **Fonctions exécutives :**

En 2021, la psychomotricienne indique que la répétition d'un exercice, d'un jeu ou du tour de rôle est difficilement supportable pour Diego. L'attention de Diego est labile. Aujourd'hui, il présente toujours des difficultés d'attention soutenue. Toutefois, lorsque la tâche lui plaît, Diego va mobiliser beaucoup d'énergie pour la faire de son mieux. La planification visuelle du nombre d'entraînements ou encore la mise en place d'un renforçateur en fin de séance l'aide aussi à se maintenir sur la tâche. Nous avons également vu lors de la passation de la figure de Rey B (détaillée plus haut) que Diego pourrait présenter des difficultés de mémoire de travail. Au vu de ses difficultés, un bilan neuropsychologique serait préconisé. Celui-ci pourra détailler davantage ses capacités et ses difficultés cognitives.

- **Relationnel et communication :**

En 2021, Diego reproduit tous les signes fait par l'adulte. Est-ce une écholalie (en rapport avec la langue des signes) ou une forme d'échopraxie si cela n'a pas valeur de communication pour lui ? Difficile de le savoir. Depuis janvier 2022, l'augmentation du vocabulaire signé a fortement fait diminuer les troubles du comportement que Diego présentait auparavant. Les temps de transition se font de manière beaucoup plus fluide. Il peut à présent mettre des mots sur ce qu'il ressent lors des interactions. L'attention conjointe est encore fuyante (reste encore

souvent seul dans les activités), mais les relations positives et bienveillantes avec ses pairs augmentent d'année en année.

- **Affectif et émotionnel :**

Au niveau affectif et émotionnel, Diego a fait d'énormes progrès depuis l'an dernier. Il comprend ses émotions et celles des autres. Son accès au symbolisme se développe. Il lui arrive même de faire des blagues.

En 2022 à la piscine, l'utilisation de pictogrammes facilitait la compréhension des consignes. Les fins de séances se passaient mieux, sans crises au moment de sortir de l'eau. À l'habillage, Diego avait besoin de l'adulte, car il papillonnait et avait du mal à fixer son attention sur la tâche. Aujourd'hui, il est en autonomie complète pour s'habiller.

3) Les autres prises en charge

Le bilan audiométrique révèle une bonne récupération auditive qui le place dans l'air de la parole, c'est-à-dire entre 50 et 60 décibels (capacité de percevoir la parole, mais pas forcément d'oraliser). La prothèse auditive mise en place avant l'implant a beaucoup aidé à la récupération. Sur les courbes on observe un gain prothétique de 50 décibels (annexe VIII).

À l'institut, il est suivi par une ergothérapeute, une orthophoniste et une psychologue (voir son emploi du temps dans l'annexe IX). Une fois par semaine la psychologue travaille le passage du sensoriel au symbolique à travers le dessin et la mise en scène de personnages. Au départ (septembre 2021), Diego n'était pas à l'aise dans la relation et beaucoup plus renfermé avec de grosses crises de colère. Elle a donc commencé les séances dans la salle de classe de Diego pour installer la relation thérapeutique dans un cadre sécurisant et rassurant pour Diego. Et petit-à-petit elle lui a proposé de découvrir sa salle et de faire les séances dedans. À la suite d'un échange avec cette dernière, j'ai mieux compris certaines réactions de Diego. Il a perdu son papa brutalement l'an dernier. Dans la tête de ce petit garçon, son papa est parti un jour et n'est jamais revenu. Depuis les temps de séparation sont complexes. Cela peut faire écho à la sortie difficile de l'eau à la piscine. À la suite de cet événement, Diego trouve en son éducateur une figure d'attachement masculine (depuis trois ans). Mais l'an prochain, il changera de section et donc d'éducateur. Depuis le retour des vacances de février, la préparation à cette séparation a

commencé avec une intégration, un jour par semaine, tous les lundis, dans la section de l'an prochain avec sa future éducatrice.

Dans sa classe, Diego porte une attention particulière au jumeau d'Alayan, qui a ses propres modalités d'interaction et de communication du fait de son T.S.A. Nous pouvons supposer que Diego, ayant vécu une période similaire, est très attentif à lui et adopte une posture de grand frère. Il fait de même avec Alayan pendant la séance de piscine. Peut-être aussi qu'il aime être responsabilisé ou que la posture de protecteur le valorise et lui donne une place dans le groupe ? L'éducateur de Diego implique la maman au sein des journées. En effet, les années précédentes, Diego avait remarqué qu'il n'y avait pas forcément de lien entre l'institut et la maison et s'autorisait donc à avoir un comportement très différent. Aujourd'hui, quand Diego fait une bêtise ou ne respecte pas les règles de l'institut, son éducateur appelle la maman en vidéo pour qu'elle le reprenne immédiatement. J'ai personnellement été surprise par cette façon de faire. Il est bien de faire du lien avec la famille, mais c'est à l'éducateur de faire lui-même figure d'autorité.

4) Objectifs thérapeutiques en psychomotricité

- En séance individuelle :

L'objectif principal est d'apporter à Diego un meilleur contrôle de son équilibre et d'étayer son répertoire moteur à travers la conscience corporelle et les parcours moteurs. Le 2^e objectif est d'autonomiser Diego dans la gestion du temps. À l'aide de différents sabliers, nous séquençons le temps de chaque activité ce qui lui permet d'anticiper par lui-même les séparations que ce soit avec les professionnels, les objets ou encore les endroits. Ces outils vont lui permettre de réduire son sentiment de frustration à l'approche des transitions. Enfin, nous l'aménon, à investir ses particularités sensorielles à travers le jeu et ainsi maintenir la relation pendant l'utilisation d'objets sensoriels (trampoline et lumières). Cet exercice permettra de renforcer l'attention conjointe.

- Au groupe piscine

Les objectifs principaux sont de prendre en compte l'autre, d'être en capacité de partager un jeu avec un autre enfant pendant un temps donné, et de s'adapter au fonctionnement de l'autre. L'eau offre une liberté motrice et permet ainsi de trouver plus facilement une meilleure régulation tonique.

Discussion

Dans cette partie, je tenterai d'employer des mots au plus près de la réalité. C'est un exercice particulier de mettre en mots des moments avec des patients qui sont de l'ordre du ressenti dans une alliance thérapeutique très complexe à signifier avec des mots malgré la richesse de la langue française. C'est ce que nous dit Catherine Potel au début de son livre *Le corps et l'eau* : « la difficulté de la transmission, au sein d'une équipe par exemple, d'une relation reposant essentiellement sur le sensoriel, la perception, la communication inter-corporelle. Pour parler de ces états primaux qui ignorent les mots, il est important de trouver des termes évoquant des images aussi proches que possible des expériences réelles » (Potel, 1999, p.32). Cette 3e partie va lier la théorie et les observations cliniques afin d'explicitier et mettre en lumière l'intérêt de notre intervention auprès de ce groupe d'enfants. J'évoquerai dans un premier temps le lien que j'ai pu établir cette année entre l'eau et les interactions. Puis dans une seconde partie, je développerai l'importance de la présence d'un cadre humain et non-humain suffisamment clair pour permettre aux enfants d'être disponibles aux interactions.

I. Lien entre l'interaction et l'eau

Pierre Marie Baudonnaire cite la définition de l'interaction de Mueller et Lucas (1975) : « une séquence d'au moins deux comportements socialement orientés contigus réciproquement adressés. Ces conduites sont elles-mêmes définies comme tout comportement accompagné, immédiatement suivi ou précédé d'un regard, qu'il initie ou non une réponse, ou bien qu'il constitue en lui-même une réponse » (Baudonnaire, 1988, p.27). Cette définition de l'interaction illustre à mon sens au mieux les interactions de Diego et Alayan. Elle est sous-tendue par un certain nombre de mécanismes plus ou moins innés et inconscients.

Cette année, au cours de mes stages, j'ai pu observer des enfants ayant un retard dans l'acquisition de ces mécanismes. En quoi l'eau permettrait-elle de venir étayer ces différents mécanismes ? C'est ce que j'ai tenté de comprendre cette année lors du groupe piscine. « Le corps est vecteur d'expression. Il véhicule nos affects nos émotions, tout un langage infra-verbal qui occupe une place importante dans la communication même s'il n'emprunte pas le chemin des mots » (Potel, 1999, p.22). En effet, plusieurs facteurs sous-tendent l'interaction, le sensoriel, le non-verbal, les émotions et la proxémie

A. Le sensoriel

Tout au long de cette partie, il est important d'avoir en tête la notion de seuil neurologique (haut et bas) décrit plus haut. Gorgy (cité dans Gorgy & D'Ignazio, 2022) enrichit le modèle conceptuel de Dunn et introduit, en complément, la notion « hyperfonctionnement ». Cette notion évoque les comportements où l'enfant surinvestit une modalité sensorielle dans le but de se procurer des sensations. Ces comportements ne sont pas forcément liés à une hyposensibilité. Ils peuvent avoir un but, d'ordres différents :

- Occupationnel, dans un but de plaisir et de « fascination » (terme décrit par Bogdashina (2013)) : Par exemple Alayan, juste après la pose de son implant répétait le son « GaGa » inlassablement.
- Développemental : les comportements sont retrouvés dans le développement de l'enfant sain, dans un but sensori-moteur. Ils deviennent pathologiques lorsqu'ils nuisent à l'émergence des différents stades de développement.
- Défensif : par exemple, dans les vestiaires, au moment de s'habiller, Diego ne veut pas remettre ses appareils (intensité trop forte, sentiment d'agression). Nous le comprenons. Remettre un implant c'est comme se trouver dans le noir et allumer une lumière aveuglante d'un coup. Pour l'accompagner, on essaye de respecter le silence, mais dès que nous nous remettons à parler normalement il se met à chanter. Il devient alors acteur de la stimulation et celle-ci passe d'une stimulation extéroceptive non supportable à une stimulation intéroceptive, qui ne le surprend pas.

Qu'apporte la médiation aquatique comme afférences sensorielles ?

Sous l'eau, la vue est floutée, trouble. Il faut mettre des lunettes sinon le chlore pique les yeux et nous ne voyons pas bien. La piscine dans laquelle nous allons est éclairée par de grands spots de lumière. L'eau brille à la surface et le soleil, parfois présent pendant les séances, entre par la grande baie vitrée. Diego et Alayan sont très attirés par toutes ces sources de lumière. Pour Diego, c'est un frein aux interactions, car il a tendance à s'enfermer dedans, mais au fur et à mesure de l'année nous avons appris, ensemble, à partager cet intérêt. Par exemple en jouant au jeu de « crocodile » (même principe que le jeu du chat, mais dans l'eau). Pour interagir avec lui, nous avons utilisé le carré de lumière que crée le spot sur l'eau pour représenter la « maison magique » (le lieu dans lequel nous ne pouvons pas être attrapés par le crocodile).

L'audition est également très modifiée. Sous l'eau, les bruits sont sourds, profonds et lourds. Mais pour les enfants du groupe, cette composante n'entre pas en jeu en raison de leur surdité (tous les appareils auditifs sont enlevés, car ils ne vont pas dans l'eau). Comme vu plus haut, l'implant cochléaire remplace le travail de la cochlée. Donc, une fois enlevé, les enfants sont en situation de cophose (néanmoins ils sont toujours sensibles aux vibrations et mouvements de l'eau). Eux comme nous devons alors moduler nos moyens de communication pour interagir. Pour interpeller une personne sourde à distance dans le milieu aérien, on peut allumer ou éteindre la lumière, taper sur la table s'ils ont les mains posées dessus ou encore faire de grands gestes. Dans l'eau, il faut trouver d'autres moyens : éclaboussures, tapoter le bras...

L'eau n'a pas d'odeur, mais à la piscine, il y a celle du chlore. Alayan a un lien particulier avec ce sens. Quand il attrape un objet, qu'il soit nouveau ou non, il le sent immédiatement. Cette odeur de chlore l'enivre dès l'entrée de la piscine créant probablement une enveloppe sensorielle. À la douche, le gel suscitera aussi son intérêt.

Alayan a besoin de sentir pour explorer un objet. Est-ce une sensibilité distordue ? Une autre manière d'appréhender le monde ? Est-ce de l'hyposensibilité ou bien sa façon d'observer ? Je n'ai pas de réponse. Ma maître de stage s'est servi de cette sensibilité pour apparier des images avec des objets. Par exemple, elle a saupoudré de cannelle une carte et fait de même sur l'objet.

Comme pour l'odeur, l'eau n'a pas spécialement de goût particulier, mais de nombreux enfants boivent l'eau de la piscine lors des séances. C'est le cas de Diego en fin de séance sur le bord de la piscine. Dans ces moments-là, il est beaucoup plus calme (c'est un temps sans éclaboussures). Peut-être une autre forme d'exploration ?

Dans l'eau, le système vestibulaire est très différent. Comme évoqué plus haut dans la théorie il est nécessaire de trouver dans l'eau d'autres appuis que sur terre. Il peut y avoir une perte de stabilité. Diego (présentant une hypotonie et un surpoids) semble, depuis les premières séances au sein de ce groupe, sentir un allègement du corps et donc une meilleure liberté motrice. À ce niveau-là, j'ai pu observer une grande différence de fatigabilité dans le travail moteur entre les séances de Diego en individuel dans une salle de psychomotricité où il est très essoufflé et fatigué rapidement, et les séances de piscine où il passe toute la séance à sauter, se déplacer dans toute la piscine, monter sur les tapis, etc... Il semble avoir tout de même des difficultés à

rester immobile dans l'eau. Cela peut être le reflet de sa recherche de sensation vestibulaire qui s'accroît dans l'eau en raison de l'effet de flottement, de la liberté motrice qu'elle permet et de la manifestation de son plaisir (comme évoqué plus haut, Diego apprécie les sensations de déséquilibre). Mais cela peut aussi être expliqué par une recherche constante d'appuis dans l'eau. Pour l'aider à trouver ses appuis, nous avons utilisé un tapis sur lequel dans un premier temps il a tenté de s'asseoir, puis se mettre à genou et enfin essayé de se mettre debout avec des appuis proposés par la psychomotricienne. De même, nous avons amené Alayan à expérimenter différents appuis : debout les pieds sur le sol de la piscine, puis assis sur le rocher jusqu'à assis sur un tapis rigide. Nous verrons dans une prochaine partie l'importance de l'accompagnement physique et psychique au cours de ces différentes étapes.

Dans l'eau les stimulations tactiles sont nombreuses. En effet, la douche, l'immersion totale, les éclaboussures, avoir seulement les pieds dans l'eau, avoir les pieds sur un sol mouillé, etc... procure des sensations tactiles très différentes et il peut arriver que l'on aime moins l'une que l'autre. Au sein du groupe, les enfants ont des particularités sensorielles plus ou moins fortes.

Alayan présentait auparavant une hypersensibilité tactile, la douche était donc une étape difficile. Aujourd'hui, cette hypersensibilité a fortement diminué. Il ne veut toujours pas passer sous la douche avant d'aller dans l'eau, mais le refus est davantage lié à la température et au « choc thermique » de l'arrivée d'une eau pourtant chaude, mais sur un corps à 37°. À la fin de la séance, la douche paraît plus chaude qu'à l'arrivée, car la température est supérieure au bassin. Il est même parfois difficile de l'en faire sortir. Le rapport à la température est d'ailleurs très différent entre les deux garçons. Diego n'a jamais froid, il est tellement dans le plaisir qu'il n'y prête pas attention. À l'inverse d'Alayan qui lui, est frileux et peureux. En immersion totale les sensations sont différentes. En effet, à ce moment, l'eau vient mouler le corps et délimiter ainsi tout son contour. Les sensations peuvent être antinomiques, enveloppement ou au contraire entraîner une sensation perte des limites du corps.

Diego est toujours très excité à l'idée de retrouver la piscine. Dans l'eau il éprouve un réel plaisir à explorer ce milieu et ses capacités motrices. Il est très souvent le premier dans l'eau. En entrant, il se laisse couler avec plaisir. Comme évoqué plus haut lors de sa présentation, la psychomotricienne qui assurait sa prise en charge les années précédentes travaillait principalement autour du schéma corporel et de l'image du corps. Diego semblait parfois avoir besoin d'enveloppement, demandait beaucoup de jeux impliquant la contenance et semblait

moins désorganisé et moins sujet à des troubles du comportement pendant et après la séance de psychomotricité. Dans l'eau, il a toujours été très attentif et serein. Cela nous permet de faire l'hypothèse que Diego vit dans l'eau ce que Catherine Potel appelle un « dédoublement d'enveloppe ».

« Si j'attire l'attention sur cette question des frontières et des limites du corps, c'est que celle-ci se pose parfois intensément dans l'eau. L'eau peut avoir des effets de dédoublement d'enveloppe comme des effets inverses, telles la perte des limites du corps ou les sensations de liquéfaction ou de vidage. À ce moment-là, limites du corps et toucher de l'eau sur la peau se confondent et la peau n'est plus ressentie comme imperméable. Elle devient fantasmatiquement poreuse, et ne peut plus remplir son rôle de contenant et d'écran protecteur » (Potel, 1999, p.53).

Alayan, au contraire, se situe plus dans le deuxième cas. Il semble ressentir une véritable sensation de perte de limites quand son corps est immergé. En effet, dès que vient le moment d'entrer dans l'eau, une de nous trois le prend dans ses bras et descend les marches pour contenir son angoisse. Son tonus ne fait qu'augmenter, il s'agrippe et fait des bruits avec sa gorge. Cette angoisse fait écho aux angoisses de liquéfaction très souvent retrouvées chez les sujets présentant un T.S.A. Pour tenter de l'apaiser, je me suis souvenue d'un exercice « essuie-glace » appris pendant l'option piscine. L'idée est de faire des mouvements plus ou moins grands avec ses mains, très proche de la peau de celui qui le reçoit dans le but de stimuler les récepteurs de la peau. Alayan semblait très attentif à ces mouvements, oubliant qu'il avance petit-à-petit jusqu'à avoir les épaules en immersion. Plus tard, au cours de la séance, il est allé se rasseoir sur les marches et a essayé de faire ces mouvements par lui-même, faisant des mouvements très proches de ses jambes. L'imitation est rare chez Alayan, preuve qu'il a apprécié ces sensations. L'exercice est devenu le rituel pour entrer dans l'eau.

B. Le non verbal

« Notre rapport au monde s'exprime par notre musique corporelle » (Potel, 1999, pp.21-22). Introduit en 1956 par Ruesch et Kees, le terme communication non verbale a évolué. Christian Ballouard, « à l'instar de Marc-Alain Descamps (1984) préfère utiliser le terme « communication corporelle » plutôt que « non-verbale ». (...) Il nous semble effectivement que le corps ne présente pas, dans ses manifestations, un ensemble de données que l'on puisse assimiler au langage » (Ballouard, 2003, p.52).

Un grand pourcentage de la communication est corporel, d'autant plus dans la population sourde qui parle avec des gestes, mais aussi avec tout leur corps, comme expliqué dans la théorie. En médiation aquatique la communication non verbale passe par tout d'abord par la posture.

Godelieve Struyf (2000) s'est intéressée aux différentes postures qui peuvent être adoptées. Mais quels muscles sont en jeu pour adopter ces postures ? G. Struyf a créé la notion de chaînes musculaires pour les catégoriser. Sur le plan purement anatomique, les chaînes musculaires n'existent pas. C'est quand le corps se met en mouvement. C'est un usage du corps qui va se matérialiser dans une organisation tonique. Selon ses critères, Alayan serait dans une posture « antéro-médiane ». En effet, étant très frileux, il est très souvent recroquevillé sur lui-même pendant les séances. Sa posture diffère en fonction de la température de l'eau. Alors que Diego, adopterait plus la chaîne « antéro-postérieure » dans l'idée symbolique de la danse, de l'étincelle, de la joie... Son énergie est décuplée à travers son plaisir d'être dans l'eau. L'aide apportée en psychomotricité se fait à travers les enroulements, les appuis, les soutiens, la contenance et la sensorialité. Le but est de trouver un équilibre, un accordage entre les différentes chaînes (ex : accordage chaîne AM / PM).

La communication non-verbale passe aussi par la régulation tonique et tonico-émotionnelle. Catherine Potel souligne que « le mouvement du corps dans l'eau, le jeu avec sa résistance, mobilise le tonico-moteur : ce qui est éprouvé est alors plus sûrement une expérience de résistance tonique, que de résistance de l'eau elle-même. Dans un effet-miroir sensori-tonique, le corps en mouvement dans l'eau stimule l'enveloppe corporelle, favorisant l'incorporation (le sentiment-sensation) d'un volume, d'une consistance propre, de sensations riches et variées » (Potel, 2021, p.71). Dans l'eau, la kinesthésie est modifiée avec la pression de l'eau sur son corps. Les mouvements sont ralentis ce qui augmente la conscience corporelle et le contrôle moteur. Diego avec une motricité très scandée est plus contenu et rencontre une force qui limite ses amplitudes.

C. Les émotions

« L'émotion, nous dit Piera Aulagnier, engage le corps de façon toute particulière, en ceci qu'elle modifie l'état somatique et ce sont ces signes corporels qui s'offrent au regard, qui émeuvent celui qui en est témoin et déclenchent une même modification en son propre soma, même s'il

n'en est pas la cause directe. L'émotion met ainsi en résonance deux corps et leur impose des réponses similaires. Le corps de l'un répond au corps de l'autre, mais comme l'émotion concerne le je on peut aussi bien avancer que ce dernier est ému par ce que son corps lui donne à connaître et à partager du vécu du corps de l'autre. » (Potel, 1999, p.31).

L'eau fait vivre des émotions très variées intéressantes quant aux interactions entre les enfants. Alayan et Aya se retrouvent plusieurs fois au bord du bassin, ils ont peur tous les deux. Aya, pour s'aider à surmonter sa propre peur va souvent vers Alayan et l'aide à surmonter la sienne. Une coopération naît, une entraide s'installe, on observe une interaction. Souvent Diego intervient et nous demande si Alayan veut jouer avec lui. Il a bien compris qu'Alayan n'avait pas la capacité de s'exprimer ou de signer donc nous demande de l'aide. Grâce à leurs émotions, nous devenons alors catalyseurs d'interaction et médiateurs.

La joie est exprimée par tous les enfants à l'arrivée dans le bassin. En effet, Diego est presque toujours le premier dans l'eau et commence ses éclaboussures. Aya est très contente aussi ; elle commence par descendre les marches. La peur la rattrape souvent rapidement et voyant Diego et Noah partir loin dans le bassin pour jouer, elle les appelle. Noah est aussi très rapidement dans l'eau. Il commence tout de suite ce rituel : aller au bout de la piscine pour revenir en marche arrière. Et enfin, Alayan s'assoit sur les marches comme toujours et touche l'eau, la sent, la goûte et observe les mouvements créés par les autres enfants. Il prend plaisir à éclabousser les autres enfants puis s'enfuit immédiatement. La joie est palpable à travers leur fierté, leur dépassement de soi et leur excitation qui permettent l'émergence des émotions secondaires (correspondant à leur âge : autour de sept ans).

La séquence qui a influencé ma problématique de mémoire : les éclaboussures. Souvent Diego éclabousse Alayan et ce dernier se retire dans un endroit où il ne sera pas atteignable. Mais ce jour, Alayan se met à éclabousser Diego à son tour. Il le fait avec un grand sourire aux lèvres et Diego parvient à partager ce moment dans un contrôle tonique adapté. L'interaction dans l'eau n'était pas forcément l'objectif thérapeutique principal en raison d'un choix de notre part, mais ils l'ont initié par eux-mêmes. Cette interaction était adaptée au niveau non-verbal et au niveau des émotions. Ils ont partagé ce jeu un long moment.

La tristesse, souvent mêlée à la colère et à la frustration, est très présente chez Diego lorsqu'il faut quitter le bassin. Un rituel a été mis en place pour atténuer cette tristesse qui se manifeste

par une certaine violence et une coupure dans l'interaction dont il a pu faire preuve durant la séance : faire un aller-retour de plus lorsque tous les enfants sont sortis de l'eau. Ce rituel est effectué maintenant chaque semaine. Nous en avons payé les frais quand nous l'avons oublié. La fatigue ressentie à chaque sortie de la piscine va renforcer les troubles de tout le monde et la patience des adultes. Il se joue beaucoup d'émotion dans ce groupe, ce qui demande beaucoup d'énergie psychique en plus de physique. Après avoir vécu ces émotions intenses, revenir au calme peut être difficile pour les enfants.

D. La proxémie

E.T. Hall a créé le concept de proxémie pour décrire l'usage que fait l'homme de l'espace. Il établit l'hypothèse que « la conduite que nous nommons territorialité appartient à la nature des animaux et en particulier à l'homme dans ce comportement l'Homme et l'animal se servent de leur sens pour différencier les distances et les espaces. La distance choisie dépend des rapports individuels, des sentiments et des activités des individus concernés ». (Hall, 1971). Il décrit des espaces qui favorisent les relations interindividuelles et la communication : il les nomme espaces *sociopètes*, ceux qui favorisent l'établissement de liens, les échanges verbaux (conversations) et non-verbaux (la piscine en fait partie). À l'inverse, les espaces *sociofuges* nuisent à la communication, et maintiennent une sorte de cloisonnement plus ou moins invisible entre les personnes. Bien évidemment, ces espaces ont ces connotations en fonction de la composante culturelle de l'individu qui s'y trouve, et des comportements parfois déroutants peuvent en découler.

E.T. Hall nous explique que la peau n'est pas notre limite par rapport au monde qui nous entoure : il y a autour de nous un espace invisible « bulle », zone émotionnellement forte, qui si elle est envahie constitue une offense. L'existence et la dimension de cette bulle varient selon les cultures : (Hall, 1971)

La distance intime est réservée aux relations intimes avec le partenaire amoureux et les enfants. Dans cette bulle, toute autre intrusion représente une menace éventuelle pour l'intégrité de l'individu et constitue une agression. Cette distance est subdivisée en deux, en situation proche, corps à corps ou en situation plus éloignée (15 - 45 cm). S'il y a intrusion, elle provoque une réaction de gêne ou de stress. C'est la distance du secret. Au sein du groupe, cette distance

contient l'agrippement, l'aide à l'habillage, le touché pour soutenir le mouvement dans l'eau, la présence en appuis dos, etc...

La distance personnelle est la zone qui marque l'affectivité et la proximité dans la vie publique, en situation proche (45-75 cm), zone de la confiance ou éloignée (75 cm à 1,25 m), vision du corps de l'autre en entier. Dans l'eau, cela caractérise des temps où nous montrons quelque chose aux enfants et que nous leur proposons de reproduire.

La distance sociale est la distance des relations inter-personnelles directes, sans être ni intimes ni amicales. Dans le groupe c'est le moment où nous faisons une proposition aux enfants.

Enfin la *distance publique* commence à partir de 3,6m. Elle représente le bassin. Nous sommes plutôt éloignés les uns des autres et le bassin offre une place assez grande pour que chacun puisse se situer à la distance qu'il le souhaite par rapport aux autres. Cette bulle comprend l'interaction par les éclaboussures que les enfants initient à chaque séance soit avec les adultes soit entre eux. Alayan prend beaucoup de plaisir à éclabousser mais n'aime pas les recevoir. Ces éclaboussures sont des moments importants à la naissance de l'interaction. On y retrouve les bases du dialogue : « j'éclabousse quand l'autre ne le fait pas et il m'éclabousse quand j'arrête ». Les éclaboussements de Diego sont très souvent une autostimulation et un plaisir de jouer dans l'eau. Il s'en sert souvent pour une entrée en relation.

Catherine Potel définit l'eau comme un intermédiaire tactile entre soi et les autres : « L'eau prolonge le mouvement tel un écho et les mouvements de l'eau sont témoins du mouvement des corps. Celui qui est à l'origine de cette onde touche ainsi ceux qui sont à proximité. Le mouvement crée une trace qui, même si elle est éphémère, est un écho qui accompagne et qui prolonge. » (Potel, 1999, p.59). Le premier titre de son livre aurait d'ailleurs dû être « Les traces éphémères ».

Cela fait écho aux séances de natation adaptée auxquelles je participe en tant que bénévole dans une association une fois par semaine depuis trois ans. Cette année, j'accompagne une enfant porteuse de trisomie 21. Au vu de ses problématiques, la relation avec ses pairs est intéressante à décrire dans ce mémoire. Dès le début de l'année, j'ai observé que cette enfant était très sensible aux mouvements qui avaient lieu autour d'elle. De très petite taille pour son âge et par rapport aux autres enfants accueillis, elle est très souvent la tête penchée en arrière pour voir ce

qu'il se passe. Dans l'eau, elle semble touchée par toutes ces « tâches éphémères » créées par les autres enfants. Cela lui a permis d'entrer en interaction beaucoup plus simplement qu'en dehors de l'eau.

Dans l'eau, la kinésphère est à la fois rétrécie, car l'eau vient dessiner tous les contours du corps, mais aussi agrandie, car elle amplifie chaque mouvement. Diego fait des grands mouvements de bras une fois dans l'eau. Il éclabousse, pousse l'eau avec ses mains pour faire des vagues, etc... autant de mouvements qui viennent toucher les autres et qui sont reçus de manières différentes (réponse aux éclaboussements dans un jeu, Aya qui s'énerve, car elle n'aime pas les recevoir, Alayan qui préfère parfois s'éloigner, etc...). Le fait que la kinésphère soit rétrécie peut favoriser le sentiment d'intrusion. Alayan semble le ressentir. En effet, le fait qu'il bouge peu une fois dans l'eau peut être expliqué par cette eau qui vient envelopper tous les contours de son corps et ainsi lui donne un sentiment de contention. Par ailleurs, nous savons que les personnes présentant un T.S.A. peuvent vivre des angoisses primitives diverses : angoisse de liquéfaction, de vidage, d'intrusion, de désintégration, etc... Dans l'eau, ces angoisses peuvent se démultiplier. C'est ce qu'évoque Catherine Potel :

« Si nous avons le fantasme que l'eau va entrer en nous, va s'infiltrer, que notre peau va devenir perméable, nous sommes du côté du trou, de l'angoisse, de l'échec de l'espace d'illusion et tout le savoir que nous avons en tête ne sert à rien, et rien ne nous convaincra que l'eau va devenir bonne et porteuse. Rien, sauf peut-être la relation avec un autre qui va utiliser l'eau, en l'intégrant dans la communication, comme vecteur d'un entre-deux. » (Potel, 1999, p.57). En tant que professionnels psychomotriciens, nous pouvons assurer cette relation dont a besoin Alayan et qui a fait ses preuves depuis le début de cette année. Dans la relation, notre objectif est d'augmenter les expérimentations pour qu'il ait accès à une nouvelle représentation de l'eau.

Pour conclure, j'ai choisi de présenter un exemple qui montre de manière simple l'importance de l'eau dans les interactions. Lors d'une séance de milieu d'année, Diego, très agité dans les vestiaires en arrivant, n'est pas capable de se calmer à la demande de l'adulte. Après les dix premières minutes dans l'eau où Diego est en encore très agité et éclabousse tout autour de lui, je lui demande comme dans les vestiaires de « faire plus doucement » pour ses copains autour. Cette fois-ci, il réagit tout de suite en produisant de toutes petites éclaboussures en imitation. Toutes les parties développées plus haut ont participé à cette interaction.

Sensations d'enveloppe → joie → proxémie → régulation tonico-émotionnelle → interaction

II. Cadre humain et non-humain propice à l'interaction

A. Relation triangulaire : eau / patient / psychomotricien

« Le psychomotricien n'est pas là pour éduquer, mais pour proposer un étayage relationnel suffisamment bon afin de laisser advenir une plus grande autonomie corporelle et psychique, un élargissement du champ d'action, une intégration de nouveaux repères dans un système de représentation. » (Potel, 1999, p.24).

1) *Engagement corporel et psychique du thérapeute*

Avec chaque enfant de ce groupe, nous sommes pleinement impliqués au niveau corporel, sensoriel et psychique. La médiation aquatique est une médiation basée sur l'eau, mais aussi principalement sur le corps. Lors des séances, le fait même de se mettre en maillot de bain représente un engagement corporel important, car il engage notre propre image du corps. Pour ma part, l'eau, depuis ma plus tendre enfance, a été un milieu rassurant, apaisant, euphorisant. La natation ou encore les sports de mer ont tout de suite attirés mon attention et j'ai passé beaucoup de temps à tenter de performer dans le milieu. Je me suis également servie de cet élément dans les passages difficiles de ma vie. C'est pour moi un milieu refuge. Je pouvais rester dans l'eau des heures et des heures sans jamais m'en lasser. Je peux me mettre sur le dos, sur le ventre, en boule, etc... et me laisser complètement porter. Cette sensation emmaillotée dans un cocon liquide est unique. En 3^e année, j'ai bien sûr participé à l'option « Vivre l'eau ». Elle m'a permis d'enrichir mon répertoire corporel grâce à des propositions de conscience corporelle pour ressentir mes sensations, mes émotions et les représentations qui en découlent. Toutes ces expériences variées m'ont aidées tout au long de l'année à accompagner les enfants dans l'eau avec une certaine fluidité en utilisant les caractéristiques propres de l'eau qui impactent un corps immergé.

2) *La contenance*

Pour parler de la contenance, le Moi-peau de D. Anzieu, est un concept incontournable. La fonction contenante est justement une des fonctions qu'il attribue au Moi-Peau qui nous permet de faire le lien entre le corporel et le psychique. Le Moi-Peau est comme une expérience corporelle et tactile : tout comme la peau délimite, protège et contient le corps, le Moi-Peau est un espace clos par une limite que l'on peut comparer à une peau psychique avec deux espaces séparés, l'intérieur et l'extérieur, de l'espace psychique.

« Toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique. Le Moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau. (...) La peau, première fonction, c'est le sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de paroles y ont accumulés. La peau, seconde fonction, c'est l'interface qui marque la limite avec le dehors et maintient celui-ci à l'extérieur, c'est la barrière qui protège de la pénétration par les avidités et les agressions en provenance des autres, êtres ou objets. La peau enfin, troisième fonction, en même temps que la bouche et au moins autant qu'elle, est un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations significantes ; elle est, de plus, une surface d'inscription des traces laissées par ceux-ci. De cette origine épidermique et proprioceptive, le Moi hérite la double possibilité d'établir des barrières (qui deviennent des mécanismes de défense psychiques) et de filtrer les échanges. » (Anzieu, 1985).

Si le Moi-peau ne remplit pas ses fonctions, les limites du Soi sont incertaines, le sentiment d'identité et d'unité aussi. Une absence de limite peut amener une confusion entre le monde interne et le monde externe et provoquer des angoisses : le sujet peut avoir l'impression de se vider ou que l'environnement vienne envahir l'appareil psychique. Afin de remédier à la faiblesse de l'enveloppe psychocorporelle, l'enfant peut se créer des substituts d'enveloppe en cherchant des limites dans son tonus ou dans sa sensorialité.

Il semblerait qu'Alayan, au vu de ses troubles autistiques et sa surdité ai cette faiblesse. Il se protège par une carapace tonique et sensorielle. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'Alayan aurait une défaillance dans la constitution de son enveloppe corporelle. Au vu de l'importance de la mise en place du Moi-peau dans le développement de la pensée, il me paraît nécessaire de tenter de remplir cette fonction contenante et de trouver des moyens pour qu'Alayan puisse la développer un peu plus chaque jour par la relation à l'autre.

Une de mes premières rencontres avec Alayan s'est déroulée au marché. La sortie était organisée par la maîtresse et je les ai accompagnés pendant toute la matinée. J'ai pris Alayan par la main et pendant tout le trajet, je n'ai pas croisé son regard. Je n'existais pas en tant que personne, mais juste comme « un robot » qui le guidait pour lui indiquer le chemin. J'ai tout de suite été frappée par cette fuite. Plus tard à l'institut on dira que Alayan « prenait des mesures ». À chaque déplacement, il regarde à droite, à gauche, devant, derrière, comme s'il voulait mesurer l'espace traversé. Sur le chemin je pensais « psychomotricité » et cherchais comment pallier ce

problème. J'ai eu le sentiment qu'il lui manquait quelque chose d'enveloppant autour de lui. Pendant un moment de creux où il commençait à se désorganiser, je me suis mise derrière lui, ai attrapé ses mains et les ai posées sur son ventre. Il m'a regardé, presque souri et tout au long de la visite au marché, il a été disponible. Il s'énervait quand je lui proposais de le reprendre par la main, signe que cela lui faisait du bien.

Le concept de dialogue tonico-émotionnel développé par Ajuriaguerra illustre aussi ce moment. J'ai eu le sentiment d'une adaptation tonique réciproque entre Alayan et moi. « Pour J. de Ajuriaguerra, le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge. S'intéresser au dialogue tonico-émotionnel porte donc tout naturellement à s'intéresser à la manière dont les émotions peuvent être transmises entre deux partenaires » (Bachollet & Marcelli, 2010, p.14). Catherine Potel a également décrit le sentiment d'enveloppe : « une création psychique stabilisée, une illusion fondatrice et vitale issue de l'expérience cumulative du sentiment-sensation d'être en relation et d'y prendre ou garder contenance. Elle résulte de, et fonde tout à la fois, une intériorisation des affects satisfaisants éprouvés dans une expérience partagée. » (Potel, 2021, p.71).

J'ai appris par la suite qu'Alayan avait été introduit dans le groupe piscine en partie pour une volonté de contenance et d'enveloppement présent dans la médiation aquatique. La psychomotricienne à l'époque n'avait pas prévu qu'il aurait très peur de l'eau. Dans les semaines qui suivirent cette sortie au marché, lorsqu'un adulte lui donnait la main, il se mettait immédiatement dos à lui et cherchait ses mains, laissant l'adulte un peu perplexe. Plusieurs semaines, sur le chemin de la piscine, il voulait marcher de la même manière, mais ce n'était pas simple sur un long trajet.

Le dialogue tonique était installé entre nous et plus tard, au bord de la piscine, j'ai profité de ce dialogue pour installer une bonne alliance thérapeutique. Après deux ans avec le groupe piscine, face à cette peur de l'eau, les psychomotriciennes se sentaient démunies et voyant ce dialogue tonique réussi, elles m'ont proposé d'être à ses côtés pendant les séances pour maintenir ses objectifs thérapeutiques. Il arrive parfois en psychomotricité qu'en changeant de thérapeute ou de personne, des situations se débloquent naturellement. Cela permet parfois d'avoir un autre regard, une autre approche sur l'enfant et ses problématiques.

Par ce dialogue tonico-émotionnel et cette proposition d'enveloppe corporelle, nous avons, avec Alayan ensemble réussi à dépasser sa peur et entrer en interaction. Cela s'est fait par un travail dans l'eau très corporel. En effet, pour être disponible à l'interaction, Alayan a besoin d'une contenance physique. Dès le début de l'année, chaque nouvelle étape franchie c'est fait grâce à cette contenance. Par exemple, Alayan entre dans l'eau en ayant ses pieds qui touchent le sol avec un soutien physique d'une personne dans son dos. Au fur et à mesure de l'année, je lui ai proposé un nouvel appui, celui d'une structure rouge appelée « rocher » immergée dans l'eau et sur laquelle nous pouvons nous asseoir. Dans un premier temps il restait agrippé à moi, angoissé. Puis je me suis assise en premier et lui ai proposé cette fois de s'asseoir avec moi. Je l'ai porté et assis entre mes jambes. Dès que son dos s'est posé sur moi, j'ai immédiatement senti son tonus redescendre. À la fin de la séance, il s'était complètement relâché. Cette posture lui a permis d'être disponible pour l'interaction avec les enfants et les adultes présents devant lui (échanges de ballon avec un enfant, jeu avec un adulte). L'angoisse a laissé place à la joie et aux rires. La semaine suivante nous répétons l'expérience, mais cette fois, il est assis seul sur le rocher et je suis devant lui en lui tenant les mains. Puis je lâche une main et enfin nous pouvons ensemble faire des échanges de ballon dans une belle interaction. Le même accompagnement se fera avec d'autres appuis (tapis rigide sur l'eau).

3) Importance du portage physique et psychique

Alayan et Diego ont besoin d'un portage, mais de manière différente. Le psychomotricien doit faire preuve d'une attention soutenue et être capable d'offrir des portages de qualité. Cet étayage fait écho à la théorie de la « mère suffisamment bonne » de Winnicott. Le thérapeute doit être capable d'offrir un « holding » suffisamment bon à l'enfant pour qu'il puisse nous accorder sa confiance et évoluer en toute sérénité. Winnicott identifie plusieurs fonctions maternelles indispensables pour le développement de l'enfant et l'unification des enveloppes. Le holding correspond à un portage physique et psychique du bébé par la mère et le handling correspond aux soins quotidiens prodigués par cette dernière à son bébé. Une fois que l'enfant ressent « le sentiment de continuité d'existence », la communication avec le monde extérieur et l'individualisation sont facilités.

Dans l'eau, le portage prend une autre dimension puisqu'il s'agit là d'un contact peau/peau. De plus l'eau renvoie à des sensations primaires et archaïques de la vie In-utéro. Le contact visuel disparaît dans le portage (ce qui m'a perturbée au début), mais l'apaisement par le dialogue

tonique est plus efficient pour Alayan. Il a besoin d'un portage presque maternel qui aurait dû s'automatiser dans un développement normal, mais dont il a toujours besoin. S. Robert-Ouvray a écrit « le but fondamental du holding est d'aider l'enfant à acquérir la capacité d'exister seul sur ses propres appuis moteur et psychique sans débordement d'angoisse, sans vertige, sans désorganisation » (51, p.13). Alayan a besoin de ce contact physique qui est parfois plus un agrippement qu'un portage. Son tonus est alors très élevé, ce qui renvoie à l'idée d'enveloppe tonique qui pallie l'absence du Moi-peau (Anzieu). L'objectif dans la relation thérapeutique est qu'il accède à un relâchement tonique. Après un moment de portage et quand le tonus est redescendu, je lui propose de mettre ses pieds par terre afin de trouver des appuis stables. Pour cela, nous devons lui prendre ses jambes et les déplier progressivement pour arriver jusqu'au sol. Cette étape est parfois compliquée. Il faut que son tonus soit bien redescendu et qu'il soit assez en confiance pour se laisser mobiliser. Mais Alayan le vit à chaque fois comme quelque chose de nouveau. Quand il découvre le sol sous ses pieds, il se décroche de l'adulte et c'est comme une surprise à chaque fois « *oh il y a bien quelque chose de solide au fond qui peut me porter* ». Depuis quelques séances, au lieu de le porter et d'aller dans l'eau avec lui dans les bras, je lui propose directement un appui dos. Je me mets derrière lui et je pose ses mains sur son ventre (comme la séquence au début d'année au marché). Et comme ça, j'essaye de descendre progressivement dans l'eau avec lui. Il est agrippé à mes bras, mais cela lui permet de comprendre dès le départ que le sol est sous ses pieds et qu'il le porte. Alayan a besoin d'un arrière-fond humain pour être disponible et interagir. Il a également besoin d'un environnement humain stable.

Diego, en revanche, est un enfant très à l'aise dans l'eau. Il n'a eu aucune appréhension. Le portage physique est apporté par l'eau elle-même. Notre accompagnement est plus tourné vers un portage psychique qui rappelle le « holding » de Winnicott, même si de temps en temps Diego en ressent le besoin et vient chercher le contact physique. Diego a eu par le passé d'importants troubles du comportement et le but du groupe piscine est de lui proposer une médiation (l'eau) dans laquelle il se sent bien pour développer les jeux avec d'autres enfants et sortir de ses attirances sensorielles (lumière, éclaboussure, sautellement, balancement). Le portage psychique va l'aider à y parvenir de manière fluide. Il consistera en encouragements et en séquençages de temps. Par exemple, quand nous jouons à chat dans l'eau, Diego ne veut pas venir et reste souvent dans son jeu des éclaboussures. Une des deux psychomotriciennes va donc le voir et lui demande de venir jouer à chat pour un temps donné. Il sait alors qu'il va participer pendant ce laps de temps puis revenir à ses stimulations sensorielles. Il peut à ce

moment-là prendre plaisir dans le jeu avec les autres. Il est à l'écoute de notre portage et s'en saisit. Il sait que nous lui accordons notre confiance au même titre que dans la rue ou pour sortir seul du bassin.

« Se penser dans son corps, se connaître dans son propre corps, le gouverner en conscience et se laisser « habiter » par lui (en percevoir les limites, spatiales et fonctionnelles, le plaisir et le déplaisir, les besoins et les désirs) est d'un autre registre, celui de la pensée réflexive qui nécessite une sorte de narration (des mots, des images, des figurations par les objets). Celle-ci est proposée le plus souvent d'abord par le thérapeute. » (Potel, 2021, p.74). Chez les enfants sourds, cette fonction de narration n'est accessible qu'aux enfants maîtrisant la L.S.F. et disponible pour un moment d'échange avec l'adulte. Il serait intéressant de trouver une méthode pour l'adapter au sein du groupe piscine.

4) L'accès aux représentations

Grâce à cette médiation aquatique Alayan est disponible aux interactions, est l'un des l'objectifs thérapeutiques à plus long terme est que l'on puisse par cette interaction, lui donner accès à des représentations. Catherine Potel fait le lien entre cet étayage psychomoteur et l'eau : « L'objet médium malléable permet à l'enfant de dépasser l'expérience du sensoriel et d'accéder à la fonction de représentation, dans les processus plus secondarisés ». (Potel, 1999, p.64). Elle rejoint l'idée de Suzanne Robert Ouvray, selon laquelle, on retrouve quatre niveaux dans le développement psychomoteur de l'enfant : le tonus musculaire, les sensations, les affects et les représentations. Chacun de ces niveaux prend appui sur le précédent. Par exemple, le niveau sensoriel, vient ressonner avec le tonus musculaire. Le bébé passe régulièrement de la tension à la détente. Lorsqu'il est en tension, ses sensations sont dures, froides, piquantes. Alors que quand il est en détente, ses sensations sont chaudes et douces. Il va donc passer par ces deux polarités qui vont progressivement ressonner avec le niveau affectif puis le niveau représentatif. « Les expériences se suivent et ne se ressemblent pas. Plus elles sont nombreuses et variées, plus le champ perceptif de l'enfant s'élargit » (Robert-Ouvray, 2014).

Lors des séances de groupe, Alayan vit des expériences très diverses qui le font passer par ces deux polarités. Si l'on prend l'exemple des vagues qui est une des nouvelles expériences de l'eau qu'Alayan a pu vivre cette année, elles ont eu un impact sur l'ensemble des niveaux. En effet, quand Diego fait des vagues dans l'eau, Alayan, semble se tendre, mais cela lui fait vivre au niveau corporel des sensations qu'il intègre avec difficulté. Il est donc partagé entre les deux

polarités et cela s'observe dans les émotions qu'il exprime. Avec les deux psychomotriciennes qui encadrent ce groupe nous avons tenté de prendre appui sur l'étayage psychomoteur de Suzanne Robert-Ouvray. Nous tentons donc d'étayer au maximum ses ressentis pour qu'il puisse ressentir si pour lui c'est une sensation agréable ou désagréable. Puis à l'aide d'images, nous essayons de lui donner accès à des représentations, qu'il a la capacité d'intégrer, c'est-à-dire qu'il a déjà vécu une fois.

B. Le groupe

Quand la piscine est fermée ou qu'une des deux psychomotriciennes est absente, nous faisons des séances au sein de la structure pour rejouer des situations vécues au sein du groupe. On se place dans une salle avec l'ensemble des enfants du groupe. Lors d'une de ces séances, nous avons recréé le cadre de la piscine avec des Playmobil et des bassines d'eau représentant le bassin. L'objectif était de jouer la scène d'une séance et de simuler les interactions entre enfants pendant celle-ci. Mais les enfants ont rencontré des difficultés d'identification aux bonhommes, car il n'y avait pas de bonhomme noir. Mais Diego a bien compris que le but était de s'identifier à un personnage et de faire comme si, c'était lui à la piscine.

Alayan pendant ces séances n'est pas capable de faire la même activité que les autres enfants du groupe. Cependant, il est quand même présent et nous montre bien l'impact du groupe sur le développement des interactions. Il prend de l'eau, éclabousse Diego, touche les enfants et rigole, court après eux, etc... quand je demande à sa maîtresse si elle a observé la même chose en classe elle me répond que non, jamais.

Parfois, pendant le trajet, les enfants marchent chacun de leur côté, explorent l'environnement, le mouvement, la relation avec l'adulte, etc... puis de temps en temps Diego en « posture de grand frère », prends Aya et Noah par la main et ils font tout le trajet comme ça, en interagissant entre eux. C'est une grande évolution pour Diego qui, par la relation à l'autre, peut passer de mouvements très stéréotypés à un trajet très en relation avec l'autre et donc plus riche en expérimentations. Sur une partie du trajet, il y a des lignes aux sols sur lesquelles Diego marche de manière très stimulante au niveau vestibulaire (beaucoup de mouvements de tête de droite à gauche). Diego avance, sans se soucier des autres autour de lui. Mais lorsqu'il marche avec les deux autres enfants du groupe et que l'on passe à ce même endroit, il oublie complètement les traits pourtant si importants précédemment. Ses intérêts restreints et répétitifs semblent être mis de côté au profit de l'interaction.

Catherine Potel souligne que la médiation aquatique peut être « un projet de socialisation ». « On remarque souvent que dans l'eau il se crée assez vite entre les membres d'un même groupe, un climat de jeu et une circulation fluide, même si celui-ci est constitué d'individus en retrait ou inhibé. Dans l'eau, le jeu est roi. » P45

On observe au sein de ce groupe piscine un dialogue tonique très fort. En effet, il arrive pendant les temps rituels de retour au calme à la fin d'une séance, que tous soient agités ou au contraire que tous soient calmes. Il est rare que certains soient agités et d'autres calmes, même pour Alayan.

C. Le maître-nageur

En quoi l'effet " médiateur" et créateur de communication va au-delà de ceux qui sont dans l'eau ? Le maître-nageur joue un rôle important alors qu'il est en dehors de l'eau. Depuis le début de ce groupe (il y a quatre ans) c'est le même maître-nageur responsable de la sécurité. Au départ, il était très en retrait et n'entrait pas spécialement en contact avec les enfants ni les professionnels. Mais depuis cette année, il est impliqué dans le groupe. En effet, il essaie de communiquer avec les enfants, nous demande la signification de certains signes, et inversement nous demande aussi comment on dit tel ou tel terme. Il tente des approches de communication, en particulier avec Aya. Elle a bien compris que c'est lui qui donne les jeux. C'est d'ailleurs elle qui a commencé à l'interpeller en premier. Diego a aussi voulu l'éclabousser, mais il l'a stoppé.

Le maître-nageur est une personne que les enfants ne voient que dans le cadre de la piscine. Il fait donc partie du cadre et il me semble que son absence provoquerait une réaction chez les enfants. Il serait intéressant qu'il soit absent une fois et que ce soit quelqu'un d'autre qui le remplace. Parfois il y a des personnes qui viennent faire des interventions dans le local au fond de la piscine et c'est arrivé que Diego soit curieux en demandant qui étaient ces personnes. Il est sensible à ces changements et à ces nouvelles personnes.

D. Le cadre non humain

« Quand le thérapeute accepte de se risquer à cette expérience de l'eau, il utilise l'environnement « non humain » comme variable sensible, mais il y ajoute une composante fondamentale : la relation interhumaine. » (Potel, 2021, p 37). Dans la première partie, nous avons évoqué l'importance du cadre pour les enfants T.S.A., car ils sont très sensibles aux changements. À la piscine, la séance est assez similaire d'une semaine à l'autre dans son organisation. Mais ce

rituel présente des inconvénients. J'ai observé que des comportements d'opposition deviennent rituels à leur tour, ce qui complique la gestion de ces comportements. Par exemple, Noah, à chaque départ de la piscine jette son sac au moment de remettre ses chaussures et ne veut pas le reprendre. Il l'a fait une fois et c'est devenu un rituel, ce qui donne lieu chaque fois à des conflits.

Au sein même de la séance, il y a un rituel de début et de fin, mais pour le reste, même si les séances sont préparées à l'avance, ce sont davantage les enfants qui les construisent. Nous sommes là pour leur donner des supports à leur besoin d'expérimentation. Nous étayons leurs sollicitations plus que nous dirigeons des jeux. Des objets peuvent aussi séquencer la séance, par exemple, la barrière entre le pédiluve et le bassin permet à Diego d'avoir l'information visuelle que la séance est terminée. Le rituel est représenté par un objet. Il aide Diego au séquençage du temps et de l'espace, ce qui lui permet de rester ouvert aux interactions lors des moments de transition. Le lieu est important aussi pour les interactions. Le comportement d'Alayan est très différent à l'intérieur par rapport à l'extérieur de la piscine. Il a investi ce lieu comme un espace contenant et sécurisant. Il est plus présent dans les échanges entre pairs et avec les adultes.

Conclusion

Tout au long de la rédaction de ce mémoire, suivre Alayan et Diego, deux enfants sourds avec des signes autistiques, m'a permis d'analyser semaine après semaine l'évolution de leurs interactions à travers la médiation aquatique. A partir de mon observation, j'ai émis des hypothèses, proposé un étayage et constaté le résultat. Ces conclusions ainsi que mes autres expériences ont confirmé l'influence réelle de l'eau sur les interactions. L'accompagnement thérapeutique effectué n'est pas un travail dans l'eau mais avec l'eau. Elle a un impact sur nous comme nous avons un impact sur elle, instaurant un dialogue à travers des ajustements sensoriels, toniques et émotionnels. Le T.S.A. chez Alayan et Diego étant un trouble associé à leur surdité, la question des interactions s'est doublement posée. Le travail de psychomotricité à travers cette médiation a permis de les rendre disponible à l'interaction par des moyens diversifiés (contenance, dialogue tonico-émotionnel, étayage psychomoteur). Au début de l'année, Alayan et Diego étaient très peu en interaction que ce soit avec les enfants ou les adultes. Au fil des séances, ils ont été de plus en plus présents dans la relation à l'autre, investissant ce lien pour exprimer leurs besoins et leurs émotions jusqu'à pouvoir s'ajuster à l'autre. L'accompagnement de cette évolution a enrichi ma pratique psychomotrice pour une meilleure posture professionnelle future.

Avec du recul, je regarde l'année écoulée, et mes impressions sont partagées. Tout d'abord j'ai le sentiment d'avoir accompagné davantage Alayan que Diego. Mais Alayan est très dépendant de l'adulte en général alors que Diego est très autonome. Il a lui, besoin d'être seul parfois et loin de l'adulte. Ces moments m'ont permis de prendre du recul et d'observer à distance ce qui se jouait pour Diego, en particulier au niveau des interactions qu'il avait avec les autres enfants du groupe. Elles se sont affinées au cours de l'année et ont, permis une importante réduction des troubles du comportement. Comme évoqué plus haut, Diego changera de groupe éducatif. A mon sens, il est pourtant indispensable qu'il poursuive cette médiation avec ce groupe. Si cela n'est pas possible, il faudra être vigilant aux émotions qu'il pourrait ressentir en voyant ses anciens camarades continuer à aller à la piscine sans lui. Concernant Alayan, il sera dans le groupe éducatif des autres enfants du groupe, ce qui pourrait l'aider aussi dans les interactions. Au vu de cette année, il me semble que cette médiation est à poursuivre pour lui également mais un suivi en balnéothérapie serait plus pertinent. L'eau chaude permettrait un relâchement tonique encore plus important et ainsi être davantage disponible aux interactions.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (1968). *DSM-II : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (2^e éd.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (3^e éd.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-III : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (4^e éd.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5^e éd.). American Psychiatric Association.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Dunod.
- A.P.E.D.A.F. (2016). Musique et surdité. *Fédération Wallonie-Bruxelles*
<https://apedaf.be/wordpress/wp-content/uploads/2017/08/musique-et-surdité-FINAL.pdf>
- Asperger, H. (1944). Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, pp.76–136. <https://doi.org/10.1007/BF01837709>
- Bachollet, M-S. & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, (49), 14. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Baudonnière, P.M. (1988). L'évolution des compétences à communiquer chez l'enfant de 2 à 4 ans. Presses Universitaires de France.
- Bettelheim, B. (1967). *La forteresse du vide*. Gallimard.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. International University Press
- Bogdashina, O. (2013). *Questions sensorielles et perceptives dans l'autisme et le syndrome d'Asperger*. Autisme France Diffusion.
- Bonnet-Brilhault, F. (2020). *Autisme : réalités et défis*. Lemuscadier.

- Brisson, J., Serres, J., Gattegno, M. & Adrien, J. (2011). Etude des troubles précoces du contact social à partir de l'analyse des films familiaux chez des nourrissons de la naissance à 6 mois ultérieurement diagnostiqués autistes. *Devenir*, 23, 87-106. <https://doi.org/10.3917/dev.111.0087>
- Bureau International d'Audiophonologie. (1997, 1^{er} mai). *Classification audiométrique des déficiences auditives*. Consulté le 9 mars, sur <https://www.biap.org/fr/archives/65-ct-2-classification-des-surdites>
- Busquet, D. & Allaire, C. (2005). *La surdité de l'enfant : guide pratique à l'usage des parents*. Inpes
- Cameron, J. (2022, 14 décembre). *Avatar : La voie de l'eau* [Film].
- Centre National de Recherches Scientifiques. (2000, novembre). *Usages : Eau dans organisme*. Consulté le 29 mars 2023, sur <https://www.cnrs.fr/cw/dossiers/doseau/decouv/usages/eauOrga.html>
- Constantino, J. N., Zhang, Y., Frazier, T., Abbacchi, A. M., & Law, P. (2010). Sibling Recurrence and the Genetic Epidemiology of Autism. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1349-1356. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09101470>
- Dane, S., & Balci, N. (2007). Handedness, eyedness and nasal cycle in children with autism. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 25(4), 223-226.
- Euzen, A. (2015). *L'eau à découvert*. CNRS Éditions
- Fortier, F. (2021, octobre). La pudeur chez l'enfant. Consulté le 3 février, sur <https://naitreetgrandir.com/fr/etape/5-8-ans/comportement/fiche.aspx?doc=pudeur-chez-enfant>
- GeckoEssence. (2021, 11 mai). *Langue des signes et culture sourde : Le syndrome de privation langagière, feat. Pétronille Lemenuel* [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=RqQPK-byhow&t=274s>

- Giraud, A.-L. (2018). *Le cerveau et les maux de la parole : Aphasie, dyslexie, surdité, bégaiement*. Odile Jacob.
- Golse, B. (2010). L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse. *Enfances et psy*.
- Gorgy, O. & D'Ignazio A. (2022). *Concevoir les programmes sensoriels pour personnes autistes*. TomPousse.
- Haag, G. (2004). Réponse aux mises en cause répétées des abords psychanalytiques des troubles autistiques. https://www.psynem.org/Hebergement/Cippa/Association/Qui_sommes-nous/Textes_fondateurs/Appel_Genevieve_Haag
- Hall, E-T. (1971). *La dimension cachée*. Seuil Éditions.
- Haute Autorité de Santé. (2018). Trouble du spectre de l'autisme : Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent. HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_-_argumentaire.pdf
- Hochmann, J. (2013, janvier). La guerre de l'autisme et les résistances culturelles à la psychanalyse. *Revue française de psychanalyse*, 77(2013/1), 119-125.
- Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. (2018). *Autisme un trouble du neurodéveloppement affectant les relations interpersonnelles*. Consulté le 20 février 2023, sur <https://www.inserm.fr/dossier/autisme/>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child : Journal of Psychopathology, Psychotherapy, Mental Hygiene, and Guidance of the Child* (2), 217-250.
- Klein, M. (1930). *Essais de psychanalyse* (p.263). Payot 2005.
- Krauss, S. (2006). *L'enfant autiste et le modelage : De l'empreinte corporelle à l'empreinte psychique*. Érès éditions.
- Larbán Vera, J. (2016). *Vivre avec l'autisme, une expérience relationnelle : Guide à l'usage des soignants*. Éditions Érès.

- Latour, A.-M. (2007). *La pataugeoire, contenir et transformer les processus autistiques*. Érès éd.
- Leboyer, M. & Tamouza, R (2020, 30 mars). *Trouble du spectre de l'autisme : des dysfonctions immunitaires impliquées dans la maladie ?*. Consulté de 5 avril 2023, sur <https://www.frm.org/recherches-maladies-neurologiques/trouble-spectre-autisme/dysfonctions-immunitaires>
- Malaguarnera, S. (2016). Dictionnaire de neuropsychanalyse. <https://www.malaguarnera-psy.com/index-fiche-56918.html>
- Ming, X., Brimacombe, M., & Wagner, G. C. (2007). Prevalence of motor impairment in autism spectrum disorders. *Brain and Development*, 29(9), 565-570. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2007.03.002>
- Misès, R. (2020). Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent – R2020. Presses de l'école des hautes études en santé publique.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1994). *CIM-10 : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (10^e éd.). Masson.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *CIM-11 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (11^e éd.). Masson.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2023, 27 février). *Surdité et déficience auditive*. Consulté 5 mars 2023, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- Paquet, A. (2019). Aspect moteurs et psychomoteurs dans le TSA. Dans J. Perrin, T. Maffre, C. Le Menn-Tripi (dirs.), *Autisme et psychomotricité* (2 e éd.).
- Plumet, M.H. (2019). Aspect moteurs et psychomoteurs dans le TSA. Dans J. Perrin, T. Maffre, C. Le Menn-Tripi (dirs.), *Autisme et psychomotricité* (2 e éd.). Deboeck.
- Potel, C. (1999). *Le corps et l'eau : Une médiation en psychomotricité*. Érès.

- Potel, C. (2021). *Dans l'eau : Pour une psychomotricité aquatique théorie et cliniques*. Éditions In press.
- Psychomot à l'internationale [@psychomot'internationale]. (2021, 2 mars). *Psychomotricien dans le secteur de la surdité* [Vidéo]. Instagram. <https://www.instagram.com/reel/CL7MTUAqCa5/>
- Robert. (1986). Médiation. Dans le Grand Robert de la langue française Vol. 6
- Robert-Ouvray, S. (2014, 4, 5 et 6 avril). *L'étayage psychomoteur : du mouvement inné au geste organisé [Conférence]*. Journées franco-italiennes de psychomotricité et de réhabilitation neuro-psychomotrice, Milan. <https://afpup.org/wp-content/uploads/2021/07/etayage-psychomoteur.pdf>
- Roussillon, R. (1991). *Paradoxe et situations limites de la psychanalyse* (pp.130-146). Paris, Presses Universitaires de France,
- Roussillon, R. (2019). Chapitre 2. Une métapsychologie de la médiation et du médium malléable. Dans : A. Brun éd., *Manuel des médiations thérapeutiques* (pp. 42-70). Paris : Dunod. <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/dunod.brun.2019.02.0042>
- Sheffer, E. (2019). *Les enfants d'asperger, le dossier noir des origines de l'autisme*. Flammarion.
- Sperdin, H. F., Coito, A., Kojovic, N., Rihs, T. A., Jan, R. K., Franchini, M., Plomp, G., Vulliemoz, S., Eliez, S., Michel, C. M., & Schaer, M. (2018). Early alterations of social brain networks in young children with autism. *ELife*, 7, e31670. <https://doi.org/10.7554/eLife.31670>
- Struyf-Denys, G. (2000). *Les Chaînes musculaires et articulaires (6 e éd.)*. ICTGDS
- Tustin, F. (2017). *Autisme et psychose de l'enfant*. Seuil Essais.
- Université de Genève (2018, 1 mars). *Autisme : Les réseaux du cerveau social altérés dès le jeune âge - Faculté de médecine* <https://www.unige.ch/medecine/fr/faculteetcite/media/autisme-les-reseaux-du-cerveau-social-alteres-des-le-jeune-age/>

Wing, L. (1981). Asperger's syndrome : A clinical account. *Psychological Medicine*, 11(1), 115-129.

<https://doi.org/10.1017/S0033291700053332>

Annexes

Annexe I : Les critères diagnostiques du Trouble du Spectre Autistique du DSM 5 **(APA, 2013).**

Déficit de la communication sociale : (les 3 critères doivent être retrouvés pour le diagnostic)

- Déficit de la réciprocité sociale ou émotionnelle
- Déficit dans les comportements de communication non-verbaux utilisés au cours d'interactions sociales
- Déficit du développement, du maintien et de la compréhension des relations

Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités : (2 critères parmi les 4 doivent être retrouvés pour le diagnostic)

- Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage
- Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés
- Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but
- Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement

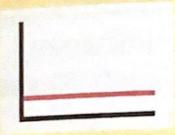
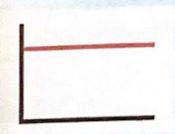
On retrouve ensuite 3 critères qui doivent être vérifiés pour qu'un diagnostic de TSA soit posé :

C : « Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement ». Ce critère permet de garantir le caractère neurodéveloppemental de ce trouble.

D : « Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel social, scolaire/professionnel ou dans d'autres domaines importants. »

E : « Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement. »

Annexe II : Schéma récapitulatif inspiré du modèle conceptuel de Dunn (1997, 2014) reliant le seuil neurologique à la réactivité comportementale (Gorgy & D'Ignazio 2022).

| | Niveau neurologique | Niveau comportemental |
|--|---|--|
| <p>Hypersensibilité (seuil de réactivité bas)</p>  | <p>Activation neuronale élevée face aux <i>stimuli</i> du quotidien = (difficulté d'habituation)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • profil hyperréactif (irritabilité, distractibilité, interruption de la tâche en cours...) • profil d'évitement de sensations (retrait, autoprotection...) |
| <p>Hyposensibilité (seuil de réactivité haut)</p>  | <p>Activation neuronale basse face aux <i>stimuli</i> du quotidien = (difficulté de sensibilisation)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • profil hyporéactif (manque de réactivité, apathie, peu d'énergie...) • profil de recherche de sensations (haut niveau d'activité, autostimulations...) |

Annexe III : Photo de la piscine



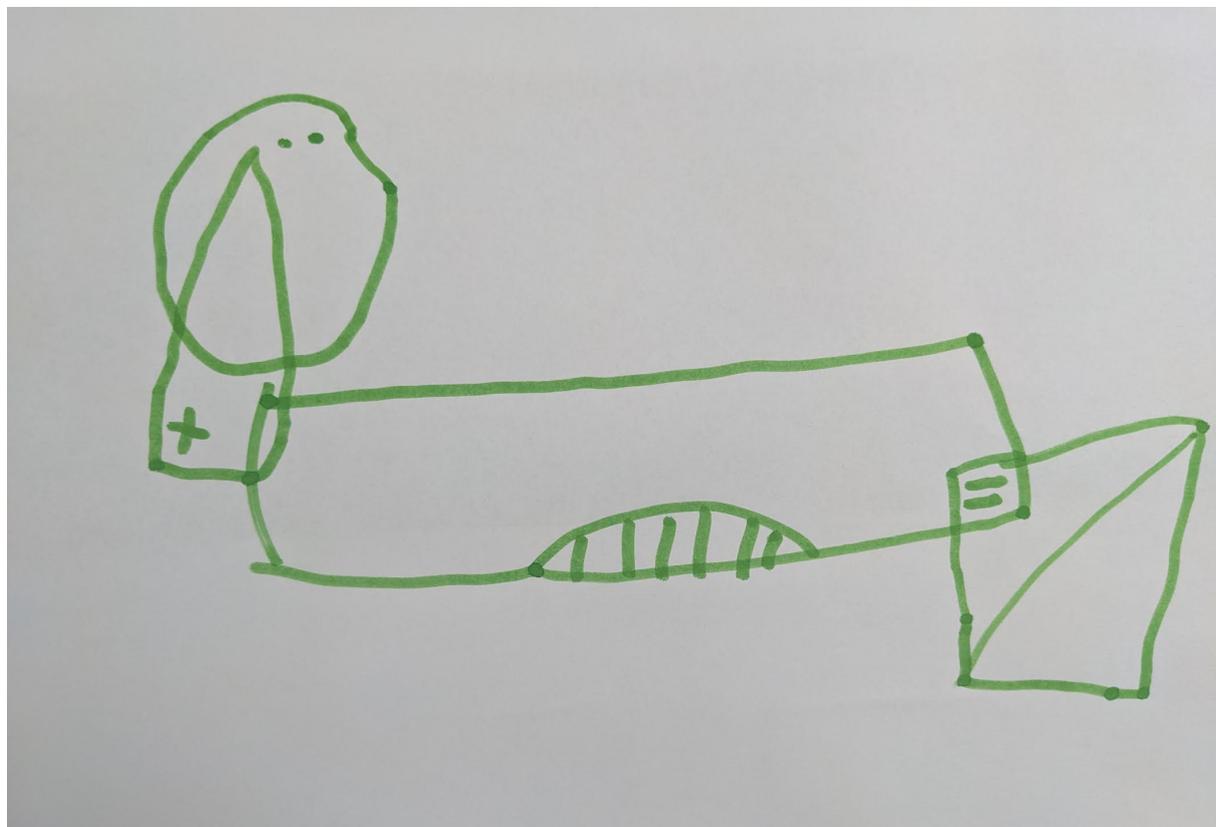
Annexe IV: Emploi du temps d'Alayan (l'emploi du temps de l'H.D.J. ne nous a pas été communiqué)

| | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | | |
|-------|-----------------|-----------------|----------|----------------------------|-----------------|--|---------------------------------------|
| 08:30 | Hopital de jour | Hopital de jour | | Enseignement en individuel | Hopital de jour | | |
| 09:00 | | | | Hopital de jour | | Jeux libres | Orthophonie |
| 09:30 | | | | | | | Récréation |
| 10:00 | | | | | | | Groupe piscine : 2 psychomotriciennes |
| 10:30 | | | | | | | |
| 11:00 | | | | | | | Repas |
| 11:30 | | | | | | | Repos |
| 12:00 | | | | Hopital de jour | | Groupe "jeux de cours" psychomotricité | Repas |
| 12:30 | | | | | | | Hopital de jour |
| 13:00 | | | | | | | |
| 13:30 | | Psychomotricité | | | | | |
| 14:00 | | Récréation | | | | | |
| 14:30 | | Enseignement | | | | | |
| 15:00 | | Gouter | Educatif | Hopital de jour | | | |
| 15:30 | | Gouter | Gouter | | | | |

Annexe V : Profil sensoriel de Diego réalisé en 2021

| Traitement de l'information sensorielle | Note brute totale de la section | Performance typique | Différence probable | Différence avérée |
|---|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| A. Traitement de l'information auditive | /40 | 40 28 | 27 ... X ... 22 | 21 8 |
| B. Traitement de l'information visuelle | /45 | 45 ... X ... 32 | 31 25 | 24 9 |
| C. Traitement de l'information liée à l'équilibre | /55 | 55 42 | 41 ... X ... 35 | 34 11 |
| D. Traitement de l'information tactile | /90 | 90 ... X ... 71 | 70 59 | 58 18 |
| E. Traitement de l'information multisensorielle | /35 | 35 27 | 26 ... X ... 22 | 21 7 |
| F. Traitement de l'information sensorielle orale | /60 | 60 44 | 43 ... X ... 30 | 29 12 |
| Modulation | | | | |
| G. Traitement de l'information sensorielle liée à l'endurance / au tonus | /45 | 45 ... X ... 39 | 38 32 | 31 9 |
| H. Modulation liée à la position du corps et au mouvement | /50 | 50 40 | 39 34 | 33 10 |
| I. Modulation du mouvement affectant le niveau d'activité | /35 | 35 19 | 18 ... X ... 15 | 14 7 |
| J. Modulation de l'enregistrement de l'entrée sensorielle affectant les réponses émotionnelles | /20 | 20 14 | 13 11 | 10 4 |
| K. Modulation de l'enregistrement de l'entrée visuelle affectant les réponses émotionnelles et le niveau d'activité | /20 | 20 14 | 13 11 | 10 ... X ... 4 |
| Réponses comportementales et émotionnelles | | | | |
| L. Réponses émotionnelles / sociales | /85 | 85 57 | 56 ... X ... 43 | 42 17 |
| M. Comportements résultant du traitement de l'information sensorielle | /30 | 30 19 | 18 13 | 12 6 |
| N. Items indiquant les seuils de réponse | /15 | 15 11 | 10 9 | 8 3 |

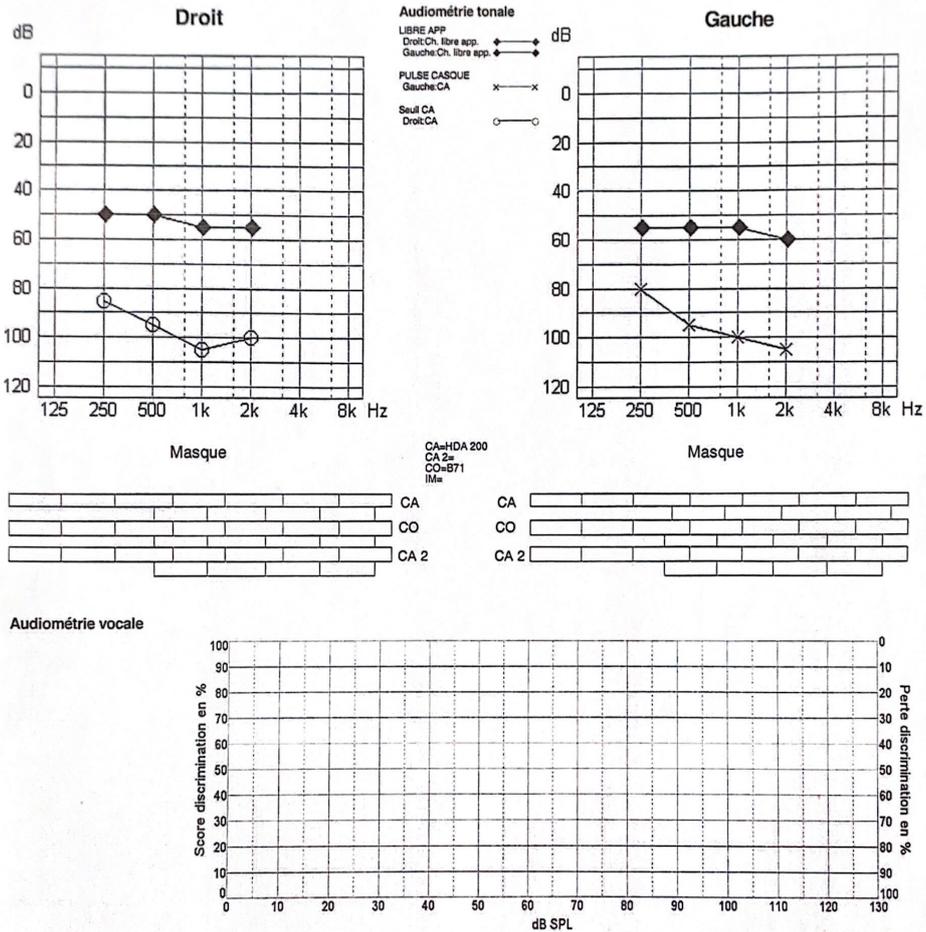
Annexe VI : Figure de Rey B réalisée par Diego



Annexe VII : Dessin du bonhomme réalisé par Diego lors de la passation du bilan psychomoteur



Annexe VIII : Bilan audiométrique de Diego réalisé en mars 2022



Excellente participation, technique de type encastrement, réponses reproductibles au casque et en champs libre avec Appareils. Tubes bouchés ce jour + Appareil gauche qui répond moins bien. CAF ok

Répétition des mots non possible ce jour. Coupleur +/- 50dB de gain.

Annexe IX : Emploi du temps de Diego

| | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|-------|--------------|--------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------|
| 08:30 | LSF | LSF | | Psychomotricité | Educatif |
| 09:00 | | Enseignement | | Educatif | |
| 09:30 | | | | | |
| 10:00 | Recréation | Recréation | Accueil | Orthophoniste | Recréation |
| 10:30 | Enseignement | Psychologue | Atelier cuisine | Groupe piscine : 2 psychomotricienne | Arts plastiques |
| 11:00 | | | | | |
| 11:30 | Repas | Repas | Repas | Repas | Repas |
| 12:00 | | | | | |
| 12:30 | Récréation | Récréation | Récréation | Récréation | Récréation |
| 13:00 | Ergothérapie | Enseignement | Educatif | Educatif | Educatif |
| 13:30 | | | | | |
| 14:00 | Enseignement | Educatif | | Enseignement | Enseignement |
| 14:30 | Récréation | Récréation | Orthophoniste | Récréation | Récréation |
| 15:00 | Enseignement | Educatif | Yoga | Enseignement | Enseignement |
| 15:30 | | | | | |

Table des figures

Figure A : Classification des degrés de surdité. APEDAF (2016)

Figure B : Schéma d'installation d'un implant cochléaire. APEDAF (2016)

Figure C : Cliché d'un « eye-tracking ». Université de Genève (2018)

Figure D : Plan de la piscine

Résumé

Ce mémoire évoque la participation de l'eau dans l'évolution des interactions chez deux enfants présentant une surdité et des signes autistiques. Il propose une réflexion mêlant apports cliniques de deux enfants et apports théoriques autour de ces deux pathologies et de l'eau comme médiation en psychomotricité.

Mots-clés : surdité, autisme, médiation aquatique, interactions, psychomotricité.

Abstract

This thesis discusses the participation of water in the evolution of interactions between two children with deafness and autistic signs. It proposes a reflection mixing clinical contributions of two children and theoretical inputs around these two pathologies and water as mediation in psychomotricity.

Keys-words : deafness, autism, aquatic mediation, interactions, psychomotricity