

Université Toulouse III
Faculté de Médecine Toulouse Rangueil
Institut de Formation en Psychomotricité

CONFIANCE CORPORELLE ET CÉCITÉ CONGÉNITALE

Une approche psychomotrice d'un
adolescent atteint du syndrome
d'ostéoporose-pseudogliome



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

Anne CAPET

Mai 2012

Ce mémoire a été supervisé par

Francis Raynard

Remerciements

Un immense merci à Francis Raynard pour la supervision de ce mémoire, pour sa bienveillance, son optimisme, et sa confiance inébranlable !

Mille mercis à Sandrine Cavalon, pour m'avoir accueillie en stage et guidée avec patience, confiance et enthousiasme dans l'apprentissage de ce métier passionnant !

Merci aux psychomotriciennes Cendrine Carrer, et Florence Merlin pour leurs conseils avisés et à toute l'équipe des rééducateurs et éducateurs qui m'ont beaucoup appris tout au long de ce stage.

Merci à Amaro et à tous les enfants et adolescents qui m'ont fait découvrir le monde de la déficience visuelle.

Merci à tous les formateurs de la faculté et à tous mes anciennes maîtres de stage.

Merci à mes amies Auri, Anaïs et Mary, qui m'ont offert leur amitié durant ces trois années.

Merci à ma famille chérie. Merci à ma mère, à mes trois sœurs, mon beau-frère et mon adorable petit neveu, pour leur présence de tous les instants, leur amour, et leur intérêt pour mes études et mon mémoire !

Merci à tous mes amis des quatre coins du monde !

Merci Amma, c'est grâce à toi que j'ai entamé ces études de psychomotricité et les ai poursuivies avec enthousiasme. Grâce à toi que je vais finalement devenir psychomotricienne !

« S'intéresser à la déficience visuelle, une science du défi ? »

Francis Raynard

« Chaque homme est singulier ; chaque singularité enrichit l'humanité.

Le pire est de priver quelqu'un des moyens de pouvoir

offrir sa singularité aux autres. »

Hamou Bouakkaz

Sommaire

<u>Introduction</u>	1
PREMIERE PARTIE : THEORIE	
I) Généralités sur la déficience visuelle	3
A) <u>Définition du handicap</u>	3
B) <u>Définitions de la déficience visuelle</u>	3
1) Classification selon l'Organisation Mondiale de la Santé	4
2) Classification selon l'enquête HID (Handicap-Incapacité-Déficience).....	4
C) <u>Quelques chiffres</u>	5
1) Au niveau mondial	5
2) En France	6
D) <u>Les principales causes de déficience visuelle</u>	6
1) Atteinte de l'œil.....	6
2) Atteinte du nerf optique	7
3) Atteinte cérébrale	7
E) <u>Les principales pathologies visuelles</u>	7
F) <u>Le syndrome d'ostéoporose-pseudogliome</u>	8
1) <u>Définition</u>	8
2) <u>L'atteinte oculaire</u>	8
3) <u>L'atteinte osseuse</u>	8
II) L'enfant non-voyant	9
A) <u>Introduction</u>	9
B) <u>Le développement psycho-perceptivo-moteur de l'enfant non-voyant congénital</u>	10
1) Modalités sensorielles	11
a- Le toucher	12
b- Le sens tactilo-kinesthésique	13
c- Le système vestibulaire	14
d- L'audition	14
e- Le sens des masses	15
f- Le goût et l'odorat	16
g- L'intégration intermodale	16
2) Coordination audition-préhension.....	17
3) Développement moteur	17
a- Un développement différent	17
b- Des particularités	19
4) Développement du langage	19
5) Développement cognitif	20
6) Développement social	23
C) <u>Aides techniques</u>	24
1) Aides au développement précoce.....	24

2) Aides au déplacement	24
3) Aides à la communication	25
D) <u>Intérêt d'une prise en charge précoce en psychomotricité</u>	25
III) Confiance et cécité	26
A) <u>Généralités</u>	27
1) L'image de soi.....	27
2) L'estime de soi	27
3) La confiance en soi.....	27
a- Définitions	27
b- Déterminants de la confiance en soi	29
c- Influence de l'éducation sur la confiance en soi	30
d- Confiance en soi à l'adolescence	30
B) <u>La notion de confiance corporelle</u>	32
1) Définition	32
2) Construction de la <i>confiance corporelle</i> chez l'enfant	34
a- Sentiment de sécurité intérieure	34
b- Confiance en son corps	34
c- Confiance en ses compétences par l'apprentissage	35
d- Confiance sociale et relationnelle	35
3) Les déterminants de la <i>confiance corporelle</i>	36
4) A quoi sert la <i>confiance corporelle</i> ?	36
 DEUXIEME PARTIE : PRATIQUE	
I) Présentation d'Amaro	38
A) <u>Son histoire</u>	38
1) Histoire médicale	38
2) Histoire familiale.....	38
3) Développement psychomoteur précoce	39
4) Parcours scolaire et institutionnel	39
5) Prise en charge en psychomotricité.....	40
B) <u>Amaro aujourd'hui</u>	41
1) Au niveau scolaire.....	41
2) Apprentissage du braille informatisé	41
3) Au niveau éducatif	41

4) Atelier musique	42
5) Activités de la vie journalière	42
6) Kinésithérapie	42
7) Locomotion	42
8) Orthophonie	42
9) Au niveau psychologique	42
10) SYNTHESE	43
II) Prise en charge psychomotrice d'Amaro	43
A) <u>Bilan psychomoteur</u>	43
B) <u>Question de la confiance</u>	50
1) PROBLEMATIQUE	50
2) Evaluation de la confiance corporelle	52
a- Confirmer l'hypothèse d'un manque de confiance corporelle	52
b- Approfondir l'observation de la confiance corporelle	54
C) <u>Projet thérapeutique</u>	55
1) Mise en place de la relation thérapeutique	55
2) Axes de la prise en charge psychomotrice	56
a- Expériences sensori-motrices	57
b- Analyse sensorielle	57
c- Représentation du corps dans l'espace	59
d- Contrôle émotionnel	59
e- Image de soi	60
3) Paramètres et outils	61
a- Donner des repères temporels	61
b- Laisser une grande part de liberté	61
c- Assurer la sécurité	62
d- Eveiller le <u>désir</u> d'agir, de prendre des initiatives, d'être autonome	62
e- Favoriser l'élaboration de la pensée, du raisonnement	62
f- Donner l'occasion d'aller toujours plus loin dans ses efforts	63
4) Déroulement des séances	63
a- Prise en charge initiale	63
b- Prise en charge actuelle	65
5) Evolution	71

a- Contraintes	71
b- Evaluation clinique des progrès	73
6) Généralisation	74
DISCUSSION	76
<u>Conclusion</u>	79
Bibliographie.....	81
Annexes.....	84

Introduction

Comment une personne non-voyante perçoit-elle le monde ?

C'est le premier questionnement qui se tenait en mon esprit avant même d'avoir eu l'opportunité de commencer mon stage préprofessionnel de troisième année de psychomotricité dans un Institut d'Education Sensorielle. Car qui ne s'est jamais dit : *et si je devenais un jour aveugle ?*

En débutant ce stage auprès de jeunes déficients visuels, j'ai obtenu quelques réponses, mais aussi et surtout de nouvelles interrogations. Et bien que la majorité des jeunes de l'institut soient malvoyants, mon attention s'est tournée plus précisément vers ceux qui sont totalement privés de la vue.

Comment l'aveugle congénital construit-il sa motricité ?

Cette question est née de l'observation et de la rencontre avec les jeunes déficients visuels de l'institut. Il est essentiel pour nous, psychomotricien(ne)s, de connaître les caractéristiques du développement psychomoteur de l'enfant aveugle congénital. Ceci nous permet de l'accompagner étape par étape dès son plus jeune âge, jusqu'à l'acquisition de la plus grande autonomie possible.

Peut-on dire que la confiance que le jeune non-voyant accorde à son corps est fragilisée ?

C'est à partir d'un cas précis que cette troisième question a finalement émergé. Il s'agit d'un adolescent atteint d'un syndrome rare dans lequel une cécité est avérée dès la naissance. On parle de cécité congénitale. Il manifeste très peu d'initiatives motrices, et semble méconnaître ses possibilités motrices potentielles. Je me suis alors demandé s'il existait un lien entre confiance et initiative motrice ; c'est ainsi qu'est née la notion de *confiance corporelle*.

La problématique de ma recherche se résume en ces termes :

L'évaluation et la prise en charge de la *confiance corporelle* chez un adolescent atteint du syndrome d'ostéoporose-pseudogliome permettent-elles un meilleur investissement corporel ?

**Comment le psychomotricien est-il amené à travailler sur la confiance corporelle ?
Quels sont les objectifs et les paramètres d'une telle prise en charge ?**

Dans un premier temps, je développerai les fondements théoriques qui sous-tendent les thèmes principaux de ma recherche. Dans cette partie, je définirai ce qu'est la déficience visuelle, et comment l'enfant non-voyant congénital se développe d'un point de vue psychomoteur. Je présenterai ensuite les sources qui m'ont menée à définir la notion de *confiance corporelle* et en quoi cette notion constitue un atout précieux pour l'enfant aveugle.

Dans un second temps, je présenterai Amaro, l'enfant bientôt adolescent qui sera au cœur de mes interrogations. C'est précisément face à cet enfant qu'est née ma problématique ; je vous décrirai donc ma propre analyse de ce cas, mes hypothèses et le contenu de ma rééducation en décrivant chacun de mes axes de prise en charge.

A travers cette étude, je propose une réflexion sur le thème de la *confiance corporelle* chez le non-voyant congénital. Les séances décrites dans ma partie pratique sont destinées à illustrer mes propos et à soutenir mes observations, mais ne constituent pas un protocole strict de rééducation.

Chaque enfant est unique et nécessite une prise en charge personnalisée !

PREMIÈRE PARTIE :

THÉORIE

I) Généralités sur la déficience visuelle

A) Définition du handicap

« Le handicap est une donnée objective –pathologie– vécue par un sujet de manière unique –subjective– ». ¹

L'Organisation Mondiale de la Santé différencie trois notions fondamentales correspondant respectivement aux aspects lésionnel, fonctionnel, et situationnel du handicap :

- **La déficience** : « Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique ».

- **L'incapacité** : « Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain ».

- **Le handicap** : « Dans le domaine de la santé, le handicap est un désavantage social pour un individu qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe, et des facteurs socioculturels ».

Toutefois, Hamou Bouakkaz, auteur et homme politique non-voyant s'exprime ainsi par rapport au handicap : « Le handicap n'est pas l'horizon indépassable de la personne handicapée. Au contraire, il est un aiguillon qui le pousse à un dépassement continu de ses limites ». ²

B) Définitions de la déficience visuelle

Il existe de nombreuses définitions de la déficience visuelle, en raison de la multitude de troubles visuels et des différents retentissements fonctionnels qui en découlent. Nous décrirons les plus reconnues et utilisées actuellement.

¹ GRIFFON, P. (1993). *La rééducation des malvoyants*. Toulouse : Privat.

² GARDOU, C. (2010). *Le handicap par ceux qui le vivent*. Erès.

La plupart des classifications se basent sur une évaluation objective de l'acuité visuelle et du champ visuel [voir annexe n° 1 a].

L'acuité visuelle correspond au pouvoir de discrimination de l'œil, c'est-à-dire à la vision des détails. La vision de loin, mesurée de 1 à 10 sur l'échelle de Monoyer, permet de percevoir les détails à une distance de 5 mètres. La vision de près, mesurée sur l'échelle de Parinaud, permet la distinction des détails et à une distance de 33 cm.

Le **champ visuel** correspond à la portion de l'espace vue par l'œil en position fixe et immobile ; il intervient dans la perception de l'espace et dans les déplacements. Il s'étend normalement de 60° en haut, 70° en bas et 90° environ latéralement.

A ces évaluations s'ajoutent celle de la **perception des couleurs et des contrastes**, de la **motricité oculaire**, de la **sensibilité à la lumière**, et de l'intégrité des **voies visuelles cérébrales**.

1) Classification selon l'Organisation Mondiale de la Santé

L'OMS classe les déficiences visuelles en cinq catégories :

Cécité absolue : absence de perception de la lumière.

Cécité sévère : acuité visuelle inférieure à 1/50 (ou comptage des doigts à un mètre ou moins) avec perception conservée de la lumière, ou un champ visuel inférieur à 5 degrés.

Déficience profonde : acuité visuelle inférieure à 1/20 (comptage des doigts à moins de 3 mètres) et supérieure à 1/50 ou un champ visuel inférieur à 10 degrés mais supérieur à 5 degrés.

Déficience sévère : acuité visuelle inférieure à 1/10 et supérieure ou égale à 1/20.

Déficience moyenne : acuité visuelle inférieure à 3/10 et supérieure ou égale à 1/10 avec un champ visuel d'au moins 20 degrés.

Les deux premières catégories correspondent à la cécité légale. Les trois suivantes sont désignées par les termes *basse vision* ou *malvoyance*, et se calculent après correction.

2) Classification selon l'enquête HID (Handicap-Incapacité-Déficience)

Cette enquête propose une classification en quatre degrés de sévérité, basée sur les déficiences et incapacités :

Aveugles : cécité partielle ou totale

Malvoyants profonds : personnes malvoyantes déclarant être “totalement aveugles” ou “partiellement aveugles”, et présentant une vision résiduelle limitée à la distinction de silhouettes.

Malvoyants moyens : personnes malvoyantes déclarant une incapacité visuelle sévère en vision de loin (beaucoup de difficultés ou incapacité à reconnaître un visage à quatre mètres) ou en vision de près (beaucoup de difficultés ou incapacité à lire, écrire ou dessiner).

Malvoyants légers : personnes malvoyantes sans incapacité visuelle sévère déclarée en vision de loin ou de près.

Ici, la classification englobe une plus large population puisqu'elle inclut également les malvoyants légers, c'est-à-dire les personnes pour qui le port de lunettes permet une correction de la vision.

De plus, les deux grandes catégories *cécité* et *basse vision* se recoupent davantage, car la classification se base sur le **retentissement fonctionnel** du déficit, qui est très variable selon les pathologies, les individus, et leur environnement.

C) Quelques chiffres

1) Au niveau mondial

Dans le monde, l'OMS dénombre près de 285 millions de déficients visuels, dont 39 millions d'aveugles et 246 millions de malvoyants.

La déficience visuelle est étroitement liée au faible niveau de vie et à un manque d'accès aux soins puisque 90% des déficients visuels vivent dans des pays en développement. En effet, 80% des déficiences visuelles pourraient être prévenues ou guéries, si les conditions matérielles et humaines étaient réunies.

La déficience visuelle touche 65% des personnes âgées de plus de 50 ans. Ce chiffre est en augmentation du fait du vieillissement de la population. Chez les sujets âgés de plus de 70 ans, la prévalence des trois pathologies visuelles principales - le glaucome, la cataracte et la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) - augmente fortement.

2) En France

Selon l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), on compterait environ 1 700 000 déficients visuels en France (soit 2,9 % de la population), dont 207 000 aveugles ou malvoyants profonds, 932 000 malvoyants moyens, et plus de 560 000 malvoyants légers.

On compte 62 000 aveugles complets, soit environ 0,9 ‰ de la population française.

De même que sur la population mondiale, la prévalence de la déficience visuelle augmente avec l'âge. L'enquête HID compte 20% de déficients visuels chez les personnes âgées de 85 à 90 ans et 38 % chez les personnes de plus de 90 ans.

Réciproquement, dans la population des déficients visuels, on trouve 61% de personnes âgées de 60 ans et plus.

Chez l'enfant de 5 à 9 ans, l'enquête HID estime à 0,6 ‰ la prévalence des déficiences visuelles.

D) Les principales causes de déficience visuelle

Selon l'origine de la déficience visuelle, l'atteinte peut se situer à différents niveaux. Les causes de la déficience visuelle sont très nombreuses, parfois difficiles à identifier, et pas toutes connues à l'heure actuelle.

Nous allons décrire les trois niveaux d'atteinte, et donner pour chacun quelques exemples d'étiologies [pour comprendre les termes anatomiques, se reporter à l'annexe n° 1 b] :

1) Atteinte de l'œil : organe sensoriel

Il peut y avoir une destruction progressive des cellules visuelles : c'est le cas de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, ou DMLA. Dans cette maladie, les cellules de la macula se détériorent peu à peu, ce qui altère la vision centrale.

On trouve également, au niveau de la rétine, des tumeurs malignes appelées rétinoblastomes, qui peuvent entraîner chez l'enfant une perte de l'œil ou une déficience visuelle sévère. Selon les hypothèses, ces tumeurs auraient une cause génétique.

En effet, dans certains cas de déficience visuelle (tumeurs, inflammations, malformations...), on retrouve des mutations de certains gènes responsables de l'intégrité de l'organe visuel. C'est le cas notamment de certains syndromes. **Afin de mieux comprendre la**

problématique de l'adolescent présenté dans ce mémoire, je vais décrire plus loin le syndrome d'ostéoporose pseudogliome.

Des malformations congénitales peuvent également survenir, suite à une affection foeto-maternelle notamment. Par exemple une aniridie, qui est l'absence d'iris, ou une microphthalmie qui est la formation d'un œil plus petit que la normale.

Des accidents peuvent également être la cause directe d'une lésion plus ou moins grave de l'œil.

2) Atteinte du nerf optique : voies visuelles

Dans la plupart des cas, une lésion des voies visuelles survient suite à une inflammation du nerf optique provoquée par une infection, une prise médicamenteuse, l'alcool. L'atteinte du nerf optique peut survenir suite à une tumeur au niveau du chiasma optique, ou encore dans un stade avancé de la sclérose en plaques. L'atteinte la plus répandue est l'hémianopsie, qui se caractérise par l'absence de vision sur la totalité d'un héli-champ visuel.

Une deuxième cause d'atteinte des voies visuelles est la paralysie cérébrale, lésion d'origine cérébrale. Dans le cas notamment de la prématurité, le développement du cerveau peut être entravé chez le fœtus ou le nourrisson, et conduire à des lésions des voies visuelles.

3) Atteinte cérébrale : centre d'intégration de l'information visuelle

Lorsque les aires visuelles cérébrales sont touchées, le traitement de l'information est perturbé. On peut trouver une **hémignégligence visuelle** ; la personne a la capacité de percevoir la totalité du champ visuel mais son cerveau ne traite pas les informations en provenance d'un hémichamp. L'hémignégligence provient généralement d'une lésion neurologique, suite à un traumatisme crânien par exemple, ou dans le syndrome du bébé secoué.

Un autre exemple d'atteinte de l'aire visuelle est l'**agnosie visuelle**. C'est un trouble de la reconnaissance des stimuli visuels pouvant être causé par un accident vasculaire cérébral, ou encore une démence.

E) Principales pathologies visuelles

Parmi les nombreuses pathologies visuelles, je présente les plus courantes en annexe n° 1 c.

F) Le syndrome d'ostéoporose-pseudogliome

1) Définition

« Le syndrome ostéoporose-pseudogliome est une maladie très rare à transmission autosomique récessive caractérisée par une cécité congénitale ou débutant tôt dans l'enfance, et par une ostéoporose juvénile sévère et des fractures spontanées. Les autres manifestations cliniques peuvent comprendre une microphthalmie, des anomalies de l'iris, du cristallin ou de l'humeur vitrée, des cataractes, une petite taille, une microcéphalie, une laxité ligamentaire, un déficit intellectuel et une hypotonie. La prévalence est estimée à un cas pour 2 000 000. La maladie est due à des mutations du gène LRP5. ».³

Le gène LRP5 joue un rôle majeur dans les voies impliquées dans le remodelage osseux. Depuis la première description de ce syndrome en 1931, on a relevé environ 50 cas cliniques, principalement originaires du pourtour méditerranéen. Ces cas présentaient des anomalies congénitales de la vision, et un âge de début de fracture après deux ans. L'âge au moment du diagnostic peut varier, entre la naissance et quelques années.

2) L'atteinte oculaire

Elle se déclare dès la naissance ou dans les premiers mois sous forme d'amblyopie (basse vision) très profonde ou de cécité totale, et permet le dépistage de cette maladie. Cette amblyopie est provoquée par une dysplasie du globe oculaire. Une masse blanchâtre est observée au fond de l'œil : c'est ce que l'on appelle le pseudogliome. Cette dysplasie est associée dans certains cas à une microphthalmie, une microcornée, une opacification progressive de la cornée et du cristallin, des anomalies rétiniennes et autres malformations oculaires. On rapporte aussi des cas de glaucomes secondaires.

Aucun traitement n'existe à l'heure actuelle.

3) L'atteinte osseuse

Les radiographies mettent en évidence une ostéoporose sévère. Souvent, des fractures apparaissent suite à des traumatismes mineurs. Certaines fractures peuvent même passer inaperçues. Ceci entraîne dans la plupart des cas un retard statural.

³ Orphanet (mars 2006)

Cette fragilité osseuse est responsable d'un retard à la marche chez l'enfant, et une impotence motrice chez l'adulte, qui a souvent recours à l'utilisation d'un fauteuil roulant.

On traite l'ostéoporose par un apport calcique régulier, afin de reformer une ossature solide, mais aussi en encourageant l'activité physique qui va stimuler le renouvellement des cellules osseuses. L'ostéoporose peut diminuer la confiance en soi et entraîner la perte ou la réduction de la mobilité et de l'autonomie.

II) L'enfant non-voyant

A) Introduction

En France, la cécité légale est définie par une acuité visuelle inférieure à 1/20ème pour le meilleur œil après correction. Ce qui signifie que la capacité visuelle maximale d'un aveugle légal correspond à la lecture de ZU (cf. : échelle de Monoyer) à une distance de 2,5 mètres.

La cécité légale englobe donc les sujets qui disposent d'une très faible vision, ceux qui n'ont que des perceptions lumineuses, et enfin ceux qui n'ont pas de perception visuelle.

Chaque enfant non-voyant vit cette déficience de façon singulière, car différents facteurs interviennent :

- **L'âge de survenue** de la déficience visuelle : chez l'enfant aveugle, il est essentiel de connaître l'âge de survenue de la cécité : en effet, l'apprentissage de la compensation ne sera pas le même si la cécité est apparue dès la naissance ou s'il y a eu une période d'expérience visuelle.
- La **sévérité de l'atteinte** au niveau physiologique
- Le **mode d'apparition** : brutal, ou progressif.
- L'**étiologie** et le contexte d'apparition : maladie génétique, affection virale, traumatisme ...etc.
- La **personnalité** de l'enfant : adaptabilité, capacité à résister aux chocs.
- L'**environnement** : famille, école, équipe rééducative.
- Les **troubles associés** : troubles moteurs, sensoriels, cognitifs, intellectuels, psychiques, comportementaux.

L'enfant n'est pas seulement atteint au niveau visuel, la déficience entraîne un retentissement à différents niveaux :

- **Atteinte physiologique** : peut concerner l'œil (organe sensoriel), les voies visuelles (message nerveux), ou le cerveau (traitement perceptif central).
- **Atteinte fonctionnelle** : l'enfant a plus de difficultés à décoder son environnement et à l'utiliser au quotidien. Les déplacements et activités de la vie journalière peuvent nécessiter des prises en charge spécifiques.
- **Atteinte psychologique** : le jeune non-voyant est surtout touché dans sa globalité. La prise de conscience du handicap visuel peut être plus ou moins longue et difficile d'un enfant à un autre.
- **Atteinte sociale** : la différence imposée par la déficience visuelle entraîne certaines contraintes dans la vie sociale de l'enfant. Parfois, l'intégration scolaire en milieu ordinaire peut être une source de tensions et les relations avec les pairs difficiles.

Nous avons présenté les généralités à propos de l'enfant non-voyant. Intéressons-nous à présent à l'enfant aveugle de naissance, ou **aveugle congénital**, car c'est de ce type de cécité dont il est question dans notre étude de cas.

B) Le développement psycho-perceptivo-moteur de l'enfant non-voyant congénital

Dès la naissance, l'enfant bien voyant établit un lien au monde principalement au travers du regard. C'est à travers les jeux de regard avec la mère, le sourire-réponse, l'imitation des mimiques faciales, et la poursuite visuelle des objets, que l'enfant se construit socialement et affectivement, et gagne en confiance.

Voici ce que nous dit le psychologue Guy Genevois à propos de l'enfant bien voyant :

« Qu'observe-t-on ? Le bébé tourne la tête, essaie de fixer un objet, maladroitement au début, puis de façon plus systématique. Il peut diriger son regard vers un son entendu. Bientôt l'inspection visuelle du berceau l'amène à tendre la main, à tenter de prendre, puis de saisir effectivement des objets de plus en plus différents et éloignés. En même temps sa motricité se développe, et bientôt il se lance vers les bras

tendus d'un adulte accueillant, les yeux rivés vers lui. Puisqu'il marche désormais, il va pouvoir explorer et prendre plaisir à s'éloigner de sa mère : il s'élance à l'aventure, ayant cependant la sagesse de jeter des coups d'œil réguliers qui maintiennent ainsi un lien à distance. »⁴

Chez l'aveugle congénital, cette conquête précoce est entravée, et peut même être très déficitaire en l'absence de stimulations adaptées.

Privé de la vue dès la naissance, comment l'enfant accède-t-il à la conscience de soi, de son corps, ainsi qu'à la connaissance du monde ? L'utilisation de ses sens lui permet-elle un développement égal à celui d'un enfant bien-voyant ? Nécessite-t-il un accompagnement spécifique ? Nous tenterons dès maintenant de répondre à ces questions.

1) Modalités sensorielles

« Pour un nouveau-né aveugle, la plus grande partie du monde qui l'entoure est inaccessible. Seules les stimulations auditives (voix et bruit), les stimulations tactiles immédiatement proches, les stimulations olfactives et gustatives pourront être expérimentées. Le jeune enfant voyant peut observer une mouche, un oiseau qui vole, le feu qui crépite dans la cheminée, le ciel, la lune, les paysages, les maisons... L'enfant aveugle ne pourra, ni voir, ni toucher tout cela. Pour le non voyant, les très grands objets, les objets dangereux, les objets en mouvement, les scènes, les paysages et les dessins sont inaccessibles. Ce défaut d'accès à l'information visuelle peut aboutir à des déficits plus ou moins graves dans la fonction de représentation et à un retard du développement cognitif de l'enfant. »⁵

La vision est une perception à distance qui donne accès à l'ensemble de l'environnement, même en dehors d'une exploration active. Elle fournit une image stable et unifiée du monde et, combinée aux autres modalités perceptives, elle permet à l'enfant de donner un sens à chaque objet, à chaque situation. Dès les premiers mois de vie, l'enfant bien voyant se base préférentiellement sur la modalité visuelle pour décoder son environnement ; par la vision, il est « capable de répondre de manière différenciée à la variété des

⁴ GENEVOIS, G., Maître de conférences, Université Lumière Lyon 2, Laboratoire " *Situations de handicap, éducation et travail social* "

⁵ RICHARME-CRINQUETTE, A. (1990). *L'accès à l'information parlée chez l'aveugle*. Thèse de Doctorat.

stimulations environnantes »⁶. C'est aussi en passant par le *stade du miroir* que l'enfant va se reconnaître comme sujet à part entière, comme corps différencié de celui des autres et de son environnement.

En l'absence de vision, la réception sensorielle du bébé repose donc sur les autres modalités : tactile, kinesthésique, auditive, olfactive et gustative. Des études ont montré que l'aire visuelle cérébrale de l'aveugle congénital change de fonction et est activée par les autres modalités sensorielles ; il y a donc une réorganisation cérébrale.

Chez l'enfant non-voyant, la redondance sensorielle est limitée, ce qui entraîne souvent des retards de développement psychomoteur. Toutefois, différentes études ont montré que certains enfants aveugles congénitaux présentaient un développement similaire à celui d'un enfant voyant, notamment dans le domaine de la représentation spatiale⁷.

Ceci montre que les modalités sensorielles autres que la vision peuvent, si elles sont bien utilisées, donner à l'enfant toutes les informations nécessaires à son épanouissement.

a- Le toucher

« La modalité tactile est la première par laquelle des informations extérieures sont reçues et véhiculées jusqu'au cerveau, dès la vie foetale. »⁸

Le nourrisson dispose de capacités innées au niveau tactile ; pourtant, en l'absence de stimulation visuelle, le bébé aveugle congénital reste très passif, on dit parfois qu'il a des "mains aveugles". En effet, faute d'une stimulation visuelle éveillant la curiosité et l'envie de connaître, **l'enfant ne développe pas spontanément son activité exploratoire.**

La sensibilité tactile se développe progressivement ; elle nécessite un apprentissage. Prenons l'exemple du braille : s'il est vrai que l'enfant non-voyant fait preuve d'une discrimination tactile extrêmement fine, celle-ci est due à un entraînement spécifique et non à un seuil de sensibilité plus élevé.

⁶STRERI, A. (1991). *Voir, atteindre, toucher*. Broché.

⁷VICKY, L. et al. (2002) ; *Les capacités de représentation d'un enfant aveugle congénital entre un et sept ans*. Enfance.

⁸STRERI, A. (1991). *Voir, atteindre, toucher*. Broché.

Le toucher est le sens qui peut le plus suppléer à la vision ; il demande cependant un temps d'exploration plus long, et les objets doivent être situés dans le champ de préhension.

Contrairement à la vision ou à l'audition, **le sens tactile est une perception de contact**. Les informations sont donc acquises successivement par un certain nombre de mouvements exploratoires, et **une reconstitution mentale est nécessaire**. Chaque type de mouvement est effectué séparément : frottement latéral pour la texture, pression pour la dureté, contact statique pour la température, soulèvement pour le poids, enveloppement pour le volume, suivi des contours pour la forme.

b- Le sens tactilo-kinesthésique

Le tact est souvent combiné au sens kinesthésique, pour former ce qu'on appelle le sens tactilo-kinesthésique, ou haptique.

La **kinesthésie** permet, grâce à des récepteurs musculaires et articulaires, d'avoir conscience de la position de ses segments corporels les uns par rapport aux autres. La kinesthésie est le sens qui permet à l'enfant non-voyant de connaître la position de son corps.

Grâce à la combinaison des sensations tactiles et des mouvements exploratoires, cette modalité sensorielle permet d'avoir accès à certaines propriétés des objets comme le poids, le volume, la forme.

« L'appréhension perceptive tactilo-kinesthésique est morcelée, plus ou moins cohérente, parfois partielle et toujours très successive. Elle charge lourdement l'attention et la mémoire de travail et nécessite, en fin d'exploration, un travail mental d'intégration et de synthèse pour aboutir à une représentation unifiée de l'objet »⁹.

Le sens tactilo-kinesthésique est d'abord utilisé au niveau oral chez le nourrisson : la bouche est le premier moyen d'exploration de l'enfant aveugle, donnant accès à une première représentation des objets. Au niveau manuel, ce sens se développe plus tardivement car cela suppose une certaine tonicité de la main et donc une curiosité pour l'environnement.

Enfin, le sens tactilo-kinesthésique joue un rôle important dans la **mise en place du schéma corporel** ; « il permet à l'individu de sentir les limites de son corps, de percevoir

⁹REVESZ (1950)

différentes sensations appliquées sur celui-ci et de les localiser. En touchant, en manipulant, l'individu élabore une image de son corps et des objets. »¹⁰

L'enfant non-voyant a besoin de stimulations très précoces pour parvenir à une perception précise et unifiée de son corps. Un travail est nécessaire pour l'amener à comprendre l'emplacement, les proportions, et les fonctions de ses différents segments corporels. A travers les expériences tactilo-kinesthésiques, il comprend par exemple la relation spatiale qui existe entre ses membres supérieurs, et peut alors attraper un objet avec ses deux mains simultanément, et ensuite coordonner ses mains dans des activités plus précises.

c- Le système vestibulaire

Le système vestibulaire, par le biais des cellules réceptrices de l'oreille interne, renseigne sur la position de la tête et sur ses mouvements. Ce qui contribue donc en grande partie à l'équilibre.

Un enfant bien voyant se sert principalement de la vision pour garantir son équilibre ; chez lui, le système vestibulaire remplit une fonction complémentaire d'équilibration en apportant des informations traitées généralement de façon non-consciente.

L'enfant non-voyant, lui, a recours au système vestibulaire dans la plupart des situations qui nécessitent un maintien de l'équilibre ou des réactions d'équilibration ; pour marcher, pour s'asseoir, pour lancer un ballon...etc. Les informations vestibulaires ne sont pas suppléées par la vision, et doivent donc être prises en compte et traitées de façon consciente. L'enfant aura besoin d'un apprentissage spécifique pour identifier la position de sa tête et les différents mouvements de son corps, afin de garantir un bon équilibre général.

d- L'audition

Tout comme la vision, l'audition est une perception à distance. Elle donne accès à un espace plus vaste que le toucher. Cependant, il s'agit la plupart du temps d'un flux discontinu, qui ne permet pas d'avoir accès en permanence à une image stable de l'environnement.

« Le bébé aveugle perçoit ainsi des fragments d'espace, d'objets et des expériences d'événements successifs et non liés entre eux. »¹¹

¹⁰CERUTTI, A., FREESE, A. (1999). Le passage de l'espace de préhension à l'espace de locomotion chez l'enfant aveugle de naissance. Mémoire d'Ergothérapie. Lausanne.

Par exemple, là où le bien-voyant perçoit visuellement une salle de classe, l'aveugle percevra de façon ponctuelle des bruits de chaises, une porte qui s'ouvre ou les voix des élèves ; ce sens nécessite donc un effort de représentation mentale, et de reconstitution dans le temps. Le sens auditif est un mode de connaissance d'une très grande importance pour l'enfant aveugle. Il permet aussi le développement du langage, et le traitement spatial.

Dès la période fœtale, l'enfant, qu'il soit aveugle ou non, présente déjà des capacités fines de discrimination auditive. Comme pour le toucher, ce n'est pas la sensibilité qui est plus élevée chez l'enfant aveugle congénital mais les processus d'orientation de l'attention particulièrement développés par l'expérience et l'apprentissage.

Les vibrations sonores qui parviennent aux récepteurs auditifs renseignent sur les propriétés et la nature d'un objet ainsi que sur sa localisation spatiale. Par exemple, l'enfant perçoit une sonorité métallique, l'identifie comme un bruit de casserole et localise la source sonore par rapport à lui. L'audition permet aussi d'évaluer le volume d'un espace (ex : taille d'une pièce) grâce à l'effet de résonance. Cependant la localisation auditive est moins précise que la localisation visuelle.

En ce qui concerne la nature de l'objet, le sens auditif seul ne suffit pas ; par exemple, un enfant qui entend le son du hochet n'acquerra une réelle connaissance de cet objet que lorsqu'il l'aura manipulé tactilement.

e- **Le sens des masses**

Considéré comme une extension de l'audition, le sens des masses est présent chez toute personne. Il est beaucoup plus développé cependant chez le non-voyant, et particulièrement chez l'aveugle congénital.

Lorsqu'une personne se trouve à proximité d'une surface verticale, ses propres vibrations corporelles se répercuteraient sur cette surface et seraient captées par les récepteurs auditifs. Ce sens permettrait donc d'**identifier la présence d'un obstacle comme un mur**, ainsi que l'absence d'une surface, comme une porte ouverte, à condition que ces indices soient assez proches du corps.

¹¹CERUTTI, A., FREESE, A. (1999). Le passage de l'espace de préhension à l'espace de locomotion chez l'enfant aveugle de naissance. Mémoire d'Ergothérapie. Lausanne.

Le sens des masses nécessite toutefois un **apprentissage spécifique**, qui permet à l'enfant d'accéder à une analyse perceptive cohérente et efficace.

f- Le goût et l'odorat

Déjà fonctionnelle in utéro, la **modalité gustative** est un mode de connaissance très utilisé par le nourrisson aveugle, notamment lorsqu'il explore les objets au niveau buccal. En grandissant, l'enfant développe une grande finesse perceptive et montre souvent une attirance particulière pour les saveurs et la nourriture.

L'**olfaction** est une modalité privilégiée dans la relation du bébé avec sa mère. Dès les premiers jours de vie, l'enfant reconnaît sa mère à l'odeur ; c'est donc l'odorat qui remplacera en grande partie la vision pour ce qui est de la reconnaissance des personnes familières. L'odorat est très utilisé par l'enfant non voyant, notamment pour différencier les salles, les bâtiments, reconnaître un objet, une personne.

g- L'intégration intermodale

Dès la naissance, le bébé voyant tourne les yeux vers une source sonore. Il se sert d'une modalité sensorielle –l'audition-, pour en mobiliser une autre -la vision- et obtenir ainsi une meilleure connaissance de l'objet. C'est que l'on appelle le transfert intermodal.

Qu'en est-il du transfert intermodal chez l'enfant non-voyant ?

Très précocement, le nourrisson aveugle établit des connexions entre les différentes sphères sensorielles ; ainsi, des études ont montré qu'il est capable de reconnaître tactilement ce qu'il entend à condition d'avoir préalablement exploré l'objet au niveau tactile.

A travers les différentes expériences sensorielles, l'enfant non-voyant établit peu à peu des connexions entre tous ses sens, et apprend à les combiner pour accéder à un mode de connaissance optimal du monde qui l'entoure.

Ainsi, il peut explorer tactilement ce qu'il perçoit auditivement ou encore respirer ce qu'il touche. Progressivement, l'analyse de son environnement s'unifie ; il comprend par exemple qu'un son entendu et un objet manipulé correspondent en fait à la même réalité.

2) Coordination audition-préhension

Dès 4-5 mois, la coordination vision-préhension chez le voyant lui permet d'atteindre manuellement un objet perçu visuellement.

Le non-voyant, lui, utilise des indices sonores pour mettre en place un mouvement d'atteinte et de saisie manuelle ; c'est ce qu'on appelle la **coordination audition-préhension**. Des études ont montré qu'elle se mettait en place tardivement, **vers 12 mois**. C'est cette coordination qui rend possible l'acquisition de la permanence de l'objet, c'est-à-dire le fait d'être conscient que l'objet existe même lorsqu'il a cessé de produire un son.

Selon Fraiberg, aucune marche autonome n'est possible tant que la coordination audition-préhension n'est pas acquise ; en effet, « tant que l'enfant n'a pas construit un espace extérieur indépendant de lui-même et contenant des objets stables ayant une localisation déterminée, il n'a aucune motivation à aller vers des sources sonores, puisque ces objets n'ont pas d'existence pour lui s'ils ne sont pas perçus tactilement. »¹².

3) Développement moteur

Grâce à ses sens que sont l'audition, la tactilo-kinesthésie, le goût et l'olfaction, l'enfant aveugle entre en interaction avec son environnement. Réciproquement, ses propres actions motrices enrichissent peu à peu son répertoire sensoriel.

Comment l'enfant aveugle de naissance développe-t-il sa motricité ? Présente-il des particularités ?

a) Un développement différent

Si on compare le développement moteur de l'enfant aveugle congénital à celui de l'enfant voyant, on constate dans la plupart des cas un **retard de développement moteur** ; pourtant la population d'aveugles congénitaux est très hétérogène, et dans quelques rares exceptions l'enfant présente un développement assez similaire à celui de l'enfant voyant. Ainsi, au lieu de partir d'une comparaison, qui implique qu'un développement est déficitaire par rapport à un autre, il serait plus adapté d'aborder le développement de l'enfant aveugle comme différent. En effet, l'acquisition des informations se faisant de façon plus séquencée, son rythme de développement sera naturellement moins rapide. On s'efforcera d'aborder le

¹²HATWELL, Y. (2003). Psychologie cognitive de la cécité précoce. Dunod.

développement de l'enfant non-voyant dans ce sens, mais il est parfois nécessaire de proposer des comparaisons afin de saisir l'impact de la déficience visuelle sur les différentes acquisitions.

De manière générale, le nourrisson aveugle ne présente pas de particularités durant les 3 premiers mois de vie. A partir de 3 mois, âge où la vision devient le moteur principal de la posture et de la motricité, le bébé aveugle devient très **hypotonique**, ce qui rend difficile le redressement de la tête, la construction de l'axe corporel, et l'expérimentation des différentes positions corporelles. L'activité motrice est faible, et l'enfant reste longtemps **immobile**. L'**acquisition de la marche** se fait tardivement : l'enfant aveugle fait ses premiers pas en moyenne vers 16-17 mois (12-13 mois chez les voyants), et acquiert la marche autonome à 20-22 mois (12-13 mois chez les voyants)¹³.

Une étude de Tröster et Brambring¹⁴ montre les différences de développement moteur entre les enfants voyants et non-voyants, résumées dans ce tableau en pourcentages :

	Aveugles		Voyants	
	9 mois	12 mois	9 mois	12 mois
Tient assis une minute	0	62	100	100
S'assoit seul	0	50	74	100
Se met debout	0	31	74	95
Marche à quatre pattes	0	18	78	100
Fait quelques pas, tenu par deux mains	20	56	87	95
Marche en se tenant aux meubles	0	13	43	100

Ces résultats montrent que les activités qui impliquent des changements de position dans l'espace comme s'asseoir seul, se déplacer à quatre pattes et marcher sans appui, sont maîtrisées un peu plus tard à cause des difficultés liées à l'adaptation à l'espace non vu. Mais

¹³HATWELL, Y. (2003). Psychologie cognitive de la cécité précoce. Dunod.

¹⁴ Idem

encore une fois, rappelons que ceci est une moyenne, et que certains enfants ont un niveau de développement comparable à celui des enfants voyants.

En ce qui concerne la posture chez l'enfant d'âge scolaire, souvent la tête est penchée en avant, ce qui entraîne des anomalies posturales au niveau du tronc : par exemple, l'enfant peut être très voûté ou penché sur un côté. Ceci est à l'origine de douleurs et d'une grande fatigabilité.

En position debout, l'enfant présente bien souvent un large polygone de sustentation afin de maintenir un bon équilibre.

L'enfant a parfois une démarche "en canard", ainsi qu'une certaine raideur du tronc et peu de ballant des bras durant la locomotion.

b) Des particularités

- **Les blindismes** : très fréquents chez l'aveugle congénital, ce sont des comportements moteurs stéréotypés qui se manifestent surtout durant les périodes d'inactivité et qui auraient pour but de procurer une stimulation sensorielle supplémentaire (vestibulaire, kinesthésique...). On trouve par exemple des balancements de la tête, du tronc et des jambes, des écholalies, un enfoncement des poings dans les yeux. Ces comportements peuvent être très présents chez le jeune enfant, puis tendent à s'atténuer vers 6-7 ans pour finalement disparaître.

- **La fatigabilité** : l'enfant non-voyant fournit une somme d'efforts supérieure à celle d'un enfant ordinaire ; ces actes ne pouvant être anticipés, contrôlés et corrigés par un retour visuel, il se réfère sans cesse à ses sensations corporelles, et à la représentation mentale de ses gestes. Ce qui requiert des efforts physiques et cognitifs et entraîne une grande fatigabilité. Une lutte constante contre la peur de l'inconnu et des risques liés à l'environnement majore aussi cette fatigabilité.

4) Développement du langage

Pour l'enfant non-voyant, le langage est à la fois un **moyen de communication** et un **moyen d'apprentissage**. Pourtant, son acquisition est perturbée par l'absence de stimulation visuelle.

L'exploration de l'environnement étant au départ assez pauvre, la dénomination d'objets en est ralentie, ce qui entraîne un retard dans l'acquisition du stock lexical.

On voit souvent apparaître chez l'aveugle congénital un **verbalisme** : l'enfant utilise le vocabulaire à mauvais escient car il n'en connaît pas toute la signification. En effet, l'enfant imite son entourage qui emploie un vocabulaire essentiellement visuel. Donc, ce qu'il répète ne découle pas toujours d'une expérience vécue.

Pour limiter ce verbalisme, il est important que l'enfant puisse vivre un maximum d'expériences sensori-motrices dans son environnement. Ce n'est que comme cela qu'il pourra s'approprier réellement le sens de ce qui est nommé autour de lui :

« Lorsque la vision n'est pas disponible, un avion entendu au loin (= vroum), l'avion dans lequel on s'installe (= fauteuil), l'avion-maquette exploré tactilement, sont trois objets de connaissance différents, indépendants les uns des autres, associables seulement par le vocable "avion", si et seulement si le mot "avion" a été rencontré au moment de chacune de ces trois expériences différentes [...]. C'est justement parce que vous mettez des mots sur toutes ces expériences différentes que, finalement, votre enfant se rend compte qu'il s'agit de la même réalité. »¹⁵

Ce retard est toutefois rattrapé par la suite, lorsque les conditions favorables (expériences variées, analyse systématique, environnement stimulant, motivation personnelle) sont réunies.

5) Développement cognitif

Le développement cognitif de l'enfant aveugle suit les mêmes étapes que celui de l'enfant ordinaire, mais il est plus lent, car le mode d'acquisition des connaissances est plus long à se mettre en place. Alors que la vue fournit à elle seule une image immédiate d'un lieu, d'un objet ou d'une personne, l'enfant aveugle a recours à la combinaison de plusieurs modalités perceptives pour accéder à cette représentation. Or, comme nous l'avons dit plus haut, la perception tactile, et parfois l'audition (lorsque le flux est discontinu) nécessitent un effort supplémentaire de reconstitution mentale dans l'espace et dans le temps.

Les aveugles congénitaux construisent donc des images mentales sur la base de leurs propres informations sensorielles. D'où l'importance de proposer à l'enfant de multiples expériences et de lui donner des explications sur tout ce qu'il perçoit.

Selon Piaget, les structures cognitives se développent en grande partie durant les deux premières années de vie, période qu'il a qualifiée de **sensori-motrice**. C'est à ce moment-là

¹⁵ MARTINEZ F., psychologue. Toulouse

que se mettent en place l'organisation inter-sensorielle, la permanence de l'objet et la capacité de résolution de problèmes. La vision joue ici un rôle central puisqu'elle motive l'action, l'initie, la guide, et la vérifie. Ceci va permettre à l'enfant de développer tout d'abord des schémas moteurs, puis plus tard des concepts découlant des expériences concrètes.

Piaget définit deux notions. L'**assimilation**, qui permet à l'enfant de construire des schèmes d'action en agissant sur l'environnement et en intégrant ses possibilités d'action et ses effets sur l'environnement. Et l'**accommodation**, qui permet un ajustement de ces schèmes en fonction des caractéristiques de l'objet et de la situation.

Chez l'enfant aveugle, l'assimilation va être ralentie par l'absence de vision et la limitation du champ de préhension et de locomotion ; l'accommodation qui en découle pourra également être altérée si les possibilités d'expérimentation sont diminuées.

Des études ont montré que le développement cognitif de l'enfant aveugle congénital est ralenti, notamment dans les stades décrits par Piaget : la conservation, sériation, classification¹⁶.

Pierre Rondeau décrit trois niveaux d'atteinte du développement cognitif chez l'enfant présentant une déficience visuelle :

- **la qualité et la quantité de la stimulation sensorielle**

« Le type et la qualité d'information que l'enfant peut extraire de son environnement sont directement liés au type et à la qualité de son fonctionnement sensoriel. Il n'y a pas de compensation magique et l'information perçue par un enfant aveugle est moins complète, moins rapide et immédiate ; elle est moins fiable et vérifiable et plus difficile à synthétiser. »¹⁷

Higgins (1973) confirme ce point de vue ; pour lui, le retard de développement cognitif de l'enfant aveugle n'est pas lié à une déficience des structures intellectuelles, mais au déficit perceptif lui-même, et aux effets secondaires de la déficience sur la locomotion, et les expériences de l'enfant.

¹⁶HATWELL 1966, MILLER 1969, FRIEDMAN et PASNAK 1973

¹⁷ RONDEAU P. (1997). *Déficience visuelle et développement cognitif du petit enfant*. INLB

- le développement des concepts

« La formation des concepts relève directement d'un processus d'abstraction, c'est-à-dire, l'habileté à percevoir, discriminer et abstraire les similitudes d'une variété d'objets ou d'événements et d'y rattacher un mot ou une signification. Le processus repose donc sur un ensemble d'expériences concrètes entre l'enfant et son environnement »¹⁸.

Ainsi, l'enfant aveugle ne pourra avoir accès à l'abstraction que s'il a expérimenté par lui-même une grande variété d'expériences concrètes préalables. Souvent, l'acquisition des concepts est plus laborieuse, et nécessite d'avantage d'efforts de la part de l'enfant aveugle.

Certains concepts ne lui sont pas accessibles au moyen des sens, comme par exemple la couleur, les paysages, la taille des bâtiments. C'est grâce aux descriptions de son entourage que l'enfant aveugle va peu à peu les acquérir ; ceci nécessite donc de sa part un effort réel d'adaptation, faisant intervenir la représentation, l'imagination et la mémorisation.

En l'absence du sens global et unificateur qu'est la vision, l'enfant aveugle doit développer des **représentations** mentales internes à partir de ce qu'il sent (tact, kinesthésie) et entend. A propos de la représentation, Richaume-Crinquette nous dit : « Les images mentales, le langage, sont des formes de représentation construites à partir des informations, des événements et des expériences que le sujet tire du monde environnant »¹⁹. Chez le sujet non-voyant congénital, les images mentales seraient essentiellement de nature haptique, c'est-à-dire basées sur les informations tactilo-kinesthésiques.

Des auteurs se sont demandé quelles étaient les conséquences de la cécité précoce sur le développement de la **représentation spatiale**. Plusieurs théories se sont succédées. La **théorie de l'incapacité** qui suggère que l'absence de vision rend impossible l'accès aux notions spatiales. La **théorie de la moindre efficacité** qui considère que l'aveugle a accès aux représentations spatiales, mais que leurs performances sont limitées par l'absence de vision. Et enfin, la **théorie de la différence**, à travers laquelle les auteurs ont démontré que les capacités spatiales des aveugles congénitaux étaient les mêmes que celles des voyants. Ils mettent en place d'autres stratégies, et utilisent les modalités compensatoires de façon intensive pour pallier à l'absence d'information visuelle. Un grand nombre d'études a montré que les aveugles congénitaux peuvent avoir d'aussi bonnes performances que les voyants sur

¹⁸ Idem

¹⁹ RICHAUME-CRINQUETTE A. (1990). L'accès à l'information parlée chez l'aveugle. Thèse de Doctorat

des tâches de configurations spatiales, même si celles-ci impliquent fortement les paramètres visuels (dessins, perspectives...).

- **la communication, le langage et les habiletés sociales.**

« Le petit aveugle ignore tout des expressions faciales, des mimiques, des attitudes, des gestes des gens qui l'entourent. Il ne pourra pas se référer à ce genre d'indices pour imiter les grands ou modifier sa conduite. Il ne pourra savoir si son comportement est accueilli par un sourire ou un froncement de sourcils. Seuls, une parole apaisante, un soupir, un grognement, une intonation plus marquée, une main qui le repousse ou l'attire pourront orienter son comportement.

Pour l'adolescent et l'adulte aveugle, l'inaccessibilité de la gestualité des autres, aboutit assez souvent à des malentendus et parfois à des difficultés dans la communication. Ces problèmes sont accentués quand le non voyant est confronté à un groupe de personnes. Si les jeunes aveugles ne sont pas préparés à de telles situations, s'ils ne savent pas comment ils "fonctionnent " et comment "fonctionnent" les autres, ils peuvent être confrontés à de réels problèmes de communication qui pourraient secondairement retentir sur leur personnalité. »²⁰

Ainsi, les enfants aveugles congénitaux présentent des particularités au niveau du développement cognitif, qui sont essentiellement liées au manque d'information visuelle. Toutefois, le développement des capacités d'exploration tactile du jeune enfant, des capacités de locomotion et l'apprentissage atténuent par la suite ce retard.

6) Développement social

Comme nous l'avons vu précédemment, les **interactions précoces** du bébé aveugle peuvent être perturbées ; « les mères de bébés aveugles sont déroutées par l'impossibilité d'établir avec lui un contact par le regard, du fait que le bébé ne tourne pas la tête vers elle quand elle lui parle, par l'absence d'expressivité du visage de l'enfant. »²¹. Le sourire, bien qu'apparaissant dès 2 mois en réponse à la voix de la mère, reste parfois peu expressif.

²⁰RICHAUME-CRINQUETTE A. (1990). L'accès à l'information parlée chez l'aveugle. Thèse de Doctorat

²¹HATWELL, Y. (2003). Psychologie cognitive de la cécité précoce. Dunod.

Pourtant, on a observé que l'expression corporelle chez le bébé aveugle peut être aussi riche que chez le bébé voyant, même en l'absence du canal visuel qui permet à ce dernier de décoder les manifestations corporelles.

A l'entrée dans la période linguistique, l'enfant aveugle se montre souvent très à l'aise au niveau verbal ; il entre facilement en relation et aime dialoguer avec son entourage. Cependant, il ne perçoit pas tous les signes de **communication non-verbale** (les sourires, les regards, les distances interpersonnelles, les expressions faciales...), et doit donc fournir davantage d'efforts et d'attention pour comprendre les messages qui lui sont adressés. Il présente aussi une mimique et une gestuelle pauvres, ce qui rend son discours peu expressif pour les personnes voyantes.

De plus, lorsqu'il présente des blindismes, l'enfant a tendance à s'enfermer sur lui-même et à retirer son attention du monde extérieur. Ceci a des conséquences négatives sur ses relations sociales, mais diminue généralement avec l'âge.

Enfin, **le jeu** joue un rôle essentiel dans le développement social et cognitif du jeune enfant. Or, chez l'enfant non-voyant, on note quelques particularités dans sa façon de s'approprier le jeu.

« Les enfants aveugles semblent démontrer moins d'intérêt dans le jeu et font preuve de moins de créativité et d'imagination. En effet, les enfants avec déficience visuelle passent plus de temps à manipuler de façon stéréotypée les jouets et conséquemment, moins de temps à des jeux fonctionnels. »²²

Le développement des habiletés sociales du jeune aveugle passe donc par une importante stimulation, une sollicitation constante. Un apprentissage est nécessaire ; notamment pour l'expression faciale, les mimiques, l'attitude corporelle.

C) Aides techniques

1) Aides au développement précoce

Chez le tout petit, des **livres en reliefs**, des **jeux**, des **meubles adaptés** favorisent l'éveil.

2) Aides au déplacement

²² RONDEAU P. (1997). Déficience visuelle et développement cognitif du petit enfant. INLB

La **technique de guide** [voir annexe n° 3] a été mise au point pour permettre à la personne non-voyante de se déplacer en toute sécurité sans aide matérielle. Elle nécessite une simple aide humaine.

La **canne blanche** [voir annexe n° 4] permet d'améliorer la détection des obstacles, de limiter les difficultés liées à un déplacement en extérieur, et donc de réduire la dépendance. Son utilisation est indiquée dès que l'enfant est en mesure de se déplacer. Dans certains cas, lorsque son utilisation est encore trop complexe pour l'enfant, on peut lui proposer de se servir d'une **pré-canne**. Celle-ci est plus sécurisante.

3) Aides à la communication

La communication écrite nécessite des adaptations. C'est dans ce but qu'a été créé au début du XIX^{ème} siècle un alphabet tactile, le braille, et que l'on a pu développer récemment d'autres supports grâce à l'avancée technologique.

Le **braille** [voir annexe n° 2] est un alphabet tactile permettant l'accès à la lecture et à l'écriture grâce à la combinaison de six points en relief, formant des lettres, des chiffres, des signes de ponctuation et même des notes de musique.

La **synthèse vocale** est la lecture artificielle d'un texte informatisé.

Des **plateformes informatiques** mettent à disposition des livres scolaires informatisés.

Enfin, grâce au développement des nouvelles technologies, l'accès à l'information pour les enfants non-voyants est maintenant largement facilité.

D) Intérêt d'une prise en charge précoce en psychomotricité

« Chez le non-voyant congénital, il importe de développer l'appétence, et l'efficacité perceptives, et d'optimiser l'ensemble des modes de compensation pluri-sensorielle »²³.

L'enfant aveugle naît dans un 'monde de voyants' dans lequel il doit fournir de nombreux efforts pour s'adapter. Mais il ne faut pas oublier que ce monde lui appartient tout autant ; la différence c'est qu'il le vit autrement, avec ses propres moyens, et des facultés de compensation souvent plus grandes qu'on ne l'imagine.

Une prise en charge précoce en psychomotricité est essentielle pour apporter à l'enfant un cadre de référence à partir duquel il peut développer de nombreuses expériences motrices. Il

²³RAYNARD, F. (2004). Un autre regard. Solal.

est nécessaire de placer l'enfant aveugle congénital face à une très grande variété d'expériences, afin qu'il utilise au maximum toutes ses facultés sensorielles et développe une curiosité pour son environnement. Cette curiosité servira ensuite de moteur pour la découverte du monde et pour entrer en contact avec les autres.

Le rôle de la psychomotricité va être de **mettre l'enfant dans une grande variété de situations motrices**, et au contact de différents objets, supports, matières...etc., tout en donnant des explications sur tout ce qu'il perçoit à travers ses sens.

Toutes les expériences motrices, lorsqu'elles sont bien assimilées, serviront de base pour le développement cognitif du jeune enfant aveugle congénital. **L'exploration active de l'environnement permet à l'enfant de se construire une image mentale des formes, des objets, des lieux,...etc., et d'avoir ainsi accès aux concepts spatiaux.**

Les exercices proposés à l'enfant sous forme de jeux, comprennent donc des situations de **motricité globale** comme des parcours moteurs ou des coordinations motrices, mais aussi des situations de manipulation et d'**exploration tactile** qui permettent à l'enfant de recomposer une image mentale d'un objet.

Puis on amène progressivement l'enfant à découvrir toutes les utilisations possibles des objets, afin de lui permettre de **transposer toutes ses acquisitions aux situations nouvelles**, et de développer ses facultés de conceptualisation.

Plus l'enfant est pris en charge précocement en psychomotricité, plus il acquerra de savoir-faire, qu'il transformera avec le temps en savoir-être, réduisant ainsi le handicap à une simple différence.

III) Confiance et cécité

Dès la naissance, les informations visuelles qui indiquent au bébé voyant que son action a bien une conséquence sur son environnement, ou que son entourage est présent, l'observe, lui sourit, sont inaccessibles au bébé aveugle. Nous verrons que l'enfant aveugle congénital est amené bien plus tôt que l'enfant voyant à prendre conscience des informations kinesthésiques, de ses sensations corporelles afin de construire une image stable de son corps et du monde dans lequel il évolue. Ceci l'amène à **développer une confiance toute particulière en ses propres signaux corporels et moteurs** pour décoder l'environnement et s'y engager.

Si cette **confiance corporelle** est établie dès son plus jeune âge, alors l'enfant non-voyant pourra construire une image de soi stable et réaliste et accéder ainsi à un sentiment de valeur personnelle qui l'aidera en retour à s'engager davantage dans la conquête motrice.

Pour bien comprendre la notion de **confiance corporelle**, il est nécessaire d'aborder en premier lieu les notions d'image de soi, d'estime de soi et de confiance en soi.

A) Généralités

1) L'image de soi

En voici une définition officielle : «Idée composite que chacun se fait de son identité psychologique et sociale qui peut en retour influencer sur son comportement»²⁴.

2) L'estime de soi

« L'estime de soi est la disposition à se reconnaître comme étant compétent pour s'adapter aux défis de la vie et digne de bonheur. »²⁵

« L'estime de soi est le sentiment que nous ressentons quand les processus de validation nous apportent des réponses agréables et congruentes »²⁶

Marie-Laure Cuzacq, auteure de nombreux ouvrages sur l'estime de soi, décrit trois niveaux dans l'estime de soi :

- La conscience d'une **valeur absolue** : c'est croire en sa valeur personnelle quel que soit le contexte.

- La conscience d'une **valeur relative** : c'est avoir confiance en ses compétences personnelles, acquises par l'expérience. Ceci permet d'agir ou de réagir de façon appropriée dans un contexte donné. Ce niveau rejoint la notion de **confiance en soi**. C'est une confiance qui se construit progressivement et qui peut être assez fluctuante, selon les difficultés rencontrées et les expériences acquises pour y faire face.

- La conscience d'une **valeur potentielle** : c'est la capacité à se projeter dans l'avenir, avoir des objectifs et se donner les moyens de les atteindre.

²⁴*Index international de la réadaptation et de l'intégration*, Genève, B.I.T., 1982, 182, p.107

²⁵BRANDEN, N. (2011). L'Estime de soi, une force positive. Bêliveau.

²⁶BELLENGER, L. (2012). La confiance en soi. ESF.

3) La confiance en soi

a- Définitions

Marie-Hélène Laugier donne une définition simple mais intéressante de la confiance en soi : « la confiance en soi est une *force intérieure* qui s'exprime au travers de nos actes, de nos pensées, de nos gestes, et qui permet de mettre en œuvre les ressources nécessaires afin de répondre de manière appropriée à une situation donnée. »²⁷

Selon elle, **avoir confiance en soi** c'est se connaître et s'apprécier en tant qu'individu unique, **avoir conscience de ses capacités**, de ses qualités et de ses défauts, **être à même d'agir ou de réagir spontanément avec justesse par rapport à une situation**, écouter ses désirs, ses besoins, **avoir des objectifs** et tout mettre en œuvre pour les atteindre, échanger, partager, communiquer, considérer et avoir confiance en l'autre.

Un manque de confiance en soi se manifesterait selon les cas par : une anxiété généralisée, une phobie sociale, une somatisation, une dysthymie, ou une **dépendance**. Chez le non-voyant, la principale manifestation comportementale d'un manque de confiance en soi est une tendance à dépendre des autres alors lorsqu'il est capable d'accomplir seul un certain nombre d'activités.

Selon Lionel Bellenger, « il y a dans l'idée de confiance en soi la double problématique de l'accomplissement et du dépassement »²⁸. Le sujet dispose d'**un sentiment de tranquillité et d'unité qui lui permet de prendre des risques** et d'avancer avec réalisme vers un projet, une perspective.

Le psychologue Jean Garneau définit la confiance en soi comme « Une prédiction réaliste et ponctuelle qu'on a les ressources nécessaires pour faire face à un genre particulier de situation »²⁹.

Voici la manière dont il justifie chacun des termes employés dans sa définition :

Une prédiction : elle est formulée initialement dans l'esprit.

Réaliste : elle se base sur l'acquisition d'expérience réelle.

²⁷ LAUGIER, M.-H. (2010). Cahier pratique pour avoir confiance en soi. ESI.

²⁸ BELLENGER, L. (2012). La confiance en soi. ESF.

²⁹ GARNEAU, J. (1999). La confiance en soi. "La lettre du psy" Volume 3, No 2.

Des ressources suffisantes : le sujet croit qu'il a les ressources nécessaires pour faire face à une situation donnée.

Dans un domaine particulier : la confiance est toujours spécifique d'un domaine particulier, selon les expériences accumulées dans ce domaine.

Temporaire : la confiance en soi est liée à l'expérience, donc elle n'est jamais acquise de façon définitive ; si l'expérience fait défaut ou si des expériences négatives surviennent, la confiance diminue.

b- Déterminants de la confiance en soi

Toujours selon Jean Garneau, la confiance en soi fait intervenir quatre paramètres essentiels :

L'accumulation d'expérience : la personne accumule un stock d'expériences en s'y impliquant activement.

L'évaluation des résultats : il s'agit de comprendre précisément le résultat d'une action, et déterminer ainsi la cause d'un échec. A partir de la compréhension des liens de cause à effet, la personne peut alors porter un regard critique sur ses expériences et corriger ses erreurs.

L'innovation volontaire : c'est la capacité à s'adapter aux situations nouvelles en apportant des solutions adaptées, et même meilleures que celles qui ont déjà été expérimentées. Il s'agit d'innover en combinant ses connaissances de base avec une compréhension croissante des situations.

Les risques calculés : à travers les différentes situations qui se présentent, il est nécessaire, pour maintenir un degré de confiance suffisant, de commencer par choisir un niveau de risque assez bas et de progressivement augmenter la difficulté, afin de toujours disposer des moyens nécessaires pour y faire face.

Lionel Bellinger décrit trois éléments importants pour la confiance en soi :

Le désir : « Quand l'espoir devient réalité, que le désir est satisfait, la confiance en soi est comme réactualisée. En ce sens, suivre ses désirs, c'est entretenir sa confiance en soi. »

L'ambiance : se manifestant sous la forme de camaraderie, par le soutien du groupe, ou encore la solidarité, elle est « un allié capable de réactualiser la confiance en soi ». Au contraire, si l'ambiance est négative, si par exemple le groupe se montre méprisant ou intolérant, la confiance en soi pourra vaciller.

L'accoutumance : la répétition d'expériences accessibles et positives crée un sentiment de confort mais aussi de progression, car cette répétition permet de construire une compétence. Toutefois, ce n'est pas l'aisance dans les habitudes qui détermine la qualité de la confiance en soi ; en effet, il faut savoir que « la vraie confiance en soi se teste face à l'inconnu, au singulier et au risque. »

c- Influence de l'éducation sur la confiance en soi

L'enfant construit sa confiance en soi à travers ses propres expériences, mais il est également très sensible à l'attitude de ses parents et proches à son égard. Il arrive que les parents se montrent très protecteurs, et tentent de lui éviter à tout prix l'échec ou la douleur. Ceci entrave la construction de la confiance chez l'enfant en lui renvoyant une image de lui comme quelqu'un qui serait incapable d'atteindre un objectif.

Comme le souligne très justement Lionel Bellinger : « Trop d'adaptation amène à craindre la liberté. Par voie de conséquence nous identifions la liberté à la désobéissance, et utiliser brusquement sa liberté peut créer anxiété et peur. »

Cependant, en grandissant, l'enfant peut se défaire de cette image négative de lui-même, et construire sa confiance grâce à ses propres actions.

Il va devoir se confronter à une certaine insécurité pour se sentir vraiment exister et recréer un réel sentiment de confiance en soi. Car, pour reprendre les termes de Lionel Bellinger, « faire preuve de confiance en soi c'est parvenir à pondérer la peur et l'inquiétude face à la nouveauté, l'inconnu, le manque ou le danger. »

d- Confiance en soi à l'adolescence :

L'adolescence, qui commence chez le garçon à partir de 12 ans, marque la conquête d'une nouvelle identité, où le jeune tente de s'identifier à de nouveaux modèles afin de prendre de la distance par rapport aux parents, ou aux figures parentales.

L'entrée dans la période de l'adolescence est souvent plus tardive chez le non-voyant, et cette période peut durer plus longtemps. Elle est étroitement liée à l'image de soi ; la prise de conscience des changements physiques et affectifs survenant à l'adolescence apparaît plus progressivement. Souvent, l'adolescent aveugle a besoin du regard de l'autre pour intégrer ces modifications.

Il cesse alors de vivre le handicap à travers la vision qu'en ont ses parents. Il prend conscience de ses capacités, et découvre par lui-même jusqu'où il est capable de pousser ses limites afin d'accéder à la meilleure adaptation possible.

De plus, si l'attitude des parents à l'égard du jeune non-voyant continue à être surprotectrice après l'enfance, l'affirmation de ce dernier à l'adolescence risque d'être plus difficile. En effet, il doit alors fournir davantage d'efforts car il a peur de blesser l'amour que ses parents lui portent ou de perdre le support que ces derniers lui offrent depuis la petite enfance.

« Le désir d'autonomie est très fort chez certains adolescents mais aussi éteint chez d'autres : état de crise, de mal-être ou d'opposition, manque de stimulation ou d'actions concrètes entraînant un défaut de confiance en soi et une dévalorisation. »³⁰

A l'adolescence, le jeune non-voyant doit apprendre à se connaître très précisément, à être conscient de ses capacités et de ses limites afin de ne pas se surestimer ou se sous-estimer. Une telle attitude facilite ses contacts avec les autres, car comme l'écrit Francis Raynard : « Connaître puis accepter ses limites, ce n'est pas se résigner, c'est investir l'ensemble des possibilités, et donc le large éventail de la réalité [...] c'est aussi conserver sa liberté et son autonomie tout en demandant de l'aide aux passants sans pour autant se sentir diminué ou dépendant »³¹.

L'adolescent doit donc s'exposer au regard et au jugement d'autrui en laissant visibles les signes de son handicap (lunette noires, canne blanche...), et en osant exprimer ses limites et demander de l'aide lorsque cela est nécessaire. Francis Raynard nous dit enfin que « le but est de se construire comme un être humain mais socialisé, non assisté mais accompagné, un être qui sache faire partie d'une équipe, dans le respect de chacun. »³²

Ainsi, l'adolescence offre au jeune non-voyant de nombreuses possibilités, qui nécessitent d'être prises en compte et encouragées par son entourage, proches ou professionnels, afin de favoriser l'épanouissement personnel.

³⁰ RAYNARD, F. (2004). Un autre regard. Solal.

³¹ Idem

³² Idem

B) La notion de *confiance corporelle*

1) Définition

Si l'on part de la définition que nous donne Jean Garneau de la confiance en soi - « Une prédiction réaliste et ponctuelle qu'on a les ressources nécessaires pour faire face à un genre particulier de situation »- il est possible de définir la notion d'une confiance se rapportant directement au corps.

Cette **confiance corporelle** est issue tout d'abord de nos expériences corporelles et de leurs conséquences. Ceci constitue un socle de base que l'on appellera **représentation corporelle**. De nombreux auteurs ont étudié la question de la représentation corporelle, et ont défini au sein de cette représentation, deux notions essentielles, elles-mêmes divisées en sous-catégories.

Le **schéma corporel** est la « représentation plus ou moins consciente du corps, en action ou immobile, de sa position dans l'espace, ainsi que de la position des différents segments corporels »³³.

L'**image du corps** est l'idée subjective que chacun se fait de son corps ; cette image est réactualisée à tout moment et se modifie dans nos rapports aux autres.

Les expériences sensori-motrices permettent à l'enfant voyant et non-voyant de construire son schéma corporel et d'avoir une action adaptée sur son environnement.

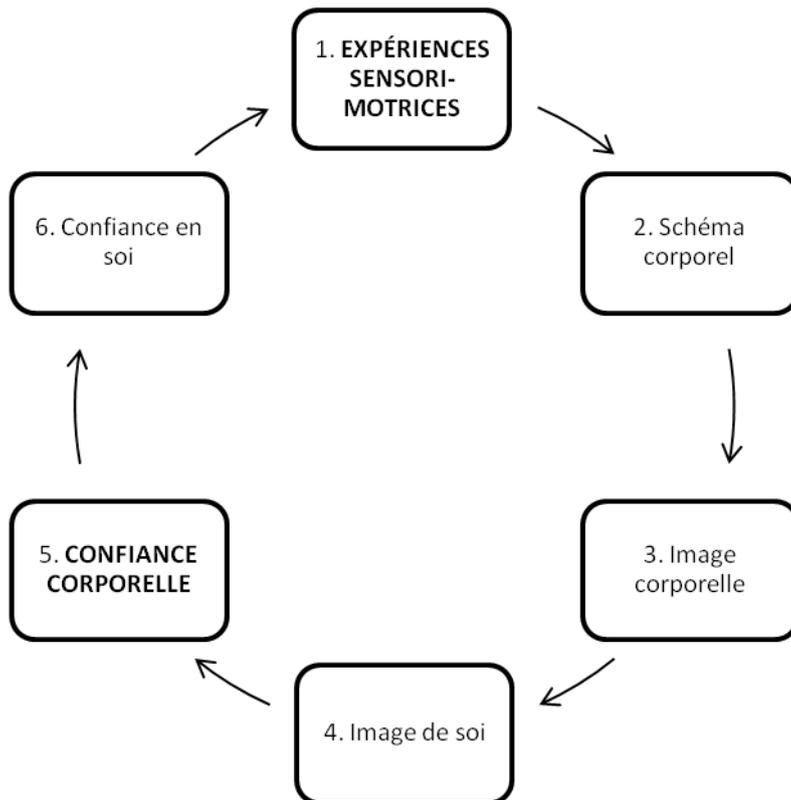
L'image du corps chez l'aveugle congénital se construit à partir de ce qu'il perçoit et imagine de son propre corps ; elle participe à l'élaboration de l'**image de soi**.

Par exemple, un enfant qui parvient à développer les habiletés motrices nécessaires pour jouer au football, dispose d'une image de soi positive lorsqu'il se trouve confronté à ses pairs dans cette activité.

Ceci va contribuer à construire une confiance stable en ses capacités corporelles, c'est-à-dire la certitude qu'il dispose de telle ou telle aptitude physique et qu'il peut en conséquence faire face à tel ou tel type de situation.

Je propose d'illustrer ces propos par un schéma simple :

³³Miermon A. (2009). Cours de première année de psychomotricité. Toulouse.



Ce qui nous conduit à définir la **confiance corporelle** de la façon suivante :

Basée sur l'appropriation d'expériences motrices, la confiance corporelle s'établit lorsque le sujet a conscience qu'il a les ressources nécessaires pour faire face à une situation motrice particulière. Il utilise alors un schéma moteur connu ou en crée un nouveau pour s'adapter à la situation présente.

Enfin, cette **confiance corporelle** ouvre la voie vers la confiance en soi. En effet, un enfant qui apprend à maîtriser son corps puis qui prend conscience de ses possibilités réelles, dispose d'une confiance en soi forte non seulement dans le domaine corporel mais aussi dans un contexte élargi qui fait intervenir ces compétences (activités de la vie quotidienne, socialisation, ...etc.).

Pourquoi la question de la **confiance corporelle** se pose-t-elle particulièrement dans le cas de l'aveugle congénital ?

Tout d'abord, raisonner en termes d'efficiace motrice chez l'enfant non-voyant n'est pas utile quand on sait que son développement suit une trajectoire très variable, et que le rythme est souvent plus lent que pour un enfant voyant.

« L'enfant aveugle est un enfant qui se construit à partir de modalités sensorielles particulières. Il n'a jamais rencontré son image dans un miroir et la conscience de son corps est imprécise. L'élaboration d'images et la représentation relative aux personnes, aux choses et à soi-même, sont rendues difficiles. »³⁴

Ce qui compte avant tout c'est donc **d'évaluer la confiance qu'il accorde en ses propres capacités corporelles**, pour lui permettre d'investir activement le mouvement.

2) Construction de la confiance corporelle chez l'enfant

a- Sentiment de sécurité intérieure (1^{ère} année) : il s'établit grâce notamment au contact physique avec la mère.

→ Au tout début, c'est à travers les autres que l'univers des sensations prend sens pour l'enfant aveugle. Ses proches lui parlent, le caressent, le bercent, et l'amènent au contact de l'environnement en lui expliquant ce qu'il contient. L'enfant apprend peu à peu la différence entre les sensations agréables et désagréables.

b- Confiance en son corps (2 à 3 ans) : l'enfant s'approprie de plus en plus d'expériences, il explore son environnement, et commence à s'éloigner de la figure parentale.

→ L'enfant aveugle a besoin de plus de stimulations que le voyant pour acquérir un stock d'expériences équivalent. Il est essentiel que l'adulte lui fasse découvrir ces sensations au travers de jeux, et de situations variées. L'adulte l'aide à explorer toutes les positions du corps, les sentir, y associer des mots. L'enfant apprend ainsi à maîtriser son corps et à s'adapter à son environnement, en développant une bonne connaissance des relations entre ses segments corporels, ainsi que des réactions posturales adaptées.

« C'est la mise en relation des mouvements intentionnels (actifs) et de leurs conséquences sensorielles qui permet une extraction de l'information spatiale à laquelle le sujet appliquera une signification. La perception dépend donc en grande partie des

³⁴GAYRAL B., CARRER C., MERLIN F. (4 mai 2002). Place de la psychomotricité dans la prise en charge d'enfants déficients visuels au centre de Lestrade ASEI. 4ème Journée Toulousaine de Psychomotricité.

mouvements effectués de même que réciproquement, les mouvements dépendent en grande partie des entrées sensorielles reçues. »³⁵

c- Confiance en ses compétences par l'apprentissage : l'enfant poursuit sa prise d'autonomie en cherchant à faire les choses par lui-même. Il prend des initiatives, explore, fait des erreurs, recommence. Il découvre par lui-même ses propres limites.

→ Parallèlement à la découverte grâce à l'adulte d'expériences variées, l'enfant non-voyant doit aussi retrouver seul toutes les sensations pour s'approprier la connaissance et la conscience de son corps, de ses mouvements, et de la nature des interactions corps-environnement. A travers l'apprentissage par essais-erreurs et en développant une curiosité vis-à-vis de l'environnement, l'enfant prend confiance en ses compétences. Il explore de lui-même toutes les dimensions de l'espace, et apprend ainsi à vaincre sa peur. Par ses déplacements, ses manipulations, ses sens, ses mouvements, l'enfant comprend peu à peu la structure de l'environnement. Chaque nouvelle acquisition renforce ainsi sa confiance.

d- Confiance sociale et relationnelle : confronté à l'autre, l'enfant cherche à se comparer, s'évaluer. Il se sert de son l'aisance corporelle acquise pour communiquer avec ses pairs et trouver sa place au sein d'un groupe.

→ Chez l'enfant aveugle, on note une tendance à se replier sur soi-même. Selon Francis Raynard « l'aveugle non-éduqué se trouve très limité dans ses rapports sociaux par l'absence de vision, par ses réactions comportementales volontaires ou réflexes, par le déficit des stimuli issus de l'environnement matériel ou humain. [...] Un manque d'initiative et d'engagement dans les activités [...] s'accompagne alors d'un affaiblissement ou d'une perte d'intérêt et d'attention pour le monde environnant. »³⁶

Il est important pour éviter que cela ne se produise que l'enfant ait accès suffisamment tôt à une conscience de soi afin de signaler sa présence au sein d'un groupe. L'attitude des autres enfants à son égard va aussi déterminer la qualité des expériences relationnelles ; c'est à partir d'expériences positives que l'enfant pourra développer sa confiance sociale.

³⁵HATWELL Y., 1999

³⁶RAYNARD, F. (2004). Un autre regard. Solal.

3) Les déterminants de la *confiance corporelle*

Que ce soit pour un enfant voyant ou non-voyant, la confiance corporelle se base sur quatre préalables principaux :

L'expérience sensori-motrice : une juste compréhension des expériences accumulées permet de connaître les liens de cause à effet entre son propre corps et l'environnement, et d'adapter sa réponse motrice à toute nouvelle situation.

Le désir : c'est en se montrant curieux, désireux de découvrir, d'explorer, d'apprendre, c'est en manifestant une appétence pour le monde environnant que l'enfant peut progressivement s'y confronter et en connaître tous les mystères.

Le plaisir : il n'y a pas de désir sans plaisir. Autrement dit, l'enfant a besoin de propositions attrayantes, ludiques, personnalisées pour pouvoir développer cette curiosité et être poussé vers la conquête à la fois de soi-même et du monde. De même l'amour de ses parents, de ses proches est un élément essentiel à l'épanouissement de la confiance de l'enfant.

La sécurité : l'élaboration de la confiance corporelle est indissociable d'un sentiment général de sécurité. L'enfant doit en permanence sentir qu'il n'est pas exposé au danger, et si le risque est parfois nécessaire il faut toujours donner les moyens à l'enfant de s'y confronter avec succès. Peu à peu, l'enfant devient lui-même acteur de sa propre sécurité.

4) A quoi sert la confiance corporelle ?

Francis Raynard illustre sous forme d'équation la question de l'adaptation :

Incapacité / stratégies de compensation

= ADAPTATION = HANDICAP RESIDUEL

Dans le domaine psychomoteur, l'accès à une confiance corporelle de qualité permet à l'enfant ou à l'adolescent non-voyant de croire en ses compétences physiques réelles, et donc de s'adapter plus facilement à l'environnement. Cela revient à **minorer l'incapacité et donner accès à une plus grande adaptation au quotidien**. On parle de **handicap résiduel**.

Le sujet apprend non seulement à être conscient de tous les schémas moteurs dont il est capable, mais il apprend également à les transposer à des situations nouvelles, inconnues, inattendues, en faisant simplement confiance en ses ressources personnelles.

La confiance corporelle permet donc au jeune non-voyant de :

Prendre conscience de son corps, de soi, et de l'environnement

Développer ou renforcer ses compétences motrices

Affirmer davantage sa personnalité à travers la maîtrise de son corps

Favoriser ses compétences sociales

Augmenter sa confiance en soi

S'engager sur la voie de l'autonomie

Enfin, nous concluons ce paragraphe par une citation de Francis Raynard :

« S'adapter, c'est parvenir à penser que la déficience visuelle n'est qu'une péripétie dans l'existence. C'est une expérience positive ou négative mais toujours évolutive, une compagne du quotidien qui s'avère parfois encombrante et parfois enrichissante.

C'est l'histoire d'une rencontre singulière avec soi-même et avec autrui. »³⁷

³⁷RAYNARD F. (2007). *L'adaptation interactive au travers d'une approche qualitative de la déficience visuelle*.

Paris : Symposium international GPEA.

DEUXIÈME PARTIE :

PRATIQUE

I) Présentation d'Amaro

Amaro est un jeune adolescent de 12 ans et demi ; il est souriant et son discours est rempli d'humour. Il aime beaucoup s'amuser et surtout chanter ! Il s'immerge alors passionnément dans son univers à lui, un univers sonore, fait de voix, de mélodies et de rires ; Amaro est non-voyant de naissance.

A) Son histoire

1) Histoire médicale

On dispose de très peu de documents en rapport avec son histoire médicale. C'est pourquoi les données de base ne sont pas aussi précises que je l'aurais souhaité.

Amaro est né le 15 mars 1999, avec une maladie très rare appelée le syndrome ostéoporose-pseudogliome ; celle-ci se manifeste principalement par une cécité congénitale, et une ostéoporose infantile.

Amaro a peut-être bénéficié d'une très faible vision durant les premiers mois de vie, mais ceci n'est pas confirmé. Il présente une microphtalmie ainsi que d'autres anomalies anatomiques de l'œil, et a souffert de cataractes congénitales lorsqu'il était bébé.

Amaro a subi des épisodes d'ostéoporose sévère durant son enfance, qui se sont atténués depuis ces toutes dernières années, grâce à son traitement médical. Il demeure cependant encore fragile au niveau osseux, le moindre choc pouvant facilement entraîner une fracture.

On note un léger retard de croissance, ainsi que des déformations articulaires liées à son syndrome et à un manque de mobilisation précoce. Il a notamment les pieds plats, et les jambes arquées.

Il se montre la plupart du temps très passif et vite fatigable.

La qualité de l'alimentation et du sommeil est satisfaisante. Il ne présente aucun déficit intellectuel. L'examen ORL est normal.

2) Histoire familiale

Amaro est d'origine portugaise et a passé les neuf premières années de sa vie dans son pays natal. Ses parents vivent ensemble ; son père est maçon et sa mère recherche actuellement un emploi. Amaro a quatre demi-frères et sœurs d'un premier mariage de sa mère, avec qui il entretient de très bonnes relations.

Son entourage familial se montre très protecteur et aimant, allant souvent à l'opposé d'une démarche de sollicitation et de stimulation. **Cette situation maintient Amaro dans une position très passive.**

3) Développement psychomoteur précoce

Amaro est né à terme, par césarienne car il se présentait en position de siège. On ne retrouve pas d'antécédents familiaux, et à priori la grossesse se serait bien passée.

Dès les premiers mois, on constate un important retard psychomoteur. Le développement n'est pas homogène. Entre 4 et 6 mois, le domaine le plus développé est le langage ; Amaro a une voix mélodieuse, avec quelques écholalies. Vers 30 mois, il commence à reconnaître les objets par le toucher et à faire des encastrement. Il entre alors dans les interactions sociales et l'utilisation du langage.

Il acquiert la marche vers l'âge de 3 ans, et celle-ci était extrêmement difficile, toujours avec aide. Par la suite, ses nombreux épisodes de fractures l'ont amené à rester plus souvent assis que verticalisé, et la marche a été de moins en moins sollicitée.

Il a aussi présenté quelques blindismes tels que le balancier et agitation des membres lors des moments d'inactivité, mais qui se sont améliorés graduellement.

4) Parcours scolaire et institutionnel

Amaro n'a pas bénéficié de prise en charge précoce adaptée et spécifique à la déficience visuelle. On ne lui a pas appris à compenser sa déficience par l'utilisation des autres sens. Il a ainsi accumulé un grand retard tant au niveau psychomoteur que scolaire. En ce domaine, Amaro a toujours été en décalage de quelques années par rapport à son groupe d'âge.

Dès l'âge de deux ans, Amaro commence des séances de kinésithérapie ; il acquiert ainsi une meilleure mobilité, ce qui stimule en retour la régénération du système osseux. Il gagne en confiance pour son entrée en maternelle.

A 7 ans, il entre en maternelle, et commence l'apprentissage du braille. Grâce aux sollicitations constantes d'un professeur également aveugle, Amaro acquiert rapidement la lecture, l'écriture et les opérations mathématiques en braille, grâce à une bonne mémorisation, mais sans accéder au sens numérique.

A son arrivée en France, Amaro entre en CP à 9 ans, à raison de trois journées de cours par semaine. Il communique rapidement en langue française, même si encore aujourd'hui son langage est fortement teinté de verbalisme, du fait d'un stock restreint de vocabulaire.

Quelques mois plus tard, en septembre 2008, Amaro vient consulter à l'Institut d'Education Sensorielle, où le médecin et toute l'équipe décident de mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire en plus des temps scolaires et éducatifs afin de restimuler le potentiel d'Amaro. Il semble en effet maintenu dans un « stade bébé ». A 9 ans, il ne marche que sur demande avec un déambulateur, il est dépendant d'un tiers pour se nourrir et il a encore une mastication peu efficace (il a été longtemps nourri mixé). Il est extrêmement passif dans les activités de la vie quotidienne. Dès son entrée dans le centre, le principal objectif de l'équipe est donc de lui apprendre de nouveaux schémas moteurs et de renforcer sa tonicité.

Amaro a actuellement 12 ans ; il est en CM1 dans une classe spécialisée pour enfants déficients visuels. Il bénéficie parallèlement d'un ensemble de rééducations : orthophonie, psychomotricité, AVJ (Activités de la Vie Journalière), locomotion, et kinésithérapie. A cause de l'ostéoporose, il est dispensé de sport, à l'exception de l'activité piscine à laquelle il participe avec enthousiasme.

Depuis son arrivée au centre, le temps d'accueil a été progressivement augmenté à la demande de la famille, et il est maintenant présent cinq jours par semaine, avec quatre nuits à l'internat.

5) Prise en charge en psychomotricité

En juin 2008, la conclusion du bilan psychomoteur est la suivante : *Amaro présente un retard de développement psychomoteur majeur et hétérogène. C'est un enfant qui semble avoir manqué d'expériences motrices précoces, qui présente une anxiété majeure face à l'implication de son corps dans l'espace. Cependant, il présente de réelles capacités dans les domaines de la connaissance spatiale et du vocabulaire corporel. Ses discriminations tactiles et auditives sont efficaces.*

Il commence donc une rééducation psychomotrice, doublée ensuite de séances de balnéothérapie avec la psychomotricienne.

En février 2011, le constat est le suivant : *Amaro explore peu son environnement spontanément. Il est nécessaire de le stimuler, mais l'exploration n'est pas structurée. Sur le plan moteur, Amaro a fait des progrès importants. La marche autonome est acquise ; elle reste lente du fait du manque de confiance.*

B) Amaro aujourd'hui

Amaro est un adolescent agréable, communiquant plus facilement avec les adultes qu'avec ses pairs. Il est souvent souriant mais d'une humeur assez variable selon son degré de fatigue et de motivation. Il utilise beaucoup l'humour, mais sur un mode assez peu inventif, répétant bien souvent ce qu'il entend sans en comprendre totalement le sens. Il est très discret voire passif, et ne cherche pas spontanément le contact avec le monde environnant. Il a tendance à s'enfermer dans des comportements stéréotypés que nous décrivons plus loin.

Il peut parfois se montrer quelque peu opposant et têtu lorsqu'il se sent obligé de faire des efforts.

Vêtu d'habits souples et douille, portant plutôt des pantoufles que des chaussures, Amaro se maintient dans une position confortable qui renforce sa tendance à la passivité.

Il a une grande peur de l'inconnu, et refuse quasi systématiquement ce qu'il ne connaît pas ou ne maîtrise pas.

Il a un goût prononcé pour la musique, et chante beaucoup -surtout quand il sait que les adultes l'écoutent.

1) Au niveau scolaire

Amaro a globalement un niveau CE2, mais avec des différences importantes selon les matières. Il a une très bonne mémoire, ce qui l'aide à être performant en poésie, grammaire, et lexique. Cependant, il n'a pas accès à l'abstraction, et se trouve en difficulté en mathématiques, ainsi que dans la rédaction et la compréhension de textes.

Il ne participe pas spontanément à l'oral, n'exprime pas ses désirs, se montre très passif.

2) Apprentissage du braille informatisé

Amaro progresse normalement, il écrit très vite et bien, il répond aux sollicitations mais prend peu d'initiatives.

3) Au niveau éducatif

C'est un enfant très agréable mais il semble emprisonné dans des réponses très stéréotypées, son rapport à l'autre n'évolue pas beaucoup. On note des difficultés pratiques dans l'utilisation de son corps au quotidien.

4) Atelier musique

C'est le contexte dans lequel Amaro s'exprime le plus spontanément et librement. Il a une voix très musicale, une très bonne audition et le sens du rythme.

Cependant, l'enseignante remarque qu'il investit principalement la zone de la tête (ouïe, odorat, voix, langage), sans intégrer la totalité de son corps. Sa voix reste donc très superficielle.

5) Activités de la vie journalière

Amaro s'habille seul, se douche seul, et mange de façon autonome ; toutefois il est encore très lent et a besoin de stimulation. Les activités complexes, comme faire la cuisine, ne sont pas acquises.

6) Kinésithérapie

Amaro a moins peur des chutes depuis qu'il a expérimenté comment y réagir, les maîtriser, les prévenir. Il a des difficultés à comprendre son propre fonctionnement moteur. Il a besoin d'être beaucoup stimulé.

7) Locomotion

Amaro a conscience de ses limites, il peut exprimer ses peurs. Sa mémoire est excellente et il est très volontaire. Cependant, il est encore trop passif, et la représentation spatiale est très déficitaire ; il a une perception linéaire de l'espace, et se représente au centre de l'action. L'exploration est très pauvre.

8) Orthophonie

Amaro a maintenant une bonne maîtrise de la langue française, et son vocabulaire continue à s'enrichir. Il y a cependant un fort verbalisme, ainsi que des difficultés à exprimer sa pensée de façon fluide. En lecture, Amaro est rapide mais ne saisit pas simultanément le sens du texte.

9) Au niveau psychologique

Le bilan psychologique ne relève aucun problème particulier au niveau psychique, et l'environnement familial est stable. Néanmoins, on note un état d'anxiété lorsqu'Amaro se

trouve confronté à des situations nouvelles ou à la solitude. De plus, Amaro ne semble pas avoir réellement conscience de sa différence avec les autres enfants.

10) SYNTHÈSE

Amaro dispose de nombreuses capacités : une bonne mémoire, un certain sens de l'humour, une bonne maîtrise du braille, ainsi qu'une capacité à progresser rapidement. De plus, son environnement familial semble favorable à son équilibre psychique, et son environnement social – à savoir le centre de rééducation- favorise son autonomisation et l'encourage à rattraper ses retards dus au manque de stimulation précoce.

Pourtant, Amaro explore très peu son environnement, et investit très peu son propre corps.

Il est passif et a tendance à s'enfermer dans des comportements stéréotypés. Sa peur de la nouveauté réduit son répertoire d'expériences concrètes et limite ainsi l'accès aux représentations et à l'abstraction.

Qu'en est-il à présent de ses capacités dans le domaine psychomoteur ?

III) **Prise en charge psychomotrice d'Amaro**

A) Bilan psychomoteur

Il n'existe pas de bilan psychomoteur type pour les personnes déficientes visuelles. Je me suis donc basée à la fois sur des observations cliniques et sur des mises en situation. Amaro étant très fatigable, j'ai dû réunir une à une toutes ces informations au fil des séances. Voici donc ce que l'on pourrait qualifier de « bilan psychomoteur adapté ».

Caractéristiques physiques à prendre en compte :

Amaro est sujet à une ostéoporose infantile, ses os sont donc extrêmement fins et fragiles. En lien également avec son syndrome, il présente une hyper laxité ligamentaire qui donne un aspect particulièrement souple à ses mains notamment. Le bout de ses doigts se recourbe spontanément, ce qui rend difficiles les activités manuelles. Au niveau des pieds, les voûtes plantaires ne sont pas développées, ce qui rend la marche difficile et l'équilibre fragile.

Attitude corporelle :

Posture

En position assise, Amaro se tient avachi en avant, soutenant souvent sa tête avec sa main, le coude reposant sur ses genoux. Il reste assez symétrique, et se dissocie très peu. Il ne varie pas spontanément sa position (par exemple, ne croise pas les jambes).

Il ne se redresse que dans certaines situations ; notamment lors d'une conversation qui éveille particulièrement son intérêt, ou lorsqu'il se met à chanter.

En position debout, il a un très large polygone de sustentation, et ses pointes de pieds sont tournées vers l'intérieur. Le bassin est en rétroimpulsion et les jambes légèrement pliées. Les bras sont généralement décollés du reste du corps dans une attitude de crispation, mains ouvertes. La tête est orientée vers le haut.

Engagement du corps dans l'espace

Amaro reste très passif et explore très peu l'espace. Par contre, sur les temps rééducatifs, lorsqu'il se sent sécurisé par un adulte, un lieu, et une activité connue, il s'engage davantage et est même capable de prendre des risques. En balnéothérapie par exemple, Amaro investit largement son espace, et ne tient pas compte des limites qui l'entourent et des risques que cela représente. Il est indispensable pour le moment de veiller à sa sécurité dans ces moments-là.

Gestualité

Au niveau gestuel, comme nous l'avons dit, il n'explore pas son espace de préhension, les mains restent très passives. Il présente également des stéréotypies : serre ses deux mains ensemble, attrape ses doigts, fait des mouvements rapides de supination des mains, lève les bras, se frotte les yeux, secoue la tête. Ces stéréotypies sont particulièrement marquées lors d'émotions telle l'excitation, l'enthousiasme.

Transferts :

Pour passer de la position assise à la position debout, Amaro doit fournir un effort important et essaie dès que possible de se faire aider, alors qu'il est capable de le faire seul. Le lever est très lent, et saccadé, très précautionneux. Il s'aide de la chaise avec ses bras et repositionne plusieurs fois ses pieds durant le mouvement.

Le passage en position assise est tout aussi fragmenté ; Amaro repère de lui-même la chaise et effectue la rotation de façon adaptée. Une fois bien positionné, il se laisse tomber lourdement.

Marche :

Amaro peut marcher de façon autonome mais est très vite fatigable. La posture de base reste la même que pour la position debout, avec un buste projeté vers l'avant et les deux bras loin devant en protection. Il n'utilise pas encore la méthode de protection, qui consiste à placer les deux bras devant soi, mains jointes. Le polygone de sustentation est large, les pointes des pieds vers l'intérieur, la hauteur des pas est quasi-nulle, le pas est trainant, et court. Il n'y a pas de déroulement de la voûte plantaire. La marche peut être de bien meilleure qualité lorsque l'attention n'est pas orientée directement sur le déplacement, ce qui témoigne d'un certain manque de confiance en ses capacités de locomotion. Il a des difficultés à suivre une trajectoire rectiligne. Il ne développe pas d'activité exploratoire avec ses pieds.

Amaro a une forte appréhension des obstacles et de la chute. La qualité de la marche est très dépendante du contexte : plus l'activité envisagée est source d'anxiété plus la marche va être lente et laborieuse. A l'inverse, si Amaro se sent en sécurité, sa marche peut être plus assurée, les pas plus hauts, et la cadence plus rapide.

Préhension :

Le type de prise n'est pas précis. Amaro se sert principalement de sa paume. Il utilise peu la sensibilité tactile digitale pour reconnaître les propriétés de l'objet qu'il va saisir.

Coordinations bi-manuelles :

Amaro ne fait pas de lien entre ses deux hémicorps. Il ne tient pas compte de la position de sa première main lorsque la seconde effectue l'action. Dans l'exploration proximale, chaque hémichamp est isolé. Amaro ne les met pas en lien ; ce qui entraîne une superposition ces champs dans l'espace, sans coordination des mains l'une par rapport à l'autre. Ceci témoigne d'un manque d'exploration et de représentation mentale de l'espace à partir de son axe corporel, et d'un manque d'intégration du schéma corporel.

Coordination audition-préhension :

Amaro est capable de diriger sa main vers l'objet sonore, et il se sert des indices sonores pour le saisir de façon précise. Il manie également la permanence de l'objet. Il peut par exemple chercher à saisir un ballon qui a été déposé près de lui quelques minutes plus tôt.

Motricité fine :

Amaro a les mains très « molles » et laisse souvent glisser l'objet de ses mains. Ceci est en lien avec son hyper laxité ligamentaire mais aussi avec son degré de motivation pour la tâche. Par exemple, il a une prise plus ferme et précise dans la manipulation d'un ballon sonore que dans celle d'un navet lors d'un atelier cuisine.

Latéralité :

Amaro utilise préférentiellement la main droite pour effectuer des actions motrices.

Dissociations :

Les dissociations membre inférieur/membre supérieur sont possibles mais quelques peu coûteuses en attention (ex : taper dans les mains et lever le pied droit, taper dans les mains et lever le pied gauche).

Les dissociations droite/gauche sont acquises lorsqu'elles restent simples (ex : taper sur sa jambe avec une main, et sur sa tête avec l'autre main).

Ceintures : peu de dissociation des ceintures, la motricité est encore très « en bloc ».

Coordinations dynamiques générales :

Le saut et la course ne sont pas acquis.

L'équilibre statique sur un pied n'est pas possible.

Equilibre dynamique : il lui est encore impossible de réduire le polygone de sustentation durant la marche.

Aspects tonico-émotionnels :

Amaro présente quelques bégaiements dans son discours.

Rappelons la présence de stéréotypies motrices, surtout lors des temps d'inactivité.

Tonus :

Tonus d'attitude : Amaro est plutôt hypotonique du tronc et des membres.

La réaction au ballant et à la chute est adaptée.

Extensibilité : amplitude correcte, peu de résistance, à part un peu dans les membres inférieurs.

Schéma corporel :

Amaro peut nommer 10 parties du corps, ce qui correspond à peu près à un niveau de 3 ans chez un enfant voyant.

Il peut montrer sur lui-même 30 parties du corps sur les 34 qui ont été nommées.

Par contre, l'utilisation dynamique du schéma corporel est déficitaire : il ne parvient pas à reproduire une position simple des bras une fois revenu en position normale.

Il a une bonne connaissance de ses possibilités articulaire, et les utilise sur demande sans difficulté : par exemple, tendre le bras, plier le coude, fermer le poing, tourner la tête.

Investissement sensoriel :

Il faut souligner ici l'importance du travail qui a été fait depuis trois ans en psychomotricité sur la mise en place de l'analyse sensorielle : à son arrivée au centre, Amaro ne pouvait pas différencier et trier les informations sensorielles. Par exemple, il ne pouvait pas analyser séparément les informations tactiles et kinesthésiques. Durant les premières séances de balnéothérapie, il lui était impossible de dire si c'était l'eau qui bougeait ou si c'était lui. De même, l'analyse des informations gustatives a mis beaucoup de temps à s'affiner.

- Toucher : il est très fin mais peu utilisé en dehors du braille. Dans l'exploration d'objets, il est imprécis, partiel et rarement spontané. Pourtant, Amaro est capable de reconnaître les personnes de son entourage en touchant leur main

- Sens haptique, ou sens tactilo-kinesthésique : il est peu exploité et ne permet pas une analyse fine des caractéristiques des objets (dur, mou, lisse...). Ses descriptions sont fortement empruntées de verbalisme. De même, le travail de reconstitution mentale de l'objet est très lent et peu spontané.

- Proprioception: la conscience de la position de ses segments corporels les uns par rapport aux autres est encore faible. Amaro se sert surtout d'indices verbaux rencontrés dans certaines situations pour répondre aux sollicitations. Par exemple, il peut lever le pied sur demande car on le lui dit pour l'aider à enfiler son pantalon. Mais il se sert peu de ses sensations kinesthésiques pour suppléer à l'absence de feedback visuel.

- Audition : ce sens est très développé chez Amaro. Il reconnaît et mémorise rapidement les voix, les musiques. Il se base essentiellement sur ce sens-là pour décrypter son environnement.

- Sens des masses : très développé, mais utilisé de façon encore trop intuitive. Amaro s'en sert dans ses déplacements mais n'en est pas toujours conscient.

- Goût et odorat : Amaro utilise beaucoup l'odorat, notamment pour détecter les passages d'une pièce à une autre. Le goût aussi est assez développé, avec des préférences bien marquées pour certains types d'aliments.

Grâce à la mise en place d'expériences multisensorielles depuis sa prise en charge globale, Amaro parvient maintenant à accéder à une perception plus fine de ses sensations, ainsi qu'à un début d'analyse. Mais l'étape suivante est encore fragile. Il s'agit à présent de donner du sens à ses perceptions, de les catégoriser, et de mettre des mots dessus.

Espace :

- La connaissance droite/gauche est acquise sur soi et sur les objets. La décentration est difficile, ce qui rend très aléatoire la connaissance droite/gauche sur autrui.

- Le vocabulaire spatial rapporté à son propre corps est connu mais pas totalement maîtrisé : Amaro utilise les notions *loin*, *près*, et *contre*, mais confond *devant* et *au-dessus*, *derrière* et *en-dessous*. Ceci s'explique en partie par le fait qu'il n'ait pas assez souvent expérimenté la position debout à cause de ses nombreuses fractures le maintenant assis. Il n'a donc pas encore pris conscience de l'axe et l'orientation de son corps.

- Le vocabulaire spatial rapporté à des objets entre eux est connu mais pas maîtrisé : Amaro confond *devant* et *derrière*, *dessus* et *dessous*.

- Manipulation de ces notions : Amaro maîtrise difficilement les mouvements en relation avec l'espace. Par exemple : il veut envoyer le ballon devant lui mais l'envoie derrière.

- Représentation spatiale : elle est très déficitaire par rapport à ce qui est attendu chez un enfant aveugle de son âge. Il se représente encore au centre de l'action. Pour Amaro, l'espace "bouge autour de lui", et il n'intègre pas les changements de direction. Il utilise une

représentation linéaire de l'espace, où les évènements s'enchaînent successivement, sans cohérence spatiale. De fait, ses déplacements sont encore très dépendants d'un tiers.

Temps :

Les repères temporels de base (aujourd'hui, demain, cet été, tout à l'heure...) sont maîtrisés. Cependant, Amaro a des difficultés à intégrer la notion de changement liée au temps : par exemple il ne comprend pas pourquoi, d'une séance à une autre, certains objets ont changé de place.

CONCLUSION :

Amaro a des **capacités importantes au niveau sensoriel** : l'audition, le toucher, le sens des masses, sont très développés. Parallèlement, ses **capacités de mémorisation** lui permettent d'être **très performant au niveau verbal**, et dans une certaine mesure au niveau spatial.

Son **corps** est connu, certes, grâce à des stratégies de mémorisation et de verbalisme, mais il n'est **pas organisé, ni représenté**. On pourrait le comparer à un puzzle qu'il ne parvient pas à reconstituer.

Ce défaut de conscience et de maîtrise corporelle, est étroitement lié au **manque d'expériences sensori-motrices durant l'enfance**. De fait, Amaro dispose de nombreuses potentialités, mais **n'a pas intégré les moyens nécessaires à l'analyse de son corps, de ses perceptions, et de son environnement**.

Les principales difficultés concernent les aspects suivants :

- **Représentation de son corps dans l'espace**
- **Décentration et manipulation des notions spatiales** : il perçoit encore l'espace de façon égocentrée.
- **Représentation mentale des objets** manipulés : il a tendance à passer directement de l'objet à sa fonction, sans analyser et reconstituer mentalement l'image de l'objet.
- **Investissement tactilo-kinesthésique** : il s'appuie essentiellement sur ses points forts que sont la mémoire, l'ouïe, et l'intuition, et néglige l'analyse kinesthésique.
- **Confiance en sa propre capacité d'action** : il laisse l'autre faire à sa place, de crainte de s'exposer directement à son environnement.

B) Question de la confiance

1) PROBLEMATIQUE

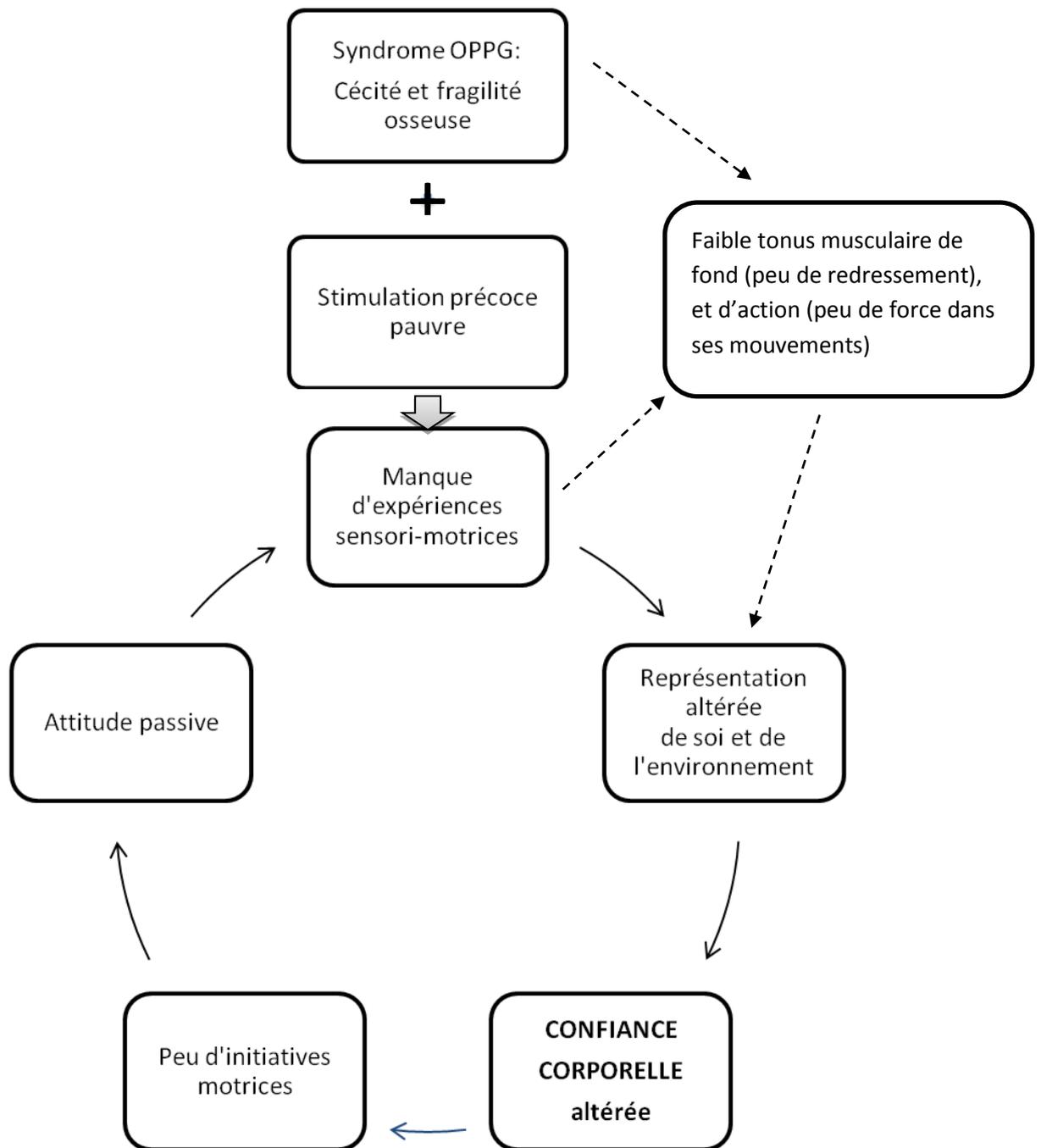
Face à cet adolescent extrêmement passif, et très peu curieux de son environnement, je me suis assez tôt posé la question de la *confiance*. Mon hypothèse initiale se résume en une question : **Le manque d'initiative motrice pourrait-il être lié à un manque de confiance en ses possibilités d'action ?**

A partir de cette hypothèse et de mes recherches sur ce sujet, j'ai basé toute ma recherche sur les problématiques suivantes :

- **L'évaluation et la prise en charge de la *confiance corporelle* chez un adolescent atteint du syndrome d'ostéoporose-pseudogliome permettent-elles un meilleur investissement corporel ?**
- **Comment le psychomotricien est-il amené à travailler sur la confiance corporelle ? Quels sont les objectifs et les paramètres d'une telle prise en charge ?**

Mon hypothèse initiale est que, face à un manque d'expériences sensori-motrices, Amaro ne peut pas construire une bonne connaissance de ses capacités physiques, et manquerait donc de confiance en ses propres ressources. Ce qui se traduit par un repli vis-à-vis de l'environnement et une passivité. Cette passivité viendrait clore le cercle vicieux en limitant toute nouvelle initiative motrice.

C'est ce qu'illustre le schéma suivant :



Chez l'enfant aveugle congénital, l'absence de feedback visuel lui demande d'investir particulièrement sa kinesthésie, c'est-à-dire ses sensations corporelles. Chacun de ses mouvements est basé sur la construction d'une conscience corporelle.

Or, face à la double problématique de la cécité et de l'ostéoporose, l'entourage proche d'Amaro s'est montré très protecteur depuis son plus jeune âge, et lui a donné peu d'occasions de développer cet aspect-là.

Jusqu'à présent, Amaro plaçait intégralement sa confiance en l'adulte aidant. Depuis seulement trois ans il bénéficie d'une prise en charge globale en centre de rééducation, et découvre qu'il a la possibilité d'agir de lui-même. Mais c'est un processus lent car le retard à rattraper est important. C'est pourquoi, deux ans après son arrivée au centre, Amaro présente encore beaucoup de peurs face à l'environnement.

Tel qu'il m'apparaît, à l'âge de 12 ans, je peux le comparer à un petit enfant qui apprend à se lever, à se déplacer, et qui prend tout juste conscience de son action sur l'environnement et non plus seulement de l'action de l'environnement sur lui-même.

2) Evaluation de la confiance corporelle

Sur le plan psychomoteur, Amaro manque avant tout **d'initiatives motrices** et **d'aisance corporelle**. C'est pourquoi, j'ai choisi d'orienter mon travail sur la problématique de la **confiance corporelle**, que j'ai définie dans ma partie théorique. Un travail sur cette confiance corporelle pourra en même temps contribuer à renforcer la *confiance en soi* que les différents professionnels du centre de rééducation décrivent comme très fragile chez Amaro.

La question est donc la suivante : ***comment évaluer la confiance corporelle chez cet adolescent ?***

a- Confirmer l'hypothèse d'un manque de confiance corporelle

Pour commencer mon évaluation, j'ai adapté un questionnaire sur l'auto-appréciation des possibilités corporelles [voir annexe n°7] inspiré d'une grille destinée aux sportifs : *l'Inventaire du Soi Physique*.

L'idée de départ est de comparer les réponses obtenues aux capacités réelles relevées dans le bilan psychomoteur et résumées dans le tableau présenté à la fin de ce mémoire [voir annexe n°8].

Je pourrais ainsi **savoir si Amaro est capable ou non d'une bonne estimation de ses capacités physiques**. Car rappelons que pour qu'il y ait **confiance corporelle**, il faut que le sujet ait **conscience de ses possibilités physiques** et **croie en sa capacité à les utiliser** dans des situations connues ou nouvelles.

En proposant ce questionnaire à Amaro, je me suis très vite rendue compte que les questions étaient complexes et trop peu concrètes pour lui. C'est pourquoi, je me suis servie de cet outil comme base de travail.

Voici le déroulement global de notre entretien :

- 1) Es-tu content de ce que tu sais faire avec ton corps ? Y a-t-il des choses que tu aimerais faire et que tu ne peux pas faire ?

Réponse : Il réfléchit longuement et me dit : « *en fait..., en fait, c'est surtout la confiance* », puis : « *j'ai un peu peur quand il y a personne* ».

- 2) Est-ce que tu fais confiance à tes parents pour t'aider physiquement ?

Réponse : Un grand : « *Oui* »

- 3) Est-ce que tu fais confiance à tes éducateurs pour t'aider physiquement ?

Réponse : « *Oui* »

- 4) Es-tu capable de te détendre quand tu le décides ?

Réponse : « *Oui* »

- 5) Est-ce que tu arrives bien à t'adapter quand il y a des changements, par exemple quand tu marches sur du plat puis sur un escalier ?

Réponse : « *Pas quand y a pas de rampe* »

- 6) Est-ce que, quand tu es dans une pièce, tu sais ce qui se trouve autour de toi ?

Réponse : « *Je sais quand y a l'éducateur* »

- 7) Est-ce que tu as des copains ici ?

Réponse : « *Oui, mes copains sont ceux du centre* »

- 8) Est-ce que tes copains t'aiment bien ?

Réponse : « *Oui* »

- 9) As-tu une préférence pour un jeu en particulier ?

Réponse : « *Oui : Les jeux vidéo !* » Puis en deuxième place les jeux de ballon, et les jeux corporels.

« *Par contre, j'aime pas du tout quand on essaie de me faire toucher des trucs et de me faire deviner* ». « *En fait, c'est parce que j'ai un peu la flemme, mais ne le dis à personne !* ».

- 10) Quels progrès souhaites-tu faire avec ton corps ?

Réponse : « *Avoir plus confiance* »

⇒ Interprétation

Amaro évoque spontanément le thème de la confiance. Mon hypothèse initiale est donc confirmée par ses propres termes.

Amaro exprime sa peur de ne pas être capable de se débrouiller seul. En d'autres termes, il place peu sa confiance en ses propres capacités sensori-motrices.

Les réponses d'Amaro complètent ce qui a été dit auparavant. Il accorde plus volontiers sa confiance en l'adulte aidant qu'en lui-même, il a besoin d'être stimulé pour fournir des efforts surtout dans le domaine de l'exploration tactile, et il est capable de se détendre quand il le souhaite. De plus, il a une position égocentrée dans l'espace. Les réponses concernant ses camarades montrent qu'Amaro est confiant en sa capacité à établir et maintenir des relations sociales. Enfin, Amaro est capable de se projeter dans l'avenir et d'envisager les progrès qu'il pourrait faire.

Je remarque qu'Amaro est conscient de ses possibilités physiques et de ses limites actuelles ; par exemple, il se sait capable de se détendre, il connaît ses difficultés d'adaptation physique à son environnement, et il sait qu'il est capable de fournir davantage d'efforts dans certains domaines.

En conclusion, Amaro est capable de s'auto-évaluer de façon très juste ; mais cette auto-évaluation reflète ses appréhensions et non ses possibilités potentielles réelles. Il met en avant sa difficulté principale qui est le **manque de confiance en ses possibilités d'action dans l'environnement**. Celle-ci se manifeste par une **Crainte de l'environnement**, un **manque d'initiative motrice** et **peu d'engagement corporel dans l'espace**.

C'est donc bien la *confiance corporelle* qui est fragilisée.

Cette étape dans l'évaluation a été cruciale pour la prise en charge d'Amaro : elle lui a permis de **verbaliser** lui-même ses difficultés. Ce témoignage constitue également un engagement de sa part à mettre tout en œuvre pour surpasser ce manque de confiance.

b- Approfondir l'observation de la confiance corporelle

Après avoir identifié une faiblesse au niveau de la confiance corporelle, l'étape suivante consiste à explorer plus en détails ses manifestations chez Amaro.

On peut observer un important manque de confiance corporelle à travers ses manifestations comportementales face à une situation motrice nouvelle ou jugée trop difficile :

- Une **passivité totale** : il s'agit d'un refus non-verbalisé de la part d'Amaro
- Une **verbalisation d'un refus** catégorique de s'engager dans l'activité
- Une **négociation** plus ou moins longue avant d'accepter et de s'engager corporellement
- Des **réactions corporelles** : un tremblement, une hypotonie augmentée du tronc, une hypertonie augmentée des membres, des blindismes.
- Des **réactions physiologiques** : accélération du rythme cardiaque et du rythme respiratoire, rougissement au niveau des joues.

C) Projet thérapeutique

Amaro est suivi en psychomotricité depuis trois ans. Cette année, il bénéficie chaque semaine d'une séance de balnéothérapie, d'un atelier corporel en groupe, et je lui propose en plus une séance de psychomotricité en salle. Mon projet s'inscrit donc dans une prise en charge globale.

1) Mise en place de la *relation thérapeutique*

« Communiquer, c'est laisser passer entre soi et l'autre un double courant d'échanges en étant à la fois présent à soi-même et à l'autre » **J. Meunier-Fromenti**

Bien avant d'imaginer une prise en charge psychomotrice avec Amaro, je le rencontre lors des ateliers de groupe et durant sa séance de balnéothérapie. Il est communicatif certes, mais apprécie peu lorsque je le sollicite sur des activités motrices. La relation est donc lente à se mettre en place, car Amaro a besoin de temps pour accorder sa confiance à un adulte qu'il ne connaît pas. En créant une sorte de "barrage relationnel", il a le sentiment de protéger son intégrité physique. Pourtant, il montre peu de réaction physique de défense.

Lorsque j'ai fait le choix de parler d'Amaro dans mon mémoire, je n'ai pas commencé tout de suite les séances. J'ai continué à le voir sur ses temps de prise en charge habituels, et j'ai pu développer ainsi une relation de confiance et de complicité.

La relation de confiance n'est pas un flux à sens unique, il s'agit d'un échange constant où chacun devient tour à tour émetteur et récepteur. Lionel Bellinger parle de « flux de confiance »³⁸. Ainsi, l'enfant, par ce qu'il **est** et ce qu'il propose, donne également confiance à l'adulte en son rôle d'aidant et de professionnel.

Une relation thérapeutique de qualité repose sur les éléments suivants :

- Une bonne **connaissance réciproque**
- Un sentiment de **sécurité**, un sentiment de **complicité**, un climat **détendu**
- Une notion de **continuité**
- Une notion d'**évolution**
- Une bonne estimation, de la part du thérapeute, de la **marge de progression** possible : c'est-à-dire avoir une demande qui va rapprocher la personne du but final, étape par étape, sans jamais aller au-delà de ses limites.
- Le respect de la **distance thérapeutique** : une distance physique doit être observée et modulée en fonction des besoins, toujours dans le but de rendre le sujet le plus autonome possible.

2) Axes de la prise en charge psychomotrice

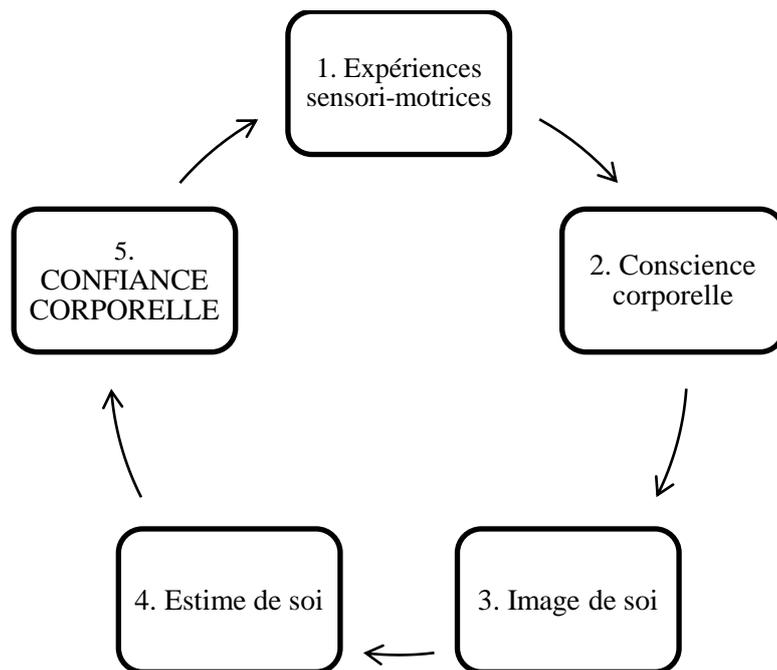
Amener Amaro à conquérir sa confiance corporelle c'est remplacer le cercle vicieux décrit précédemment par un **cercle vertueux**.

Le rôle de la psychomotricité est ici de donner accès à une **conscience corporelle** grâce à des **expériences sensori-motrices** et leur analyse fine. En renforçant la construction de la représentation corporelle et la conscience des interactions entre le corps et l'environnement, les expériences sensori-motrices contribuent à développer une **image de soi** positive.

Cette image de soi sera à l'origine d'une **estime de soi** forte et fondée sur un vécu corporel de qualité. Ce qui va finalement avoir un impact sur la **confiance corporelle**, en permettant à Amaro de croire en ses capacités réelles et potentielles sur le plan corporel.

³⁸BELLENGER, L. (2012). *La confiance en soi*. ESF.

C'est ce que résume le schéma suivant :



A présent, décrivons les **principaux axes** de prise en charge à mettre en place en psychomotricité, afin de « rééduquer » la confiance corporelle.

a. Expériences sensori-motrices

Il s'agit de proposer à Amaro une grande variété de situations demandant un engagement corporel et sensoriel. Ceci va l'amener à découvrir, et dans certains cas redécouvrir, ses capacités d'action sur l'environnement, et son aptitude à moduler cette action. Amaro va ainsi renforcer les schémas moteurs de base, et pouvoir en intégrer de nouveaux.

Par exemple, il découvre qu'en plaçant ses mains de telle ou telle façon, il peut envoyer l'objet dans une direction souhaitée.

De même, Amaro va être amené à faire le lien entre son action et sa conséquence, à travers notamment des jeux de bowling.

b. Analyse sensorielle

Au travers de ces expériences motrices, il est essentiel d'orienter l'attention d'Amaro sur ses perceptions sensorielles.

L'**analyse auditive** joue un rôle majeur dans la construction de l'espace. On peut utiliser pour cela un ballon sonore, ou un simple ballon, qui en rebondissant dans une certaine direction va renseigner sur la taille de la salle, sa disposition, et ce qu'elle peut contenir.

Mon propre déplacement toute au long de la séance, accompagné du son de ma voix, va également être un moyen pour Amaro de construire l'espace.

L'**analyse kinesthésique** renseigne sur les sensations corporelles, et donne la position de chaque partie du corps les unes par rapport aux autres.

La kinesthésie donne également la direction du mouvement, et permet donc d'améliorer la performance gestuelle. Par exemple, attirer l'attention d'Amaro sur la position de ses pieds lorsqu'il fait rouler un gros ballon sur le sol, lui permet de contrôler la direction dans laquelle il va l'envoyer.

L'**analyse tactilo-kinesthésique** donne accès à la représentation mentale, et permet donc une meilleure adaptation du geste lors de l'utilisation d'objets.

Par exemple, en faisant varier la taille, le poids et la densité d'un ballon, Amaro doit adapter son lancer : amplitude, force, direction...etc. Ceci l'amène à s'adapter aux contraintes de l'environnement et à développer un raisonnement anticipatif.

A l'analyse kinesthésique vient s'ajouter l'**analyse vestibulaire** : par des activités mobilisant la globalité du corps, Amaro est amené à prendre conscience des changements de position.

Par exemple, en montant sur un toboggan, Amaro passe de la position debout à assise puis s'allonge sur le dos, et arrivé en bas il se redresse, et ainsi de suite. Il doit prendre conscience de tous ces changements qui sont signalés par la position de la tête, afin d'avoir accès à une **conscience du corps dans l'espace**.

On joue surtout sur l'**intermodalité sensorielle** afin de permettre une analyse complète et cohérente des interactions entre le corps et l'environnement.

Par exemple, je propose à Amaro de repérer tactilement la taille de plusieurs tubes en plastique puis d'associer chacun d'eux au son plus ou moins aigu qu'il produit en tombant par terre. Ou encore, je lui propose de manipuler tactilement différents types de balles, pour permettre ajustement kinesthésique au moment du lancer ; et le son du déplacement de la balle dans l'espace confirmera si le geste est adapté.

Par exemple, si une fois lancée, la balle arrive rapidement au fond de la salle, c'est que son geste a été vif et efficace. Ou encore, si en faisant rouler un ballon il parvient à faire tomber une pile de mousses, c'est que la force mise dans le mouvement a été suffisante. Ces réafférences vont aider Amaro à construire une analyse multimodale de son action, basée sur une complémentarité d'informations.

c. Représentation du corps dans l'espace

Avant d'être capable de se situer dans l'espace, Amaro doit pouvoir maîtriser son organisation spatiale au niveau corporel. Or, nous avons vu qu'il avait des difficultés à utiliser les notions spatiales rapportées au corps.

Tout d'abord, un travail sur la prise de conscience de l'axe corporel est essentiel ; ce dernier va servir de base pour l'utilisation des termes spatiaux.

Je lui demande par exemple de se tenir bien droit, dos au mur lorsqu'il est en haut du toboggan.

Une fois en position, je lui pose quelques questions sur ce qui se trouve derrière lui, devant lui, à côté de lui. Ou encore, lors d'un jeu de ballon, j'utilise un vocabulaire spatial dans mes demandes, comme « pose la balle devant toi », « place ta main sous le ballon ».

Parallèlement, je sollicite souvent Amaro au cours de la séance pour lui demander où il se situe par rapport à la porte d'entrée ou par rapport au bureau. Je choisis ces deux points fixes afin de faciliter sa prise de repères spatiaux.

d. Contrôle émotionnel

La prise en charge en psychomotricité est une occasion pour Amaro de se confronter à des situations nouvelles, tout en restant néanmoins dans un cadre connu. Ceci active en lui des émotions telles que la peur, ou l'excitation, ou encore le dégoût. Le rôle de la psychomotricienne est alors de lui faire prendre conscience de ses réactions émotionnelles et l'aider à les surmonter.

Par exemple, pour ce qui est de l'exploration manuelle de son environnement, je lui demande de mettre ses mains dans le placard et de me dire ce qu'il y trouve. La première réaction est la peur, qui mène au refus. Puis après avoir insisté et rendu la chose plus ludique, Amaro va se lancer mais avec une certaine appréhension et manifestant son dégoût dès que ses mains touchent quelque chose qu'il considère comme étant « sale ». On se heurte là à l'impact d'une éducation très protectrice ; Amaro a dû bien souvent entendre des phrases de type « Ne touche pas c'est sale », ou « c'est dangereux, ça va te faire mal ». D'où sa forte inhibition dans le domaine de l'exploration tactile.

Le contrôle émotionnel passe par la prise de risques. En effet, « L'audace est une manifestation de la confiance en soi, en ses capacités physiques mais aussi d'une

maîtrise de l'environnement³⁹ ». En osant faire des expériences qui habituellement génèrent la peur, et pour lesquelles il ne se sent pas capable, Amaro va être directement confronté à ses émotions. Je ne lui demande pas de dépasser ou maîtriser ses peurs, mais simplement de les entendre et de se poser la question : *ma peur est-elle justifiée ?* Puis, en le sollicitant fortement, Amaro doit affronter la situation anxiogène et se rendre compte par lui-même qu'il en est physiquement capable, ce qui va faire tomber l'émotion. Bien souvent, l'émotion négative fait place à une autre émotion, plutôt positive. Par exemple, l'enthousiasme ou l'excitation succèdent à la peur ou au dégoût.

e. Image de soi

Tous les éléments décrits précédemment vont contribuer à élaborer une image de soi stable et réaliste.

A travers les expériences sensori-motrices, l'analyse multisensorielle du corps et de l'espace, la construction de représentations du corps et de l'environnement, Amaro va s'approprier non seulement un stock d'expériences mais aussi tous les outils nécessaires à leur analyse et à leur utilisation. Une fois qu'il sera capable de comprendre l'interaction corps-environnement dans toutes les situations proposées, Amaro sera alors à même d'utiliser sa motricité de façon adaptée en fonction du contexte.

La **prise de risque** constante en psychomotricité lui montre qu'il est capable de pousser ses limites toujours plus loin, ce qui contribue à améliorer la qualité de *l'image de soi*.

Il en va de même pour la **créativité**, l'**inventivité**, la **prise d'initiative**, les **compétences relationnelles**, l'**humour**, qui vont renforcer le sentiment de valeur personnelle.

De plus, la **valorisation de ses réussites** aura impact plus important si elle est élargie à son cercle social ; souvent, c'est Amaro qui parle de lui-même de ses « exploits » à ses éducateurs ou à ses camarades.

Dans la notion d'image de soi, on retrouve aussi l'idée d'**esthétique**. Amaro n'a pas de retour visuel sur son apparence, sur ce qu'il donne à voir aux autres. C'est pourquoi il est important de lui apporter des informations sur son image, afin de renforcer l'image de soi. Par exemple, lorsqu'il fait un effort pour se redresser : « Ah, tu as fière allure quand tu te tiens bien droit comme ça ! ». Ou encore, « Tu as une super coupe de cheveux aujourd'hui ! ».

Ainsi, favoriser la construction d'une **image de soi de qualité**, va être un moyen d'augmenter le sentiment de valeur personnelle et donc l'estime de soi. Une **estime de soi forte** est

³⁹STAES, L., DE LIEVRE, B. (2011). La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent, et de l'adulte. De Boeck.

indispensable pour progresser dans la découverte de ses possibilités d'action, car elle va agir dans le cas d'Amaro comme un **moteur de l'initiative motrice**.

3) Paramètres et outils

Maintenant que nous avons décrit les objectifs de la prise en charge psychomotrice, nous allons voir quels en sont les paramètres et à la fois les outils.

a. Donner des repères temporels

La notion de temps est encore difficile à saisir pour Amaro ; on a vu par exemple qu'il pouvait avoir des difficultés à comprendre pourquoi un objet placé à tel endroit tel jour ne sera pas à la même place la semaine suivante. La notion de temps est étroitement liée à sa perception de l'espace ; elle est linéaire et composée d'une succession d'évènements.

C'est pourquoi il est essentiel de ponctuer la prise en charge de repères temporels.

Par exemple, chaque semaine, il y a quelques constantes dans les séances qui permettent d'établir la notion de continuité dans le temps : la salle est la même, l'horaire de la séance est le même, ainsi que le CD de musique.

La séance débute par une question rituelle : « alors, qu'est-ce qu'on a fait la dernière fois ? ». Puis on met en place ensemble le programme de la séance, ce qui par la même occasion le rend acteur de la séance et lui donne un sentiment de maîtrise du temps qui va s'écouler.

b. Laisser une grande part de liberté

Par le choix des activités, le choix de la musique, le choix de l'ordre des activités dans la séance, je laisse volontairement une grande part de liberté à Amaro. Le but étant de lui faire sentir qu'il est le seul maître de ses actions et que c'est à lui de prendre des initiatives. Chaque initiative sera ainsi valorisée.

Ce sentiment de liberté sera aussi encouragé au travers du mode relationnel. A travers un lien de complicité, Amaro va se sentir libre d'inventer toute sorte de jeu, de situation cocasse ou audacieuse, comme par exemple renverser des piles entières de mousses, ou encore me pousser lui-même sur son propre fauteuil roulant.

Il s'agit donc de repousser les contraintes et d'éviter les interdits afin d'encourager la créativité et la prise de confiance en ses capacités motrices.

c. Assurer la sécurité

Certes, il est important de lui donner un maximum de liberté dans ses actions, mais il ne faut pas oublier le paramètre incontournable qu'est la sécurité. Il permet à Amaro de se mouvoir en étant assuré que quelqu'un veille à sa sécurité.

Mais là où il devient un outil, c'est lorsque je vais demander petit à petit à Amaro d'assurer lui-même sa sécurité. Penser à sa propre sécurité, c'est faire un pas de plus vers l'autonomie et faciliter la prise d'initiative.

d. Eveiller le désir d'agir, de prendre des initiatives, d'être autonome

Le principal moyen d'éveiller l'envie d'agir est de **donner du sens** aux activités. Ma première question a donc été : *qu'est-ce qui éveille particulièrement l'intérêt d'Amaro ?*

La première réponse a été la musique, la deuxième le jeu, la troisième l'humour.

C'est pourquoi je me suis beaucoup servie dès le départ de supports musicaux pour rendre la séance vivante et ludique, et stimuler ainsi le désir de participer, d'agir, et de revenir.

Ensuite, j'ai appris à proposer chaque activité comme un jeu, et à utiliser l'humour pour faciliter l'action motrice. En effet, lorsque l'attention d'Amaro n'est pas entièrement focalisée sur la tâche, et que le climat est détendu, il la réalise plus facilement.

Par exemple, sachant qu'Amaro apprécie très peu les exercices de reconnaissance tactile, je lui ai proposé une « chasse aux trésors », où il fallait trouver les cinq objets cachés dans une tour de mousses, et utiliser chaque objet en accord avec sa fonction. J'ai pu ainsi l'amener, sans qu'il y fasse particulièrement attention, à travailler la marche, les notions spatiales, l'exploration manuelle et l'initiative motrice.

Ainsi, le désir d'agir est très lié à la notion de plaisir, et une activité plaisante dont le but est simplement de s'amuser, permet à Amaro de construire des bases solides pour sa confiance corporelle.

e. Favoriser l'élaboration de la pensée, du raisonnement

Toutefois, la séance de psychomotricité ne peut pas seulement se résumer à une vaste partie de plaisir. C'est l'expérience que j'ai pu faire dès le début de cette prise en charge. Si l'utilisation du jeu s'avère utile pour éveiller le désir d'agir et rendre possibles des activités

qui engendrent en temps normal une forte appréhension, il faut cependant ménager des temps au cours de la séance pour lui permettre d'analyser ses perceptions, ses émotions, et de les mettre en mots.

C'est une étape indispensable pour l'élaboration du raisonnement et le développement la pensée, mais aussi pour lui permettre de prendre conscience de son évolution et de ses progrès. En ayant accès au dialogue et à un raisonnement construit, Amaro aura moins recours aux réponses stéréotypées.

Au cours de la séance, je vais donc lui poser souvent des questions portant sur l'analyse perceptive ou émotionnelle. Un temps en milieu de séance est réservé à l'échange verbal, au dialogue. Ce temps lui permet tout simplement d'échanger sur l'activité motrice, de faire de l'humour, mais aussi parfois à exprimer ses peurs ou ses désirs.

f. Donner l'occasion d'aller toujours plus loin dans ses efforts

En stimulant le désir d'agir, on favorise en même temps le désir de progresser, de grandir ; en un mot d'être autonome.

Il s'agit ici d'être conscient en tant que rééducateur, des possibilités de progrès d'Amaro, et de l'amener sans cesse à s'améliorer, étape par étape. L'idée étant de ne pas le laisser s'installer dans une facilité, et donc dans une attitude passive.

Le désir de grandir, d'être comme les autres de son âge, passe par la découverte d'activités de son âge, comme le toboggan, la nage. Il va être nourri par la prise d'initiatives, comme par exemple enclencher lui-même la musique, fabriquer lui-même un toboggan en mousses, ainsi que par le dialogue.

Amaro pourra ainsi peu à peu se projeter dans le futur, parler de ses projets et de ses désirs pour l'avenir.

4) Déroulement des séances

a. Prise en charge initiale

C'est la quatrième année de prise en charge en psychomotricité pour Amaro. Les trois premières années ont été essentielles pour l'amener à prendre conscience de son *corps inutilisé* à travers l'analyse de ses perceptions. Comme nous l'avons dit plus haut, à son arrivée, cet enfant montrait une passivité presque totale au niveau corporel. Des vidéos de lui

à l'âge de 9 ans montrent clairement qu'il n'utilisait pas ses membres inférieurs, comme s'il s'agissait de deux membres inertes. De même, on n'observait alors aucune dissociation du tronc, et une exploration manuelle quasi inexistante.

En psychomotricité, il a fallu passer par toutes les expériences de base du petit enfant ; se mouvoir sur un tapis de différentes façons, faire tomber une pile de mousses, adapter sa posture, trouver les bons appuis au sol pour redévelopper la conscience et l'utilisation des membres inférieurs, résister au déséquilibre, envoyer un ballon, prendre conscience de l'effet de ses propres actions motrices sur l'environnement... etc.

Dès la deuxième année, une séance de balnéothérapie a été mise en place par la psychomotricienne afin de l'amener à prendre davantage conscience de son corps dans sa globalité et de favoriser l'aisance motrice.

Premièrement, toute prise en charge en balnéothérapie est d'un intérêt majeur pour un enfant non-voyant. La confrontation du corps avec l'élément aquatique lui permet d'analyser et de différencier les flux sensoriels présents. D'une part le mouvement de l'eau autour de lui, et d'autre part son propre mouvement et son action sur l'élément eau. Cette distinction a été une étape importante dans la rééducation d'Amaro. Il lui a fallu plusieurs séances avant de comprendre que ce n'était pas son corps qui bougeait mais que c'était le mouvement de l'eau qu'il percevait sur sa peau, et qu'il était en équilibre stable sur ses deux pieds. Ceci revient donc à faire la distinction entre les sensations tactiles et proprioceptives. Une fois acquise cette analyse, Amaro a pu progressivement vaincre son appréhension de l'eau, et trouver finalement du plaisir dans le mouvement.

Deuxièmement, si on considère sa grande fragilité osseuse qui, associée à sa cécité, l'a réduit à utiliser de moins en moins ses membres inférieurs pour se mouvoir, alors on comprend d'autant plus le rôle de la balnéothérapie. Dans l'eau, les mouvements, les déplacements sont facilités, et l'environnement est sécurisant. Il n'y a pas de risque de chûtes, et les seuls obstacles sont constitués par les bords du bassin. Amaro a pu ainsi découvrir des schémas moteurs jusque-là inexplorés et totalement insoupçonnés. Il a pu découvrir des sensations telles que les changements de vitesse, les rotations, les glissades, les pousser-tirer... etc. Grâce à la sollicitation constante de la psychomotricienne et à l'aspect ludique des séances, Amaro a emmagasiné un stock d'expériences qui représentent autant de bases pour la compréhension du mouvement en milieu ordinaire.

La balnéothérapie est aussi un moyen de renforcer le système musculaire et osseux sur le plan physiologique pour Amaro : cette séance a été instaurée avec l'avis de son kinésithérapeute, du médecin de rééducation fonctionnelle et de la psychomotricienne.

b. Prise en charge actuelle

Ces informations sur la prise en charge initiale d'Amaro vont permettre de mieux comprendre le travail poursuivi cette année en psychomotricité. Ce travail s'inscrit pleinement dans la continuité de ce qui a été amorcé, et se base sur les constats décrits dans les parties précédentes.

Concrètement, cette année, Amaro bénéficie de deux temps hebdomadaires de prise en charge en psychomotricité : une séance de balnéothérapie avec la psychomotricienne et moi-même, et une séance en salle avec moi.

Balnéothérapie : pour toutes les raisons citées plus haut, la balnéothérapie joue un rôle important dans la rééducation psychomotrice d'Amaro. Cette année, en plus d'un travail de découverte de nouveaux schémas moteurs, le contenu des séances comporte deux nouveaux objectifs :

- Le premier : l'amener à **mettre des mots sur ses sensations**. L'analyse première des sensations étant acquise, il s'agit maintenant de le guider dans la formulation précise et adaptée de ce qu'il ressent. Par exemple, à travers l'expérience de pousser ou de tirer quelqu'un dans l'eau, Amaro doit être capable d'identifier la nature de son action. Ou encore, on l'amène à décrire sa position dans l'eau : allongé, debout, sur le ventre, sur le dos, ...etc.

- Le second : **construire son espace**. Le bassin étant à lui-même un repère très stable, puisque toujours constitué des mêmes limites, et sans obstacles imprévisibles, il constitue une bonne occasion pour travailler sur la prise de repères spatiaux. Amaro développe ainsi les notions de sécurité et les prérequis à la locomotion. En début de séance, on invite Amaro à rechercher les bords du bassin, les angles, et à rappeler sa forme globale. On l'aide en même temps et durant toute la séance à utiliser le vocabulaire spatial.

Psychomotricité en salle :

Ma première séance de psychomotricité avec Amaro a lieu le 10 janvier 2012. Il se montre initialement très réticent et se dit trop « fatigué » pour venir ; mais à la demande de ma maître de stage il consent à venir « essayer ».

Je connais Amaro depuis déjà trois mois, et j'ai utilisé ce temps là pour établir une relation de confiance. De plus, Amaro se sent tout à fait en sécurité auprès de ma maître de stage ; ainsi le fait que cette dernière m'accorde sa confiance pour lui proposer des séances amène Amaro à se sentir également en sécurité en ma présence.

A présent, cette « relation de confiance » doit évoluer en « relation thérapeutique » ; c'est ce que nous avons décrit plus haut.

La prise en charge se déroule en sept séances, du mois de janvier au mois d'avril 2012.

C'est donc à travers les **sept séances** suivantes que je vais tenter, en me basant sur ce qui a été développé dans ce mémoire, d'éveiller sa *confiance corporelle*.

Je vais vous décrire succinctement le contenu de ces séances afin d'illustrer mes propos.

SEANCE ①			
Objectifs	Exercices	Eléments constants	Eléments nouveaux
<p>- Observer les prises d'initiative au niveau moteur, et l'utilisation des schémas moteurs.</p> <p>- Rechercher la participation active d'Amaro au travers d'activités ludiques.</p> <p>- Commencer à établir la relation thérapeutique.</p>	<p><u>Jeux de ballons</u> : passes avec différents ballons, faire tomber des « quilles » avec les ballons, envoyer le ballon dans des directions déterminées.</p> <p><u>Ecoute de musiques</u> : utiliser des percussions pour produire un mouvement rythmique sur la musique.</p> <p><u>Temps de détente</u> : je ne le re-proposerai pas car je m'aperçois que la priorité est davantage de l'encourager dans l'action motrice pure.</p>	<p>Maintenir une complicité grâce à l'humour.</p>	<p>Lui laisser le choix des exercices et des musiques.</p> <p>Eveiller le désir d'agir, l'initiative motrice, la créativité.</p> <p>Adapter la distance interpersonnelle selon l'objectif visé : tantôt près pour le rassurer, tantôt loin pour l'inciter à prendre des initiatives. Modulation de l'aide physique.</p> <p>Créer un climat de détente grâce à la musique, et de sécurité grâce à une présence rassurante.</p>
<p>Remarques :</p> <p>Amaro s'est fracturé la jambe droite en octobre et son plâtre vient tout juste d'être enlevé ; il effectue donc tous les trajets extérieurs en fauteuil roulant. C'est pourquoi je lui propose pour le moment des exercices qui ne mobilisent pas les membres inférieurs.</p> <p>Amaro a beaucoup d'idées et une grande imagination, mais les initiatives motrices sont rares.</p> <p>A la fin de la séance, Amaro ne veut plus partir, il demande de continuer comme cela jusqu'à la fin de l'année.</p>			

SEANCE②			
Objectifs	Exercices	Eléments constants	Eléments nouveaux
- Commencer le bilan psychomoteur - A travers des situations motrices, rechercher la participation active, la prise d'initiatives, l'inventivité. - Développer l'analyse spatiale - Renforcer la relation thérapeutique	<u>Jeux de ballons sonores</u> : analyse tactile des différents ballons, analyse des conséquences des différents types de jetés et prise de conscience du geste, analyse spatiale grâce à l'écoute du trajet sonore. <u>Jeux de « quilles »</u> en variant le matériel. <u>Création d'un parcours pour les ballons</u> : pentes, piste d'atterrissage... <u>Ecoute d'un morceau de musique</u> en fin de séance.	Lui laisser le choix des exercices et des musiques. Eveiller le désir d'agir, l' initiative motrice, la créativité. Maintenir une complicité grâce à l'humour. Maintenir un climat de détente grâce à une musique douce tout au long de la séance, et de sécurité grâce à une présence rassurante.	Comprendre un lien de cause à effet , et saisir la nature de son action sur l'environnement. Oser faire des choses inhabituelles : par ex. renverser une chaise avec le gros ballon. Quelques contraintes liées aux quelques éléments du bilan, et au fait de le pousser à agir lorsqu'il se montre trop passif. Déterminer grâce au bilan la marge de progression . Introduire la notion de continuité , et de progrès d'une séance à l'autre.
Remarques : Les nombreuses propositions d'Amaro concernent des activités déjà connues, et cachent donc sa peur de découvrir une activité qu'il ne connaît pas et dans laquelle il pourrait échouer. Durant les activités ludiques, son enthousiasme est tel qu'il ne voit pas le temps passer : il ne se sent pas fatigué en fin de séance, il se dit en pleine forme.			

SEANCE③			
Objectifs	Exercices	Eléments constants	Eléments nouveaux
- Finir le bilan psychomoteur - Etablir un cadre spatio-temporel stable	<u>Explorer la salle</u> en longeant les murs et en prenant des repères stables.	Lui laisser le choix des exercices et des musiques. Eveiller le désir d'agir, l' initiative motrice, la créativité.	Structuration de la séance : elle commence par un tour de salle, un temps au bureau, puis un temps en salle, et finit avec l'écoute d'un morceau de musique.

<p>- Rechercher l'analyse sensorielle et l'initiative motrice</p>	<p><u>Participer à la construction d'un toboggan en mousses</u></p> <p>puis s'en servir pour tenter lui-même des glissades et pour faire rouler des ballons dessus.</p> <p><u>Ecoute d'un morceau de musique</u> en fin de séance</p>	<p>Maintenir une complicité grâce à l'humour, et un climat de sécurité grâce à une présence rassurante.</p> <p>Comprendre un lien de cause à effet.</p> <p>Mêmes contraintes que précédemment.</p>	<p>Amaro a la possibilité de choisir lui-même le déroulement de la séance, le but étant de le rendre acteur.</p>
--	---	--	--

Remarques :

Il est particulièrement fatigable lors d'une activité debout, surtout si cette activité l'intéresse moyennement. Il se montre encore passif, et ne saisit pas toutes les opportunités pour exprimer ses choix et ses envies. Il me demande si on peut utiliser le vrai toboggan (planche en bois à accrocher à l'espalier dans la salle de psychomotricité) ; je lui réponds que je demanderai à ma maître de stage pour une prochaine séance.

SEANCE④

Objectifs	Exercices	Eléments constants	Eléments nouveaux
<p>- Proposer le questionnaire sur la confiance</p> <p>- Maintenir le cadre spatio-temporel</p> <p>- Introduire la manipulation tactile</p> <p>- Rechercher l'analyse sensorielle et l'initiative motrice</p>	<p><u>Explorer la salle</u> en longeant les murs et en prenant des repères stables.</p> <p><u>Au bureau : manipulation</u> spontanée des objets qui sont placés volontairement à portée de mains.</p> <p><u>Participer à la construction d'un toboggan en mousses</u>, trouver des idées pour l'améliorer, et différentes façon de l'utiliser.</p> <p><u>Ecoute d'un morceau de musique</u> en fin de séance.</p>	<p>Lui laisser le choix des exercices et des musiques.</p> <p>Eveiller le désir d'agir, l'initiative motrice, la créativité.</p> <p>Maintenir une complicité grâce à l'humour, et un climat de sécurité grâce à une présence rassurante.</p> <p>Comprendre un lien de cause à effet.</p> <p>Contraintes : le pousser à agir lorsqu'il se montre trop passif.</p> <p>Structuration de la séance dans l'espace et dans le temps.</p>	<p>Utilisation d'un vocabulaire spatial adapté.</p> <p>Envie de manipuler tactilement.</p> <p>Ouverture d'un dialogue et d'une réelle réflexion sur la question du corps et de la confiance.</p>

Remarques : Amaro présente de nombreux blindismes, surtout lorsqu'il est dans un état d'excitation. Il me redemande quand il va pouvoir utiliser le vrai toboggan ; en attendant une plus grande mobilité articulaire suite à sa fracture, je lui propose de le faire dès la séance suivante.

SEANCE ⑤

Objectifs	Exercices	Eléments constants	Eléments nouveaux
<p>- Motricité manuelle et exploration tactile</p> <p>- Analyse sensorielle, initiative motrice</p> <p>- Elaboration de la pensée</p> <p>- Prise de risques en motricité globale</p>	<p>« <u>Chasse aux trésors</u> » : en se déplacement et en explorant tactilement l'environnement, retrouver 5 objets cachés dans des recoins formés par un tas de mousses (tambourin, clés, CD, rouleau de scotch, spray d'eau parfumée). Donner le nom de chaque objet, sa fonction, et l'utiliser.</p> <p><u>Jeu de ballons</u> : faire tomber des piles de mousses de plus en plus hautes.</p> <p><u>Brainstorming</u> : trouver tout ce qui est possible de faire avec ses mains.</p> <p><u>Toboggan</u> : avec aide, puis encouragements verbaux seuls.</p> <p><u>Ecoute d'un morceau de musique</u> : montrer à Amaro comment manipuler le lecteur.</p>	<p>Eveiller le désir d'agir, l'initiative motrice, la créativité.</p> <p>Maintenir une complicité grâce à l'humour, et un climat de sécurité grâce à une présence rassurante.</p> <p>Comprendre un lien de cause à effet.</p> <p>Contraintes : le pousser à agir lorsqu'il se montre trop passif.</p> <p>Structuration de la séance dans l'espace et dans le temps.</p> <p>Utilisation d'un vocabulaire spatial adapté.</p> <p>Envie de manipuler tactilement.</p>	<p>Discussion spontanée sur ses idées d'avenir.</p> <p>Prise de risque : beaucoup de renforcements verbaux pour l'aider à vaincre sa peur de l'inconnu, du risque.</p>

Remarques : Pour la première fois depuis sa fracture, Amaro vient en séance sans son fauteuil ; il utilise sa pré-canne. De plus, contrairement à son attitude de demande lors des séances précédentes, une fois devant le toboggan il a très peur d'essayer, et refuse tout net. Mon insistance porte ses fruits, et Amaro parvient très vite à reconnaître le caractère inutile de sa peur ; en fin de séance, il n'a plus besoin d'aide physique ni pour se hisser sur le toboggan ni pour glisser.

SEANCE ©

Objectifs	Exercices	Eléments constants	Eléments nouveaux
<p>- Motricité manuelle et exploration tactile</p> <p>- Analyse sensorielle, initiative motrice</p> <p>- Elaboration de la pensée</p> <p>- Prise de conscience des possibilités en motricité globale</p>	<p><u>Pâte à modeler</u> : modelage de formes simples et concrètes (ex : un œuf, une crêpe, une saucisse).</p> <p>« <u>Chasse aux trésors</u> » : Amaro doit me préparer une chasse aux trésors avec des objets en pâte à modeler. Puis c'est moi qui lui en propose une.</p> <p><u>Toboggan</u> : augmenter progressivement la hauteur, et varier le type de glissades.</p> <p><u>Ecoute d'un morceau de musique</u> : proposer à Amaro de manipuler le lecteur de CD.</p>	<p>Eveiller le désir d'agir, l'initiative motrice, la créativité.</p> <p>Maintenir une complicité grâce à l'humour, et un climat de sécurité grâce à une présence rassurante.</p> <p>Comprendre un lien de cause à effet.</p> <p>Contraintes : le pousser à agir lorsqu'il se montre trop passif.</p> <p>Structuration de la séance dans l'espace et dans le temps.</p>	<p>Prise de conscience de la posture sur le toboggan : l'axe corporel, le haut, le bas, le devant...etc.</p> <p>Analyse spatiale par rapport au corps ; l'espaler est derrière moi, le toboggan en dessous, le tapis sous le toboggan...etc.</p> <p>Assurer soi-même sa sécurité, notamment en prenant les repères nécessaires sur le toboggan.</p>

Remarques : La présentation ludique d'un exercice rend possible une réelle implication de sa part : à travers la chasse aux trésors par exemple, Amaro a travaillé sans vraiment s'en douter, sur l'exploration manuelle, la représentation mentale, la manipulation, la locomotion, l'orientation spatiale et la prise d'initiatives.

SEANCE ©

Objectifs	Exercices	Eléments constants	Eléments nouveaux
<p>- Exploration tactile et analyse spatiale</p> <p>- Analyse sensorielle, initiative motrice</p> <p>- Elaboration de la pensée</p>	<p><u>Braille spatial</u> : sur les six bosses d'une boîte à œufs retournée, placer des billes aux endroits souhaités pour former une lettre braille. Utiliser un vocabulaire spatial descriptif et adapté.</p>	<p>Eveiller le désir d'agir, l'initiative motrice, la créativité.</p> <p>Maintenir une complicité grâce à l'humour, et un climat de sécurité grâce à une présence rassurante.</p> <p>Comprendre un lien de cause à effet.</p>	<p>Réalisation d'un exercice alliant la manipulation tactile et l'utilisation de repères spatiaux : amorcer un début de décentration.</p>

<p>- Augmentation de la difficulté en motricité globale</p>	<p><u>Toboggan</u> : participer activement à l'installation de la planche sur l'espalier pour en comprendre la configuration spatiale. Se hisser à partir de l'espalier. Retrouver les coordinations adaptées.</p> <p><u>Ecoute d'un morceau de musique</u> en fin de séance : manipule spontanément le lecteur.</p>	<p>Contraintes : le pousser à agir lorsqu'il se montre trop passif.</p> <p>Structuration de la séance dans l'espace et dans le temps.</p> <p>Posture corporelle et analyse spatiale par rapport au corps.</p> <p>Assurer soi-même sa sécurité.</p>	
<p>Remarques : Amaro se sert des expériences vécues en salle de psychomotricité pour prendre des initiatives : il suffit à présent d'une sollicitation très discrète pour déclencher chez lui une initiative motrice. Il a conscience de ce qu'il sait faire, se sent en sécurité, et le désir d'agir est bien présent.</p>			

5) Evolution

a. Contraintes

Cette prise en charge a été soumise à différentes contraintes, liées au temps, à l'état physique d'Amaro, ainsi qu'aux difficultés d'évaluation.

- Contraintes liées au temps

Le début de la prise en charge a été relativement tardif, car il a fallu respecter un temps pour établir un contact, une bonne connaissance réciproque, et une confiance mutuelle. Cette période a été essentielle, d'une part pour observer les capacités physiques réelles et potentielles d'Amaro, et d'autre part pour découvrir sa personnalité et son mode de relation et de communication, indispensables pour une prise en charge de qualité.

Mais là où le temps a imposé de réelles limites c'est dans la globalité de la prise en charge que j'ai proposé à Amaro pendant la durée de mon stage. En effet, on ne peut pas prétendre à un résultat spectaculaire quand on sait qu'Amaro est pris en charge depuis trois ans seulement, et qu'il présente encore de nombreux blindismes, un fort verbalisme.

Ma prise en charge s'inscrit donc dans un contexte temporel bien plus vaste ; il faut garder à l'esprit que **bien que les activités psychomotrices ressemblent à celles que l'on pourrait**

proposer à un plus jeune enfant, elles sont néanmoins adressées à un adolescent. A l'âge de 13 ans, de nombreuses habitudes sont déjà prises et ancrées dans le fonctionnement et le comportement du sujet, et plus le temps passe, plus il est difficile d'en sortir, et de les remplacer par des schémas adaptés.

- Contraintes liées à l'état physique d'Amaro

A cause de son extrême fragilité osseuse, Amaro a eu une fracture du tibia et du péroné suite à un choc mineur au mois d'octobre. Il a donc gardé un plâtre pendant presque trois mois, qui a été enlevé une semaine avant la première séance de psychomotricité en salle.

Les premières séances ont donc dû être adaptées à sa mobilité réduite au niveau des membres inférieurs. Les exercices se sont faits assis pour commencer, et les déplacements en salle et hors de la salle se sont faits en fauteuil roulant.

Les séances de balnéothérapie ont été suspendues jusqu'au mois de janvier.

Progressivement, et avec l'avis du kinésithérapeute, j'ai pu solliciter davantage Amaro au niveau de la motricité globale. Dès la troisième séance, il était déjà possible de lui demander sans risque de réaliser des trajets debout, ou encore des glissades sur un toboggan en mousses.

- Contraintes liées à l'évaluation

Dans le cas présenté ici, nous avons vu qu'il est nécessaire d'adapter le bilan psychomoteur afin de réaliser une évaluation de base. On n'utilise pas de tests standards, et les mises en situations sont parfois fastidieuses et épuisantes pour le jeune. C'est pourquoi, il est nécessaire de se baser sur des observations cliniques.

J'ai en effet tenté de proposer une séance consacrée au bilan psychomoteur, mais devant le peu de participation et la grande fatigabilité d'Amaro, je me suis vite soumise à la réalité de terrain.

Ceci nous ramène à la question du temps ; il faut plus de temps en effet pour récolter des informations cliniques, que d'administrer un bilan complet.

J'ai donc élaboré une **grille d'observation**, [voir annexe n° 6], qui a pour but d'évaluer les diverses compétences psychomotrices de l'enfant ou de l'adolescent non-voyant. Je m'en suis principalement servie pour rédiger le bilan psychomoteur d'Amaro.

b. Evaluation clinique des progrès

Afin d'évaluer les progrès au niveau sensori-moteur, j'ai voulu me servir de la grille proposée en annexe n° 6, en la remplissant en début et en fin de prise en charge.

Toutefois une telle réévaluation n'est pas possible dans ce cas précis, car comme nous l'avons dit plus haut, ce que l'on attend de cet adolescent ce ne sont pas des progrès fulgurants en quelques mois mais plutôt une évolution durable de son mode d'interaction avec l'environnement. Ce qui nous ramène à la problématique de la *confiance corporelle*.

La réévaluation se fait donc en observant cliniquement l'émergence de la confiance corporelle et en amenant fréquemment Amaro à auto-apprécier ses propres capacités et progrès. En effet, comme le dit Francis Raynard, ce qui importe c'est de « s'autoévaluer quand c'est possible ou participer à son évaluation pour adapter ses stratégies et être bien dans son corps comme dans son esprit pour être bien dans son milieu. »⁴⁰

Voici donc mes observations en fin de prise en charge :

Les progrès :

- Amaro est maintenant **à l'aise en salle de psychomotricité**, il manipule le matériel sans aucune méfiance ni appréhension.
- Il se montre **moins hypotonique** qu'en début d'année, et se tient plus droit en séance, qui est un contexte dans lequel il a pu se réassurer et prendre confiance face à cet environnement (l'enroulement est une position de repli et de protection face à l'environnement chez l'aveugle congénital).
- Il a beaucoup **moins peur de l'inconnu** et accepte facilement de participer à des activités nouvelles, y compris des **jeux de manipulation et d'exploration tactile**.
- Il est à présent **capable de fournir des efforts** sans que j'insiste autant qu'en début de prise en charge.
- Il commence à prendre de **réelles initiatives motrices** : grimper sur le toboggan, manipuler le lecteur CD, se lever spontanément pour passer d'une activité à une autre.

⁴⁰RAYNARD F. (2007). L'adaptation interactive au travers d'une approche qualitative de la déficience visuelle. Paris : Symposium international GPEA.

- Il fait à présent des **demandes spontanées**, et exprime plus librement ses préférences.
- Il **comprend les liens de cause à effet** qui ponctuent l'interaction entre lui-même et son environnement.

En voie d'acquisition :

- Amaro **commence à saisir l'importance de la connaissance des repères spatiaux** ; il doit maintenant les comprendre et pas seulement les mémoriser mécaniquement.
- La **mise en mots de ses perceptions sensorielles** se met progressivement en place.
- Il **commence à anticiper** en utilisant ses expériences passées pour s'adapter aux contraintes de l'environnement.

Ce qui reste à travailler :

- La prise de repères spatiaux par rapport à son propre corps
- La décentration spatiale
- La disparition des blindismes par un travail sur la gestion du corps au travers des comportements sociaux
- La diminution du verbalisme par une découverte approfondie de son environnement et par l'acquisition d'un vocabulaire se basant sur des expériences vécues
- La représentation mentale des objets qui composent son environnement

6) Généralisation

L'idée de généralisation est inscrite dans le concept même de la *confiance corporelle*.

La prise en charge psychomotrice d'Amaro va lui donner accès à une connaissance approfondie de ses capacités sensori-motrices. Pour cela, nous utilisons au départ des situations motrices bien précises, et peu à peu introduisons des variables, pour s'éloigner

progressivement de la situation de départ. Cela va permettre au jeune d'utiliser ses compétences initiales au travers de chaque nouvelle situation. Il prend alors conscience que ses capacités sont bien plus étendues que ce qu'il croyait au départ.

En éveillant ainsi le désir d'agir et de relever de nouveaux défis moteurs, on prépare dès lors la voie pour une bonne généralisation. Les acquisitions faites dans le cadre strict des séances de psychomotricité sont volontairement soumises à une transformation continue, pour éviter que les comportements ne se figent en une série restreinte de schémas.

De plus, il est nécessaire que le projet global concernant Amaro soit le plus cohérent possible au sein de l'équipe pluridisciplinaire. L'idée est de **valoriser au maximum ses acquisitions motrices et sa prise de confiance**, afin de l'aider à progresser, et d'éviter que son rôle d'acteur acquis au prix de nombreux efforts durant les séances de psychomotricité ne se limite qu'à ce cadre-là.

L'objet d'une prise en charge globale est finalement de « considérer le déficient visuel comme un sujet et un acteur de son projet et non comme un usager dans une institution anonyme ou comme un objet inerte permettant d'exercer un pouvoir quelconque. »⁴¹

« S'adapter c'est apprendre à résister au désir

qui pousserait vers la facilité ». ⁴²

⁴¹ RAYNARD F. (2007). L'adaptation interactive au travers d'une approche qualitative de la déficience visuelle. Paris : Symposium international GPEA.

⁴²Idem

DISCUSSION



Pourquoi avoir choisi ce travail sur la *confiance corporelle* ? Pourquoi ne pas avoir envisagé une observation basée simplement sur une amélioration de l'efficienne motrice ?

La réponse se trouve dans la **spécificité du travail du psychomotricien**. Envisager l'enfant sous le seul angle de la performance motrice n'est pas l'idée que je me fais personnellement de la psychomotricité. Il s'agit de saisir le sujet dans sa singularité mais aussi dans sa complexité, et de lui fournir les outils qui vont lui ouvrir la voie vers la conquête de sa motricité. Chez Amaro, la question de la confiance s'est posée d'emblée et l'évaluation psychomotrice a permis d'en saisir les enjeux corporels.

La confiance a donc été au cœur de ma prise en charge : un objectif, un outil, et une clé pour la communication. Pour développer la *confiance corporelle*, le psychomotricien dispose d'innombrables possibilités : fournir un stock d'expériences sensori-motrices, éveiller l'appétence, jouer avec les prises de risques, renforcer, valoriser la créativité et l'esthétique...etc. Il faut proposer au sujet une évolution cohérente au fil des séances, et l'amener peu à peu à **prendre sa place en tant qu'acteur** et non plus en tant qu'objet d'observation et de soin.

Le psychomotricien donne des *savoir-faire*, et des outils au service d'un *savoir-être* au long terme. On peut parler d'**adaptation** lorsque la confiance développée de façon spécifique dans certains domaines devient transposable et donne accès à une meilleure **autonomie**.

La prise en compte de la confiance dans sa globalité est nécessaire au cœur de toute rééducation psychomotrice. Elle tisse la relation thérapeutique avec le psychomotricien, qui recherche l'autonomie. L'acquisition de la confiance en soi est déterminante chez le déficient visuel, comme chez toute autre personne.



Les **difficultés rencontrées lors de l'évaluation**

Le cas d'Amaro est tout à fait singulier, ainsi que ma problématique. Pour m'adapter à lui, j'ai dû énormément **aménager le bilan psychomoteur**, et renoncer à lui proposer un déroulement classique. Pour répondre ensuite à ma problématique, j'ai dû **créer moi-même mes propres outils d'évaluation**. Je suis passée par l'élaboration de différents types de grilles avant d'arriver à celle proposée en annexe n°6. Restait la question de l'évaluation de la confiance dans sa globalité : *est-il possible de l'évaluer de façon efficace ? Est-ce un domaine*

spécifique à la psychomotricité ? Pourquoi et comment traiter la problématique de la confiance à travers la sphère corporelle ? Différentes formes de questionnaires se sont succédé, pour arriver à une version finale, plus simplifiée et donc adaptée à la réalité du cas.

Il m'a fallu réformer avec patience et humilité mon point de vue initial. En effet, le travail préparé soigneusement en amont, s'est avéré pas toujours adapté à la personnalité, aux réponses et au comportement d'Amaro.

La psychomotricité est une recherche constante, faite d'adaptabilité et d'inventivité !



L'importance d'un travail pluridisciplinaire.

La rééducation psychomotrice s'inscrit dans une démarche de soin globale. Et ce d'autant plus que la prise en charge a lieu au sein d'un plateau technique qui réunit l'équipe sur un même site. Il est essentiel de rechercher tous les éléments utiles (observations dans les différents domaines, projet initial de chaque intervenant pour Amaro, contenu des réunions de synthèse, évaluation et évolution du cas...etc.).

Cette pluridisciplinarité permet également l'**échange des différents points de vue**. Celui avec le kinésithérapeute par exemple m'a permis de bien distinguer ce qui relevait spécifiquement de son rôle et de mieux dessiner les axes du projet psychomoteur.

L'essentiel est **le respect du projet global de soins** : l'**autonomie**. Chaque professionnel œuvre, dans son domaine propre, à minorer le **handicap résiduel**.



Les apports personnels de cette démarche

Je souhaitais depuis longtemps découvrir approfondir ma compréhension de la déficience visuelle.

A l'issue de ce stage, j'affirme maintenant avec certitude **qu'un aveugle ne vit pas dans le noir**. Bien au contraire, il navigue dans un **monde multi-sensoriel d'une infinie richesse**. Ce que nous voyons sans aucun effort, lui l'entend, le touche, le sent. Il nous rappelle bien souvent à quel point nos sens peuvent être endormis, et à quel point nous pouvons oublier que la vie est une expérience intense.

J'ai donc appris à **comprendre cette façon singulière de saisir le monde qui nous entoure**. Pour cela, j'ai rencontré **des enfants et adolescents non-voyants et malvoyants**, que j'ai observé et accompagné comme future psychomotricienne.

Ensuite, la **littérature** m'a apporté de précieuses informations. J'ai approfondi cette compréhension au travers de ma compilation bibliographique. J'ai surtout bénéficié du **témoignage vivant et unique de mon maître de mémoire**, lui-même non-voyant, et pour qui le monde est, au travers des sens, une perpétuelle source d'émerveillement : « les sens donnent sens à l'existence ! »⁴³

C'est enfin au travers de véritables **mises en situation** (mise sous bandeau, lunettes de simulation, découverte du matériel adapté) que j'ai pu me faire une idée précise de ce qu'est la déficience visuelle et de ses conséquences au quotidien. Plusieurs séquences de travaux pratiques sur la déficience visuelle organisées durant ma formation m'ont conféré une expérience vécue de la déficience visuelle. J'ai renouvelé ce type d'expérience au cours d'une journée de sensibilisation organisée sur mon lieu de stage. Prenons l'exemple du repas sous bandeau : je me rends compte à ce moment-là que je ne perçois plus l'espace de la même façon que par la vision. Tout me paraît démesurément grand. La communication elle-même est entravée ; comment savoir si mon interlocuteur m'écoute ? L'acte de manger me demande un intense effort de concentration, et ne permet pas d'orienter mon attention vers autre chose. Enfin, il est possible de simuler une cécité acquise, mais en aucun cas une cécité congénitale, ce qui rend sa compréhension beaucoup plus abstraite.

Au-delà de la rencontre avec le monde des déficients visuels, **cette expérience m'a donné confiance en ma pratique professionnelle**. Au travers de l'interaction et de la relation, j'ai peu à peu façonné ma propre façon d'être en tant de future psychomotricienne.

La confiance acquise progressivement m'a permis de prendre soin d'Amaro et l'accompagner étape par étape sur le chemin de l'autonomie.

Je lui ai en quelque sorte « **prêté mes yeux** », non pas dans une pure analyse visuelle, mais en l'accompagnant dans la compensation multi-sensorielle, **afin qu'il arrive à se percevoir et à se connaître**. Enfin, **l'aider à s'accueillir à travers une connaissance approfondie de lui-même (conscience, image et acceptation de soi), c'est l'aider à accueillir l'autre, à s'ouvrir à son environnement et à y devenir un acteur à part entière.**

⁴³ RAYNARD F. (2012). Journée pédagogique interdisciplinaire, IRSA, Ambares.

Conclusion

La cécité est une déficience sensorielle qui entraîne des incapacités plus ou moins importantes selon l'histoire de vie du sujet, sa personnalité, ses troubles associés. Il existe autant de façons de la vivre que de sujets non-voyants.

L'enfant aveugle congénital présente bien souvent un développement psychomoteur singulier, les différentes acquisitions se faisant plus tardivement que chez le voyant. Des particularités telles que les blindismes ou le verbalisme sont fréquentes au cours de l'enfance, mais sont vouées à disparaître avec la mise en place de comportements adaptés et l'appropriation d'expériences variées.

L'étude de ce cas clinique m'a permis de prendre conscience de l'importance des retards psychomoteurs accumulés en l'absence de sollicitation adaptée durant l'enfance, dans le cadre d'un syndrome rare associant cécité et ostéoporose.

Grâce au renforcement de la *confiance corporelle* chez Amaro à travers sept séances de psychomotricité, je confirme maintenant l'existence d'un lien entre confiance et initiative motrice.

Ma rééducation psychomotrice s'est basée sur la proposition d'expériences sensori-motrices variées et leur analyse systématique. Celles-ci fournissent l'occasion d'intégrer les différentes notions spatiales relatives au corps et à l'environnement.

Les paramètres suivants ont favorisé l'émergence de la *confiance corporelle* : établir une **relation thérapeutique** basée sur la confiance et la conscience des progrès réalisables, éveiller le **désir d'agir**, de grandir et d'être autonome, utiliser la **notion de plaisir** à travers le jeu, l'humour et le respect des préférences et de la liberté de l'enfant.

J'ai utilisé dans le même but la prise de risques calculés, la reconnaissance des émotions et leur analyse face à une situation motrice, les renforcements positifs, la mise en place de repères spatio-temporels stables, la sécurité, la consolidation de la pensée et du raisonnement logique.

L'analyse clinique des progrès réalisés au terme de ma prise en charge confirme mon approche d'un point de vue qualitatif et quantitatif.

L'objectif initial est atteint : Amaro présente maintenant davantage d'initiatives motrices en salle de psychomotricité.

Toutefois, une telle approche est indissociable d'un projet pluridisciplinaire global. Une généralisation des acquis sera réellement possible en envisageant des relais au sein de l'équipe de soin. L'utilisation de savoir-faire en situation écologique, et la conscience de son propre potentiel, donneront à Amaro l'accès à un véritable savoir-être. Il analysera à partir de là chaque situation sollicitant sa motricité, et déterminera la façon dont il peut y répondre, pour ainsi devenir acteur au sein de son environnement.

J'ai présenté dans ce mémoire un cas clinique unique à tous les niveaux : un adolescent qui présente un syndrome rare, une histoire de vie peu commune et une personnalité qui lui est propre. Le psychomotricien crée pour chaque enfant un projet de soin adapté et en constante évolution.

De même, **la notion de confiance corporelle reste subjective** et dépendante d'une analyse purement clinique. Elle est donc relative, et interdit toute généralisation sur l'ensemble de la population des déficients visuels. Il est néanmoins essentiel d'en tenir compte et de l'évaluer de façon adaptée et personnalisée auprès des enfants déficients visuels

Le but ultime qui sous-tend la prise en charge globale de tout enfant aveugle congénital est l'**autonomie dans les activités de la vie** quotidienne : découverte des stratégies de compensation permettant de contourner, minorer et compenser les incapacités.

Prendre en charge un enfant déficient visuel, c'est refuser de l'assister à tout instant, et lui rendre la liberté dont la déficience l'a privé.

« Etre aveugle ce n'est pas un handicap,

mais seulement une autre façon

de voir les choses ».⁴⁴

⁴⁴SIBOUN G., ROUTIER M. (1992). *Les couleurs de la nuit*. Robert Laffont.

Bibliographie

Livres :

- BELLENGER, L. (2012). *La confiance en soi*. ESF.
- BRANDEN, N. (2011). *L'Estime de soi, une force positive*. Bêliveau.
- DAUVIN, A. (2007). *A Perte de Vue, témoignage*. Max Milo.
- GARDOU, C. (2010). *Le handicap par ceux qui le vivent*. Erès.
- GRIFFON, P. (1993). *La rééducation des malvoyants*. Privat.
- GRIFFON, P. (1995). *Déficiences Visuelles : pour une meilleure intégration*. C.t.n.e.r.h.i.
- HATWELL, Y. (2003). *Psychologie cognitive de la cécité précoce*. Dunod.
- LAUGIER, M.-H. (2010). *Cahier pratique pour avoir confiance en soi*. ESI.
- MENU, PORTE DES VAUX, CORBE, GRIFFON (1996). *Le malvoyant*. Doin.
- RAYNARD, F. (2004). *Un autre regard*. Solal.
- RAYNARD, F. (1999). *Se mouvoir sans voir*. Yva Peyret.
- STRERI, A. (1991). *Voir, atteindre, toucher*. Broché.
- STAES, L., DE LIEVRE, B. (2011). *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent, et de l'adulte*. De Boeck.

Mémoires et thèses :

- CERUTTI, A., FREESE, A. (1999). *Le passage de l'espace de préhension à l'espace de locomotion chez l'enfant aveugle de naissance*. Mémoire d'Ergothérapie. Lausanne.
- FAGES (1988). *La rééducation psychomotrice, le toucher, un jeune enfant sourd-aveugle*. Mémoire de Psychomotricité.
- MALDERA, I. (2008). *Pour un pas de plus, ou Une approche psychomotrice dans la prise en soin d'un adulte polyhandicapé non-voyant porteur d'autisme et présentant un retard mental*. Mémoire de Psychomotricité.
- RICHAUME-CRINQUETTE A. (1990). *L'accès à l'information parlée chez l'aveugle*. Thèse de Doctorat.

Articles de périodiques (support électronique) :

ASSENAT B., DUPUIS H., GREGOIRE L. (1996). *Apprendre à jouer à un enfant aveugle de 2 à 5 ans*. Programme d'Ergothérapie, Université de Montréal.

ASSENAT B., DUPUIS H., GREGOIRE L. (1996). *Déficiência visuelle et développement cognitif du petit enfant*. Programme d'Ergothérapie, Université de Montréal.

BORLON A., GENICOT R., VINCKEN A. (2001). *Psychomotricité de l'enfant mal voyant*. Bull. Soc. belge Ophtalmologie, 279, 97-100.

BOUTADOU S., *L'autonomie chez l'enfant et l'adolescent aveugle ou malvoyant*. Association Romande de Parents d'Aveugles et Amblyopes.
http://www.blindlife.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=77&Itemid=141

DE POTTER J.C. (2006). *Contribution de l'activité physique et sportive au bien-être des personnes déficientes visuelles*. Bruxelles : Science et Sports vol. 21, 249-250.

DEMINGEON-PESSONNEAUX, S. et al. (2007), *Influence du handicap dans la relation mère-enfant déficient visuel*. Devenir Vol. 19

GARNEAU, J. (février 1999). *La confiance en soi*. "La lettre du psy" Volume 3, No 2.

GAYRAL B., CARRER C., MERLIN F. (4 mai 2002). *Place de la psychomotricité dans la prise en charge d'enfants déficients visuels au centre de Lestrade ASEI*. 4ème Journée Toulousaine de Psychomotricité.

HATWELL Y. (2003). *Le développement perceptivo-moteur de l'enfant aveugle*. Enfance ; Vol. 55.

HATWELL Y. (2006). *Appréhender l'espace pour un enfant aveugle*. Enfances & Psy ; no 33

NINOT G., et al. (2000). *L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel*. Montpellier : Revue S.T.A.P.S. « Sport, Performance, Santé », 53, 35-48.

RONDEAU P. (1997). *Déficiência visuelle et développement cognitif du petit enfant*. INLB

RONDEAU P. (1997). *Impacts développementaux de la déficiência visuelle sur l'enfant, et moyens d'interventions*. INLB.

SANDER, M.-S. (2005) *La population en situation de handicap visuel en France ; Importance, caractéristiques, incapacités fonctionnelles et difficultés sociales*. Exploitation des enquêtes HID 1998 et 1999, Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire.

VICKY L. (2002), *Les capacités de représentation d'un enfant aveugle congénital entre un et sept ans*. Enfance, Vol. 54, p. 291-307.

Conférences :

RAYNARD F. (2012). Journée pédagogique interdisciplinaire, IRSA, Ambares.

RAYNARD F. (2007). L'adaptation interactive au travers d'une approche qualitative de la déficience visuelle. Paris : Symposium international GPEA.

RAYNARD F. (). *Ces yeux qui ne voient pas : Cécité et représentation de l'espace.*

RAYNARD F. (). *Snoezelen, un espace et un temps différent*

Sites / Pages internet :

<http://typhlophile.com/aipa/chapitre1.shtml>

<http://www.orpha.net/>

<http://www.blindlife.ch/>

<http://www.enfant-aveugle.com/>

<http://www.braille.be>

<http://www.nfb.org>

<http://www.who.int/fr> (OMS)

<http://www.cairn.info>

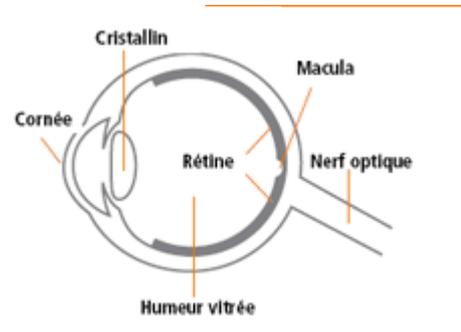
ANNEXES

ANNEXE N°1 b : Anatomie de l'œil

L'œil est l'organe de la vision.

La **cornée** est la partie externe de l'œil. Elle est transparente. Elle est composée de plusieurs couches distinctes. Elle est très solide malgré son épaisseur de 500 à 700 microns.

La cornée est très sensible du fait de la présence de fibres nerveuses ; il n'y a pas de vaisseaux dans la cornée.



Ses principales fonctions sont la protection de l'œil contre les micro-organismes, la transmission et la réfraction de la lumière.

La lumière pénètre ensuite dans l'**iris**, qui est un tissu contenant des fibres musculaires, des vaisseaux et des cellules pigmentées. Au centre, l'ouverture de l'iris constitue la **pupille**.

Ses principales fonctions sont le contrôle de la quantité lumineuse atteignant la rétine ainsi que la réduction de la dispersion lumineuse intraoculaire.

Enfin, la lumière arrive sur la **rétine** qui tapisse la partie postérieure de l'œil. La rétine est transparente. Elle transforme les images reçues en signal nerveux qu'elle transmet au cerveau.

La lumière va traverser les différentes couches de la rétine pour stimuler les **photorécepteurs, cônes et bâtonnets**, qui transforment le signal lumineux (la lumière) en signal électrique.

Au centre de la rétine se trouve la **macula**, c'est de cette zone dont dépend la vision centrale. L'ensemble des cônes se situe au niveau de la macula. Les cônes sont responsables de l'acuité visuelle et de la vision des couleurs.

Les bâtonnets répartis sur l'ensemble de la surface rétinienne sont responsables de la vision nocturne et de la détection des mouvements.

Au centre de la macula se trouve une zone très spécialisée appelée la **fovéa** qui permet d'obtenir une bonne résolution de l'image. Le reste de la rétine contribue à l'élaboration du champ visuel.

Enfin, l'épithélium pigmentaire nécessaire au bon fonctionnement des photorécepteurs, et la choroïde permettant la vascularisation de la rétine, sont indispensables au bon fonctionnement de la rétine. Ainsi, une altération de l'épithélium pigmentaire peut aboutir à un mauvais fonctionnement de la rétine, et donc à une baisse de l'acuité visuelle.

Document extrait du site :

http://www.dmlainfo.be/en_savoir_plus_sur_la_dmla/anatomie_de_l_oeil.html

ANNEXE N° 1 c : Principales pathologies visuelles

La **cataracte** : généralement liée à un processus normal de vieillissement, parfois congénitale ou héréditaire, elle se caractérise par une vision trouble du fait de l'opacification du cristallin.

La **rétinopathie diabétique** : maladie dégénérative des vaisseaux sanguins de la rétine qui survient chez des personnes atteintes de diabète. Elle entraîne une baisse de l'acuité visuelle, qui peut être progressive ou brutale. Une perte brutale est la conséquence d'une hémorragie et s'accompagne de taches noires ou de points lumineux dans le champ visuel.

Le **décollement de la rétine** : causée par un traumatisme, une opération ou une myopie forte, cette maladie peut entraîner une perte de vision si elle n'est pas traitée à temps. Elle entraîne une baisse d'acuité visuelle, un rétrécissement du champ visuel et des taches noires.

La **névrite optique** : inflammation du nerf optique pouvant entraîner une perte totale ou partielle de la vision. Les causes principales sont la sclérose en plaques, l'inflammation des vaisseaux sanguins, les maladies infectieuses et auto-immunes, le diabète, les intoxications par le tabac et l'alcool. Les symptômes sont une baisse rapide de la vision centrale et une diminution de la perception des contrastes.

Le **glaucome** : pouvant survenir à tout âge, mais préférentiellement après 45 ans, le glaucome entraîne une perte progressive de la vision périphérique puis centrale, de façon irréversible. Sans traitement, il peut mener jusqu'à la cécité. On distingue le glaucome aigu (urgence médicale) et le glaucome chronique (diagnostic souvent tardif).

La **rétinite pigmentaire** : maladie génétique dégénérative entraînant une perte progressive de la vision jusqu'à la cécité. On note un rétrécissement du champ visuel (en tunnel, ou par taches) et des difficultés de vision nocturne.

La **dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)** : cause principale de perte sévère de vision chez les personnes de plus de 60 ans dans les pays occidentaux, la DMLA est une maladie dégénérative qui n'entraîne pas une cécité complète. La vision centrale est altérée, la sensibilité aux lumières est accrue, la perception des contrastes diminuée, et on voit apparaître des taches sombres au centre du champ visuel.

L'**hémianopsie homonyme** : généralement causée par un AVC (Accident Vasculaire Cérébral), une tumeur, ou encore une maladie inflammatoire, cette pathologie entraîne la perte de la moitié du champ visuel de chaque œil sur un plan vertical.

Les **troubles oculomoteurs** : on observe fréquemment un strabisme, qui est la déviation d'un ou des deux globes oculaires vers l'intérieur (strabisme convergent) ou vers l'extérieur (strabisme divergent). Bien souvent également, la déficience visuelle s'accompagne d'un nystagmus ; mouvements saccadés et involontaires de l'œil.

ANNEXE N° 2 : Le braille



LES 6 POINTS
« magiques »
de l'écriture braille

www.avh.asso.fr

Association
Valentin
Haüy
Au service des aveugles
et des malvoyants

LES 6 POINTS « magiques »

histoire d'une géniale invention

La grande aventure que fut **l'apparition et la diffusion dans le monde entier** de l'écriture accessible aux personnes aveugles a été menée, à des titres divers, par 4 Français, dont les 2 premiers, **Valentin Haüy et Charles Barbier de La Serre**, nés au siècle des Lumières et tous deux voyants, ont été les précurseurs de ce qui devait être, au début du XIX^e siècle, **la géniale invention par Louis Braille**, jeune aveugle alors âgé de 16 ans, de l'écriture en points saillants : le « système braille ». Le 4^{ème} protagoniste de cette fascinante aventure fut **Maurice de La Sizeranne**, aveugle lui aussi, fondateur de l'Association Valentin Haüy, qui œuvra sans relâche pour le perfectionnement du code braille et sa diffusion en France et à travers l'Europe.

Au XVIII^e siècle, Valentin Haüy, homme de cœur et de talent, eut le premier l'intuition que le toucher pouvait se substituer à la vue. **Lire avec les doigts** : telle fut la grande idée, audacieuse et féconde, qui devait transformer



Valentin Haüy (1745 - 1822)

à jamais la vie des personnes aveugles.

Dans l'école fondée par Valentin Haüy en 1785, devenue aujourd'hui l'Institut National des Jeunes Aveugles (INJA), des enfants aveugles apprennent désormais à lire en suivant avec les doigts le tracé en relief des lettres de l'alphabet ordinaire. Lecture lente cependant, écriture difficile... Après cette formidable ouverture, des progrès restaient à accomplir.

Comment lire le braille ?

Différentes combinaisons des 6 points de la cellule braille forment les lettres, signes de ponctuation, etc.

Point 1 embossé : lettre **a**

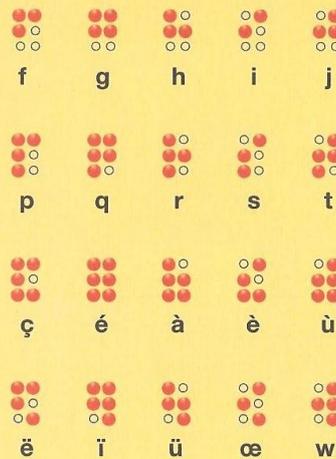
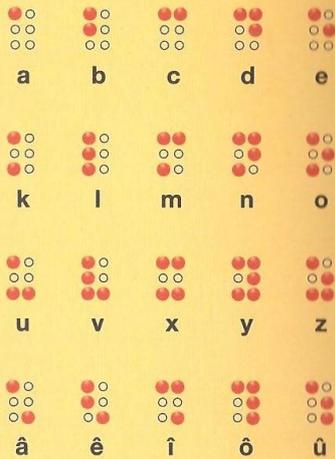
Points 1 et 4 embossés : lettre **c**

Points 2 et 4 embossés : lettre **i**



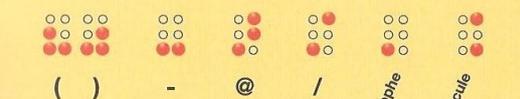
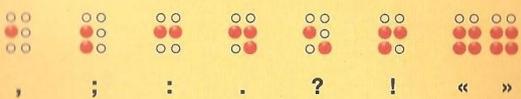
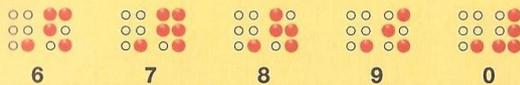
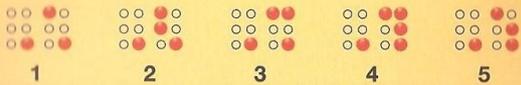
LES 6 POINTS «magiques»

l'alphabet braille



Un signe distinct (le point 6) annonce les chiffres.

De même, les majuscules sont signalées par deux points (les points 4 et 6) placés devant la lettre ou le groupe de lettres.



Apostrophe
Majuscule

ANNEXE N°3 : La technique de guide

Extraits d'une brochure de la FAF (Fédération des Aveugles et handicapés visuels de France)



FÉDÉRATION DES AVEUGLES ET HANDICAPÉS VISUELS DE FRANCE
Association reconnue d'utilité publique - Décret du 27 Août 1921

- C'est une technique simple fondée sur la relation corporelle entre un guide et un guidé.
 - La personne aveugle saisit le coude de son guide, la main en pince (le pouce dissocié des autres doigts)
 - La personne guidée se trouve un pas derrière son guide qui assure sa protection.
 - En fonction de la taille des personnes, des adaptations sont possibles au niveau du poignet ou au niveau de l'épaule.

- Le rythme de la marche est donné par la personne guidée, ce qui est fondamental pour une relation de confiance.

- Les passages étroits : Leur franchissement implique de marcher l'un derrière l'autre. Le guide, devant, ralentit la marche et place son bras derrière son dos (main collée au dos). La personne aveugle vient se placer derrière son guide et garde son bras tendu. Une fois le passage terminé, reprise de la position initiale.

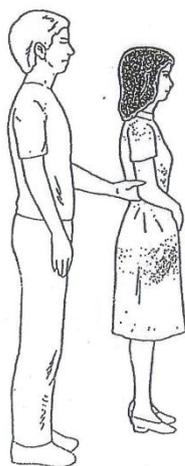
- Passage de porte : Pour faciliter la manœuvre, il faut se dire que « le guide ouvre la porte et le guidé la referme ». Indiquer à la personne si l'ouverture se fait à droite ou à gauche. L'inviter éventuellement à poser la main sur la poignée.

- S'asseoir sur une chaise : Poser la main sur le dossier pour que la personne aveugle suive votre bras puis explore l'assise afin de s'asseoir.

- Les escaliers : Dans la mesure du possible, aborder toujours les marches de front.
 - S'arrêter au bord de la première marche,
 - Indiquer si l'escalier monte ou descend,
 - Indiquer s'il y a une rampe, (s'assurer qu'elle commence à la première marche et qu'elle finit à la dernière).
 - Le guide sera toujours une marche en avant.
 - A la fin de l'escalier, le guide fait un pas sur le palier et s'arrête, ce qui indique qu'il reste une marche à franchir.

Les trottoirs : Aborder les trottoirs de front. A la remontée, le guide pratique une courte pause sur la chaussée, (avec de l'habitude, un ralentissement suffit.) Si la personne aveugle possède une canne, elle sentira elle-même la bordure du trottoir.

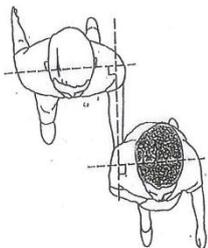
La position de base



Le guide se place devant le déficient visuel à un pas

Le déficient visuel prend le coude du guide

Lors du déplacement, le guide doit être vigilant à vérifier la largeur du passage

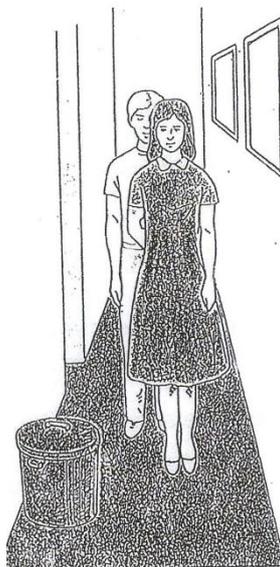


Les codes

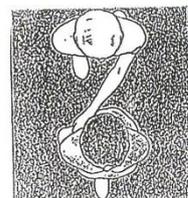
✓ Le Ralentissement

- Lors du déplacement, le guide adapte son rythme de marche à celui de la personne.
- La cadence doit être régulière
- La synchronisation de pieds offre un plus grand confort
- Le guide ralentit pour signaler un changement (de direction, d'inclinaison du sol ou de nature de sol...)
- Ce ralentissement met la personne en état de vigilance

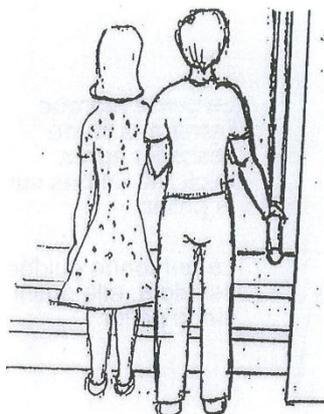
✓ Le passage étroit



Le guide place son bras dans son dos entraînant ainsi le déficient visuel derrière. Le guide doit vérifier la largeur du passage.



Les escaliers

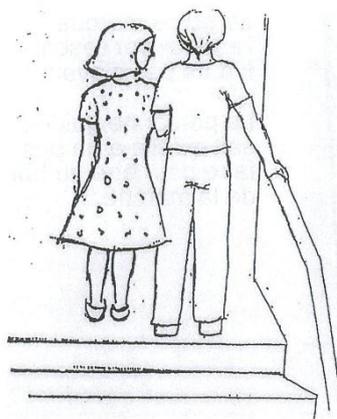


Le guide marque l'arrêt avant l'escalier. Il a un pas d'avance.

La personne guidée sait qu'elle a un pas à faire pour être au bord de la marche.

Pendant la montée, il y a un décalage d'une marche entre le guide et la personne. Il correspond à la distance du pas dans la position de base.

Le guide et la personne sont synchrones.

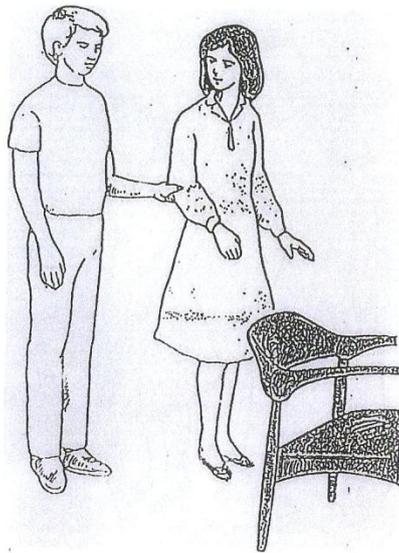


Le guide marque l'arrêt à la fin de l'escalier après avoir fait un pas sur le palier.

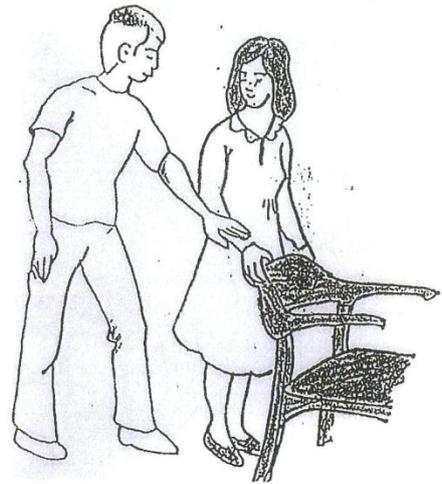
La personne guidée est alors, elle aussi sur le palier.

La descente est identique à la montée. Le guide doit être vigilant à l'orientation de la personne. Il marque de façon nette ses arrêts. Il propose la main courante pour sécuriser la personne.

Situer un siège

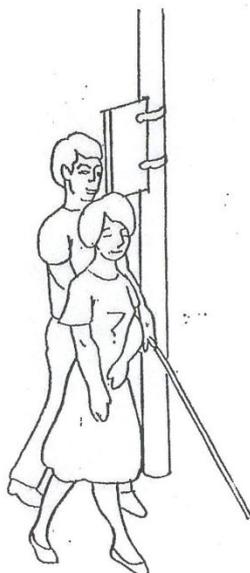


Le guide pose sa main sur le dossier.



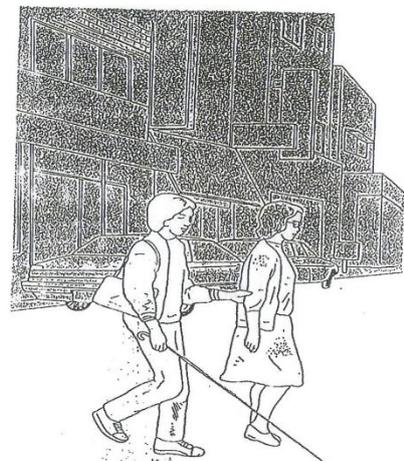
Le déficient visuel, en longeant le bras du guide peut ainsi trouver facilement le siège.

Obstacle en hauteur



Le guide d'un déficient visuel doit être vigilant à ne pas se déplacer trop près d'un obstacle en hauteur (impossible à détecter avec la canne)

Technique de guide et Technique de canne



De nombreux déficients visuels peuvent conserver l'usage de leur canne en technique de guide.

ANNEXE N° 4 : Les cannes



Canne à embout fixe



Canne à embout mobile



Canne dépliée



Pré-canne

ANNEXE N° 5 : Conduites à tenir avec une personne non-voyante

Extrait de la brochure « *PAS CELA, CECI, Pour un contact heureux avec les aveugle* » de Herman Van Dyck, lui-même non-voyant et président-fondateur de la Fédération nationale des aveugles de guerre.



L'aveugle : « Qu'est-ce qui se passe ?... Mais non, je ne veux pas traverser !... »



La dame : « Monsieur, désirez-vous traverser ? »

POUR TRAVERSER

Une règle d'or exige qu'on demande toujours d'abord à un aveugle si on peut l'aider, avant de le faire...

Ainsi vous montrez que vous respectez sa liberté personnelle. En outre, cette règle a une raison pratique, afin de l'illustrer, voici un exemple.

Attendant au bord du trottoir un tram ou un autobus, il m'arrive souvent d'être pris par le bras et traîné de l'autre côté de la rue, sans même avoir entendu la voix de l'inconnu « serviable ».

Si vous expliquez en vous débattant que vous ne souhaitez pas traverser, mais que vous attendez simplement le tram, il arrive même que votre inconnu soit tellement perplexe, qu'il vous laisse au milieu de la rue en bredouillant de vagues excuses.

Il ne vous reste plus alors qu'à vous arranger pour retrouver sain et sauf le trottoir.

Demandez plutôt : « Puis-je vous aider à traverser ? » Si la réponse est affirmative, offrez votre bras : « Prenez mon bras » et traversez ensemble...

Avertissez au moment de monter ou de descendre du trottoir.



UTILISATION DES MOYENS DE TRANSPORT

C'est lorsqu'ils montent dans un tram, un autobus ou un train ou lorsqu'ils en descendent que les handicapés visuels sont le plus souvent aidés. A moins que, dans la cohue, ils ne soient tout simplement bousculés par des voyants « aveugles » ; ce qui, heureusement, est assez rare.

Mais l'aide offerte est souvent si empressée et fournie par tant de volontaires à la fois, que l'aveugle est plutôt hissé dans la voiture au lieu qu'on lui laisse le moyen d'y monter normalement. En descendant c'est tout le contraire : le handicapé est tenu si fermement par derrière et par devant, qu'il parvient à peine à descendre la marche.

Même avec les meilleures intentions, tout ceci est vraiment superflu ! Un aveugle qui voyage seul sait comment utiliser le tram, le train ou l'autobus. Il suffit que vous le conduisiez à la



portière de la voiture, et que vous lui montriez la main courante en posant sa main dessus. Quant aux jambes, il en a lui-même, il peut donc monter normalement, sans être hissé comme un ballot.

Pour descendre, montrez également la poignée et laissez-le agir indépendamment.

Si vous montez ou descendez ensemble, le guide passe toujours le premier, montre la poignée ou donne la main. Il peut également dire si la marche est haute ou basse.

Dans le cas d'une voiture, on conduit le handicapé visuel entre le véhicule et la portière ouverte et on place sa main sur le dessus de la portière. Avec l'autre main, il sentira alors la hauteur du toit et la place du fauteuil. C'est toute l'aide que vous devez lui offrir.



COMMENT GUIDER UN AVEUGLE

Il arrive que vous soyez dans le même tram ou le même autobus qu'un handicapé visuel et que vous descendiez au même arrêt. Vous pouvez aussi rencontrer un aveugle dans la rue qui n'avance que lentement à cause de la circulation, à cause de nombreux obstacles sur le trottoir ou simplement parce qu'il ne connaît pas l'endroit.

N'hésitez jamais à lui offrir votre aide ; ce qui ne veut naturellement pas dire qu'il faut la lui imposer. Dites par exemple « Je vais à la gare. Voulez-vous faire un bout de chemin avec moi ? » Dans l'affirmative, offrez votre bras et continuez ensemble.

Si votre offre aimable est refusée ne soyez pas irrité. Il y a des aveugles qui préfèrent l'indépendance à une aide qui leur faciliterait les choses.

8

TROTTOIRS ET ESCALIERS

En montant sur un trottoir, ou en descendant de celui-ci, suffit de dire « Montez » (ou descendez). Si vous avez l'habitude de sortir ensemble, il suffit parfois de donner un signal convenu, par ex. de presser le bras ou la main. Il n'est pas nécessaire d'arrêter l'aveugle pour lui faire sentir le bord du trottoir avec sa canne blanche.

Si vous montez ou descendez les escaliers avec l'aveugle dites-lui simplement « Attention nous montons un escalier (ou nous descendons) et vous montez (ou descendez) en donnant le bras. Vous pouvez aussi demander à l'aveugle s'il préfère se tenir à la rampe. Dans ce cas, vous mettez simplement sa main sur la rampe ou vous dites « La rampe est à votre droite » (ou à votre gauche).

En tout cas, vous l'avertissez au bout de l'escalier et au début de la volée suivante. Si vous ne l'accompagnez pas, vous montrez la rampe comme indiqué ci-dessus.

Il n'est absolument pas nécessaire de compter d'abord les marches pour pouvoir le lui dire. Dans la hâte on se trompe presque toujours. Si l'aveugle est seul, il sentira la fin de l'escalier avec sa canne. Si vous l'accompagnez, ne perdez pas de temps à faire de l'arithmétique, mais annoncez simplement la dernière marche.

S'il y a le choix entre un escalier ordinaire et un escalier roulant, la décision est toujours laissée à l'aveugle. En tout cas, l'aveugle doit toujours être averti clairement lorsqu'il s'agit d'un escalier roulant.



L'homme : « Prenez mon bras ».

Je ne sais pas s'ils ont raison, mais c'est en tout cas leur bon droit. Généralement votre proposition sera acceptée avec plaisir. Présentez toujours vous-même votre bras. Ne prenez donc jamais l'aveugle par le bras pour le pousser devant vous. Il est difficile de guider un aveugle de cette façon et cela lui donne un sentiment d'insécurité.

Si vous marchez bras-dessus, bras-dessous, il est inutile de dire : « et maintenant nous tournons à gauche ou à droite ». Le handicapé visuel sent ce mouvement et suit automatiquement.

Pour franchir une porte ou un passage étroit, le guide passe toujours le premier. Il pousse légèrement l'aveugle en arrière avec le bras qu'il lui donne, jusqu'à ce qu'il se trouve partiellement ou complètement derrière le guide.

9

L'ANGE GARDIEN EMBARRASSANT

Tout ce qui est écrit ou dit concernant les handicapés et leur indépendance a parfois comme résultat que certaines personnes, par respect pour cette indépendance, hésitent à offrir leur aide. Même si elles voient un aveugle en difficulté dans la rue, dans une gare ou ailleurs.

Elles le talonnent alors comme une espèce d'ange gardien. Ceci afin de pouvoir l'empêcher de se cogner à un obstacle quelconque. Intention admirable bien sûr ! Surtout parce que ces personnes croient que l'aveugle ne s'en apercevra pas.

Dans de nombreuses circonstances, mais surtout quand il se déplace, l'aveugle a tous ses sens en éveil. Il doit ainsi compenser l'absence de vue. Il va de soi que l'ouïe y joue un rôle prépondérant.

En un minimum de temps, il s'aperçoit qu'il a un « ange gardien ».

Loin de constituer une aide ou un élément de sécurité, cette présence gêne ses autres perceptions, et si le petit jeu dure un certain temps, cela risque de le rendre fort nerveux.

Comme dit plus haut, n'hésitez jamais à offrir aimablement vos services, mais ne jouez en aucun cas le rôle d'ange gardien.

Bien que votre intention soit bonne, vous devenez un encombrant petit diable que l'on souhaite fuir le plus vite possible.

Bien que votre intention soit bonne, vous devenez un encombrant petit diable que l'on souhaite fuir le plus vite possible.



11



COMMENT MONTRER UN SIEGE

C'est une idée fort répandue mais néanmoins erronée qu'il convient en toutes circonstances de donner le plus vite possible un siège à un aveugle.

Dans le tram, le train et l'autobus cela s'indique parce qu'en cas de coup de frein ou de choc imprévu, le handicapé visuel ne sait pas toujours trouver assez vite le point d'appui adéquat. Cela va également de soi pour les aveugles âgés, comme cela devrait aller de soi pour toutes les personnes âgées.

Ici aussi appliquez la règle d'or : Montrez le siège, mais laissez à l'aveugle la liberté d'en faire usage ou non, sans insister.

12

Mais même le simple fait de montrer un siège devient parfois une opération compliquée. Une, voire deux ou trois personnes s'en mêlent. L'aveugle est tourné, déplacé, poussé... tenu par un ou deux bras et finalement assis de force.

Et pourtant c'est si simple. Mettez la main du handicapé visuel sur le dossier : « Voici une chaise, ceci est le dossier » et immédiatement il se rendra compte de la position du siège et prendra place sans difficulté. Ou mettez sa main sur le bras du fauteuil et dites : « Le fauteuil se trouve à votre droite » ! D'un mouvement rapide l'aveugle déterminera la position exacte du fauteuil.

13

OU EST « là »...

Ne dites jamais « Il y a une chaise là » ou « Une table là-bas » ou « Là-bas, il y a un vélo contre le mur », en montrant la direction du doigt.

Ces indications sont basées sur la vue et n'ont aucune valeur pour les aveugles.

Dites plutôt : « Il y a une chaise devant vous », « une petite table à un mètre derrière vous » ou « dix mètres devant vous à gauche, il y a un vélo contre le mur ».

En le servant à table, vous pouvez dire « Votre verre est à gauche devant vous » ou « Il y a un cendrier près de votre main droite ».

Vous pouvez également donner un léger coup sur l'objet en question afin que l'aveugle puisse le repérer d'après le son. Si vous lui donnez le verre en main, dites-lui où il peut le déposer : « Il y a une table basse à gauche de votre fauteuil ».

14

OU EST MON MANTEAU ?

Au cours de réunions, dans les trains et les restaurants, l'aveugle est souvent aidé à se débarrasser de son manteau, de son chapeau et de sa valise : « Venez, je vais vous aider ».

Et voilà, manteau, chapeau et valise ont disparu !

Les retrouver est parfois toute une affaire ; surtout parce que l'intéressé ne sait souvent pas de quelle couleur est l'objet en question.

Il vaut mieux laisser l'aveugle placer lui-même ses affaires. Si vous l'aidez, dites-lui : « Votre manteau pend au premier crochet près de la porte » ou « Votre valise est dans le filet au-dessus de vous. »

15



①
L'homme : « Avez-vous vu...
Oh ! pardon ! Excusez-moi !...
Comme je suis bête !... ».

②
« Oh, le pauvre ! n'est-ce
pas terrible ? !... et si jeune
encore ! Alors plutôt
mort !... »

③
« Regardez quelle
belle bouteille ».

PAS DE MOTS TABOUS

En parlant à un aveugle beaucoup de gens n'osent pas employer des mots comme « voir, regarder, aveugle ou cécité. » Ils disent alors « Mon oncle est aussi... eh, eh... comme ça » ou « Ma grand-mère avait ça aussi. »

S'ils emploient accidentellement le mot « voir » et s'en aperçoivent, il arrive qu'ils perdent le nord.

Ils se mettent à begayer ou se confondent en excuses : « Oh ! pardon... excusez-moi... je n'y avais pas pensé », etc., etc.

Et cela tandis que beaucoup d'aveugles racontent souvent eux-mêmes des plaisanteries sur leur handicap. Ils emploient et entendent le mot « aveugle » comme n'importe quel autre mot. Ils emploient le mot « voir » ou des mots analogues pour exprimer leur façon spécifique de voir : sentir, tâter, toucher, etc. « J'ai lu ce livre » (en braille par ex.). « J'ai vu (sentit, tâté) un joli bibelot ». « Oui, j'ai vu (entendu) cette pièce ».

16

Vous pouvez donc dire sans crainte à un aveugle « Voulez-vous voir ce modèle », tandis que vous lui mettez en mains l'objet en question, bouteille, vêtement, ou autre. Employez les mots aveugle ou cécité s'ils se présentent dans la conversation.

Mais il est naturellement de fort mauvais goût de dire « Vous êtes aveugle ?... Tout à fait ?... Vous ne voyez donc rien ?... Oh, que c'est terrible !... Etes-vous né ainsi ?... D'une maladie ?... D'un accident alors ?... etc.

Et n'oubliez surtout pas que les aveugles sont bien aveugles mais pas du tout sourds et que des remarques « chuchotées » comme « Je trouve ça le plus terrible mal du monde ! » ou « Je préférerais être mort ! » risquent de ne pas leur échapper. Bien sûr vous pouvez le penser et même y consacrer une petite méditation mais généralement les aveugles mêmes en pensent tout autre chose.

17



« Dis-moi qui je suis ? ... »

PAS DE JEUX DE DEVINETTES

Dans la rue, dans le train, au cours d'une réunion... quelqu'un arrête un aveugle ou lui tape sur l'épaule : « Bonjour Monsieur X... Comment allez-vous ?... » ou, pire encore, « Devinez qui je suis ? »

En général, les aveugles ont une bonne mémoire auditive. Mais de là à supposer qu'ils reconnaissent une voix après n'avoir entendu, à brûle-pourpoint, que deux ou trois mots et encore à un moment où ils doivent se concentrer sur un tas d'autres perceptions...

D'ailleurs, cela ressemble un peu à un jeu pour bébés : « Montre nous qui est maman ? »

Si vous n'êtes pas un membre de la famille ou du proche entourage d'un aveugle, quelqu'un dont il reconnaît immédiatement la voix, présentez-vous spontanément : « Bonjour Monsieur X, je suis Y ».

18

« Bonjour, Madame Dupont,
je suis le mari de votre amie
Madame Lambert ».



Si votre dernière rencontre ne date pas d'hier, ou si l'aveugle risque de ne pas se rappeler votre nom (on se rappelle plus facilement un visage qu'un nom) ajoutez-y une petite explication : « Vous vous rappelez, nous nous sommes rencontrés là et là ».

Il n'est pas possible de saluer les handicapés visuels d'un signe de la tête ou de la main, comme cela se fait souvent avec d'autres connaissances.

Néanmoins ils aiment également être intégrés dans cet aspect de la vie communautaire. Le signe de la tête ou le geste de la main doit donc être remplacé par quelques mots : « Bonjour Monsieur X... c'est l'agent du quartier ». Afin que l'aveugle sache que c'est lui que l'on salue et de qui vient le salut.

19



Le garçon : « Madame, qu'est-ce que Monsieur va prendre ? »

LES AVEUGLES NE SONT PAS DANGEREUX

Il n'est pas rare que les aveugles accompagnés entendent des phrases comme celles-ci : « Madame, est-ce que monsieur veut boire quelque chose ? » ou « Mademoiselle, est-ce que monsieur peut signer lui-même ? », « Madame, est-ce que monsieur veut s'asseoir ? ».

On parle donc au guide au lieu de s'adresser directement à l'aveugle ; ce qui amena un jour une dame à répondre en riant : « Vous pouvez parfaitement le lui demander personnellement, il n'est pas dangereux !... »

On est tellement habitué en s'adressant à quelqu'un d'entrer d'abord en contact avec les yeux que, quand ce contact est absent, on se sent perdu et on s'adresse au guide.

Cela est compréhensible mais n'en est pas moins fautif. On traite ainsi l'aveugle en mineur.

20



« Et maintenant, je voudrais encore dire ceci... il paraît que... »

PRENDRE CONGE

Il vous est peut-être déjà arrivé de parler à quelqu'un qui avait déjà quitté la pièce. Vous en avez sans doute ri ou vous êtes irrité de votre manque d'attention.

Le cas est différent pour les aveugles. Dans la rue avec le bruit de la circulation, dans une chambre avec des tapis et où joue la radio, dans un café bruyant, dans un groupe, etc., il leur est parfois impossible de savoir si leur interlocuteur est encore présent.

Il arrive donc qu'un aveugle parle à une chaise vide. Au bout

22



« Bonjour Monsieur, c'est le garçon... qu'allez-vous prendre ? »

Si vous voulez lui offrir quelque chose appelez-le par son nom, si vous le connaissez ; touchez-le si vous ne le connaissez pas, ainsi il saura que c'est à lui que vous vous adressez. Par exemple en groupe : « Mr X voulez-vous une cigarette, un verre, un biscuit ».

N'oubliez pas de nommer les différentes possibilités de choix s'il y en a.

Ensuite placez ce qu'il a choisi là où il peut facilement l'atteindre ou mettez-le lui en main.

Mais ne lui présentez pas un plateau plein de verres, car le risque est grand qu'en prenant le sien il en renverse quelques-uns, étant donné qu'il ne s'attendait pas à un plateau encombré.

21



« Un instant je vous prie... je dois m'absenter une minute... »

d'un temps, il le remarquera mais ce n'est pas une sensation agréable.

Avertissez-le donc toujours en le quittant et éventuellement aussi en revenant ; sinon vous serez peut-être déjà revenu depuis longtemps alors qu'il croira que vous êtes encore absent.

Et rappelez-vous également qu'un aveugle s'attend à une réponse parlée ; un sourire aussi gentil qu'il soit, un signe de la tête, ne servent à rien.

23

ANNEXE N° 6 : Grille d'observation

	ITEMS	REponses	COMMENTAIRES
SCHEMA CORPOREL	Connait et montre les parties de son corps		
	Connait ses possibilités articulaires et les mouvements qui en découlent		
	Mémoire kinesthésique		
Investissement PERCEPTIF	Audition		
	Tactilo-kinesthésie		
MAITRISE CORPORELLE	Coordinations motrices (NEM, Coordinations dynamiques générales, Coordinations bi-manuelles, coordination audition-préhension, dissociations)		
	Etat tonique (tonus d'attitude, tonus segmentaire, capacité à se décontracter, fatigabilité)		
CORPS ET ESPACE	Prérequis (connaissance droite gauche, estimation des notions de distance par rapport à soi)		
	Représentation spatiale (formes, lieux, volumes, ...) et organisation spatiale (plan de travail...)		
	Engagement du corps dans l'espace (membres supérieurs, déplacements, stratégies corporelles adaptatives...)		
COR PS	Rapport à l'environnement (en lien avec l'éducation, ce qui se touche, ce qui ne se touche		

	pas..., accès possible...)		
	Socialisation (esthétique, présentation, distance par rapport à l'autre) et amplitude du champ d'action		
	Dispose d'un raisonnement anticipatif, fondé sur l'expérience passée (adaptation aux contraintes de l'environnement)		
CORPS ET EMOTIONS	Traduction des réactions émotionnelles (désintérêt/excitabilité) au niveau corporel		
	Vigilance en fonction des émotions		
CORPS ET COMMUNICATION	Attitude corporelle lors de la communication (qualité gestuelle, qualité mimique)		
	Qualité de la communication (réception, initiation, continuité, fin) : signaux corporels adaptés (CNV)		
CORPS et JEU	Potentialités physiques, compréhension et acceptation des règles, comportement		
	Désir de jouer (implication verbale, physique, jeu favori, initiatives, créativité)		

ANNEXE N° 7 : Inventaire du Soi Physique

QUESTIONNAIRE ISP-25

Date : Nom : Prénom :

CONSIGNES

Les phrases suivantes expriment des sentiments, des opinions ou des réactions sur soi. Pour chaque phrase, cochez la réponse qui vous ressemble le plus entre Pas du tout (1), Très peu (2), Un peu (3), Assez (4), Beaucoup (5), Tout à fait (6). Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

	Pas du tout	très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Tout à fait
1. J'ai une bonne opinion de moi -----	0	0	0	0	0	0
2. Globalement, je suis satisfait(e) de mes capacités physiques	0	0	0	0	0	0
3. Je ne peux pas courir longtemps sans m'arrêter -----	0	0	0	0	0	0
4. Je trouve la plupart des sports faciles -----	0	0	0	0	0	0
5. Je n'aime pas beaucoup mon apparence physique -----	0	0	0	0	0	0
6. Je pense être plus fort(e) que la moyenne -----	0	0	0	0	0	0
7. Il y a des tas de choses en moi que j'aimerais changer -----	0	0	0	0	0	0
8. Physiquement, je suis content(e) de ce que je peux faire ----	0	0	0	0	0	0
9. Je serais bon(ne) dans une épreuve d'endurance -----	0	0	0	0	0	0
10. Je trouve que je suis bon(ne) dans tous les sports -----	0	0	0	0	0	0
11. J'ai un corps agréable à regarder -----	0	0	0	0	0	0
12. Je serais bon(ne) dans une épreuve de force -----	0	0	0	0	0	0
13. Je regrette souvent ce que j'ai fait -----	0	0	0	0	0	0
14. Je suis confiant(e) vis-à-vis de ma valeur physique -----	0	0	0	0	0	0
15. Je pense pouvoir courir longtemps sans être fatigué (e) -----	0	0	0	0	0	0
16. Je me débrouille bien dans tous les sports -----	0	0	0	0	0	0
17. Personne ne me trouve beau (belle) -----	0	0	0	0	0	0
18. Face à des situations demandant de la force, je suis le (la) premier(ière) à proposer mes services -----	0	0	0	0	0	0
19. J'ai souvent honte de moi -----	0	0	0	0	0	0
20. En général, je suis fier(ière) de mes possibilités physiques --	0	0	0	0	0	0
21. Je pourrais courir 5 km sans m'arrêter -----	0	0	0	0	0	0
22. Je réussis bien en sport -----	0	0	0	0	0	0
23. Je voudrais rester comme je suis -----	0	0	0	0	0	0
24. Je suis bien avec mon corps -----	0	0	0	0	0	0
25. Je ne suis pas très bon(ne) dans les activités d'endurance telles que le vélo ou la course -----	0	0	0	0	0	0

Merci d'avoir répondu

Laboratoire Epsilon

ANNEXE N° 8 : Questionnaire initial sur la confiance corporelle

Les phrases suivantes expriment des sentiments, des opinions ou des réactions sur soi. Pour chaque phrase, cochez la réponse qui vous ressemble le plus entre Pas du tout (1), Un peu (2), Beaucoup (3). Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

1. J'ai une bonne opinion de moi
2. Globalement, je suis satisfait de mes capacités physiques, je suis bien avec mon corps
3. Je ne me fatigue pas rapidement lors d'une activité physique, je trouve cela facile de me déplacer, de marcher
4. J'aime mon apparence physique, j'ai un corps agréable à regarder pour les autres
5. Je suis bon dans les épreuves de force, je pense être plus fort que les autres
6. Je voudrais rester comme je suis
7. Je pense que je peux faire confiance à ceux qui m'entourent pour m'aider physiquement
8. Je sais analyser ce qui se trouve autour de moi (j'ai confiance en ce que j'entends et ce que je touche)
9. Je sais m'adapter facilement aux changements (ex : marcher sur du plat puis escaliers)
10. Je suis capable de me détendre quand je le décide
11. Quand je ressens une émotion, je sais la reconnaître grâce aux signes physiques
12. Je peux facilement communiquer avec les adultes et les enfants de mon âge
13. J'aime les jeux en rapport avec le corps
14. J'ai une préférence pour un jeu en particulier
15. Je souhaite faire des progrès avec mon corps, et je sais que je peux y arriver

*« Quand j'étais enfant, je trouvais particulièrement
agaçante la phrase de Saint-Exupéry, en exergue du Petit Prince :
"On ne voit bien qu'avec le cœur, l'essentiel est invisible pour les yeux."
A ce moment de ma vie, je me dis quelques fois :
" Et si Saint Exupéry avait raison !" »*

Hamou Bouakkaz

Né de la rencontre avec un adolescent non-voyant investissant très peu sa motricité, ce mémoire étudie le lien entre confiance en soi et initiative motrice.

Grâce aux expériences sensori-motrices, l'enfant aveugle congénital construit son schéma corporel et élabore l'image de soi, ce qui forge son estime de soi et sa confiance en soi. Il connaît ses possibilités motrices et s'en sert pour s'adapter aux contraintes de l'environnement.

Quand cette confiance corporelle est fragilisée, le psychomotricien a un rôle privilégié ; il observe les manifestations de ce manque de confiance, en recherche les causes, et propose une prise en charge adaptée, en cohésion avec l'équipe pluridisciplinaire.

La prise en charge psychomotrice d'un jeune non-voyant a un objectif clair : permettre la meilleure autonomie possible.

Ce mémoire montre que la cécité n'est pas une fatalité. Comme le dit Hamou Bouakkaz, homme politique non-voyant : « *Le handicap n'est pas l'horizon indépassable de la personne handicapée. Au contraire, il est un aiguillon qui pousse à un dépassement continu de ses limites.* »

Mots-clés : confiance corporelle - cécité congénitale - expériences sensori-motrices - initiative motrice - handicap résiduel - autonomie

Born from the meeting with a blind teenager dealing with a challenging mobility, this report is about the link between self-confidence and movement initiative.

Thanks to sensor-motor experiments, a congenital blind child builds his body image and his self-image that leads to the elaboration of a self-esteem and self-confidence. He is aware of the possibilities of his physical mobility and uses it to adapt himself to environmental constraints.

When this physical reliance is weakened, the psychomotor therapist plays a specific role; he observes the manifestations of this lack of self-confidence, searches for its causes, and proposes an adapted care, in cohesion with the multidisciplinary team.

The psychomotor re-education of a young visually impaired person has a clear aim: to become as independent as possible.

This report shows that blindness is not an accident of fate. As Hamou Bouakkaz, a visually challenged politician, said: “*Disability is not the impassable horizon of the disabled person. On the contrary, it is the spur which leads her to a constant overtaking of her boundaries.*”

Key words: body reliance - congenital blindness - sensory-motor experiments - movement initiative - remaining handicap - autonomy