

INSTITUT SUPERIEUR DE REEDUCATION PSYCHOMOTRICE

DANSE LA « VIE-BRATION »

Une prise en charge dansée auprès d'enfants malentendants



**Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité par
Anne-Emmanuelle LANGLET**

**Référent de mémoire :
Françoise BRAGARD**

**SESSION :
juin 2009**

INSTITUT SUPERIEUR DE REEDUCATION PSYCHOMOTRICE

DANSE LA « VIE-BRATION »

Une prise en charge dansée auprès d'enfants malentendants

**Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité par
Anne-Emmanuelle LANGLET**

**Référent de mémoire :
Françoise BRAGARD**

**SESSION :
juin 2009**

« Danser c'est lutter contre tout ce qui retient, tout ce qui enfonce, tout ce qui pèse et alourdit, c'est découvrir avec son corps l'essence, l'âme de la vie, c'est entrer en contact physique avec la liberté, c'est donc pratiquer l'art sacré ».

Jean-Louis BARRAULT

Remerciements

Je remercie,

Particulièrement ma maître de mémoire, Françoise BRAGARD, pour son aide précieuse et son soutien dans l'élaboration du mémoire.

Mes maîtres de stage de troisième année : Aude BENOIT-LEVY (en exercice libéral), Virginie BONFILS (école pour enfants malentendants) et Anne-Véronique MOREAU (hôpital de jour pour psychotiques adultes), pour toute leur expérience, et vécu qu'elles ont acceptés de partager avec moi, et qui ont permis d'affiner ma pratique. Je les remercie également pour leur soutien et encouragement.

Tous les enfants que j'ai rencontrés en stage cette année et l'an passé, pour leur accueil chaleureux et pour la richesse de l'échange qui s'est établi. Je remercie particulièrement Jessie et Aïchata, les deux enfants malentendantes qui ont participé au suivi que j'ai proposé cette année.

Mes parents, sans qui je n'aurais peut-être pas découvert la psychomotricité, mes sœurs et mes amis pour leur accompagnement bienveillant lors des moments difficiles.

INTRODUCTION.....	1
1 Théorie	3
1.1 La danse.....	3
1.1.1 Qu'est ce que la danse ?	3
1.1.2 La danse-thérapie	5
1.1.2.1 Qu'est ce que la danse-thérapie.....	5
1.1.2.1.1 Définition	5
1.1.2.1.2 Buts.....	7
1.1.2.1.3 Les différentes influences de la danse-thérapie.....	9
1.1.3 Danse et psychomotricité	11
1.1.3.1 Le schéma corporel	11
1.1.3.2 L'espace	11
1.1.3.3 Le temps	13
1.1.3.4 Le tonus	14
1.1.3.5 Les coordinations et les dissociations	15
1.1.3.6 L'équilibre.....	15
1.1.3.7 Le rôle de la musique	16
1.1.3.8 Aisance corporelle, image du corps, revalorisation narcissique et estime de soi	17
1.2 La surdité.....	19
1.2.1 L'audition	19
1.2.1.1 Anatomie de l'oreille.....	19
1.2.1.2 La transmission du son	20
1.2.1.2.1 Qu'est ce que le son ?.....	20
1.2.1.2.2 Les voies auditives	21
1.2.2 L'évaluation de l'audition	21
1.2.3 Les différentes surdités et les moyens de compensation.....	22
1.2.3.1 La surdité de transmission.....	22
1.2.3.2 La surdité de perception	23
1.2.3.3 La surdité mixte.....	24
1.2.3.4 Les moyens de compensation.....	24
1.2.3.4.1 Les appareillages	24
1.2.3.4.2 La Langue des Signes Française (LSF).....	25
1.2.4 Le développement psychomoteur de l'enfant malentendant.....	25

1.2.4.1	Le tonus	26
1.2.4.2	Le schéma corporel et l'image du corps.....	26
1.2.4.3	L'espace	27
1.2.4.4	L'équilibre.....	27
1.2.4.5	Le temps	28
1.2.4.6	La motricité globale	28
1.2.4.7	Le langage	28
1.2.4.8	L'expressivité.....	29
1.2.4.9	L'influence de l'environnement sur le développement psychomoteur de l'enfant malentendant.....	29
1.2.5	Développement et caractéristiques psychoaffectifs de l'enfant malentendant.	30
2	Clinique.....	32
2.1	Présentation de l'institution.....	32
2.2	Modalités du stage.....	33
2.3	Jessie.....	35
2.3.1	Anamnèse	35
2.3.2	Bilan psychomoteur.....	36
2.3.2.1	L'espace	36
2.3.2.2	Le schéma corporel	37
2.3.2.3	Le tonus	37
2.3.2.4	Echelle de développement moteur de Lincoln Oseretzky	38
2.3.2.5	Les coordinations dynamiques générales	38
2.3.2.6	Conclusion de bilan :.....	39
2.3.3	Projet thérapeutique.....	39
2.3.4	Prise en charge	40
2.3.4.1	Le schéma corporel	40
2.3.4.2	L'espace	41
2.3.4.3	Les coordinations et dissociations.....	42
2.3.4.4	Le tonus	43
2.3.4.5	L'attention	44
2.3.4.6	Difficultés rencontrées	45
2.3.5	Conclusion :.....	46
2.4	Aïchata	47
2.4.1	Anamnèse	47

2.4.2	Bilan psychomoteur.....	48
2.4.2.1	Le schéma corporel	48
2.4.2.2	Temps et Rythme (2007).....	48
2.4.2.3	Espace (2008).....	49
2.4.2.4	Le Lincoln Oseretzky (2008)	49
2.4.2.5	Le tonus (2008)	50
2.4.2.6	Les coordinations dynamiques générales (2008)	50
2.4.2.7	Conclusion de bilan :.....	51
2.4.3	Projet thérapeutique.....	51
2.4.4	Prise en charge	52
2.4.4.1	Le schéma corporel	52
2.4.4.2	L'espace	53
2.4.4.3	Les coordinations dynamiques générales, coordination/dissociation	54
2.4.4.4	Revalorisation narcissique.....	55
2.4.4.5	Le tonus	55
2.4.4.6	Difficultés rencontrées	56
2.4.5	Conclusion :.....	57
3	Discussion	58
3.1	Pourquoi danse et surdité ?.....	58
3.1.1	Pourquoi la danse ?	58
3.1.2	Pourquoi les enfants malentendants ?	59
3.1.2.1	Les enfants malentendants et moi	59
3.1.2.2	Les enfants malentendants et la danse.....	60
3.2	Les enfants malentendants et la psychomotricité.....	62
3.2.1	Mes objectifs de l'année.....	62
3.2.2	Les pistes restant à explorer	63
3.3	Les limites de la prise en charge	64
3.3.1	Difficultés rencontrées	64
3.3.1.1	Difficultés personnelles.....	64
3.3.1.2	Difficultés liées à l'environnement du patient	66
3.3.2	Les limites d'une prise en charge autour de la danse.....	67
3.3.3	La prise en charge individuelle	67
3.3.3.1	Pourquoi une prise en charge individuelle pour Jessie et Aïchata?	67
3.3.3.2	Les limites d'une prise en charge individuelle.....	68

3.4	La prise en charge groupale	68
3.4.1	L'apport d'une prise en charge groupale.....	68
3.4.1.1	Les intérêts d'une prise en charge groupale	68
3.4.1.2	La mise en place d'un groupe.....	69
3.4.2	Exemple d'un atelier danse en hôpital de jour avec des psychotiques adultes	70
3.4.2.1	Le cadre	70
3.4.2.2	Les objectifs	70
3.4.2.3	La construction du groupe.....	71
3.4.2.3.1	Elaboration du déroulement	71
3.4.2.3.2	Le choix des patients	72
3.4.2.4	Le déroulement.....	72
3.4.2.5	Mes observations	73
3.4.3	Mon expérience en danse dans un processus thérapeutique et la musique	75
	CONCLUSION	77

INTRODUCTION

La psychomotricité est fondée sur le lien entre le corps et l'esprit. « *La rééducation psychomotrice est un traitement neuro-psycho-physiologique qui agit par l'intermédiaire du corps. Elle vise, dans un but psycho-physiologique et psychique, à maintenir ou rétablir les mécanismes des fonctions perceptivo-motrices, mentales et comportementales en fonction de l'évolution de l'individu dans son environnement* ». (CARRIC, 2001 ; p 142) Le psychomotricien est donc responsable d'éducation précoce et de stimulations psychomotrices. Il effectue également la rééducation des troubles de développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs. Les différents items abordés par le professionnel sont les troubles de la maturation et de la régulation tonique, du schéma corporel, de l'image du corps, de la latéralité et de l'organisation spatio-temporelle, les dysharmonies psychomotrices, les maladresses motrices et gestuelles, la débilité motrice, l'instabilité et l'inhibition psychomotrice et les troubles de la graphomotricité. Dans le suivi psychomoteur, l'outil principal mis en jeu est le corps du patient mais aussi du thérapeute. La psychomotricité est donc l'abord du corps dans sa globalité motrice et psychique.

Dans son travail, le psychomotricien utilise des jeux ou parcours psychomoteurs. Il peut également employer des médiations corporelles telles que la musique, le théâtre, le mime, l'escalade, les arts martiaux, l'équitation...

Je pratique la danse depuis de nombreuses années et j'ai eu l'envie de transformer cette pratique en thérapie psychomotrice. Cet art semble aborder de nombreux items psychomoteurs puisque je réalise durant les cours pratiques de mes études que je suis moins en difficulté par rapport à mes camarades dans certains domaines comme le rythme, l'équilibre,... De plus, cette médiation me procure un réel sentiment de bien-être lorsque je danse. Ainsi, elle semble agir sur le corps et la psyché. Pourquoi ne serait-elle pas une médiation particulière abordant le corps dans sa globalité psychique et motrice ?

Parallèlement, lors de mes études en psychomotricité, j'ai fait la rencontre avec un enfant malentendant. Cette rencontre m'a fait découvrir cette pathologie ainsi qu'un mode spécifique de communication gestuelle : la Langue des Signes Française.

Ayant particulièrement apprécié l'échange produit avec cet enfant, l'idée m'est venue de lier la danse et la surdité. Je me suis alors beaucoup questionnée quant à ce lien. D'un côté, ces enfants perçoivent peu ou pas les sons mais sont initiés à une certaine communication

gestuelle. De l'autre, la danse constitue un langage corporel. Est-ce que cette similitude permettrait qu'il y ait un lien particulier entre eux ? Est-ce qu'une prise en charge psychomotrice autour de la danse permet aux enfants malentendants l'abord de leurs troubles moteurs et psychoaffectifs ? En quoi peut-elle permettre une évolution positive ?

Dans une première partie, je définirai ce qu'est la danse. Puis je présenterai la danse-thérapie ainsi que le lien entre danse et psychomotricité. Dans un deuxième temps, je traiterai de la surdité en abordant les notions anatomiques, les différentes surdités et actions qui en découlent ainsi que l'impact sur le développement psychomoteur et psychoaffectif. Dans une deuxième partie, après avoir présenté deux enfants malentendants, je détaillerai les modalités du suivi que je leur ai proposé. Enfin, dans une dernière partie, j'aborderai la réflexion que j'ai eue tout au long de cette année.

1 Théorie

1.1 La danse

1.1.1 Qu'est ce que la danse ?

La danse est l'art du mouvement. C'est un enchaînement de mouvements corporels non verbaux, différents des activités motrices ordinaires et possédant une valeur esthétique. C'est l'intention, le sentiment et l'émotion introduits par le danseur dans son mouvement qui différencie un simple geste d'un mouvement dansé. Danser, c'est donc penser avec le corps qui devient un langage du corps, la danse étant un instrument physique permettant d'exprimer des sentiments, des pensées ; les mouvements corporels devenant des symboles que le spectateur comprend et dont le but est de représenter des expériences externes et internes et/ou psychiques. Cette communication est permise grâce à une libération d'énergie au travers de réponses musculaires aux stimuli du cerveau. La danse se caractérise par une séquence de mouvements rythmiquement structurés. Ainsi, il est rare que la danse se crée indépendamment de la musique. En effet, elles sont tout d'abord liées par leur structure dans le temps, les pulsations ainsi que les phrases rythmiques. Ensuite, leur relation à l'espace est tout à fait essentielle à leur existence (espace dans lequel danse le danseur, espace que le musicien possède par son instrument). Enfin, le corps se situe à l'origine de toutes créations musicales et dansées (voix du chanteur ou corps de l'instrumentaliste et du danseur). C'est une réelle intimité qui les lie et les rend plus présents au monde. « *La musique [est une] danse des sons alors que la danse est une mélodie des gestes* » (VERDEAU-PAILLES & KIEFFER, 2006 ; p 69).

La danse est l'un des tout premiers arts. En effet, des œuvres picturales représentant un corps dansant, évoquant des attitudes de tournoiement, ont été retrouvées, datant du paléolithique. Le tout premier danseur aurait dansé il y a 14000 ans. Puis au fur et à mesure des années, la danse s'est développée partout dans le monde, chaque peuple s'appropriant son style de danse en fonction de son environnement géographique, historique, social et religieux...

C'est ainsi que l'on vit apparaître une infinité de styles de danse ponctuant évolutions et traditions. Certains sont restés furtifs et peu développés, d'autres ont été les racines des danses actuelles. Aujourd'hui, selon les régions du monde, on retrouve le flamenco, les claquettes, le bharata natyam (danse indienne) ou encore la danse classique, la danse moderne, la danse africaine ou la danse contemporaine... Je développerai particulièrement les quatre dernières, représentant les quatre styles de danse que j'utilise en séance de psychomotricité.

La danse classique s'est développée au cours du XIX^{ème} siècle. Ici le corps dansant est érigé et défie la pesanteur à partir des pointes ainsi que de nombreux portés, sauts et tours... Cette danse aérienne et fine se caractérise par une grande élégance et une extrême légèreté. Les mouvements d'une grande fluidité répondent à une rythmique et un tempo tantôt lents, tantôt rapides. Les chorégraphies gracieuses mettent en scène un corps dans des attitudes majestueuses d'ouverture.

La danse moderne a été introduite en fin du XIX^{ème} siècle par Michel FOKINE, celui-ci exprimant des sentiments par un corps dansant dans sa globalité. Puis, elle a évolué avec Isadora DUNCAN, Loïe FÜLLER, Ted SCHAWN, Martha GRAHAM, Ruth SAINT-DENIS et Mary WIGMAN. Ici, le corps du danseur est plus ancré dans le sol. L'espace investi s'étend donc du sol jusque dans les airs. Sans oublier l'élégance et le maintien du corps, les mouvements alternant entre saccade, fluidité et ondulation, entre ouverture et fermeture corporelle, sont souvent marqués par des accents (changement d'énergie). Ces différentes énergies permettent ainsi l'expression de la vie, le corps tout entier étant source d'expression.

La danse africaine, s'inspire des danses traditionnelles d'Afrique. Cette danse est tout d'abord un mode de communication et exprime différents moments de la vie quotidienne, différents métiers... Si la danse classique est en constante recherche de hauteur, la danse africaine vise plutôt un ancrage dans le sol par une danse genoux pliés réalisant des rebonds récurrents. La musique enveloppant cette danse étant des rythmes de percussions, le rythme et le tempo sont toujours très marqués. Le langage corporel est fait d'ondulations souvent saccadées et « d'isolation » de certaines parties du corps.

La danse contemporaine naît en Europe et aux États-Unis après la Seconde Guerre mondiale. Elle n'a, a priori, que faire des courants esthétiques, elle bouscule les codes de références autour du corps « idéal », en interrogeant, entre autres, les visions académiques du « beau » et les représentations esthétiques dominantes. Transgressant les « habitudes » chorégraphiques, la danse contemporaine instaure de « nouveaux » référents poétiques et des

rituels d'effervescence esthétique où se jouent les instabilités, les incongruités. Il existe différents courants de la danse contemporaine et notamment la **danse contact**. Celle-ci met en scène un corps jouant particulièrement avec les appuis au sol ou aux murs par différentes parties du corps, un corps dansant par le contact d'un ou plusieurs partenaires.

La danse implique une expérience cognitive et émotionnelle dépendant de la vie personnelle d'un individu et l'influençant à son tour. Cette interaction a été à l'origine de la réflexion de plusieurs thérapeutes qui ont par la suite choisi de mettre en place des thérapies par la danse. De là est née la danse-thérapie.

1.1.2 La danse-thérapie

1.1.2.1 Qu'est ce que la danse-thérapie

1.1.2.1.1 Définition

« C'est l'emploi médicalement informé de la danse, dans le but de déclencher et d'intégrer des émotions afin d'améliorer l'équilibre physiologique et psychique du sujet. Cette thérapie peut avoir aussi d'autres buts, tels que l'organisation des idées, le renforcement du moi, la communication non verbale. Le corps étant un instrument expressif, il est évident qu'il peut exprimer ce que les paroles n'osent pas toujours révéler. : la peur, la colère, le calme, et la joie, toute la gamme des sentiments. En sens inverse, il est possible, par les mouvements du corps, de stimuler les émotions et d'agir sur la psyché » (GIBBONS-GARDER, cité par CARRIC, 2001 ; p 43)

« Comme toutes les techniques corporelles, la danse est une activité psychomotrice mais elle est indissolublement liée à la musique. Elle ne peut, en aucun cas être comparée à une forme d'apprentissage ou de rééducation. Il s'agit d'un traitement thérapeutique au même titre que la relaxation ou les traitements thérapeutiques d'inspiration psychanalytique. Le but de notre activité est de provoquer la naissance du narcissisme. Cette activité s'adresse uniquement aux

malades psychotiques ou névrosés n'ayant aucune atteinte neurologique ». (GAETNER citée par CARRIC, 2001 ; p43)

La danse thérapie est donc l'utilisation psychothérapeutique du mouvement dansé, une fusion entre l'art et la science de la médecine. En effet, si la définition de la danse thérapie de Rose GAETNER se limite seulement au domaine de la psychiatrie, cette médiation thérapeutique a évolué et s'est ouverte à d'autres pathologies que la psychiatrie.

La prise en charge s'effectue autour d'une communication non verbale, au travers de mouvements en rythme et d'actions corporelles, permettant de partager et de recevoir des formes posturo-motrices qui entrent en jeu dans la structuration de l'affectivité, l'imagination et le champ cognitif. La danse est utilisée comme médiateur relationnel dont elle assure le cadre et les limites. Ainsi, ce cadre, ludique et sécurisant est favorable aux nouvelles découvertes corporelles, interactions kinesthésiques et au développement de la relation avec autrui.

Si l'établissement d'un projet thérapeutique est indispensable en début de thérapie, l'animateur(trice) du groupe n'effectue pas les séances avec un schéma défini du déroulement de celle-ci. Au contraire, il est préférable d'utiliser la richesse des actions spontanées des patients afin d'y rebondir, de les approfondir, les exploiter. En fonction du projet du thérapeute, celui-ci proposera des moments d'imitation, d'improvisation, de danse au sol ou de sauts... De plus, en y joignant son expérience personnelle, le thérapeute utilisera préférentiellement un ou plusieurs styles de danse par rapport à d'autres ; la danse moderne visant plutôt la spontanéité et l'expressivité et la danse classique s'orientant plus vers une recherche d'esthétique et de précision du mouvement.

La danse thérapie concerne dans un premier temps, davantage les pathologies de type psychotique, néanmoins, elle est aussi adaptée aux problématiques névrotiques (dépression, inhibition, hystérie...), pathologies qui manquent de langage symbolique, ainsi que des troubles psychosomatiques, somatiques et relationnels. Certains danse-thérapeutes comme Benoit LESAGE ont travaillé avec des autistes et enfants polyhandicapés souffrant aussi de troubles autistiques. Son travail s'est axé sur une prise de conscience de l'enveloppe corporelle et enveloppe sonore, le toucher, ainsi que l'étayage kinesthésique de la communication.

De manière générale, la danse thérapie s'adresse à des sujets en souffrance. Néanmoins, il existe un champ de danse thérapie adapté aussi à toute personne en recherche d'affirmation de soi, d'épanouissement personnel ou simplement à la recherche de « mieux-

être ». Enfin, il n'est aucunement exigé que le sujet ait quelque connaissance en matière de danse afin de pouvoir participer à un groupe de danse-thérapie.

1.1.2.1.2 Buts

Les thérapies à médiation verbale sont les plus courantes dans une prise en charge d'un sujet en souffrance psychique. Néanmoins, il arrive que la danse thérapie apporte des possibilités complémentaires voire plus larges du point de vue thérapeutique. En effet, nous avons vu dans les définitions de la danse-thérapie que celle-ci permet d'exprimer par le corps ce que la pensée n'est parfois pas en mesure de faire. Ainsi, grâce à une prise de conscience de soi, ces aveux corporels de la vie interne, volontaires ou contraints, permettent au patient d'évoluer. Il est évident que cette prise de conscience nécessite un temps de parole, ce qui rapproche ici la danse-thérapie des thérapies verbales. La danse-thérapie peut donc être complémentaire ou suffire à elle-même, à condition qu'elle recouvre l'intégralité du projet thérapeutique du patient.

De manière générale, la danse thérapie permet à l'Homme de réorganiser harmonieusement les différentes fonctions qui le construisent : physique, psychique, mentale et sociale. Ainsi, elle offre des sensations corporelles nouvelles et agréables permettant au patient, le temps de la séance, de dominer la maladie, une expression de soi et un lâcher prise responsable de mouvements internes ainsi que des interactions positives entre participants, prémices d'une réinsertion sociale. Si ces différents domaines vont être détaillés séparément, ils sont liés les uns aux autres et interagissent en permanence : l'un ne peut évoluer sans modifier les autres.

Si le déroulement du groupe de danse-thérapie est le même pour chaque participant, les projets peuvent différer d'un participant à un autre. En effet, le groupe se constitue en fonction de la problématique et donc du projet thérapeutique individuel de chaque patient, de ses capacités interactionnelles, afin qu'il atteigne ses propres objectifs au travers de l'activité du groupe. Ainsi, une même activité ne produira pas les mêmes effets d'un participant à un autre, chaque patient ayant également son propre rôle au sein du groupe.

Tout d'abord, en danse thérapie, le thérapeute utilise la dynamique corporelle ainsi que la symbolique de la danse, langage inconscient et sens mis par le patient dans sa danse. Ces deux paramètres permettent un remaniement d'une structuration psychocorporelle défailante. En effet, toute action kinesthésique a un effet d'intensité variable sur certaines facettes du

Moi. Lors d'une thérapie par la danse, il se produira alors des mouvements internes qui induiront des remaniements des conflits plus ou moins conscients et donc une transformation durable du Moi.

Une prise en charge groupale induit des interactions entre participants. Elle permet au sujet de s'inscrire dans le groupe et d'apprendre à laisser une place à ses pairs au sein de celui-ci par l'échange et le partage. Cette prise en charge permet de restaurer des contacts sociaux et de rassurer les patients dans ces échanges. Ceux-ci vont pouvoir les assimiler au sein du groupe pour ensuite les prolonger dans leur propre vie sociale.

La danse-thérapie a également pour but de renforcer le sentiment d'identité de la personne. En effet, elle permet une prise de conscience de soi qui offre par la suite à l'individu le sentiment d'exister comme une entité à part entière. Ensuite, en plus d'apporter de nouvelles sensations corporelles, la danse offre une toute autre vision au patient de son corps. En effet, le patient voit et ressent son corps en mouvements artistiques, harmonieux et esthétiques. De plus, dans certaines pratiques, la salle de danse-thérapie ne présentant pas de miroir, c'est le thérapeute seul qui devient le miroir des mouvements du patient. Ainsi, celui-ci voit un « reflet » de lui-même porteur, sécurisant et surtout encourageant. Ces expériences valorisantes induisent donc une restauration narcissique, puis une reconstruction de l'estime de soi. Néanmoins, la présence d'un miroir peut apporter d'autres prises de conscience.

Enfin, les remaniements du Moi ainsi que les nouvelles sensations corporelles permettent une réduction de l'angoisse que peut induire la maladie. Par la suite, il pourra se faire une réduction puis une résolution des tensions inscrites dans la mémoire corporelle. Ainsi, ces nouveaux vécus corporels apportent au patient de la joie et du plaisir, qui à leur tour offrent un moment où le patient domine sa maladie.

De manière générale, ces différents domaines apportent un sentiment de bien-être physique et psychique au quotidien. Néanmoins, il faut du temps pour pouvoir observer ces changements, cela dépend de l'étape où se situe la personne vis-à-vis de sa maladie et de son implication dans la thérapie. Enfin, le bon déroulement d'une prise en charge en danse thérapie sous-entend une empathie suffisante comme dans toute prise en charge. En effet, elle permet au patient de se sentir compris et au thérapeute de suivre l'évolution du patient.

1.1.2.1.3 Les différentes influences de la danse-thérapie

Suivant les cultures, certaines préoccupations pouvaient être prises en compte par des danses particulières. Ainsi, au XV^e siècle, les maîtres à danser italiens, par une de leurs danses, la Tarentelle, visaient à guérir du mal en agissant sur différentes énergies humaines. Au XX^e siècle, la danse-thérapie s'est développée et différents courants sont apparus. On relève par exemple, les travaux de Marian CHACE aux Etats-Unis, en Angleterre : Rudolf LABAN et en France : Rose GAETNER.

Marian CHACE, danseuse classique puis moderne, était professeur de danse dans l'école qu'elle avait fondée. Dans les années 1940, elle s'est tournée vers le monde du handicap. Ainsi, elle a travaillé auprès de la Croix Rouge et a dirigé un groupe « dance for communication » en hôpital, puis elle est devenue danse-thérapeute en 1946 lorsqu'elle a travaillé durant vingt ans avec des malades psychiatriques. Elle mit en place un travail autour de l'improvisation, de psychodrames dansés et d'interaction groupale, sans oublier un temps de verbalisation. Sa recherche s'axait autour de la symbolisation, de la communication et de la socialisation. Par la suite, elle nomma son travail « Dance Movement Therapy ». Celui-ci fut repris par « l'American Dance Therapy Association » créée en 1965 et eu un impact mondial sur les thérapies psychiatriques. Marian Chace est considérée comme. « The Grande Dame - The Mother of Us All - Notre Mère a Toutes/Tous, Danse Thérapeutes ».

Dans les années 1950-60, **Rose GAETNER**, danseuse classique et psychomotricienne, introduisit en France la danse dans un processus thérapeutique en milieu institutionnel psychiatrique auprès d'enfants psychotiques. Dans son travail, elle s'est appuyée sur le mécanisme d'imitation par la danse folklorique, danse de société (danse en couple) et danse classique, afin d'effectuer un travail autour du stade du miroir et sur le dialogue tonico-émotionnel en se référant à J. LACAN et D.W. WINNICOTT dans un but de restauration narcissique. Puis elle a orienté sa pratique vers la psychomotricité et a enseigné à l'école de psychomotricité de la Pitié Salpêtrière.

Rudolph LABAN a orienté son travail autour d'observation dans le monde de la maladie mentale. Ceci a permis l'établissement de différents travaux. Tout d'abord, il a mis à jour la notion de « kinésphère » : c'est l'espace créé lorsque l'on relie les extrémités des membres en extension et qui contient la totalité des mouvements du corps. Ensuite, il a créé

une représentation graphique de la danse qu'il a nommé la « kinétographie » ou « labanécriture ». Enfin, il a inventé un système d'analyse qualitative du mouvement qu'il y a nommé « effort » : le mouvement s'étudiant donc à partir de la notion d'espace, de temps, de flux et de poids.

Si ces danse-thérapeutes représentent des figures de la danse-thérapie, d'autres professionnels ont apporté leur approche de cette thérapie.

Mary WIGMAN utilisait la danse comme langage artistique afin de mettre en mouvement le contenu psychique et notamment l'invisible. Pour cela, elle a mis en place un travail au sol, ainsi que d'improvisation et de verbalisation.

Trudi SCHOOP a orienté son travail sur l'importance de la dissociation observée chez ses patients. En effet, son approche s'est fondée sur le lien entre la dépersonnalisation, les troubles de la pensée et de l'affectivité, et l'impact qui se crée sur la sphère corporelle, les mimiques et les postures. L'harmonie corporelle et l'expressivité étaient au cœur de son projet.

Laura SHEELEN a créé un atelier nommé « mythodrames ». Celui-ci se déroulait chaque fois à partir d'une création de ses participants (masque, maquillage...) et avait pour but de lutter contre l'emphase, l'hystérisation et les gestes de prestance. En effet, son but était la mise en place de gestuelle fine, la plus sobre et lisible possible chez ses patients en les décentrant de leur narcissisme et donc par une reconstruction psychique.

Les thérapies de **France SCHOTT BILLMAN** s'effectuaient autour de la danse primitive. Cette danse centrée sur des gestes de la vie quotidienne plus « primitive » comme la chasse, la récolte, la guerre... visait une canalisation des pulsions, une réorganisation de dialogue avec l'autre et donc le rétablissement de la fonction socialisante.

La danse-thérapie s'est ainsi développée dans le reste du monde. Chaque pays, selon sa culture et en s'inspirant de la Dance Movement Therapy américaine, a développé la danse-thérapie.

Si la danse-thérapie vise un projet thérapeutique orienté vers la psychologie, l'attention est aussi portée sur l'harmonie du mouvement et l'étude qualitative de celui-ci. Ainsi, les danse-thérapeutes s'intéresseront aussi aux capacités spatiales et temporelles des patients mais aussi à la qualité des dissociations, coordinations... Cette harmonie du corps et

bien-être corporel et psychique étant au cœur de l'approche des psychomotriciens, sans pour autant parler de danse-thérapie, ce thérapeute apporte un regard différent et complémentaire à celui d'un psychiatre ou psychologue. La danse a une réelle place au sein d'une prise en charge en psychomotricité.

1.1.3 Danse et psychomotricité

1.1.3.1 Le schéma corporel

Par ses mouvements, la danse offre de nouvelles sensations corporelles. En effet, chaque déplacement, chaque espace exploré, chaque énergie développée incite de nouvelles perceptions.

Afin que se crée l'expression d'un mouvement, dans une continuité mais aussi dans ses changements, les récepteurs sensoriels musculaires sont sans arrêt stimulés. De plus, lorsque l'on met en mouvement chaque segment corporel de manière isolée, cette danse approfondit la connaissance du sujet de cette partie du corps mais aussi la prise de conscience du groupe musculaire responsable de sa mobilité. Ensuite, la marche ou toute action corporelle impliquant un jeu articulaire, entraîne l'excitation des récepteurs tendineux et articulaires. Enfin, la sensation du frottement de l'air contre la peau qu'induit tout mouvement, ainsi que le contact du sol lors de danse à terre stimulent les récepteurs cutanés.

Ces nouvelles perceptions sensorielles qui stimulent la sensibilité proprioceptive permettent au sujet de percevoir tout d'abord son corps dans sa globalité, puis, dans un deuxième temps de prendre conscience de chaque segment, chaque partie corporelle.

1.1.3.2 L'espace

La danse est l'expression d'énergies qui évoluent, se structurent et s'organisent dans l'espace. Cet espace peut être minime, c'est-à-dire l'espace intime, il peut se situer juste autour du corps, pour l'espace proche ou alors être grand, se sera alors l'espace global.

Rudolph LABAN, dans la *Laban Movement Analysis* (LMA) met en évidence quatre paramètres du mouvement : L'espace, le temps, le flux et le poids.

Dans son analyse de l'espace, R. LABAN distingue les niveaux, les plans ainsi que les directions. Tout d'abord, dans les niveaux d'exécution d'un geste, on relève le bas, le moyen et le haut qui correspondent respectivement aux jambes et au bassin, au tronc et aux bras ainsi qu'à la tête. Ensuite, il met en évidence trois plans : plan sagittal, horizontal et frontal. Ces trois plans sont liés à des paramètres psychocorporels et émotionnels. Le plan sagittal est celui de la confrontation, de la protestation mais permet aussi d'aller vers un but. Le plan frontal est celui de « l'être avec » et du bercement. Le plan horizontal permet l'orientation et l'exploration. Enfin, les directions comprennent le haut/bas, la gauche/droite et l'avant/arrière. Dans chacun de ces paramètres, R. LABAN distingue l'espace direct, lors de trajets définis, et l'espace indirect par des trajets détournés ou changeant.

Le danseur ne s'exprime pas dans l'espace mais il le construit et l'assume par son geste. L'espace qu'il investit est en étroite relation avec ses émotions et l'action qu'il souhaite représenter. *« Le travail de l'espace recouvre plusieurs aspects, qui font qu'un geste semble adressé ou non [...] Adresser son geste implique donc d'avoir intégré la coexistence de points de vue, et d'organiser la circulation entre eux. [...] mais avant cela, il faut un cadre général, une sorte de repérage spatial qui supporte le geste. Les plans et les niveaux spatiaux fournissent ce squelette de l'espace ».* (LESAGE, 2005 ; p 75)

Dans ses travaux, R. LABAN a aussi développé la notion de kinesphère. *« L'extension normale des membres, lorsqu'ils s'écartent du corps sans que sa base d'appui change, détermine les limites naturelles de l'espace personnel : la 'kinesphère' dans laquelle nous évoluons. Cette kinesphère conserve constante sa relation avec le corps, même quand celui-ci s'éloigne de sa base d'appui originelle. Elle se déplace avec le corps dans l'espace général »* (LABAN, 2007 ; p 65).

Ainsi, la danse permet d'explorer l'espace interne de la « kinesphère » ainsi que l'espace plus externe de la « kinesphère ». Dans un premier temps, il est important d'y explorer l'intérieur. En dansant des mouvements centrés sur soi puis autour de soi le sujet approfondit sa connaissance de l'espace intime et corporel puis l'espace proche. Le sujet prendra connaissance des différents niveaux en exécutant des mouvements allant du sol vers le ciel. De plus, ces mouvements stimulent la sensibilité proprioceptive et kinesthésique ce qui permettra au sujet d'améliorer sa connaissance des positions dans l'espace des différentes parties du corps les unes par rapport aux autres. Ensuite, en se déplaçant avec sa « kinesphère », le sujet explorera les différents plans de l'espace ainsi que les différentes directions.

Ces différentes explorations permettent au sujet de prendre conscience des paramètres de

l'espace afin de pouvoir se mouvoir de manière harmonieuse dans celui-ci, de pouvoir le maîtriser et de s'y adapter.

1.1.3.3 Le temps

Le temps est une dimension qui structure notre vie à tous. En effet, nous sommes bercés tout d'abord par les battements de notre cœur, puis par l'alternance du jour et de la nuit. De plus, notre corps se met également en mouvement selon une rythmicité précise que l'on retrouve dans le rythme de notre marche mais aussi dans chacun de nos mouvements. La danse étant une fusion complète du rythme et du mouvement, elle devient partie intégrante de la vie quotidienne et la vie une danse constante. Serge LIFAR souligne cette notion lorsqu'il paraphrase une parole biblique : « *A l'origine était la danse, et la danse était dans le rythme et le rythme était dans la danse. Au commencement était le rythme, tout s'est fait par lui, sans lui rien ne s'est fait* » (VERDEAU-PAILLES & KIEFFER, 2006 ; p 69)

Dans la LMA « La temporalité d'un geste ne se réduit pas à sa durée ni à sa vitesse. [...] Un critère important de lecture du geste sera en effet ce qu'on appelle le phrasé, à savoir la différenciation des phrases : un élan, qui a à voir avec l'appui, un développement, une fin, une ponctuation, c'est-à-dire un temps de récupération, de rassemblement, qui n'est en rien un temps mort ». (LESAGE, 2005 ; p 86)

L'expérimentation d'un mouvement dans sa temporalité permet au sujet de s'imprégner du déroulement du temps. En effet, « *la danse révèle le temps dans l'espace, elle le manifeste et le prélève avec le corps en mouvement, avec des gestes qui sont des objets-temps* » (SIBONY, 2005 ; p 231). Ainsi, le sujet apprend-il à segmenter le temps, d'une part, par le début, le développement et la fin qui constituent son geste, et d'autre part, par la rythmicité, cycle tonique de tensions/rétentions, qui apporte un découpage précis du temps. De plus, selon l'expression demandée, le sujet effectuera un mouvement plus ou moins rapide. Il apprendra donc à décomposer un même mouvement en expérimentant les qualités vite/lent ainsi que différentes énergies, que R. LABAN nomme « flux », comme un geste soudain ou soutenu. Ce travail amènera le sujet à découvrir et à structurer le temps par une prise de conscience de repères et de la chronologie dans son expression.

1.1.3.4 Le tonus

La danse prend forme par des marches rythmiques, des enchaînements de mouvements plus ou moins complexes, de rapidité et d'énergie variables. Ainsi, induit-elle constamment des « jeux » musculaires entre les muscles agonistes et antagonistes. Le respect de la rythmicité impose au danseur une certaine attention aux temps de tension, rétention et détente. De plus tout transfert d'appui implique un bon ajustement du tonus. Mais de manière générale, tout mouvement voulant atteindre son but impose au sujet une bonne régulation tonique.

La danse peut jouer avec une alternance d'énergie. C'est cette alternance qui caractérise les troisième et quatrième paramètres de la LMA que R. LABAN nomme « flux » et « poids ». A certains moments, la danse sera ponctuée de plusieurs énergies différentes induisant alors des accents corporels, c'est-à-dire un changement soudain de posture ou le développement brusque d'un geste ; R. LABAN parle alors de dynamique énergétique liée et les mouvements sont plutôt forts. A d'autres moments les mouvements dansés se feront fluides et plus lents suivant une énergie régulière ; ici la dynamique énergétique est libre et les mouvements sont plutôt légers. Ces différents temps peuvent être induits par la musique, le simple souhait du thérapeute ou des participants ou encore par l'émotion que l'on souhaite exprimer. Ces deux différents temps expérimentent respectivement un corps « plutôt hypertonique » lorsque la danse induit différentes énergies et un corps « plutôt hypotonique » lors d'une énergie régulière. Je souhaite mettre un accent particulier sur les termes « plutôt hypertonique » et « plutôt hypotonique ». En effet, nulle danse ne peut prendre forme par un corps complètement hypertonique ou hypotonique. Ces différents moments induisent seulement une certaine hypertonie ou hypotonie.

La danse contact peut être un très bon outil pour améliorer la régulation tonique. Les deux partenaires dansant en gardant en permanence une surface corporelle en contact de l'autre, il se crée ainsi un dialogue tonique entre les deux danseurs : l'état tonique de l'un influence celui de son partenaire. Ainsi, si le thérapeute souhaite faire découvrir différents états corporels au patient, il le guidera vers des mouvements plus ou moins toniques.

1.1.3.5 Les coordinations et les dissociations

Dans toute chorégraphie ou improvisation, les segments corporels effectuent des enchaînements divers. On retrouve tout d'abord des déplacements comme la marche, les sauts, les passages au sol (ramper, rouler, se dérouler, vriller...). A ces déplacements peuvent s'ajouter des mouvements simultanés ou successifs, situés dans un même plan ou dans des plans différents, identiques ou différents d'un segment corporel à l'autre.

Ainsi, les marches rythmiques, les sauts et les passages au sol aborderont les coordinations dynamiques générales.

Par la suite, dans des moments d'imitation, il est possible de proposer d'abord des mouvements de coordination, puis de les transformer progressivement en dissociation. Le patient les découvrira dans un premier temps. Grâce à une prise de conscience des segments corporels engagés ainsi que les groupes musculaires impliqués dans l'action, le projet moteur de ces différents mouvements s'inscrira dans la mémoire kinesthésique du sujet. Il pourra s'approprier ces mouvements qui deviendront naturels et harmonieux.

On retrouve dans la danse des mouvements de coordination et dissociation nécessaires à une aisance corporelle dans la vie de tous les jours. En effet, la danse est à la fois au service de la création du beau et la mise en mouvement des émotions. Ajouté à cela, il est le seul art où le sujet est à la fois artiste et œuvre. Stimuler ces mouvements en danse permet une approche ainsi qu'un cadre favorable et particulier qui les rendent plus abordables pour un sujet en difficulté.

1.1.3.6 L'équilibre

La danse est un jeu corporel entre des mouvements d'équilibre et de déséquilibre. En effet, tout transfert d'appui, réception d'un saut, changement de posture impose au danseur de posséder quelques facultés d'équilibration.

Un travail sur la verticalisation offre une prise de conscience de l'axe corporel indispensable à l'équilibration. Un ressenti solide de cet axe offre des capacités motrices optimales. De plus, le travail sur la régulation tonique donne au sujet la possibilité d'exécuter des mouvements instables ainsi que des changements d'appui sans se retrouver déséquilibré. Ajouté à cela, ces différentes expérimentations permettent au sujet d'apprendre, au fur et à mesure, comment positionner les différentes parties de son corps en fonction du mouvement

demandé dans un but d'équilibre. Par exemple, le positionnement de la tête lors d'un tour ou tout simplement lors d'un changement de direction est essentiel pour ne pas se retrouver déséquilibré. Au niveau du travail de réorganisation des appuis, le sol devient un partenaire au danseur. Ainsi, une étude qualitative quant à la fonction que l'on veut lui donner est primordiale, mais de manière générale, un sol dur est préférable pour un meilleur équilibre corporel. Lors de moment de danse contact, le thérapeute peut induire des passages où le sujet se sentira soutenu, où il prendra appui sur le thérapeute mais ces passages pourront s'inverser afin que le sujet ressente le déséquilibre et parvienne à y remédier par un contrôle moteur.

1.1.3.7 Le rôle de la musique

Tout d'abord, par son enveloppe sonore, la musique offre un cadre contenant et sécurisant. Elle devient à la fois guide et partenaire du danseur, elle est donc favorable au développement du mouvement en résonance à une ambiance sonore et propice au « lâcher prise ».

Ensuite, la musique permet la propagation de vibrations. Celles-ci se diffusent, d'une part, dans l'air et sont perçues par les récepteurs cutanés et d'autre part, dans le sol et sont alors ressenties pas les pieds ou tout contact au sol, ainsi que dans tout le corps, conduites par les os. Ces vibrations offrent au danseur la possibilité d'une fusion entre musique et danseur, lui permettant de s'imprégner de toute son harmonie et toute sa rythmicité. Enfin lorsqu'elle est perçue par les récepteurs sensoriels, elle favorise la prise de conscience du schéma corporel.

De manière générale, nous vivons constamment dans le rythme, celui-ci porte notre existence : celui des années, des jours de la semaine, l'alternance jour/nuit, le rythme des repas, des heures, des minutes et des secondes...De plus, notre corps lui-même génère des rythmes qui nous structurent : les battements du cœur, notre respiration, le clignement des yeux sans oublier notre marche et le rythme retrouvé dans chacun de nos mouvements. Il va de soit que, la danse étant une expression du soi, la musique et donc le rythme rencontrent ce vécu corporel. Il peut y avoir accord ou désaccord entre le rythme corporel et celui de l'environnement. De plus, la musique et le rythme apportent un cadre encourageant et porteur lorsqu'elle accompagne des activités de difficultés variables. Des recherches ont été faites autour d'une danse sans musique mais se sont peu développées. En effet, ce champ se retrouve vite freiné dans ses possibilités puisque le corps est à lui seul la musique et la danse. En présence de musique, le danseur possède alors un potentiel infini de création.

Celui-ci est donc indispensable aux différentes acquisitions motrices que permet la danse.

1.1.3.8 Aisance corporelle, image du corps, revalorisation narcissique et estime de soi

La danse aura donc permis dans un premier temps une prise de conscience corporelle indispensable à l'appréhension de l'espace ainsi qu'aux différentes acquisitions motrices. Puis, les déplacements ainsi que la décomposition du mouvement auront facilité une prise de conscience nécessaire à la mise en place de repères spatio-temporaux. Le contrôle du mouvement dansé ainsi que ses variantes, favoriseront la régulation tonique qui permettra alors l'amélioration des capacités d'équilibration de coordination et dissociation. Ainsi, toutes ces nouvelles aptitudes offriront au sujet une meilleure aisance corporelle, indispensable aux activités de la vie quotidienne. Elles lui permettront de se mouvoir harmonieusement dans son environnement et de s'adapter au mieux à des situations diverses. La prise de conscience des ces évolutions participe à l'amélioration de l'image de soi.

Ajouté à cela, qu'il y ait miroir ou pas durant la séance, le thérapeute reste le « reflet » du mouvement du patient, lorsque celui-ci ne se voit pas dans un miroir. Lorsqu'il danse, ce dernier observe donc d'une part un retour de lui-même encourageant et soutenant, et d'autre part l'investissement du thérapeute dans les mouvements qu'il propose lors de moment d'imitation alternée. Tout cela apporte une revalorisation narcissique au sujet puis favorise l'estime de soi. D'une part, une revalorisation s'effectuera à mesure de la prise de conscience de nouvelles capacités. D'autre part, la danse étant au service du beau, le patient réalisera par le plaisir corporel apporté par la danse, par l'image que lui renvoie le thérapeute, que lui aussi, est capable de création de l'esthétique.

Ainsi, L'image de soi s'améliorera grâce à une prise de conscience de nouvelles capacités à l'origine d'une meilleure aisance corporelle. Ensuite, le sujet réalisera qu'il peut initier par son corps des images belles et esthétiques soutenues par le regard encourageant du thérapeute. Ces processus offrent donc une revalorisation narcissique qui mène ensuite à l'étayage de l'estime de soi.

La danse-thérapie s'est développée auprès de personnes souffrant de troubles psychiques. Certains danse-thérapeutes comme R. GAETNER ont d'ailleurs affirmé dans leur définition de la danse-thérapies que celle-ci s'adressait seulement à cette population. Néanmoins, aujourd'hui cette pratique s'est ouverte à un large panel de pathologies à la fois psychiatriques mais aussi neurologiques,... S'il l'on compare la danse-thérapie et la psychomotricité, il existe un champ commun à ces deux domaines. C'est sur ce point de rencontre que s'appuient certains psychomotriciens dans leur travail. Sans parler de danse-thérapie cette médiation est donc aussi utilisée par certains de ces professionnels dans différentes institutions et notamment dans des centres accueillant des enfants malentendants.

1.2 La surdité

1.2.1 L'audition

1.2.1.1 Anatomie de l'oreille

L'oreille, organe périphérique de l'audition est constitué de 3 régions : l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne (Figure 1 p 20).

L'oreille externe comprend le pavillon (1 et 2) qui capte les ondes sonores, et les propage dans le conduit auditif externe(3). Enfin, le tympan(4), membrane fine, ferme le canal auditif et se met à vibrer sous l'influence du son.

L'oreille moyenne, petite cavité, se sépare de l'oreille externe par le tympan. Elle contient la caisse du tympan qui renferme de l'air et est en contact avec l'oreille interne par deux régions membraneuses : la fenêtre ovale et la fenêtre ronde. Au niveau de la caisse du tympan se situe la chaîne des osselets : le marteau (solidaire du tympan) l'enclume et l'étrier (5). Ces trois os sont une chaîne d'amplification et de transmission de l'onde sonore jusqu'à la fenêtre ovale.

En cas d'onde trop forte, il existe un réflexe, appelé réflexe Stap dien qui fait intervenir deux muscles : le muscle Stap dien et de muscle Tensor qui en se contractant fixent la chaîne des osselets.

L'oreille interne est totalement incluse au niveau de l'os temporal. Elle commence à la fenêtre ovale et comprend deux régions : le vestibule (appareil de l'équilibre), et la cochlée ou limaçon (organe de l'audition). Cette dernière, structure ostéo-membraneuse spiralée, contient une rampe vestibulaire et une rampe tympanique qui vont se réunir à l'extrémité de la cochlée. Ces deux rampes sont remplies de liquide nommé p rilympe (substance proche du liquide intérieur). Enfin, à l'intérieur de la cochlée se situe l'organe de Corti (6) composé de milliers de cellules ciliées, chacune reliée à une fibre du nerf auditif. A chaque fréquence perçue correspond un groupe de cellules ciliées. Lorsqu'elles sont mises en mouvement par la

pérylympe, elles génèrent un influx nerveux (7) qui est conduit jusqu'au cerveau via le nerf auditif (8). Le cerveau pourra alors, en fonction des impulsions qu'il reçoit, reconnaître et décoder le son.

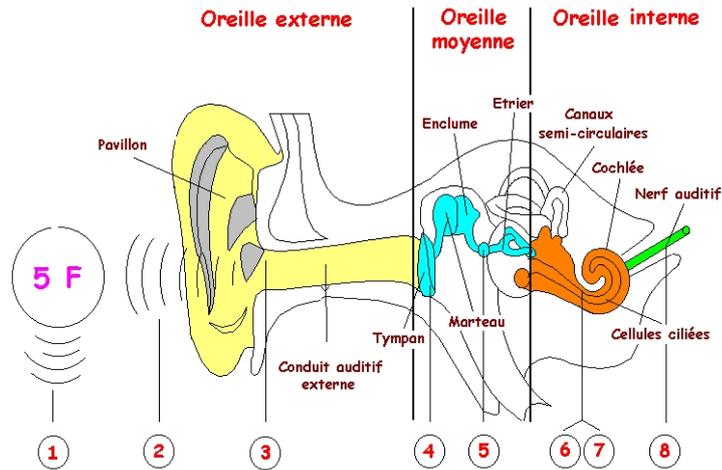


Figure 1 : Anatomie de l'oreille (Didier FERARD)

1.2.1.2 La transmission du son

1.2.1.2.1 Qu'est ce que le son ?

Le son est la partie audible d'une onde sonore. Il est caractérisé par sa fréquence (son grave ou aigu exprimé en hertz ou Hz), son amplitude (son fort ou faible, exprimé en décibel ou dB) et son timbre. L'oreille de l'homme est capable de percevoir des sons allant de 20 Hz à 20 kHz. Les échanges conversationnels s'effectuent autour de 50db et 1000 Hz.

Lorsqu'une information sonore parvient à l'oreille, les osselets vibrent. Cette réaction entraîne la vibration de la membrane basilaire et provoque le déplacement droite/gauche de l'organe de Corti. Ce mouvement provoque la stimulation des cellules ciliées. Enfin le neurone auquel elles sont reliées transmettra l'information au cerveau qui traitera l'information.

1.2.1.2.2 Les voies auditives

Les voies auditives sont construites en quatre relais :

Le noyau cochléaire se situe dans le tronc cérébral. C'est à ce niveau qu'il se fait un décodage de base du message (intensité, fréquence, durée de la source sonore).

Le complexe olivaire controlatéral et **le colliculus inférieur** interviennent dans la localisation de l'onde sonore.

Enfin, **Le corps genouillé médian** se situe dans le thalamus. A ce niveau se fait un premier travail d'intégration et la participation à une réponse motrice. A partir de cette étape diencephalique, les informations sont envoyées au cortex auditif qui correspond au cortex temporal.

1.2.2 L'évaluation de l'audition

L'audiométrie est l'étude et la mesure de l'audition. Celle-ci consiste à mesurer l'intensité à partir de laquelle le sujet perçoit le stimulus sonore, c'est-à-dire le seuil d'audition. Par convention, celui d'un sujet entendant est de 0 décibels (dB). Il est important d'évaluer également le seuil de douleur, lors de l'audiométrie, afin d'adapter au mieux le réglage de l'appareillage.

L'audiométrie est adaptée à l'âge du sujet. Ainsi, pour les bébés, l'audition s'évalue par des examens dits « objectifs », c'est-à-dire qu'ils ne nécessitent pas la participation active de l'enfant. Ici sont enregistrées les réponses nerveuses à un stimulus sonore envoyé au tympan et à la cochlée. On parle de Potentiel Auditif Evoqué (PEA). Cette évaluation se fait généralement sous sédatif, néanmoins, il arrive qu'elle nécessite une anesthésie.

Dès que l'enfant est capable d'une quelconque manifestation signifiant qu'il perçoit une information sonore, les examens dits « subjectifs » deviennent possibles. Pour les plus jeunes, l'enfant doit se tourner vers la source sonore au niveau de laquelle sera montrée une image en récompense. Puis, dès que l'âge le permet, l'enfant doit appuyer sur un bouton dès qu'il perçoit le son, ce qui déclenche une animation. Enfin, pour les plus grands, une audiométrie classique devient possible. Il existe deux types d'audiométrie : tonale et vocale.

L'audiométrie tonale est la mesure quantitative de l'audition pour chaque oreille. Des stimuli sonores calibrés sont envoyés et l'intensité est augmentée jusqu'à ce que l'enfant manifeste une réaction de perception. Le stimulus peut être envoyé par voies aériennes (casque, ...) ou par voies osseuses (vibreux appliqué sur l'os derrière le pavillon de l'oreille). Les résultats sont mis sous forme de tableau appelé audiogramme. L'horizontal représente les fréquences et on retrouve en vertical les intensités. Pour chaque fréquence, on pointe l'intensité nécessaire pour que l'enfant entende. En reliant les points, on obtient la courbe de seuil d'audition.

L'audition vocale s'adresse particulièrement aux enfants ne possédant pas suffisamment de vocabulaire. Il s'agit d'une mesure qualitative de l'audition. Des mots sont prononcés à partir d'une liste étalonnée et l'enfant doit les répéter. On évalue l'altération phonologique que l'on calcule en pourcentage d'intelligibilité.

Le degré de surdité calculé se base uniquement sur l'oreille la moins sourde. Puis, on calcule la moyenne des pertes sur les fréquences 500 Hz, 1000 Hz et 2000 Hz et on obtient le degré de surdité que l'on reporte au tableau du Bureau International d'Audiophonologie :

Audition normale : déficience inférieure à 20 dB

Déficience auditive légère : Déficience comprise entre 20 et 40 dB

Déficience auditive moyenne : Déficience comprise entre 40 et 70 dB

Déficience auditive sévère : Déficience comprise entre 70 et 90 dB

Déficience auditive profonde : Déficience supérieure à 90 dB (on distingue trois sous-catégories de surdité profonde : type I, II et III).

1.2.3 Les différentes surdités et les moyens de compensation

1.2.3.1 La surdité de transmission

La surdité de transmission correspond à une déficience auditive de l'oreille moyenne, c'est-à-dire du tympan et de la chaîne des osselets. Elle est consécutive à une pathologie de l'oreille externe ou moyenne dans 99% des cas. L'atteinte ne touchant pas la cochlée, la perte auditive sera inférieure à 60 Hz, en effet, les sons d'intensité supérieure ont une

énergie suffisante pour atteindre la cochlée par voies transosseuses et il y aura peu de déformations acoustiques.

Cette pathologie peut être acquise, l'otite séreuse étant la cause la plus fréquente, ou congénitale, par une aplasie mineure de la chaîne des osselets.

Si généralement la surdité de transmission a peu d'incidence psychologique, certains enfants peuvent subir un manque d'information sonore retentissant sur le plan du développement du langage et donc de la scolarité. De plus, les cas d'aplasie totale ou partielle de l'oreille externe et/ou du conduit auditif externe sont sources de difficultés psychologiques particulières et notamment des troubles de l'image du corps qui doivent faire l'objet d'une surveillance soutenue.

La surdité de transmission peut faire l'objet d'un traitement médicamenteux et est donc réversible.

1.2.3.2 La surdité de perception

La surdité de perception affecte l'oreille interne au niveau des cellules sensorielles de l'organe de Corti de la cochlée. On a vu précédemment que les cellules ciliées internes assurent la transduction de la vibration sonore. En cas d'atteinte neurosensorielle, la population des cellules ciliées internes et externes est modifiée en nombre et en qualité, entraînant sur le plan perceptif une perte en intensité mais également en définition du message par distorsion et perte des propriétés de discrimination. L'atteinte des cellules ciliées peut se caractériser par une baisse de fonctionnalité des cellules ciliées externes ou par une destruction partielle des cellules ciliées internes. Cette atteinte entraîne donc des troubles de la sélectivité. Un enfant malentendant aura donc plus de difficultés à discriminer des sons de fréquences proches.

Concernant la surdité de perception, on distingue aussi d'une part, la surdité de perception acquise, secondaire à une post méningite, des toxiques ou encore un traumatisme sonore...et d'autre part les surdités de perception congénitale.

Contrairement à la surdité de transmission, la cochlée étant touchée, la surdité de perception est généralement très grave. En effet, on retrouve beaucoup de surdités de perception sévères ou profondes, entraînant des difficultés d'apprentissage du langage oral et au niveau du développement psychologique.

1.2.3.3 La surdité mixte

Il arrive dans certains cas qu'une personne souffre à la fois d'une surdité de perception et d'une surdité de transmission. D'autres surdités correspondent à deux étiologies sans rapport. On parlera alors de surdité mixte.

1.2.3.4 Les moyens de compensation

1.2.3.4.1 Les appareillages

Comme nous l'avons vu précedemment, si la surdité de transmission se traite par médicament et est réversible, la surdité de perception se soigne par appareillage et le gain auditif ne peut être total. En effet, si les lunettes permettent de corriger totalement une vue défaillante, il n'existe aujourd'hui aucun appareil capable de restituer les informations sonores aussi finement que l'oreille elle-même et donc de permettre aux malentendants de retrouver une audition normale. On distingue deux types d'appareillage : Les implants et les prothèses auditives.

L'implant cochléaire s'adresse principalement aux enfants touchés par une surdité sévère ou profonde et bilatérale. Il est décidé après un bilan complet ; médical, audiométrique, psychologique et orthophonique.

L'implant cochléaire fonctionne indépendamment de l'oreille externe, moyenne et interne. Le dispositif comprend une partie externe, c'est-à-dire, un micro, un processeur et une pièce aimantée, et une partie implantée chirurgicalement. Les sons sont captés par un micro, celui -ci les envoie à un processeur qui les transforme en impulsions électriques. Celles-ci sont acheminées jusqu'aux électrodes implantées dans la cochlée qui stimule directement les terminaisons nerveuses du nerf auditif. Puis, le message nerveux est envoyé au cerveau qui le décode.

La prothèse auditive est constituée d'un micro, d'un amplificateur, d'un écouteur et d'une pile. Le micro capte le son, l'amplificateur le renforce, le filtre, le corrige et le compresse. Puis, l'écouteur transmet les sons au conduit auditif. Enfin, la pile fournit l'énergie nécessaire. La prothèse est maintenue à l'entrée de l'oreille grâce à un embout en

plastique souple réalisé d'après empreinte. Une étanchéité doit être parfaite entre l'embout et l'oreille afin d'éviter l'effet Larsen (sifflement de l'appareil).

1.2.3.4.2 La Langue des Signes Française (LSF)

La langue des signes n'est pas une langue universelle, il en existe plusieurs à travers le monde. C'est une langue vivante et complexe, qui comme toutes les langues évolue. Elle possède sa propre syntaxe, qui est intimement liée à la perception visuelle, puisque cette langue répond à une logique visuelle. Les signes sont basés sur l'utilisation des mains, du regard et de l'espace : les configurations des mains, leur emplacement, leur orientation et leur mouvement forment des signes qui équivalent à des mots, disposés devant soi. La disposition de ces signes, ainsi que la direction du regard, permettent de visualiser les relations (actif, passif), le temps (signes tournés vers l'arrière pour exprimer le passé et vers l'avant pour le futur). Le visage et le mouvement des épaules servant aussi à exprimer les nuances du discours. Pour de nombreuses personnes, la connaissance de ce langage est une nécessité sociale et/ou culturelle et non seulement pour les sourds ou malentendants, mais aussi pour les parents pour qui c'est le seul moyen de communiquer avec leur enfant, leur famille ainsi que pour tous ceux qui, par leur profession, sont régulièrement en contact avec eux.

En plus des appareillages et de la LSF, suite au diagnostic de surdité, les enfants bénéficient d'une part, d'un suivi en orthophonie afin d'y apprendre la lecture labiale ainsi que la prononciation des mots. D'autre part, un suivi psychologique pour une aide psychoaffective peut être proposé.

1.2.4 Le développement psychomoteur de l'enfant malentendant

L'enfant malentendant se retrouvant privé de l'un de ses sens, son développement psychomoteur se retrouve entravé. On observe donc chez la plupart des malentendants une hypertonicité, un retard des connaissances de son schéma corporel, des troubles spatio-temporaux, une mauvaise équilibration, une motricité globale maladroite ainsi que des troubles du langage. Les malentendants possèdent aussi une expressivité propre à eux.

1.2.4.1 Le tonus

Du fait de leurs troubles auditifs, les enfants malentendants ne reçoivent jamais autant d'informations extérieures qu'un entendant quant aux variations de l'environnement et ne perçoivent donc pas certains événements de la journée. Ils vivent dans un climat d'insécurité et sont donc régulièrement surpris par l'arrivée d'informations visuelles brusques qu'un entendant aurait pu anticiper : par exemple, le bruit d'une porte qui s'ouvre permettant à l'enfant d'anticiper la venue de sa mère. Ces informations auditives permettent à l'enfant d'élaborer des relations causales et temporelles. Ainsi, chez l'enfant malentendant, ces événements sont vécus comme intrusifs, entraînant ainsi une hyper vigilance constante et donc une hypertonicité permanente liée à l'angoisse d'être constamment surpris.

De plus, étant contraint de conjuguer un trop plein intérieur, dû aux difficultés à comprendre l'entourage, avec un vide extérieur, ses demandes obtenant des réponses pas ou mal adaptées, l'état tonique que l'enfant malentendant se crée, a un rôle d'enveloppe protectrice. *« De la même façon que l'enfant peut retenir sa voix pour ne pas la perdre, l'enfant sourd se contracte pour ne pas se perdre. Son hypertension, c'est sa présence, son unité, son moi corporel ».* (Herzog, 1984). Ainsi, l'immobilité est source d'angoisse d'inexistence et d'isolement et l'hypertonicité est la réponse au vide sonore qui l'entoure. Elle devient sa façon d'être au monde, le reflet de ses émotions tout comme les autres enfants, mais de manière exagérée.

1.2.4.2 Le schéma corporel et l'image du corps

Le schéma corporel s'acquiert grâce aux différentes expériences perceptives et l'intégration des sensations corporelles (extéroceptives, proprioceptives et kinesthésiques). Etant privé des informations sensorielles sonores, l'enfant malentendant développe les perceptions visuelles par compensation et notamment au niveau du visage et des mains, indispensable à la compréhension de la communication d'autrui. Le schéma corporel de l'enfant malentendant se construit donc différemment de celui d'un enfant entendant.

Une étude de MYKLEBUST (1960), comparant les dessins du bonhomme d'enfants malentendants et entendants, a mis en évidence un âge de développement du schéma corporel équivalent mais des représentations caractéristiques. En effet, l'enfant sourd dessine des têtes et les oreilles plus grandes. De plus les détails du visage ainsi que les mains apparaissent plus

précocement. Benoit VIROLE rajoute dans *psychologie de la surdité* que « *C'est à partir de ces parties de leur corps que ces enfants vont essayer de donner un sens au monde de gesticulation silencieuse qui les entoure* ». En revanche, les détails du reste du corps sont moindres.

« *Le corps de l'enfant sourd est vécu comme inachevé, soit dissymétrique, soit dans un trop plein de sensations non déchargées vers l'extérieur avec un vide que leur espace sonore induit* ». (HERZOG, 1995 ; p 41)

1.2.4.3 L'espace

L'émission d'un son se caractérise par son origine et sa propagation. La perception du son stimule la représentation spatiale grâce à la localisation de la source sonore et à la perception de la propagation. L'enfant malentendant, ne percevant pas les sons, ne peut ni localiser l'origine du son ni sa propagation. Son organisation spatiale se retrouve donc lésée dans son développement, l'enfant présente ainsi des difficultés dans la perception des profondeurs, des volumes et des distances.

1.2.4.4 L'équilibre

Le vestibule se situant dans l'oreille interne, beaucoup de malentendants présentent des troubles vestibulaires et donc d'équilibre. Ainsi, il en découle des retards dans les diverses acquisitions motrices.

De plus, « *Le docteur N'GUYEN Van LEM et Danièle PRAULT (1984) associent les problèmes d'équilibre fréquemment rencontrés chez ces enfants, à leur difficulté à se rendre compte de la profondeur et du relief qui les entourent, étant privés de la sensation des échos* ». (ROUX-DESSARPS, 1985, p 19). Ainsi, même si l'enfant malentendant ne présente pas de troubles vestibulaires, les troubles spatiaux qu'il rencontre par la difficulté d'appréhender le relief et la profondeur peuvent également entraîner des troubles d'équilibration.

1.2.4.5 Le temps

Les événements de la journée sont perçus par l'enfant grâce aux différentes perceptions sensorielles. L'enfant malentendant étant privé, lui, de l'audition, certaines informations de ses événements lui font défaut. Ainsi, l'organisation temporelle se retrouve déficiente. En effet, il se retrouve en difficulté quant aux liens des différents événements, il ne peut ni les anticiper, ni les relier entre eux. De plus, les notions d'avant et après arrivent tardivement. Enfin, ces difficultés de repérage temporel perturbent les capacités rythmiques de l'enfant malentendant.

1.2.4.6 La motricité globale

La régulation tonique ainsi qu'une bonne équilibration participent au bon ajustement du geste. Pour la plupart des enfants malentendants, ces deux fonctions étant difficiles, les différentes acquisitions motrices se retrouvent donc retardées puis entravées quant à leur qualité. Les coordinations et dissociations vont donc être difficiles. Les gestes seront mal adaptés et brusques, ils manqueront de fluidité, de souplesse et de précision.

De plus, il est observé chez la plupart des enfants malentendants une démarche lourde. En effet, ne percevant pas le bruit de leurs pas, ces enfants marquent plus fortement de contact entre le sol et leurs pieds afin de mieux sentir le contact du sol et les vibrations qu'ils entraînent. Une mauvaise appréhension des différentes parties du corps accentue cette démarche chaotique.

Enfin, comme nous l'avons vu plus haut, l'immobilité est source d'angoisse chez les enfants sourds. Ainsi, ces enfants ont globalement un rythme moteur rapide (l'enfant court plutôt que de marcher) et sont constamment en mouvement.

1.2.4.7 Le langage

Dans les premiers mois de la vie, la vision étant le sens le plus important, les bébés entendants et malentendants peuvent bénéficier de la même qualité d'échange avec leurs parents à condition que tout geste, mimique...soit pris en compte à sa juste valeur. La

communication ne se trouve, ici, pas encore lésée. Néanmoins, « *Le bébé ne s'autostimule à émettre en s'entendant que si l'environnement l'y a préparé par la qualité, la précocité et le volume du bain sonore dans lequel il l'a plongé.* » (ANZIEU, 1995 ; p 194). Ainsi, le bébé malentendant babille comme les autres enfants mais ne bénéficiant pas de cette enveloppe sonore et n'entendant pas sa mère lui parler, cette verbalisation s'estompe et disparaît. De plus, le langage se développant par imitation et l'enfant malentendant ne percevant pas les sons, il ne ressent pas l'envie de verbaliser en réponse à sa mère.

1.2.4.8 L'expressivité

Ne possédant pas le langage comme outil de communication, l'enfant malentendant investit donc d'autres sphères de communication : le langage corporel. Ainsi, la gestuelle de la mère constituera un bain de langage. L'étayage de la communication de l'enfant se fera grâce à la richesse des mouvements tactiles kinesthésiques et aux mimiques de la maman. Ainsi, l'enfant malentendant développera préférentiellement le langage corporel pour communiquer.

Plus tard, l'enfant sourd est initié à la Langue des Signes Française. Ce langage est constitué d'une part de signes dactylogiques représentant chacun une lettre de l'alphabet et d'autre part de signes ou mouvements symboliques de la main représentant une action, un lieu...une grande majorité du vocabulaire français. Néanmoins, La LSF ne se réduit pas à de simples de signes de la main, en effet, ceux-ci sont constamment accompagnés de mimiques. Cette communication permet donc aussi de stimuler et enrichir toute l'expressivité des enfants malentendants.

1.2.4.9 L'influence de l'environnement sur le développement psychomoteur de l'enfant malentendant

Sans parler de handicap, chaque être est unique. Le développement psychomoteur et psychoaffectif est propre à chacun et dépend de différents facteurs. La qualité du potentiel cérébro-moteur et l'évolution plus ou moins rapide de la maturation du système nerveux sont des réalités fondamentales. La qualité des informations extéroceptives et proprioceptives participe aussi au développement. Ce dernier dépend également de la richesse des expériences

motrices en fonction de la nature du milieu où elles se déroulent. Enfin, le contexte culturel et social où vit l'enfant présente une certaine influence.

Chez les enfants malentendants, on retrouve cette même variabilité. Ainsi, deux enfants ayant des degrés de surdité semblables, n'auront pas forcément le même développement psychomoteur et psychoaffectif, les mêmes difficultés ni les mêmes capacités. Son évolution dépend des mêmes facteurs que tout autre individu mais également de la récupération prothétique, propre à chacun.

Outre ces observations, on retrouve aussi des malentendants présentant en plus de la surdité des troubles dont pourraient souffrir un enfant ne présentant pas de troubles quelconques. On retrouve principalement la cécité, les troubles moteurs comme une dyspraxie, psychologiques comme des troubles profonds de la personnalité ou troubles du comportement. Enfin, un enfant malentendant peut souffrir de troubles du langage ou liés à un environnement perturbé.

1.2.5 Développement et caractéristiques psychoaffectifs de l'enfant malentendant

Comme nous l'avons souligné précédemment, du fait de ses troubles auditifs, l'enfant malentendant ne peut acquérir le langage parlé comme les autres enfants. Il se retrouve donc handicapé dans la communication avec autrui. Même si l'entourage ou la personne malentendante fait des efforts pour rendre la communication plus facile, le sourd se retrouve régulièrement en retrait. En effet, lors d'une conversation informelle, le débit de parole est trop rapide afin de permettre la lecture labiale. De plus, même avec la présence d'un traducteur, le sujet malentendant recevra toujours la conversation en différé. Ainsi, le sujet malentendant, enfant, adolescent ou adulte ressent très souvent un sentiment d'isolement.

Dans son livre, *Psychologie de la surdité*, Benoit VIROLE décrit ce qu'il appelle la « caractérologie classique » de l'enfant sourd. Il distingue trois traits caractéristiques du sujet malentendant : une anxiété constante, une impulsivité et des traits d'immaturité.

Tout d'abord, l'**anxiété constante** est due à une tension affective qui ne peut se soulager du fait de la pauvreté de vocabulaire.

Ensuite, **l'impulsivité** est marquée par des passages à l'acte. En effet, « *Ajuriaguerra note [...] que chez les sourds les tensions se déchargent en action plutôt qu'à travers des manœuvres intrapsychiques* » (VIVOLE, 2006, p 259) Cette impulsivité servirait d'échappatoire que les mots ne lui permettent pas.

Enfin, **les traits d'immaturité** se caractérisent par l'usage d'une pensée qui « *continue à l'état adulte d'utiliser des modalités que la psychologie a désignées comme primitives et animistes* ». (VIVOLE, 2006, p 260)

2 Clinique

2.1 Présentation de l'institution

Durant cette troisième année, j'ai pu découvrir différentes institutions (hôpital de jour, cabinet libéral...). Les deux cas cliniques que je vais présenter sont deux enfants malentendantes. Elles sont scolarisées en centre spécialisé. Cet établissement a été créé par une association de parents. Il dépend donc de cette association et est financé par la DASS. Ce centre accueille des enfants malentendants de trois à vingt ans et est structuré de deux sections correspondant à deux projets d'établissement. Le premier (auquel sont affectées ces deux enfants) est l'enseignement spécialisé pour enfants de 3 à 13 ans, le second est l'intégration scolaire pour enfants et jeunes de 3 à 20 ans.

La première section d'une capacité de quarante-trois places est organisée en classe spécialisée à faible effectif. Les enfants sont accueillis dès l'âge de 3 ans jusqu'à la fin du cycle de l'enseignement élémentaire. Celui-ci s'effectue selon un mode bilingue. Certaines matières sont enseignées en langue orale par une institutrice entendante et d'autres sont enseignées en Langue des Signes Française par une institutrice malentendante. Cet enseignement se base sur le programme de l'éducation nationale mais s'adapte aux troubles de ces enfants. En plus de celui-ci, l'enfant bénéficie d'au moins quatre séances d'orthophonie par semaine ainsi que des cours de LSF. De plus, selon les besoins des enfants, une prise en charge psychologique et/ou en psychomotricité peut être proposée.

Cette section propose également un suivi médical. L'institution prévoit donc une visite médicale annuelle pour chaque enfant par le pédiatre de l'établissement. Cette visite permet la surveillance de l'état de santé de l'enfant. Le médecin ne prescrit aucun traitement mais si besoin, il oriente vers un autre professionnel. En plus de ce suivi, l'établissement propose un guidage parental. Une samedi matin par mois, un groupe de parole animé par la psychologue est organisé pour les parents.

La deuxième section offre douze places et assure l'intégration scolaire en milieu ordinaire pour des enfants sourds âgés de 3 à 20 ans. Son champ d'intégration va donc de

l'école maternelle à l'enseignement secondaire. Il s'agit d'assurer des actions orthophoniques et de soutien pédagogique complétés par un suivi médico-psychologique. Un accompagnement sur le lieu de scolarisation peut être proposé.

La demande d'admission dans cet établissement est d'abord initiée par les parents. Puis, à l'issue d'un bilan pluridisciplinaire, la décision d'accueil de l'enfant et le choix de la section sont définis.

2.2 Modalités du stage

Dès la première rencontre avec la psychomotricienne de l'établissement, j'ai pu expliquer mon projet de proposer la danse comme support principal des séances qui pourraient m'être confiées. Etant intéressée, elle a accepté de m'accueillir. La précédente stagiaire avait d'ailleurs déjà mis en place des prises en charge semblables l'an dernier. Par contre, si elle trouve cette médiation intéressante pour ces enfants, ce n'est pas un support qu'elle utilise, n'ayant pas spécialement d'expérience de la danse.

Le stage se déroule le lundi après midi. Le lieu étant une école, la période de présence suit le système scolaire. Je commence donc mon stage début septembre et le termine fin juin. Durant mon temps de présence, j'assiste à quatre prises en charge individuelles. En début d'année, ma maître de stage me propose d'assister aux séances pendant les quatre premières semaines et donc d'avoir un rôle d'observatrice voire de participer si l'activité s'y prête. Par la suite, je m'engage auprès de deux enfants avec lesquels je me sens plus à l'aise et pour qui mon projet semble adapté.

Rapidement un climat de confiance s'installe entre les enfants et moi même. Malgré les difficultés de communication dues à mon manque de connaissance quant à la Langue des Signes Française, je m'adapte vite à la communication par geste. J'apprends d'ailleurs relativement rapidement les mots en LSF nécessaires lors d'une prise en charge.

J'ai commencé à prendre les initiatives du suivi au mois d'octobre pour deux enfants nommées Jessie et Aïchata. La danse me paraît être une médiation adaptée à leurs difficultés. Elles semblent également demandeuses de travailler avec moi. Au départ, j'insère quelques épreuves et tests dans les premières séances. Je n'ai pas effectué de bilan type mais ces divers éléments étaient nécessaires afin de soutenir la mise en place de mon projet pour chacune. A partir de ces informations, j'ai pu adapter au mieux et installer complètement mon projet.

De manière générale, mon intention est de privilégier les atouts de la danse comme médiation principale afin de contribuer à la diminution des troubles psychomoteurs et psychoaffectifs de ces enfants, en groupe ou en séance individuelle. Ici, il s'agira de séances individuelles. Etant des enfants malentendants, je décide aussi de soutenir mon projet par l'utilisation des vibrations que propage la musique. En fonction de mon idée et bien évidemment du projet thérapeutique pour chacune des enfants, les cadres de séances des deux suivis présentent quelques points communs. Lorsqu'elles arrivent en séance, elles enlèvent leurs chaussures et chaussettes. Il est important qu'elles soient pieds nus pendant la séance. En effet, cela leur permet une meilleure perception des appuis au sol ainsi que des ondes provenant de la musique et propagées par le sol en parquet. Le poste de musique est toujours posé au sol afin de favoriser la propagation des ondes sonores. Ensuite, nous commençons par un échauffement corporel pour lequel des consignes personnalisées à chacune se surajoutent. Puis nous continuons par des exercices dansés qui varient selon les séances et l'enfant. La séance se termine ensuite par un temps de relaxation.

Dans un premier temps, je vais présenter l'anamnèse de Jessie et Aichata à partir d'informations provenant du dossier médical et celles obtenues auprès de la psychomotricienne et de l'équipe institutionnelle. Ensuite, j'exposerai leur bilan psychomoteur. Puis, je présenterai leur projet thérapeutique. Enfin, j'expliquerai le déroulement de la prise en charge tout au long de l'année. Lors de celle-ci, de nombreux items psychomoteurs sont abordés. Néanmoins, dans un but d'organisation et d'intérêt quant à la présentation de ces enfants, je ne parlerai que des items psychomoteurs que nous avons le plus abordés. De plus, ils seront présentés non pas dans l'ordre de leur importance mais en lien avec le déroulement de la séance.

2.3 Jessie

2.3.1 Anamnèse

Jessie est née le 9 novembre 1999, lorsque je la rencontre, en septembre 2008, elle est âgée de 8 ans et 10 mois.

Ses parents, originaire des Philippines, se séparent lorsqu'elle a 18 mois. Avant sa naissance, sa maman a eu deux filles (l'une avec le père de Jessie l'autre d'un autre homme), toutes deux décédées à 3 et 7 mois d'une maladie cardiaque transmise par la mère. Jessie a deux cousins maternels malentendants. La naissance de Jessie se déroule sans difficultés.

Dans le dossier, il est indiqué que Jessie souffre d'une cytopathie mitochondriale transmise par sa mère, entraînant une atteinte neurosensorielle et du muscle cardiaque. L'IRM qu'elle a passée montre une atrophie cérébelleuse associée à une dilatation modérée du carrefour ventriculaire gauche. Ces lésions entraînent des problèmes cardiaques (aujourd'hui stabilisés grâce à un traitement), des troubles de l'équilibre et un retard psychomoteur. En effet, elle a acquis la station assise à 9 mois, la marche avec appui à 19 mois, la marche seule à 2 ans et elle dit ses premiers mots à 4 ans. Ajouté à cela, cette pathologie entraîne chez elle des troubles visuels et auditifs. Ainsi, Jessie présente une anomalie de conduction au niveau des voies visuelles et, en 2000, un diagnostic de surdité bilatérale de perception est posé : elle souffre d'un déficit auditif modéré (DAM) à l'oreille droite et d'un déficit auditif sévère (DAS) à l'oreille gauche. L'audiogramme montre un potentiel évoqué auditif (PEA), c'est-à-dire l'intensité minimale qu'elle peut percevoir, de 40 dB à l'oreille droite et de 70 dB à l'oreille gauche. Ceci expliquant le retard de langage. Jessie est appareillée en 2004. Il lui faudra six mois pour s'y adapter. C'est à cette période qu'apparaissent les premiers mots de Jessie. Aujourd'hui encore, les professionnels s'interrogent quant à l'évolution de cette maladie.

D'après les dires de la psychomotricienne, Jessie ne présente pas de trouble majeur du sommeil à la maison mais celui-ci reste un peu agité. Elle a une alimentation sélective. De plus, chez elle, Jessie est souvent livrée à elle-même. En effet, elle est seule lorsqu'elle rentre de l'école et sa mère rentre du travail (femme de ménage) en début de soirée. Chez elle, elle fait ce qu'elle souhaite et n'écoute pas les réprimandes qui peuvent lui être faites par sa mère ; le travail de classe n'est également jamais fait.

De 2000 à 2003, Jessie va à la crèche quotidiennement. Puis, de janvier à novembre 2003, elle vit chez son oncle aux Philippines alors que sa mère est en France. Cette séparation aurait déclenché chez Jessie un épisode dépressif.

En 2005, Jessie entre dans une école pour enfants malentendants, le premier projet étant qu'elle suive la section éducative et l'enseignement spécialisé avec intégration partielle en grande section de maternelle. A ce moment là Jessie ne dit encore que des mots isolés en français et ne comprend que ce qui est simple et familier. A l'école, elle se montre peu à l'aise en groupe et reste en retrait. De plus, la copie d'écrit au tableau est très difficile et fait preuve de lenteur dans son travail.

Jessie est suivie en orthophonie quatre fois par semaine depuis juin 2004

2.3.2 Bilan psychomoteur

2.3.2.1 L'espace

Test d'organisation grapho perceptive : Bender

Ce test permet d'évaluer les capacités perceptivo motrices et visuo spatiales de Jessie. On peut aussi évaluer la qualité de la prise de l'outil scripteur.

Les résultats de J. sont les suivants :

Figure I : 0/15

Figure IV : 1/22

Figure II : 12/16

Figure V : 8/16

Figure III : 11/12

Total : 34/81

Ces points correspondent à la moyenne des enfants de 7 ans et 4 mois. Outre ces résultats chiffrés, la psychomotricienne et moi-même observons que les sections sont perçues. Néanmoins, Jessie ne tient pas compte du nombre, des dimensions et les orientations sont difficiles. Ces difficultés ne sont ni à mettre en lien avec une difficulté motrice, puisque son mouvement est correct, ni à une mauvaise prise de l'outil scripteur ou une mauvaise posture qui sont toutes deux adaptées.

On peut donc en conclure que Jessie présente des difficultés perceptivo motrices ainsi que visuo spatiales.

2.3.2.2 Le schéma corporel

Le dessin du bonhomme, cotation d'après la feuille de notation de J. Royer.

Si on considère son dessin dans sa globalité, celui-ci correspond au quart inférieur pour un enfant de 8 ans et demi. Néanmoins, certains détails du visage sont présents (yeux avec iris et cils, nez, bouche, cheveux), cette partie correspond d'ailleurs à un enfant de douze ans et demi alors qu'elle n'en a seulement neuf. En revanche, le schéma corporel est peu élaboré, les bras et les mains ne sont pas représentés. Les jambes et les pieds ne sont pas visibles, le personnage étant vêtu d'une grande jupe. Enfin les éléments vestimentaires sont peu élaborés : on remarque la seule présence de la jupe, le buste n'étant pas vêtu.

Ces résultats pourraient illustrer l'étude comparant les dessins du bonhomme d'enfants malentendants et entendants.

Test des imitations de gestes de Berges-Lezine

L'imitation de gestes simples est correctement réalisée. Néanmoins, l'orientation d'un membre par rapport à un autre est difficile (gestes n° 7, 8, 15, 16, 17 et 18). On retrouve notamment une difficulté à respecter l'horizontalité lors que les deux membres sont impliqués. En revanche, l'imitation des gestes complexes est correctement réalisée. Cette réussite peut être mise en lien avec l'apprentissage de la Langue des Signes Française.

2.3.2.3 Le tonus

De manière générale, on observe chez Jessie une posture et démarche spontanées plutôt hypertoniques.

L'examen de l'extensibilité et du ballant met en évidence un état hypertonique. En effet, je perçois beaucoup de résistance et paratonies. Lors de l'extensibilité, les mobilisations sont freinées et le ballant est petit au niveau des bras et inexistant au niveau des genoux. De plus, lorsque je réexplique les consignes, Jessie ne parvient pas à se décontracter. Ceci est à mettre en lien avec une hypertonie de relation mais traduit surtout des difficultés de régulation tonique.

2.3.2.4 Echelle de développement moteur de Lincoln Oseretzky

Les consignes de certaines épreuves de ce test ont du être adaptées à la pathologie de Jessie. En effet, étant malentendante, il était difficile de lui expliquer certaines consignes en signant. Nous avons donc effectué ses tests par imitation puis je l'ai laissée continuer seule.

Contrôle et précision manuelle : 37.5%

Coordination globale : 42.9%

Activité alternée des deux membres : 0%

Vitesse doigts/poignets : 42.9%

L'équilibre : 25%

Coordinations manuelles : 66%

Si les coordinations manuelles sont correctes, les dissociations sont extrêmement difficiles. En effet, toutes les épreuves de dissociation sont échouées. On retrouve également dans ce test ses troubles de l'équilibre qui ont des conséquences sur ses capacités de coordinations globales. En effet, en fonction d'une régulation tonique inadaptée et des troubles de l'équilibre, ces actions sont rendues difficiles et peu harmonieuses.

2.3.2.5 Les coordinations dynamiques générales

Echelle de coordination motrice de Charlop Atwel

- Note objective : 16/38
- Note subjective : 17/34

Ces résultats correspondent à une enfant de 4 ans. Les trois premiers mouvements sont globalement effectués néanmoins, ses troubles de l'équilibre altèrent la qualité d'exécution. Ils manquent donc de souplesse, de fluidité et de précision. Les derniers enchaînements demandés sont impossibles. L'enchaînement « main main pied pied » pour l'animal préhistorique n'est pas perçu, ses difficultés d'équilibration l'empêchent de tourner et d'avancer en même temps dans le tournoiement et de maintenir la position sur la pointe des pieds, ce qui rejoint les résultats du Lincoln Oseretsky.

2.3.2.6 Conclusion de bilan

La réalisation de ce bilan s'est étalée sur plus de séances que prévu. En effet, Jessie a quelques difficultés de concentration (difficulté à maintenir son regard sur l'activité demandée, beaucoup de verbalisations diverses...). De plus, si Jessie est une petite fille agréable, elle accepte difficilement le travail et demande sans cesse de jouer.

La réalisation de ce bilan a permis de mettre en évidence tout d'abord des difficultés visuo spatiales et une lenteur d'exécution que l'on peut mettre en lien avec ses difficultés visuelles et auditives. De plus, Jessie présente des difficultés de programmation des schèmes moteurs qui altèrent la qualité des coordinations dynamiques générales, ces difficultés étant majorées par ses troubles du tonus et d'équilibre les rendant parfois impossibles.

Jessie manque beaucoup d'assurance et est en constante quête affective. En effet, suivant les informations recueillies par l'équipe et notamment par la psychomotricienne, il semblerait que sa mère, ayant déjà perdu deux enfants, ait quelques difficultés à investir sa fille. Ajouté à cela, Jessie présente un handicap qu'il semble difficile à aborder avec la maman. Cette hypothèse et les événements de son enfance (un an aux Philippines loin de sa maman,...) nous permettent de penser que Jessie présente quelques carences affectives. Celles-ci pourraient être à l'origine de son manque de confiance en elle et sa quête d'affectivité.

2.3.3 Projet thérapeutique

Jessie vient en psychomotricité à raison de deux fois par semaine en séance individuelle pendant une demi-heure trois quarts d'heure.

Cette prise en charge envisage dans un premier temps à diminuer les troubles consécutifs à la maladie de Jessie. Le suivi a donc pour objectif de l'aider dans l'exploration spatiale bidimensionnelle afin qu'elle puisse se repérer sur le tableau de la classe ainsi que sur sa feuille de travail. Ensuite, différents jeux psychomoteurs impliquant une certaine élaboration mentale et différents projets moteurs visent à augmenter sa vitesse de travail que ses troubles ralentissent. Ce suivi a aussi pour objectif de diminuer son hypertonicité et de rétablir une certaine aisance corporelle.

L'une de ces deux séances se déroule en ma présence. Pendant un mois, j'ai seulement observé et participé. Puis, ayant établi un très bon contact avec cette enfant, la psychomotricienne m'a confiée l'initiative du suivi. A partir du mois d'octobre, j'ai donc mis en place une prise en charge autour de la danse sans oublier le temps de relaxation en fin de séance. La psychomotricienne reste tout de même chaque fois avec nous.

Les différents mouvements dansés aborderont l'équilibration, la régulation tonique, les coordinations et dissociations et lui permettront d'acquérir une harmonie des mouvements. Parallèlement, j'intégrerai une exploration spatiale lui permettant d'appréhender les volumes et les distances, ainsi que les différentes dimensions de l'espace. Enfin, un temps de relaxation contenant et sécurisant permettra un approfondissement du schéma corporel ainsi qu'un travail sur la régulation tonique. Ainsi, ces mises en situation devraient favoriser l'aisance corporelle et lui apporter une revalorisation narcissique nécessaire à une meilleure confiance en elle.

2.3.4 Prise en charge

L'année passée, Jessie bénéficiait déjà d'une prise en charge autour de la danse. Afin de créer un prolongement de ce suivi, j'ai commencé par amener cette médiation sans musique, comme elle avait l'habitude de faire l'année dernière. Néanmoins, j'ai décidé par la suite de continuer son accompagnement en intégrant la musique. Outre le fait que je sois plus à l'aise en présence de musique, la nécessaire fusion entre musique et danse est source d'une plus grande richesse de mouvement. J'ai d'ailleurs remarqué une implication beaucoup plus grande et spontanée de la part de Jessie. Tous les exercices se trouvaient beaucoup plus investis et notamment le premier qui, sans la musique, se révélait quasiment impossible.

2.3.4.1 Le schéma corporel

Chaque séance débute par un temps d'échauffement global du corps. La consigne est de bouger les différentes parties du corps une par une en commençant par la tête puis en choisissant la suivante chacune notre tour. Puis, selon les séances, il s'agit de la faire danser lentement puis rapidement ou encore d'explorer tous les mouvements que nos articulations permettent...Cet exercice a pour but une introduction au travail dansé et une prise de

conscience du schéma corporel en énumérant par le mouvement, les différentes parties du corps, intégrant donc un travail de proprioception.

Cet exercice est difficile au départ pour Jessie. En effet, cette petite reste difficilement concentrée et est souvent dans le besoin de bouger tout son corps. Faire danser une seule partie de son corps lui demande donc un gros effort d'inhibition corporelle. Ainsi, en début d'année cet exercice est peu investi malgré la présence de la musique. Lors des moments d'imitation (lorsque c'est moi qui apporte le mouvement), Jessie reproduit un mouvement petit et peu élaboré qu'elle stoppe rapidement sans attendre que je lui signale que c'est son tour. Puis, dès qu'elle montre un mouvement, elle propose chaque fois une marche dynamique dans la salle, que la musique soit rapide ou lente. Du fait de son retard quant à ses connaissances de son schéma corporel, la consigne demandant de proposer une partie du corps à bouger la met peut être dans une telle difficulté qu'elle ne peut investir ce temps.

Puis, au fur et à mesure de la prise en charge, ses mouvements s'affinent, sa concentration s'améliore et ses propositions s'enrichissent. Ces progrès sont sans doute en lien avec un approfondissement des connaissances somatognosiques.

2.3.4.2 L'espace

La danse et ses techniques dérivées permettent d'aborder l'espace de différentes manières. Globalement, la prise en charge s'organise autour de « danse miroir ». Il s'agit là de danser en étant chacune notre tour le modèle de l'autre. J'intègre donc lors de ces temps des mouvements d'exploration du haut/bas, de la gauche/droite, du loin/près... Ainsi, l'espace propre et proche peuvent être appréhendés lors de mouvements centrés sur soi que l'on peut retrouver avec l'aide d'autres stimulations dansées. Puis, danser des mouvements de plus grande amplitude et des déplacements de complexité progressive apporte un enrichissement de l'espace générale et une prise de conscience de celui-ci.

Les stimulations dansées peuvent également s'ouvrir à des danses avec un objet, danses d'émotions, ou d'expérimentation de différents tempos de la musique.

Enfin, un exercice que je propose régulièrement consiste à créer une chorégraphie (par moi seule ou à deux) et d'établir des trajets simples et construits dans cette chorégraphie. Une fois celle-ci dansée plusieurs fois, Jessie ayant expérimenté les différents trajets et mouvements, je lui propose de représenter ces trajets sur une feuille préalablement orientée

par elle-même (je dessine les murs et lui demande de placer la porte et le bureau de la psychomotricienne ou là où elle se trouve).

Si Jessie peut maintenir longtemps le rôle de « leader » (pendant toute une musique de 2 à 3 minutes), ces propositions sont plutôt pauvres. En effet, elle n'explore pas beaucoup l'espace et les mouvements qu'elle propose reprennent quasiment toujours un mouvement que j'ai proposé auparavant. Alors qu'elle apprécie les marches dynamiques lors de l'échauffement corporel, lors des « danses miroirs », je remarque peu de « jeux » et d'alternance entre les différentes dimensions de l'espace. Ainsi, en début d'année, les mouvements dansés qu'elle propose sont généralement des gestes d'exploration spatiale que j'ai dansés juste avant. Puis, au fur et à mesure de l'année, je la vois reprendre plusieurs de mes propositions mais celles-ci restent ébauchées. Lors d'un exercice de danse avec objets, elle me surprend agréablement en commençant à jouer avec différentes orientations et avec la structure spatiale de la salle (monter sur des blocs de mousse, introduire les murs...). Néanmoins, cette exploration spatiale reste timide.

En ce qui concerne la transposition d'espace réel à espace graphique, les progrès ont été plus observables. En effet, en début d'année, Jessie a énormément de difficulté à retranscrire graphiquement le trajet que nous avons dansé. Il faut que nous refassions ensemble les trajets effectués sans danser ainsi que de placer le point de départ et d'arrivée sur la feuille pour l'aider à se repérer sur celle-ci, à établir un transfert de plan. Rapidement elle sait situer le point de départ et d'arrivée. Puis, Jessie commence à placer les différents points intermédiaires des trajets avec aisance et à tracer le trajet avec plus de facilité. Cet exercice demande tout de même pour elle une certaine concentration et réflexion.

2.3.4.3 Les coordinations et dissociations

Les coordinations et dissociations sont abordées tout au long de la séance. Je réserve certains exercices lors desquels je porte plus mon attention sur ces items. J'utilise donc comme support la « danse miroir » ou la danse contact. Grâce au contact de nos bras, je l'encourage à effectuer des mouvements de coordination et dissociation. Ces mouvements sont aussi repris lorsque nous créons une petite chorégraphie. En effet, je peux lui proposer des marches dansées, des sauts, des roulades au sol...mais j'alterne aussi entre des

mouvements simples (d'un seul membre par exemple) et des mouvements de coordination ou dissociation plus difficiles.

En début d'année, ces différents mouvements sont très difficilement réalisables et notamment les mouvements de dissociation. Il faut les décomposer et les maintenir à une vitesse très faible. Puis, à mesure que les séances se déroulent, grâce à un enrichissement de ses connaissances somatognosiques et à une meilleure régulation tonique, les coordinations deviennent plus harmonieuses et plus fines. En revanche, les mouvements de dissociation restent très difficiles. Il est encore nécessaire de les décomposer et de les effectuer de manière très lente. Néanmoins, Jessie fait preuve d'une meilleure capacité d'apprentissage.

Enfin, en début d'année, les coordinations dynamiques générales sont à peu près possibles lors de la danse mais elles sont brusques et maladroitement. Puis, elles se sont affinées, la marche est devenue moins frappée au sol, moins saccadée, les sauts et les équilibres sont un peu mieux contrôlés.

2.3.4.4 Le tonus

La danse contact et la relaxation en fin de séance favorisent la régulation tonique.

Je m'appuie sur la valeur du dialogue tonique de la danse contact. Celui-ci favorise une prise de conscience des sensations corporelles que produisent les différents états toniques qui enrichissent la régulation tonique. La danse contact que je mets en place consiste à danser le dos de l'une en contact avec le ventre de l'autre. La personne derrière guide l'autre par le contact des bras et des mains. Avec Jessie, j'effectue cette danse assise. Nous avons vu que cette enfant montre des difficultés pour les activités moins dynamiques. Cette posture limitant la motricité au bras et au buste recherche la stimulation du contrôle moteur.

Je suis consciente que cette danse peut provoquer une certaine angoisse chez Jessie. En effet, il est observé chez les enfants malentendants une certaine anxiété due à leur difficulté d'anticipation. De plus, la danse contact que j'ai mis en place ne s'appuie pas sur le sens de la vue puisque je suis placée derrière elle. Néanmoins cette présentation ne s'est pas fait sans réflexion. C'est après avoir appris à connaître cette enfant et instauré un climat de confiance entre nous que j'ai proposé cette situation. L'alternance des rôles renforce également ce sentiment de sécurité.

Au début, Jessie est très hypertonique, il est difficile de lui guider un mouvement. La permanence de cet état limite la disponibilité gestuelle. C'est en privilégiant des danses plus dynamiques et ludiques que j'observe une meilleure régulation tonique. Je parviens donc à l'amener globalement vers les mouvements que je souhaite.

La relaxation est progressivement mise en place car en tout début d'année ce temps n'est pas possible. Jessie refuse catégoriquement un moment de détente. Je pense qu'il faut d'abord l'amener à canaliser son agitation afin de la préparer à la relaxation. Je lui propose tout de même régulièrement un moment de détente. Etant future psychomotricienne, je dois pouvoir adapter et proposer des situations plus accessibles pour elle. Ainsi, lorsqu'elle refuse, je l'encourage à essayer en étant assise plutôt qu'allongée. Ce n'est qu'en milieu d'année qu'elle accepte. Durant cette détente, je remarque beaucoup de paratonies mais elle est très concentrée sur ce que je fais et reste immobile. Par contre, elle refuse les mobilisations au niveau des jambes et ne ferme jamais les yeux. Mon niveau de LSF est encore faible et j'ai des difficultés à lui expliquer le déroulement de la relaxation à sa juste valeur. Jessie semble donc quelque peu anxieuse de ce qui va se passer lors de ce temps. Au fur et à mesure de l'année, elle accepte la relaxation allongée. Je relève moins de tensions et de paratonies au niveau des membres supérieurs et elle accepte le contact au niveau des membres inférieurs. Par contre, les mobilisations à ce niveau sont encore impossibles. Elle garde également les yeux ouverts. Les difficultés rencontrées lors de la relaxation nous questionnent la psychomotricienne et moi-même. Est-ce que la méthode lui correspond ? Est-ce dû à ma manière de faire ? La psychomotricienne, qui a déjà rencontré ces difficultés l'an passé, suppose que le contexte de sa maladie influencerait le vécu et la perception de cet état. Au cours du suivi, j'adapte mes propositions en privilégiant les oppositions motrices (alternance entre motricité active et motricité passive, entre tension et détente), par des mouvements effectués en imitation.

2.3.4.5 L'attention

Jessie fait preuve de beaucoup de difficultés à s'engager dans la séance. Le jour où je commence à prendre l'initiative de celle-ci, je lui explique qu'ensemble nous allons danser dans les séances que j'anime. Elle m'affirme alors qu'elle n'aime pas la danse. En réalité, la psychomotricienne me rassure en m'expliquant qu'elle dit cela quelle que soit la médiation.

De plus, chaque fois que j'explique les consignes du prochain exercice, elle écoute difficilement, regarde ailleurs, me coupe la parole (par signes et/ou oralement). Enfin, elle verbalise régulièrement de la fatigue. Pourtant, malgré ces différentes observations, dès que je lance la musique, celle-ci prend un réel plaisir à danser. En effet, elle est appliquée lors des imitations, lors des moments où c'est son tour d'apporter la danse, elle sait reprendre certains mouvements que j'ai présentés auparavant et apprend relativement rapidement une petite chorégraphie.

A l'issue d'une réflexion entre la psychomotricienne et moi-même, nous sommes venues à l'hypothèse que son manque d'attention ne tiendrait pas de réelles difficultés attentionnelles mais seraient plus en lien avec une demande constante d'affection.

Au fur et à mesure de l'année, Jessie apprend à canaliser son attention. Elle est plus attentive lors de l'annonce des consignes. Les exercices présentant une motricité plus limitée, (danse contact, « danse miroir » assise...), sont beaucoup plus investis.

2.3.4.6 Difficultés rencontrées

La mère semble peu investie dans la scolarisation de sa fille. Elle vient lors d'un rendez-vous prévu à l'avance mais n'est jamais présente aux groupes de parole. Elle présente des difficultés de communication avec sa fille puisqu'elle ne pratique pas la LSF

Jessie souffre de difficultés cardiaques mais son traitement offre une stabilisation de ces troubles et lui permet de participer à des activités sportives. Néanmoins, lors de la visite médicale annuelle de Jessie (février 2009), la mère confie au pédiatre qu'elle a stoppé le traitement de sa fille depuis février 2008. La raison de cet arrêt de traitement reste inconnue de l'équipe institutionnelle (dénier de la maladie par rapport à ses premières filles décédées ?). Le pédiatre l'a aussitôt orientée vers son cardiologue qui a re-prescrit son traitement. Néanmoins, l'absence de traitement et le maintien d'activités sportives ont entraîné une atrophie du cœur. Jessie doit donc maintenant limiter toute activité sportive. La prise en charge autour de la danse se retrouve donc compromise voire impossible. Dans un premier temps, nous avons décidé de réorienter le projet thérapeutique de Jessie en choisissant d'autres supports comme des jeux calmes, assis au sol ou autour d'une table. La relaxation est maintenue en fin de séance avec les modalités déjà présentées.

2.3.5 Conclusion

Si l'investissement dans la séance reste aujourd'hui encore un peu difficile pour Jessie, on note tout de même de nets progrès. De meilleures capacités proprioceptives et une meilleure régulation tonique améliorent la qualité de sa motricité globale. L'exploration spatiale est devenue plus naturelle et les transferts de plans plus aisés. Malgré ces progrès, ces domaines psychomoteurs restent fragiles et demandent à être encore stimulés. Tout au long de cette année, j'ai aussi remarqué une évolution quant à sa concentration. Tout d'abord la musique semble l'aider à rester attentive lors des différents moments dansés. De plus, en fin d'année, elle parvient à s'investir plus facilement dans les exercices ne demandant pas de déplacement. Enfin, elle m'interrompt moins lorsque je donne les consignes.

Tout au long de l'année, lors des alternances de rôle et grâce aux valorisations que j'ai pu apporter à ses propositions, j'ai abordé le domaine affectif qui semble blessé. Ce domaine a également été enrichi par de la danse contact qui crée un enveloppement sécurisant et un portage pouvant s'apparenter à la notion de « holding » de WINNICOTT.

2.4 Aïchata

2.4.1 Anamnèse

Aichata est née le 6 février 2001 ; quand je la rencontre en septembre 2008, elle est alors âgée de 7 ans et 7 mois.

Elle est la quatrième d'une fratrie de six enfants dont l'aîné est mort à douze jours. La cause de ce décès reste inconnue. Ses parents, d'origine malienne, sont cousins germains.

A trois ans, une surdité est diagnostiquée (très tardivement). Aichata souffre d'une surdité bilatérale sévère de perception. Bien qu'Aichata soit la seule malentendante de sa famille, l'origine génétique est très probable mais elle n'a pas été vérifiée, les parents ayant refusé les recherches. Aichata porte donc des prothèses et elle a un très bon gain prothétique. En effet, l'audiogramme met en évidence une réponse à partir de 80/90 décibels sans appareils (correspondant à un déficit auditif sévère), et une réponse à partir de 50 décibels avec prothèses. Il est remarqué que ce gain est malgré tout fluctuant, si la réception auditive des mots est bonne (dénomination spontanée d'images avec déformation du langage qu'elle corrige en répétition), il arrive qu'à l'aide des appareils, Aïchata ne perçoive pas la son d'une intensité inférieure à 90 décibels.

L'histoire personnelle et les examens de cette enfant ne révèlent pas de particularité. Le développement psychomoteur s'est déroulé normalement (elle marche à quatorze mois) par contre, un retard langagier est mis en évidence. Ce retard peut être mis en lien avec la surdité et le bilinguisme qui l'entoure. Le contexte culturel dans lequel elle évolue est plutôt complexe. En effet, si le père s'exprime et comprend relativement bien le français, il ne sait pas lire et la mère est peu francophone. De plus, ils connaissent des problèmes de logement puisqu'ils vivent dans un appartement très petit par rapport à leur famille. A la maison, Aïchata est souvent livrée à elle-même. Elle manque de cadre et d'espace personnel. Elle partage sa chambre avec ses frères et sœurs. Elle préfère jouer le soir ou regarder la télévision plutôt que de se coucher tôt. Ces éléments entraînent un manque de sommeil.

Malgré le gain prothétique et le désir certain de communication d'Aichata, les progrès langagiers sont décevants. En rapport avec ce retard, des examens ont été faits dans un centre spécialisé, ces difficultés proviendraient d'un trouble de l'attention sélective.

Aichata entre en CAMSP à 3 ans pour deux ans, puis elle est admise en école spécialisée pour malentendants en septembre 2006 alors qu'elle est âgée de 5 ans. Le projet est d'obtenir l'entrée au CP et de bénéficier d'une prise en charge en section d'éducation et d'enseignement bilingue (association de cours avec instituteur entendant et malentendant). A son arrivée, l'équipe remarque qu'elle verbalise beaucoup de plaintes corporelles (corps malade, membre mort...).

2.4.2 Bilan psychomoteur

Certaines épreuves ont été réalisées en octobre 2007 et d'autres par moi en novembre 2008.

2.4.2.1 Le schéma corporel

Test des imitations de gestes de Bergers-Lézine (2007)

Bien réussi

Le dessin du bonhomme cotation d'après la feuille de notation de J. Royer(2008)

Celui-ci est sommaire (absence de nez, d'oreilles et de cou, peu de cheveux, jonctions peu élaborées), ce qui est à mettre en lien avec ses difficultés visuo spatiales et non pas avec des troubles du schéma corporel du fait de la réussite du test précédant. On peut également mettre ces résultats en lien avec une image du corps peu investie. En effet, elle n'utilise qu'une seule couleur alors que je lui en propose douze. De plus, peu d'éléments vestimentaires sont dessinés et on a quelques difficultés à reconnaître le sexe de son bonhomme.

2.4.2.2 Temps et Rythme (2007)

Test de Mira Stamback

La reproduction des rythmes n'est pas possible. En effet, Aïchata ne parvient pas à percevoir le nombre de frappes même si celles-ci se font sur ses mains. Néanmoins, elle parvient à les réaliser lorsqu'on lui montre la représentation graphique. La symbolisation est

donc acquise et l'échec de la première partie de ce test n'est donc pas dû à un trouble du rythme mais plus à des difficultés sensori-motrices.

2.4.2.3 Espace (2008)

Test d'organisation grapho perceptives : Bender

Les résultats d'Aichata sont les suivants :

Figure I : 0/15

Figure IV : 1/22

Figure II : 9/16

Figure V : 6/16

Figure III : 4/12

Total : 20/81

D'après la courbe du Bender, ces points correspondent à la moyenne des enfants de 6 ans. J'ai pu observer que les formes sont approximatives et la taille des figures n'est pas respectée. Dans la figure I, la jonction n'est pas représentée, Dans la figure II, si les points sont parallèles et ne se touchent pas, le nombre d'éléments n'est pas respecté. Enfin, les figures IV et V sont échouées. Ce retard important met en évidence des difficultés visuo spatiales.

De plus, j'ai pu observer lors des toutes premières séances de psychomotricité dirigées par la psychomotricienne de l'établissement, qu'Aichata avait des difficultés pour les transferts d'un plan d'espace graphique (deux dimensions) à un espace réel (trois dimensions) et vice versa.

2.4.2.4 Le Lincoln Oseretzky (2008)

Pour ce test, j'ai fait les mêmes adaptations aux consignes que pour Jessie, à savoir expliquer le mouvement à effectuer par imitation plus qu'en signant.

Contrôle et précision manuelle : 50%

Coordination globale : 57.14%

Activité alternée des deux membres:33%

Vitesse doigts/poignets : 71.43%

Equilibre : 50%

Coordinations manuelles : 33%

Aïchata présente des difficultés de coordination des deux membres. En effet, lorsqu'un mouvement doit être simultané entre les deux membres supérieurs ou inférieurs, celui-ci est exécuté en succession. Ceci a donc des répercussions sur les coordinations manuelles. De plus, si l'équilibre et les coordinations globales sont corrects, ces différentes actions lui demandent beaucoup d'effort. On observe en effet une crispation générale du corps.

2.4.2.5 Le tonus (2008)

De manière générale, Aïchata est une enfant qui présente une posture et une démarche plutôt hypotoniques. Ensuite, lors de l'extensibilité des différentes articulations des membres supérieurs, Aïchata n'a pas montré de résistance particulière. En revanche, le ballant que j'observe est marqué de paratonies et de résistances. Néanmoins, lorsque je lui répétais la consigne (se laisser faire) elle parvenait à se détendre. Ces observations ne permettent pas de conclure à de réels troubles de la régulation tonique mais plus à des réactions de prudence en rapport avec le tonus de relation.

Au niveau des membres inférieurs, je n'observe aucun ballant au niveau des genoux. En effet, les oscillations présentes sont en réalité des mouvements totalement maîtrisés, Aïchata accompagne le mouvement. Enfin, ce contrôle m'a permis de confirmer sa latéralité manuelle à droite.

2.4.2.6 Les coordinations dynamiques générales (2008)

Test du Charlop-Atwell :

Note objective : 30/38

Note subjective : 19/34

Aïchata ne présente pas de réelles difficultés dans l'exécution des coordinations dynamiques générales. Par contre, si la majeure partie des divers mouvements sont exécutés, ils manquent de fluidité de précision et de souplesse.

2.4.2.7 Conclusion de bilan

Aïchata établit directement un contact relationnel. Si elle se montre relativement hypotonique dans sa démarche et posture naturelle, elle est capable de se mobiliser lors des diverses épreuves qu'elle réalise avec le sourire. Elle est expressive et attentive tout au long du bilan et se montre persévérante. En effet, les échecs aux épreuves difficiles ne sont pas mal vécus et elle ne désinvestit pas la suite du test. Durant les premières séances de l'année j'ai remarqué qu'Aïchata arrive en séance par une démarche très timide. Sa posture est fermée et il faut l'encourager pour qu'elle entre dans la salle. La psychomotricienne m'explique que l'année passée, Aïchata refusait d'entrer la première dans la salle de psychomotricité. Cette attitude et l'observation d'un dessin du bonhomme qui semble peu investi peuvent être mis en lien avec une certaine inhibition.

Les trois tests et évaluations Lincoln Oseretzky, contrôle du tonus et Charlop Atwel, révèlent une motricité globale et des équilibres correspondant à son âge. On remarque également que ces mises en situation lui demandent beaucoup d'effort, la qualité de ses actions est marqué par des tensions (paratonies, manque de fluidité du geste...).

Au niveau spatial, les épreuves passées mettent en évidence des difficultés visuo spatiales ainsi que perceptivo motrices.

2.4.3 Projet thérapeutique

Aïchata vient en psychomotricité à raison d'une séance individuelle de 45 minutes une fois par semaine.

La prise en charge en psychomotricité envisage une diminution des plaintes corporelles. Au vue du bilan, d'autres domaines seront abordés.

La prise en charge se déroulera en deux temps. Le premier temps sera consacré à diverses activités dansées et le deuxième beaucoup plus court sera réservé à de la relaxation.

Une prise de conscience de l'espace (orientation, distances, volumes, haut/bas...), une stimulation des coordinations et dissociations ainsi que de l'équilibre permettront des mouvements plus précis et plus harmonieux. Ces différentes acquisitions seront abordées par un travail psychomoteur autour de la danse. De plus, la relaxation aura tout d'abord un but de réassurance par rapport aux plaintes somatiques. En effet, une détente induite par des moments de pression et de toucher thérapeutique visent une contenance qui permet de

diminuer ses plaintes corporelles. Les mobilisations passives lui offrent une exploration corporelle nouvelle. Cette meilleure prise de conscience du schéma corporel favorise l'exploration spatiale. Comme il est expliqué dans le bilan, les coordinations dynamiques générales ainsi que l'équilibre sont corrects mais demandent beaucoup d'effort ce qui entraîne une hypertonie. La relaxation devrait lui permettre une meilleure régulation tonique.

Ces divers progrès apporteront à Aïchata une meilleure aisance corporelle et notamment un réinvestissement corporel. Ceci favorisera alors une revalorisation narcissique et donc une meilleure estime de soi.

2.4.4 Prise en charge

Les moments dansés se feront toujours en présence de musique. Si Aïchata présente une surdité profonde, le bénéfice auditif obtenu par les appareils lui permet de percevoir la musique si le volume est suffisant (à partir de 90 décibels). Aïchata ne bénéficiait pas l'année précédente d'une prise en charge autour de la danse. J'ai tout de même commencé l'accompagnement par la danse sans musique comme pour Jessie. Néanmoins, comme pour cette dernière, le jour où j'ai introduit la musique, j'ai observé un investissement beaucoup plus grand dans son travail.

2.4.4.1 Le schéma corporel

La stimulation du schéma corporel est abordée à la fois lors des temps dansés et des temps statiques lors de la relaxation.

Comme expliqué précédemment, je commence toujours la séance par un moment d'échauffement corporel. Après les rappels habituels, les consignes personnalisées différencient cette prise-en-charge de celle de Jessie. Aïchata se montre plus à l'aise avec des mouvements dirigés par les bras. Quand c'est son tour de choisir une partie du corps à faire danser, le choix des bras est récurrent, je l'incite donc régulièrement à choisir une autre partie du corps, les bras ayant déjà été proposés. De plus, je remarque aussi cet investissement particulier pour cette partie du corps dans sa manière de danser. En effet, lorsqu'elle danse avec les bras, les mouvements sont beaucoup plus fluides, harmonieux, souples et variés que des mouvements de tête, de bassin ou encore de jambes. En réponse à cela, j'établis des

moments où tout notre corps danse, guidé par une seule partie de celui-ci. Encore une fois, nous choisissons chacune notre tour la partie du corps « leader ». Mon but est de choisir les parties du corps qu'elle investit le moins. Je choisis donc le pied, le bassin, la tête... Et là encore, lorsque vient son tour, elle choisit le bras ou la main... Même si je remarque une diminution de décalage d'investissement des différentes parties du corps lors des moments dansés, Aïchata présente encore des difficultés proprioceptives.

Un jour, en milieu d'année, je lui propose de danser en laissant la main en contact du poste de musique pour une perception plus approfondi des vibrations. Aïchata joue tout d'abord avec les vibrations. Elle tapote le poste de sa main au rythme de la musique et semble vouloir percevoir les différences de vibration en fonction de la localisation sur le poste. Ensuite, elle me demande s'il l'on peut mettre la tête en contact du poste et non la main. Nous le faisons et, cette fois, elle me montre une danse très riche remplie de mouvements provenant essentiellement des jambes.

En relaxation, les nouvelles sensations corporelles sont apportées par le toucher thérapeutique ou encore par les mobilisations passives de la relaxation psychosomatique de Mme Soubiran. Lors d'un temps de relaxation, je place des petits sacs de sable au niveau des articulations. Puis, j'exerce des pressions sur le corps en insistant sur les articulations. Après cela, je lui propose de le refaire sur moi. Je constate qu'elle a bien repéré le nombre de sacs de sable sur chaque partie de son corps, mais pas leur emplacement exact. Il me semble qu'Aïchata a reproduit ce qu'elle avait ressenti et que ses capacités proprioceptives restent encore limitées.

2.4.4.2 L'espace

Lors de différentes « danses miroirs », quelque soit le thème choisi, je remarque qu'Aïchata explore beaucoup l'espace autour d'elle. En effet, elle prend plaisir à ouvrir son corps vers le ciel comme pour toucher le plafond mais aussi à se rapprocher du sol et à jouer avec celui-ci en explorant la gauche et la droite. Par imitation par rapport à moi, elle prend régulièrement l'initiative d'explorer l'espace plus large de la salle, dansant parfois sur de longues diagonales. Néanmoins, malgré cet investissement, Aïchata présente de grandes difficultés de structuration spatiale.

Régulièrement, les séances s'appuient sur des chorégraphies simples composées de trajets élémentaires qu'il faut ensuite retracer sur feuille. Pour cela, je m'aide de deux tapis que je colle l'un à l'autre, pour former un grand carré, afin de créer des repères spatiaux. Les changements de direction s'effectuent d'ailleurs toujours au niveau des coins voire au centre de cet espace. En premier, je lui montre une à deux fois l'intégralité de la chorégraphie, puis, nous la dansons plusieurs fois à deux, enfin elle la fait seule. Ces propositions sont extrêmement difficiles en début de prise en charge avec moi (septembre octobre 2008). Aïchata parvient relativement facilement à retenir l'ensemble de la chorégraphie ainsi que les différents déplacements. Par contre, elle a de grandes difficultés à retranscrire le trajet effectué, ainsi qu'à situer le point de départ et d'arrivée. Je réalise donc que cet exercice est trop complexe pour elle. Je simplifie alors les chorégraphies en diminuant les éléments dansés pendant les temps de déplacement. Ceux-ci deviennent donc des marches en rythme et les éléments chorégraphiques plus complexes sont retrouvés avant tout changement de direction. Par exemple : une vrille avec les bras est dansée au niveau du point de départ, puis nous marchons vers le mur d'en face ; à notre arrivée, nous enroulons le dos par la tête puis le déroulons, ensuite, nous faisons trois pas sur la droite, après ceux-ci, nous effectuons un rond de jambe et enfin nous nous éloignons de trois pas du mur et ponctons la fin de la chorégraphie d'un petit saut. Cet exercice a pour but de faciliter la représentation du trajet en limitant les éléments dansés pour une meilleure concentration sur le trajet. Il s'agit également de permettre une meilleure représentation mentale des lieux explorés, facilitée par l'association d'un lieu à un mouvement (par exemple : le point de départ correspondant à la vrille des bras). En effet, celui-ci lui permet de situer graphiquement les différents lieux où nous sommes allées puis d'y associer un trajet. Aujourd'hui, si les points de départs, d'arrivées et quelques points intermédiaires dans la chorégraphie sont situés aisément, l'association à des trajets est encore difficile (« comment on est allé de ce point à celui là ? »). Ces progrès sont soutenus par une complexification progressive des éléments chorégraphiques lors des trajets.

2.4.4.3 Les coordinations dynamiques générales, coordination/dissociation

Avec Aïchata, j'aborde aussi les coordinations et dissociations à partir de la danse contact. Contrairement à Jessie, avec Aïchata, la danse contact se fait debout et par déplacement. En effet, Aïchata investissant déjà beaucoup les bras, je choisis de lui faire

effectuer des mouvements incluant à la fois les bras et les jambes. Si en début d'année les coordinations et dissociations paraissent maladroitement, aujourd'hui elle parvient à effectuer relativement rapidement ces mouvements par imitation et à la vitesse à laquelle je les présente.

2.4.4.4 Revalorisation narcissique

Durant toute la prise en charge, beaucoup de moments dansés s'effectuent par une alternance de rôle entre Aïchata et moi. En plus d'une stimulation de l'imagination, cela lui offre un rôle important. Sa présence devient donc essentielle, puisqu'elle peut être, elle aussi, l'initiatrice de la séance. Cette revalorisation narcissique est importante à prendre en considération. Aïchata est rapidement à l'aise lors des moments d'improvisation, sa motricité globale spontanée est plus riche que lorsqu'elle doit initier des propositions plus construites. En milieu de prise en charge, nous préétablissons un trajet graphiquement puis le reproduisons dans l'espace réel, il ne reste plus qu'à habiller ces trajets de mouvements dansés. Ce jour là, Aïchata me surprend agréablement en proposant spontanément l'intégralité de la chorégraphie. Bien sûr, tous les mouvements se situent au niveau des bras mais ils sont tout de même variés. D'après ces observations, étant capable de considérer que ce qu'elle réalise a de l'importance, on peut penser à une certaine revalorisation narcissique.

2.4.4.5 Le tonus

Les moments de relaxation se font tout d'abord essentiellement par le toucher. Pour cela, je m'inspire de différentes techniques de relaxation comme la relaxation psychosomatique de Mme Soubiran, le toucher thérapeutique, les pressions corporelles ou encore un toucher avec objet intermédiaire (balle, sacs de sable...). J'utilise un large panel de techniques afin d'offrir à Aïchata une grande variété de perceptions corporelles.

Tout d'abord, la relaxation est très difficile durant les premières séances. En effet, lors du début de ce temps, elle se montre très hypertonique et crispe fortement ses yeux. Je me demande alors ce qui la rend mal à l'aise. Est-ce ma manière de faire et/ou la technique utilisée ? La psychomotricienne m'explique alors qu'Aïchata a recours à ce comportement pour se forcer à dormir. En effet, ne dormant pas beaucoup chez elle, elle semble vivre ce

temps comme un moment de sieste. Et, en effet, après quelques minutes de relaxation l'état d'hypertonie diminue jusqu'à l'hypotonie et elle entre dans un sommeil très profond. Ayant eu beaucoup de difficultés à la réveiller (de 10 à 15 minutes), la psychomotricienne et moi-même décidons de réduire considérablement le temps de relaxation. Il est important pour Aïchata de lui préserver ce temps qui a pour but l'approfondissement de ses connaissances du schéma corporel ainsi que la stimulation de la régulation tonique. Après cette adaptation, elle ne se rendort jamais plus en séance. Malgré cela, la question, quant à la raison de son endormissement, demeure...

En début d'année scolaire, Aïchata se montre un peu hypertonique lorsqu'un mouvement lui demande de l'effort. Cet état tonique la pénalise d'ailleurs dans certaines réalisations motrices. Au fur et à mesure de l'année, ses mouvements s'affinent et comme je l'ai écrit plus haut, sa motricité globale devient plus harmonieuse. Elle sait adapter son état tonique selon les situations.

En relaxation, j'observe également une évolution dans sa régulation tonique. Si je relève toujours une certaine crispation en début de détente, celle-ci ne se crée plus à chaque fois. Aïchata paraît plus sereine, a moins tendance à s'endormir. Les mobilisations passives sont également plus libres.

2.4.4.6 Difficultés rencontrées

Certains éléments provenant du dossier ainsi que des dires de l'équipe institutionnelle me questionnent. Certaines observations en prise-en-charge viennent confirmer cette réflexion. En effet, comme je l'ai dit dans l'anamnèse, Aïchata a plusieurs fois verbalisé un vécu corporel douloureux. De plus, cette enfant arrive toujours en séance avec une posture fermée et très timide, celle-ci me faisant fortement penser à de l'anxiété. Je me demande alors pourquoi cette verbalisation ? Pourquoi cette anxiété ? En milieu d'année, sa maman confie à la psychologue que son mari la bat, elle. Est-ce que ces observations sont en lien avec ce fait ? Ou alors Aïchata est-elle, elle aussi maltraitée par son père ? Je me souviens alors qu'Aïchata ne dort pas beaucoup la nuit. Est-ce réellement dû à un manque de cadre ou alors est-ce de la peur ?

Je me suis informée auprès de la psychomotricienne et de l'équipe institutionnelle. D'après eux, Aïchata n'est pas victime de maltraitance : d'après les dires de la mère, celle-ci

serait la seule à en souffrir. Les plaintes corporelles proviendraient en fait d'une anxiété qu'elle manifeste par la somatisation. Cette appréhension est retrouvée chez la plupart des enfants malentendants mais elle est particulièrement marquée chez Aïchata. Cette anxiété pourrait être liée aux qualités de son environnement familial, celui-ci alternant entre indifférence et surstimulation. Enfin, le manque de sommeil serait réellement dû à un manque de cadre et de limites. Sans parler de maltraitance, cette situation m'interpelle tout de même en m'évoquant une certaine négligence...

2.4.5 Conclusion

Cette prise en charge révèle tout d'abord de réelles capacités d'adaptation de la part d'Aïchata. En effet, elle a su accepter une nouvelle initiatrice de séance et une médiation psychomotrice totalement nouvelle. Certains jours, Aïchata nous a présenté, à la psychomotricienne et moi-même des éléments dansés de style africain que je ne lui avais jamais appris. Il nous semble donc qu'Aïchata aurait peut être une certaine expérience de la danse (au Mali ?). Celle-ci favoriserait cette adaptation à la médiation danse. Cette prise en charge semble avoir amélioré ses capacités proprioceptives même si celles-ci restent limitées. Au niveau spatial, le transfert d'un espace de deux à trois dimensions est aujourd'hui abordable mais encore à approfondir. Le travail en relaxation a favorisé une meilleure régulation tonique rendant sa motricité globale plus harmonieuse. Cette prise en charge semble révéler une certaine revalorisation narcissique. En effet, Aïchata semble plus à l'aise lorsqu'elle doit proposer des mouvements dansés et notamment lors de création de chorégraphies où elle réussit même à construire l'intégralité des enchaînements.

3 Discussion

3.1 Pourquoi danse et surdité ?

3.1.1 Pourquoi la danse ?

La danse est le premier art que j'ai pratiqué. C'est moi qui, à l'âge de quatre ans réclame à mes parents de danser. Depuis cette année jusqu'à aujourd'hui, elle a rythmé ma vie et a contribué à l'évolution de ma personnalité. Celle-ci se reflète d'ailleurs dans ma manière de danser. Quelques années après ma découverte de la danse, je m'initie au théâtre et à la musique que je pratique encore aujourd'hui. La danse est l'art dans lequel je me reconnais le mieux. En effet, il regroupe toutes les pratiques qui me passionnent, à savoir l'art du mouvement, l'expression de sentiments et émotions retrouvée dans le théâtre, et la musique. Rapidement, j'ai envisagé d'effectuer mes études supérieures dans une école d'art de la scène. Malheureusement, soucieux de mon avenir, mes parents se sont opposés à ce choix et ont procédé à différentes démarches pour me faire découvrir un métier plus stable qui me correspondrait. Après de nombreuses recherches, j'ai rencontré une conseillère en orientation qui, après une étude de mes intérêts, m'a parlé de la psychomotricité. Elle m'explique alors que cette profession peut envisager des soins par l'art du théâtre, de la musique et... de la danse. Cette profession m'a tout de suite plu mais dans un premier temps elle représentait un second choix. C'est en troisième année que je réalise à quel point cette profession est complète pour moi. Mon intérêt pour ce métier va au-delà de ma volonté d'accompagner par l'art un sujet en souffrance. D'une part, le contact avec des personnes toutes différentes les unes des autres et notamment avec des personnes en difficulté, et d'autre part mon rôle qui est de les aider et un travail autour du corps correspondent à la tâche dans laquelle je me reconnais et donnent un sens en plus à mon existence.

Pendant mes études de psychomotricité, j'ai rapidement envisagé d'effectuer mon mémoire de troisième année sur les bienfaits de la danse au sein d'une prise en charge en psychomotricité. En effet, c'est cet art qui m'a permis de découvrir l'existence de cette

profession. De plus, cette pratique m'ayant aidé à me construire, j'aimerais pouvoir à mon tour soutenir par la danse des sujets en souffrance dans leur propre évolution.

3.1.2 Pourquoi les enfants malentendants ?

3.1.2.1 Les enfants malentendants et moi

Lors de ma deuxième année de psychomotricité, je rencontre le jeune Neal, dans le cadre de mon stage en Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile (SESSD). Il s'agit d'un jeune enfant sourd de 6 ans que le psychomotricien et moi même accompagnons pour des troubles graphiques. Malgré notre rencontre tardive dans l'année (en mars 2008), je m'investis beaucoup dans cette prise en charge et me sens tout de suite à l'aise auprès de lui malgré les difficultés de communication. J'ai beaucoup apprécié ce suivi car l'échange qu'il s'y est produit était très riche. J'étais présente pour l'aider dans le graphisme et à être plus à l'aise dans son corps et lui m'apprenait avec plaisir comment communiquer avec lui et donc la Langue des Signes Française.

Je réalise aujourd'hui que mon intérêt pour la surdité ne date pas de ma deuxième année d'étude en psychomotricité. En effet, je me rappelle étant très jeune, avoir été fascinée en regardant une personne traduisant en LSF un discours télévisé. Depuis, j'ai toujours beaucoup apprécié observer des dialogues de LSF dans la rue ou regarder des reportages en LSF dans les musées... Cette gestuelle est à la fois gracieuse et d'une grande précision. Même sans comprendre la signification exacte de chaque signe, il émane de ce corps en mouvement de nombreuses sensations et émotions. Ce langage me fascine.

3.1.2.2 Les enfants malentendants et la danse

La Langue des signes Française ne se résume pas à une simple gestuelle remplaçant les mots de la langue française. C'est le corps dans sa globalité qui communique avec le soutien des expressions du visage amplifiées. Les sujets malentendants sont d'ailleurs des personnes très expressives. Cette année, j'ai remarqué, que sans parler ni signer, un enfant malentendant exprime plus facilement son vécu par simple langage corporel qu'un enfant entendant. Cette amplification de l'expression se retrouve constamment dans la danse. Le message du danseur n'est pas seulement transmis par son mouvement. C'est toute l'émotion qu'il exprime par son corps et ses mimiques qui fera la puissance de son mouvement. Une technique complexe et parfaite pourra laisser le spectateur indifférent face à son œuvre tandis qu'une chorégraphie riche en émotions interpellera même les néophytes. Comme dans la danse, c'est le corps dans sa globalité qui exprime un message en LSF. Celui-ci est renforcé par une expression appuyée du visage. Outre de rendre le message plus compréhensible, cette évocation de l'émotionnel et du sensible de la personne, révèle la richesse de cette communication.

Une question peut alors se poser à nous...Il est remarqué que les enfants malentendants montrent un langage corporel plus riche que les enfants entendants. Est-ce que le recours au verbal ne limiterait pas la communication non verbale ? Est-ce que l'apprentissage du langage oral ne s'effectuerait pas au détriment de l'expression par le corps ?

La qualité de mouvement de la LSF peut également être rapprochée aux notions « d'effort » de la danse, développées par R. LABAN. Afin de faire passer son message, le malentendant tout comme le danseur doit maîtriser son mouvement. En effet, il doit respecter l'espace, le temps et flux et le poids du mouvement qui se rapportent à la pensée qu'il veut exprimer.

Des similitudes entre la danse et la Langue des Signes Française dans la symbolisation sont également relevées. En effet, les émotions et sentiments peuvent s'exprimer de la même manière dans la danse ou la LSF. En effet, lorsque le danseur exprime un sentiment négatif, le corps danse de manière fermée. En LSF, on retrouve des similitudes dans l'expression de ce sentiment. Par exemple, pour exprimer la tristesse le danseur pourra effectuer une contraction du buste, replier ses bras contre lui-même et baisser la tête. En LSF le geste signifiant

« triste » est mouvement de fermeture du visage par la main. Celle-ci se dirige du front au menton en se fermant elle-même, imprimant une certaine fermeture corporelle.

« Triste »

En danse, lorsque deux danseurs veulent établir un lien, une relation entre eux, un geste que l'on pourra observer est l'extension des bras en direction du partenaire. En LSF, pour dire « bonjour », signe même de l'entrée en relation, le sujet effectue un mouvement de la main allant de la bouche vers le partenaire.



« Bonjour »

3.2 Les enfants malentendants et la psychomotricité

3.2.1 Mes objectifs de l'année

Nous avons vu précédemment que les enfants malentendants présentent certains troubles psychomoteurs du fait de leur handicap. En effet, ce sont souvent des êtres plutôt hypertoniques du fait de leur difficulté d'anticipation. Cet état tonique ainsi que leur mode de vie influencé par leur déficit sensoriel entraînent des troubles du schéma corporel. Ils peuvent présenter également des difficultés spatiales au niveau de la perception des volumes, distances et profondeurs, celles-ci étant majorées par les troubles du schéma corporel. L'équilibre se retrouve aussi fréquemment touché puisque les centres responsables de cette fonction se situent dans l'oreille interne. La surdité peut aussi altérer le repérage dans le temps. Leur état tonique et leurs troubles du schéma corporel gênent la qualité de leur motricité globale. Enfin, la pauvreté de l'enveloppe sonore qui les entoure empêche le développement du langage.

Ce retard psychomoteur entraîne donc chez le malentendant une certaine dévalorisation. De plus, cet enfant se considère souvent comme « inachevé » comme l'écrit M. H. HERZOG. La psychomotricité aura pour rôle de développer les possibilités de l'enfant et de minimiser les effets de ses difficultés. Ces différentes évolutions favoriseront une revalorisation narcissique.

Sans me prétendre danse-thérapeute, j'ai décidé cette année d'utiliser la danse afin d'aider ces enfants. Pour cela je me suis inspirée de mes connaissances sur la danse thérapie et de ma propre expérience en danse.

Comme nous avons vu en théorie, la danse représente une médiation particulière, qui aborde un large panel d'items psychomoteurs. Pour moi cette médiation s'adapte à un grand nombre de pathologies différentes. Je pense qu'elle s'ajuste particulièrement aux malentendants. En effet, étant habitués dans leur vie de tous les jours à s'exprimer gestuellement, la danse leur permet de compenser leur retard psychomoteur parce que c'est un environnement qui leur est ordinaire. Pour la plupart des enfants malentendants, la communication gestuelle et l'importance de la mise en mouvement des émotions est une pratique naturelle et plus acquise que pour un autre enfant. Outre de leur proposer un cadre dans lequel ils se reconnaissent, la danse leur permet de mettre leur corps dans des mouvements libres et infinis. Ceux-ci ne font plus office de langage social codifié et ayant

une valeur stricte, ils sont au service du sujet et de l' « être » au monde. Ainsi, ce cadre familial favorisera l'abord des difficultés, qui seront expérimentées dans un climat de plaisir.

3.2.2 Les pistes restant à explorer

Cette année, j'ai utilisé différents types d'exercices par diverses techniques de danse dans leur prise en charge. Dans les séances que j'animais, j'ai proposé des échauffements corporels, des « danses miroir », avec objet, l'apprentissage de chorégraphies... Pour chaque exercice, je me suis inspirée de la danse moderne, classique, africaine ou encore la danse contact.

En cours de danse, la présence d'un miroir est primordiale. En effet, il contribue au contrôle de nos mouvements. Cette année, je n'ai pas utilisé de miroir lors des séances. D'une part, la salle ne le permettait pas, en effet, s'il en existe un dans la salle, son emplacement ne permet pas une utilisation en danse. D'autre part, l'utilisation d'un miroir n'était pas la priorité du projet thérapeutique. Néanmoins il aurait été intéressant de danser face à celui-ci. Tout d'abord, il permet une prise de conscience du schéma corporel en prêtant une attention visuelle particulière à la partie du corps en mouvement. Il renseigne également sur la qualité gestuelle. Au fur et à mesure de l'année, le miroir aurait pu favoriser l'évaluation des progrès. Il permet donc une certaine revalorisation narcissique. Outre cette évolution, le miroir révèle aussi le beau et l'esthétique que crée le patient. Enfin, il a un rôle fondamental dans les processus d'identification et de prise de conscience d'une « forme entière » dont parle J. LACAN dans ses travaux.

De manière générale, le psychomotricien porte son attention à la verbalisation du patient concernant son vécu des séances. Cette verbalisation est très importante lors des suivis autour de la danse. Cette année, mon manque de connaissance en LSF a limité cet échange que j'aurais pu compenser par d'autres modalités. L'irrégularité de la durée des séances n'a pas toujours permis un « échange final » à partir du dessin ou du modelage, par exemple.

3.3 Les limites de la prise en charge

3.3.1 Difficultés rencontrées

Cette dernière année d'étude de psychomotricité a été pour moi la plus difficile mais aussi la plus intéressante professionnellement. A la fois elle a été extrêmement enrichissante du point de vue de la psychomotricité grâce à mes différents stages mais j'ai également appris à prendre confiance en moi. Cette année, la rédaction du mémoire n'a pas été la seule difficulté. La réalisation de mon projet s'est révélée difficile. En effet, étant peu sûre de moi, j'ai longtemps craint que mon projet n'ait pas d'utilité, j'ai également été confronté à un obstacle certain au cours de l'année.

3.3.1.1 Difficultés personnelles

J'ai longtemps été timide lorsqu'il s'agissait d'expliquer mon projet. Lorsque j'en discutais avec mes amis d'enfance, je paraissais passionnée. En revanche, face à des personnes qualifiées en psychomotricité ou même face à mes camarades de promotion, je n'osais pas beaucoup en parler, non pas par peur de quelques critiques mais plus par crainte d'une remise en cause totale de l'intérêt de ma pratique.

Comme je l'ai expliqué dans l'introduction, cette dernière année d'étude de psychomotricité est la plus intéressante à mes yeux parmi les trois années d'études. Ce qui a contribué à cette richesse, c'est de pouvoir être autonome dans l'élaboration d'un suivi. J'initie les activités de la séance et la psychomotricienne observe ou intervient s'il le faut. Je suis très vite à l'aise dans la réalisation de ces prises en charge. Néanmoins, je réalise que les suivis pour lesquels j'ai instauré la danse sont ceux qui me procurent toute l'année une certaine angoisse avant leur réalisation. Par contre, si j'éprouve de la crainte avant ces séances de psychomotricité, pendant celles-ci, je me retrouve tout à fait confiante. En réalité, cette prise-en-charge impliquant tellement de vécu personnel, la présence de la psychomotricienne devenait pour moi plus qu'un regard sur la qualité de mon travail. C'était plus que l'évaluation de mes capacités à utiliser la danse dans un but thérapeutique. C'était la possibilité de remettre en cause la pertinence de mon vécu en danse ainsi que l'utilisation d'un art qui me passionne.

Tout au long de l'année, la psychomotricienne m'a beaucoup guidée en ce qui concerne les enfants et la psychomotricité mise en place pour eux. Par contre, elle n'est pas initiée à la danse, ce n'est pas une médiation privilégiée dans sa pratique. J'ai donc préparé et mené seule mes séances. Au niveau du lien danse et psychomotricité j'étais livrée à ma propre évaluation. C'est, je pense, ce qui a pu augmenter cette crainte. J'avais peur qu'une activité n'ait pas d'intérêt, ou que l'enfant n'y soit pas réceptif. Mais j'avais aussi la crainte qu'une séance se déroule mal et que je ne parvienne pas à rétablir un cadre rassurant. Non seulement c'étaient les premières mises en situation mais c'était également pour moi la première transformation de la danse en thérapie psychomotrice. J'étais accompagnée pour ce qui concerne la psychomotricité mais moins guidée pour la danse. Néanmoins, la psychomotricienne m'a beaucoup encouragée et soutenue lors de nos discussions concernant les séances en m'apportant chaque fois un retour positif.

Ces constatations m'amènent à une certaine réflexion. Les psychomotriciens ayant de l'expérience dans une certaine pratique corporelle, il l'utilise parfois dans leur prise en charge. Lorsque cette pratique a une valeur émotionnelle forte pour le thérapeute, comment la médiation peut-elle constituer une approche sécurisée et indépendante pour le patient ? Chaque psychomotricien évolue dans la connaissance de sa pratique et des supports utilisés. Régulièrement, il s'interroge et réorganise le contenu, les modalités. Je pense que pour que cette médiation soit adaptée, il faut que le thérapeute la connaisse très bien et qu'il étudie le lien entre celle-ci et la psychomotricité. Ensuite, il me semble qu'il doit se connaître lui-même et la raison pour laquelle il utilise cette pratique, ce qu'elle représente pour lui. Ainsi, il adaptera au mieux ses prises en charge selon les patients et pas seulement en fonction de lui-même. Ses observations seront également plus objectives. Enfin, la rencontre et le contact qui se créent tout au long du suivi entre le psychomotricien et le patient est un tissage de leurs deux vécus. En fonction des circonstances de la vie, les histoires conjuguées favoriseront/influenceront des évolutions positives et/ou négatives. La prise de conscience de ce processus est essentielle. Ajouté à cela, la verbalisation de toute évolution est importante. Un éventuel déroulement chaotique de séance sera mieux vécu et géré par le psychomotricien.

3.3.1.2 Difficultés liées à l'environnement du patient

Au cours de nos études puis de notre carrière, nous rencontrons des personnes et des situations totalement différentes et uniques pour lesquelles nous devons faire preuve d'une adaptation propre à chacune. Même si je ne suis qu'étudiante, je pense que cette diversité contribue à rendre notre métier passionnant et empêche tout sentiment de lassitude. Néanmoins, il arrive parfois que certaines situations se révèlent difficiles à affronter.

Comme déjà expliqué précédemment, pour cette troisième et dernière année de psychomotricité, j'ai décidé de proposer un projet de danse au sein de prise en charge d'enfants malentendants. La psychomotricienne n'ayant aucune connaissance en danse, il s'agit donc d'un projet que j'assume seule, même si la réflexion quant aux enfants qui seront concernés se fait avec elle. Le prise en charge se déroule sans réelles difficultés jusqu'en février 2009...Ce mois-ci, la psychomotricienne m'annonce un jour une nouvelle peu réjouissante dont l'équipe a pris connaissance le jour même. La mère de Jessie vient d'avouer qu'elle avait stoppé le traitement de sa fille pour ses problèmes cardiaques depuis un an. Personne n'ayant été informé, aucune mesure n'avait été prise en conséquence. Depuis un an, elle continuait le sport et toutes les activités physiques malgré cet arrêt au détriment de sa santé. Par conséquent, son cœur s'est atrophié et elle a commencé à ressentir un sentiment croissant de fatigue. Bien évidemment, après cette nouvelle, non seulement elle a recommencé son traitement mais toute activité physique a été proscrite. Il en découle bien sûr que la prise-en-charge autour de la danse se révèle alors impossible.

Cette décision provoque bien évidemment de la frustration de ne pas pouvoir poursuivre une prise-en-charge qui fonctionnait bien. Mais au-delà de ce sentiment, je ressens aussi de la culpabilité. En effet, pendant quatre mois, comment pouvais-je imaginer que sa santé était en danger ? Je pensais améliorer son bien-être et je n'ai en fait que proposer des situations qui pouvaient le compromettre. Le travail que j'ai effectué lors de mon tout premier projet, s'est trouvé partiellement amputé.

3.3.2 Les limites d'une prise en charge autour de la danse

Les limites de la danse dans un processus thérapeutique dépendent principalement du thérapeute. Tout d'abord c'est son regard de psychomotricien qui rendra cet art thérapeutique. Ensuite, c'est avec la participation de son vécu et de ses expériences quant à cette pratique qu'il envisagera les axes d'une prise en charge. Deux thérapeutes privilégiant cette médiation ne l'utiliseront pas dans les mêmes objectifs. Le vécu du thérapeute et l'étendue de la recherche qu'il aura faite par rapport à cet art limitera ou au contraire étayera ses possibilités d'exercice. Plus le vécu et la recherche seront riches et plus les possibilités d'exercice du thérapeute seront larges.

Une autre limite que peut rencontrer la danse est la réceptivité du patient à cette médiation. En effet, la notion de plaisir est primordiale dans le suivi que peut proposer le psychomotricien à son patient. Si ce dernier n'est pas à l'aise dans l'élaboration de mouvements dansés, que la notion de déplaisir est trop forte lorsqu'il se retrouve en situation de danse, il est évident que le psychomotricien privilégiera d'autres médiateurs au suivi.

3.3.3 La prise en charge individuelle

3.3.3.1 Pourquoi une prise en charge individuelle pour Jessie et Aïchata?

Jessie est une enfant présentant des troubles attentionnels. Il est donc nécessaire de la soutenir d'un cadre strict. Une prise en charge groupale présenterait trop de stimuli extérieurs l'empêchant d'investir une activité. Son suivi nécessite une attention constante du thérapeute envers elle.

Chez Aïchata,, on retrouve quelques attitudes d'inhibition. Elle a donc besoin d'être en relation duelle. Dans un premier temps, elle doit trouver une certaine sécurité et confiance dans cette relation. Aujourd'hui, elle est encore trop fragile narcissiquement et, en groupe, elle risque de ne pas parvenir à trouver sa place parmi les autres et de se retrouver mise à l'écart.

3.3.3.2 Les limites d'une prise en charge individuelle

En prise en charge individuelle, l'attention du thérapeute se porte sans cesse sur le patient. Il se crée donc des interactions entre eux. Cette mise en situation permet une élaboration de la relation duelle. Les interactions se limitant à deux personnes et le patient bénéficiant de toute l'attention du thérapeute, il n'apprend pas à laisser de place à des pairs. Une prise en charge individuelle prépare le patient dans la relation à l'autre mais seulement dans des situations duelles. L'élaboration de la socialisation est donc plus limitée. Ce suivi prépare le patient à un travail de resocialisation mais n'aborde pas la relation groupale.

De plus, le thérapeute étant le seul référent, le patient ne peut s'appuyer que sur celui-ci. Son imagination sera stimulée essentiellement par lui et sa revalorisation narcissique ne dépendra également que de lui. Le thérapeute ne pourra pas s'appuyer sur les interactions d'autres personnes pour faire évoluer son patient.

3.4 La prise en charge groupale

3.4.1 L'apport d'une prise en charge groupale

3.4.1.1 Les intérêts d'une prise en charge groupale

Le groupe est un ensemble distinct plus ou moins organisé d'êtres de même nature, réunis dans un même endroit, liés par des activités et des objectifs communs. Il permet des interactions physiques et/ou verbales entre les individus.

Pour exister, un groupe a donc besoin d'un cadre constitué d'un lieu, un horaire, une fréquence, des objectifs et des limites. C'est au psychomotricien d'assurer le cadre, mais aussi de constituer le groupe en fonction du projet thérapeutique individuel de chaque patient ainsi que de ses capacités intellectuelles, afin qu'il atteigne ses propres objectifs au travers de l'activité du groupe.

Le groupe est soumis à des processus internes. Ainsi, Didier ANZIEU en parle comme d'une entité psychique qui passe par des stades, un développement et des crises semblables à ceux d'un individu. Durant l'activité de groupe, émerge et se développe un ensemble de

phénomènes, processus et mécanismes appelés « dynamique de groupe », créé par les échanges sociaux. Ainsi, la dynamique de groupe modifie le comportement individuel selon les interactions sociales du groupe et chaque personne y contribue. Elle est en étroite relation avec la cohésion du groupe qui maintient unis ses membres dans l'accomplissement d'une tâche commune et qui empêche ainsi l'exclusion. La cohésion est conditionnée par plusieurs facteurs : la motivation (atteindre un but à la fois commun et individuel), la réussite de l'activité, les facteurs socioculturels et facteurs propres au groupe (taille, capacité de chacun...).

Le psychomotricien est le guide de la réflexion du groupe en canalisant les angoisses et les énergies, assurant ainsi le respect du cadre afin que chacun trouve sa place et respecte celle des autres. Il fait figure d'identification et permet de donner un sens aux séances, en étant vigilant à la progression du groupe.

3.4.1.2 La mise en place d'un groupe

La création d'un groupe demande une réelle réflexion. Il faut tout d'abord bien connaître les patients (personnalité, capacités, difficultés et pathologie). Ceci est permis par diverses observations au quotidien ou en séances individuelles et par un bilan psychomoteur. Il s'agit de proposer un cadre précis et régulier au groupe (lieu, heure, fréquence...) qui donne une existence, et une réalité institutionnelle à celui-ci. Cette réalité peut être renforcée par des échanges en amont avec l'équipe soignante (préciser l'horaire pour éviter le chevauchement des soins et prise en charge, préciser le cadre par une affiche...). De plus, certains soignants peuvent participer exceptionnellement au groupe afin de prendre conscience de son intérêt pour les patients. Ainsi, ils se sentiront impliqués dans la démarche du groupe et favoriseront son déroulement (respect de l'horaire).

Enfin, la création d'un groupe peut se faire avec la collaboration d'un autre professionnel psychomotricien ou d'une autre profession qui apporterait sa propre expérience et/ou un regard propre à sa profession.

3.4.2 Exemple d'un atelier danse en hôpital de jour avec des psychotiques adultes

3.4.2.1 Le cadre

L'atelier danse s'est créé au sein d'un hôpital de jour pour adultes souffrant de psychose. Il se déroule chaque lundi matin de 11h30 à 12h30 dans une salle de danse louée par l'hôpital. Il s'agit d'un groupe fermé composé de sept patients et est animé par la psychomotricienne de l'établissement, une infirmière et moi-même.

3.4.2.2 Les objectifs

L'atelier danse permet une stimulation du schéma corporel, des coordinations et dissociations ainsi que de l'équilibration dans un corps qui souffre de syndrome dissociatif. Une exploration spatiale et du rythme est également mise en avant. Toutes ces expérimentations favorisent une certaine harmonie de mouvement, ainsi qu'une réunification corporelle rassurante. Cet atelier vise aussi à ce que chacun s'approprie sa propre danse et sa propre gestuelle afin d'une meilleure aisance corporelle dans la vie quotidienne.

La prise de conscience de ces acquis mène à une revalorisation narcissique. Celle-ci permet ensuite au patient d'accepter de mettre son corps en jeu lorsqu'il offre un mouvement au « public ». Un cadre ludique rend cette situation plus abordable. En réalisant que sa gestuelle génère des réactions positives, imitations..., cette mise en jeu corporelle favorise en retour la valorisation narcissique.

L'atelier danse a aussi pour objectif d'offrir aux patients un apaisement corporel et psychique. En effet, un plaisir du mouvement, croissant au fur et à mesure des séances, favorise un bien-être global.

L'atelier propose de nombreuses interactions entre les différents participants. En effet, des temps d'imitations lors duquel les patients sont « leader » à tour de rôle ainsi que d'improvisation en plusieurs groupes impliquant un public sont mis en place. Ces différentes expérimentations favorisent les échanges entre les participants. Le patient est encouragé à créer sa place au sein du groupe mais également à prendre en considération celle de ses pairs.

Lors de la verbalisation, les patients et les thérapeutes sont amenés à apporter un retour du déroulement de l'atelier. Ce temps a plusieurs objectifs. Tout d'abord il stimule

l'élaboration mentale en encourageant les participants à partager leur vécu de l'atelier. Ensuite, la mise en mot et un échange autour de leur vécu limite les risques d'incompréhension d'une situation et permet de mettre au clair les événements de l'atelier. Il est important d'être attentif à ce que vivent les patients afin de minimiser tous retours négatifs. En plus de stimuler et clarifier la verbalisation, les thérapeutes ont également pour rôle de rétablir d'éventuel éloignement du cadre.

3.4.2.3 La construction du groupe

3.4.2.3.1 Elaboration du déroulement

Pour la psychomotricienne de l'hôpital de jour, la danse est aussi une médiation très riche qui l'a elle aussi orientée vers la psychomotricité. Il était donc naturel pour elle de mettre en place un projet d'atelier danse. Pour la construction de celui-ci, elle s'est inspiré de l'atelier danse auquel elle a participé en stage lors de sa dernière année d'étude de psychomotricité, afin de mettre en place les bases. Son projet s'est également construit avec une infirmière et comédienne de l'hôpital. C'est donc avec sa participation qu'elle a adapté la suite de la construction de l'atelier.

Le choix des musiques n'a pas été une recherche aisée. Tout d'abord, il était important pour elles de choisir des musiques qui leur plaisent. Ensuite, elles ont favorisé d'abord des morceaux porteurs d'une rythmicité marquée, comme des thèmes de tango. Ensuite, elles ont sélectionné des airs plutôt dynamiques et propices à l'étayage corporel. Le cd utilisé lors de l'atelier a été constitué spécialement pour celui-ci et n'est utilisé que dans cette situation.

Une fois le projet construit, il a été présenté à l'équipe puis aux patients.

3.4.2.3.2 Le choix des patients

Le projet d'atelier danse a été présenté aux patients lors de la réunion hebdomadaire « soignants-soignés ». Les animatrices de ce groupe ont donc invité les patients intéressés à venir les rencontrer par la suite. Préalablement, elles avaient réfléchi à certains patients qui n'avaient pas de stimulations corporelles ou pour qui une prise en charge plus globale était nécessaire. Pour tous ceux qui se sont présentés, après une réflexion entre la psychomotricienne, l'infirmière et l'équipe, il leur a été proposé de faire un essai puis d'en rediscuter. Elles sont également venues à la rencontre des patients pour qui elles pensaient cet atelier adapté et qui n'avaient pas fait de demande quant à celui-ci. Elles leur ont alors proposé comme pour les autres de faire un essai. S'il s'agit d'un groupe fermé, le nombre de participants a changé au cours de l'année. En effet, un des participants a effectué un retour très positif de l'atelier auprès de ses compères. Ce témoignage les a donc encouragés à participer. Le groupe n'étant pas complet, il a été possible de les intégrer.

3.4.2.4 Le déroulement

En arrivant à la salle de danse, ceux qui le souhaitent peuvent aller se changer pour une tenue dans laquelle ils sentent plus à l'aise. Ensuite, nous prenons chacun une chaise et nous nous asseyons en rond. La séance débute par un temps de verbalisation, les soignants s'informant de la forme de chacun ainsi que d'éventuelles informations pouvant gêner le déroulement de la séance. Nous commençons toujours par un échauffement corporel. Celui-ci débute assis et est guidé par la psychomotricienne. Il se déroule sur trois musiques de style tango. La moitié de l'année, c'est la psychomotricienne qui a guidé le mouvement. Depuis février, elle guide pendant la première et dernière musique et seule la deuxième est initiée par moi. Ce temps s'achève par des mouvements dansés debout.

Dans un deuxième temps, nous dansons ce que nous appelons « les traversées ». Nous constituons deux groupes et chacun se situe à un angle de la salle selon une diagonale de la pièce. Puis, il s'agit de traverser cet espace à la queue leu-leu, les deux groupes se croisant au milieu de la salle. Le premier d'un groupe initie un mouvement et les autres dansent cette proposition. Ensuite, c'est au tour d'une personne de l'autre groupe, etc. Dans la première partie de l'année, cet exercice s'est fait sur diverses musiques. Certains membres semblaient montrer une certaine préférence pour des musiques jouant un rythme très marqué. J'ai donc

apporté un disque de musique africaine que j'ai obtenu lors d'une formation sur la danse et la psychomotricité. Depuis ce jour, ce temps se fait avec ces musiques.

La séance se termine ensuite par divers danses. Selon la séance et les envies des patients, nous choisissons de « dessiner la musique », d'effectuer la « danse avec les chaises » ou encore de terminer par une farandole. Lorsque nous dansons la musique, il s'agit de prendre l'intégralité de l'espace de la salle et de s'imaginer dessiner la musique. Lors de la danse avec les chaises, il s'agit de danser soit avec une seule chaise pour tous, soit une par participant. Les deux danses se font en deux groupes.

La séance se termine par un temps de verbalisation. Chacun fait part de son vécu, observation de la séance et de ses éventuelles attentes concernant les prochains ateliers danse.

3.4.2.5 Mes observations

Globalement, j'ai pu observer que les attitudes de chacun différaient entre les temps de l'atelier danse et ceux à l'hôpital de jour.

Tout d'abord, cet atelier révèle le mal-être psychique plus ou moins marqué de chacun. J'ai pu observer des mouvements peu amples, maladroits, très peu souples et manquants de fluidité. De plus, lors des « traversées », j'ai observé chez la plupart des patients un manque d'imagination et d'exploration de l'espace. La dysharmonie de leurs mouvements révèle leur inadaptation à leurs conflits internes. En milieu d'année, une nouvelle patiente est arrivée à l'hôpital de jour. D'un premier abord, elle présentait peu de troubles liés à des difficultés psychiques. Elle avait un contact aisé avec autrui et ses conduites paraissaient toujours adaptées. C'est la première fois où elle a participé à l'atelier danse que ses troubles se sont révélés à moi. Lors de l'échauffement corporel, elle avait beaucoup de difficultés à reproduire les mouvements présentés par la psychomotricienne ou moi-même. Certains étaient correctement dansés mais le mouvement était beaucoup moins ample souple et fluide, d'autres semblaient lui demander un projet moteur trop complexe pour être compris. Ensuite, ses propositions étaient peu riches et très peu variées. Les « traversées » semblent révéler une certaine pauvreté de la vie affective.

Ensuite, pour chacun, l'atelier semble offrir un cadre contenant et sécurisant permettant au patient de s'ouvrir aux autres. Tout d'abord, cet atelier semble permettre un changement notable du comportement. Une des patientes de l'atelier montre dans la vie quotidienne de grandes difficultés dans le contact avec autrui. A l'hôpital de jour, elle se

ferme à toute communication. Elle reste constamment seule, entreprend des activités qui se font seule (tricote constamment). De plus, lorsque l'on la sollicite, elle répond par des « grognements », elle rouspète... C'est une patiente que l'on ne voit pas sourire. Au fur et à mesure que j'ai appris à la connaître, j'ai réalisé que son comportement changeait pendant que l'atelier se déroulait. Elle semble donc commencer l'atelier de mauvaise humeur et on peut observer un sourire apparaître au cours de celui-ci. Durant la verbalisation de fin de séance, elle a même témoigné des éloges envers les bienfaits de l'atelier et même envers les thérapeutes. Ce changement de comportement favorise le contact avec autrui. Ensuite, l'atelier est construit d'alternance de moments d'improvisation et d'imitation. Ajouté à cela, lors de certaines danses, nous scindons le groupe en deux afin de favoriser l'espace dans lequel nous dansons. Ces différents éléments stimulent les interactions entre chaque participant. Lors de la verbalisation de fin d'atelier, chaque patient parle de son vécu personnel mais il arrive fréquemment qu'ils témoignent de l'intervention des autres.

Le changement de musique lors des « traversées » induit également des évolutions positives. Le premier jour, elle crée une bonne surprise chez chacun des participants qui témoignent tous d'un retour positif. Ensuite, la régularité du rythme, permet une appropriation de celui-ci. En fin d'année, certains patients proposent des mouvements très justement rythmés. De plus, cette musique semble générer un enrichissement imaginaire. Les propositions de mouvements de chacun sont de plus en plus élaborées et variées.

3.4.3 Mon expérience en danse dans un processus thérapeutique et la musique

Tout comme je l'ai expliqué dans la partie clinique, je débute les séances de psychomotricité autour de la danse avec les enfants malentendants sans faire intervenir la musique. En effet, la stagiaire de l'année passée ayant travaillé sans musique, j'ai voulu débiter l'année par une certaine continuité de son travail. Puis, mon projet incluant la musique, j'essaie de l'introduire. Je remarque tout d'abord qu'au sein même de l'exercice, la concentration et l'implication sont meilleures avec la musique. Les mouvements sont alors dansés de manière plus harmonieuse et plus fine. Certains gestes deviennent même possibles. Ensuite, lorsque l'enfant montre du désintérêt pour ce que je propose, il suffit que je lance la musique pour que l'enfant prenne en fait plaisir à exécuter l'exercice que j'ai proposé. Il arrive même qu'il réclame de le recommencer. Deux fois dans l'année, j'oublie d'apporter la musique nécessaire à la séance. Ces jours-là, je dois m'adapter et proposer des exercices dansés sans musique. Pendant ces séances, j'observe moins d'investissement et de concentration. Je dois être plus présente et contenante par mes attitudes et ma voix afin d'obtenir les réponses que j'attends. Il est évident que je ne recherche aucune performance et perfection. Ce que je vise n'est autre qu'un retour appliqué, dans les possibilités de l'enfant. Enfin, un jour, en fin de séance, je surprends l'une de mes patientes en train de chantonner la musique qu'elle vient d'entendre. Celle-ci semble l'avoir stimulée à émettre des sons.

Concernant l'atelier danse de l'hôpital de jour, un jour, aucune prise électrique de notre salle de danse ne fonctionne. Nous nous retrouvons alors sans musique. Pensant que c'est notre poste qui ne fonctionne plus, la psychomotricienne et l'infirmière descendent à l'accueil pour qu'on leur prête un autre poste de musique. Pendant ce temps je reste avec les patients. L'un me demande ce que nous allons faire, s'il n'est pas possible d'avoir de la musique. Je réponds alors que nous allons en discuter lorsqu'elles reviendraient mais qu'il sera peut être possible d'adapter les activités de l'atelier et de danser sans musique. L'un des patients nous affirme alors « ce sera sans moi ! » et une autre approuve en m'expliquant qu'il est vraiment difficile de danser sans musique. Les autres patients approuvent et semblent inquiets à leur regard. Finalement, il s'avère que les prises ne fonctionnent pas, nous changeons de salle et pouvons effectuer notre atelier danse en musique. Les patients semblent rassurés et tous participent agréablement.

Un autre jour, la psychomotricienne et moi-même avons l'idée de mettre de la musique dans la salle de danse pendant le temps d'arrivée et de préparation de chacun, avant

que l'échauffement ne commence. Nous observons alors que les patients prêts les premiers initient quelques mouvements sur la musique de leur propre initiative.

D'après mes observations de cette année, la musique semble être un guide, un réel partenaire au danseur. Elle le soutient, lui permet d'exister et d'évoluer. Ajouté à cela, je pense qu'elle permet l'établissement d'un cadre, d'une contenance offrant au patient un sentiment de sécurité. De plus, dans certaines situations, la stimulation auditive devient une aide à l'activité motrice. On compte « un, deux, trois » pour démarrer une action conjointe entre plusieurs participants, on prononce « hop » pour soutenir un saut... Enfin, comme l'a expliqué Didier ANZIEU dans *le Moi-peau*, le bébé se stimule à émettre des sons seulement s'il baigne dans un enveloppe sonore. La musique semble donc primordiale, à des degrés divers, pour tout individu et notamment aux malentendants même s'ils ne perçoivent pas les sons comme un entendant.

CONCLUSION

La danse est l'art du mouvement. C'est un langage corporel constitué par les émotions et le vécu du danseur. Cette médiation est privilégiée par de nombreux thérapeutes dans le cadre de danse thérapie. Dans un premier temps, elle fut utilisée pour des pathologies psychiatriques mais cette pratique thérapeutique s'est aujourd'hui ouverte à de nombreuses pathologies ainsi que pour des thérapies différentes. Si la danse-thérapie avait autrefois un but d'amélioration de l'équilibre psychique, actuellement, le psychomotricien l'utilise également dans un suivi plus global. En effet, la danse aborde de nombreux items psychomoteurs tels que le schéma corporel, le tonus, l'espace, le temps, les coordinations et dissociations, l'équilibre, l'image du corps et la revalorisation narcissique...

La surdité est l'atteinte de l'oreille interne ou externe provoquant la perte de capacités auditives plus ou moins graves. En fonction de la gravité de la surdité mais aussi en fonction de l'environnement et des capacités de l'enfant, celui-ci présente un retard psychomoteur et psychoaffectif plus ou moins sévère.

Cette année, j'ai pu prolonger le suivi de deux enfants malentendantes, de façon autonome : Jessie et Aïchata. Leur prise en charge psychomotrice s'est effectuée autour de la danse, avec le soutien des vibrations provenant de la musique. Tout au long de cette année, malgré les difficultés rencontrées, j'ai pu observer une évolution positive de ses deux enfants tant sur le point psychomoteur que psychoaffectif.

Pour moi la surdité et la danse ont un lien qui rend cette médiation d'autant plus adaptée à cette population. En effet, l'initiation des sourds à la LSF et donc à la communication gestuelle permet à la danse d'être un cadre familier et rend les items psychomoteurs en difficultés plus abordables. Aujourd'hui je suis convaincue que j'assimile la LSF à la danse. Je pense que c'est la raison pour laquelle elle me captive autant.

Ce travail et toute la réflexion qui s'est créée autour celui-ci m'ont permis de confirmer mon avis sur les bienfaits de la danse. La danse est une pratique universelle. Elle illustre, définit et soutient n'importe quelle société quelque soit le temps historique. De plus, le vaste champ de la danse rencontre celui de la psychomotricité dans l'approche de la globalité corporelle et psychique d'un individu et de celui-ci dans son groupe. Ses richesses lui permettent de s'adapter à toutes les populations et cultures.

En plus d'un approfondissement de cette transformation, cette année m'a permis une réelle évolution de moi-même. Outre une grande richesse des apports concernant les différentes connaissances en psychomotricité, cette année m'a fait prendre conscience que cette voie me correspondait totalement et qu'elle n'était désormais plus un deuxième mais un premier choix d'avenir professionnel. Les différents événements de cette année, les déroulements positifs mais aussi l'abord des difficultés, m'ont permis de prendre confiance en moi et d'envisager le commencement d'une vie professionnelle avec beaucoup d'enthousiasme. Mon expérience de troisième année m'offre des repères qui me permettront de pouvoir développer cette pratique de la danse dans l'ensemble de mes futures activités de psychomotricienne. Elle m'encourage également à ne pas me limiter à cette approche.

Bibliographie

Ouvrages :

ANZIEU, D. (1995). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.

CARRIC, J. (2001). *Lexique du psychomotricien*. Paris : Vernazobres-Grego.

HERZOG, M.H. (1995). *Psychomotricité, relaxation et surdité*. Paris : Masson.

HERZOG, M.H. (1984). *L'expression de la mémoire chez l'enfant sourd à travers ses attitudes corporelles*. Paris : La Haye.

LABAN, R. (2007). *La maîtrise du mouvement..* Arles : Actes Sud.

LESAGE, B. (2006). *La danse dans le processus thérapeutique, fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. Ramonville-Saint-Agne : Erès.

SACKS, O. (1996). *Des yeux pour entendre, voyage au pays des sourds*. Paris : Seuil.

SIBONY, D. (2005). *Le corps et sa danse*. Paris : Seuil.

VAYSSE, J. (2006). *La danse-thérapie, histoire, techniques, théories*. Paris : L'Harmattan.

VERDEAU-PAILLES, J. & KIEFFER, M. (2006). *Expression corporelle, musique et psychotrthérapie*. Courlay : Fuzeau.

VIROLE, B. (2006). *Psychologie de la surdité*. Bruxelles : De Boeck.

Articles :

AMORETTI, S. (s.d.). *Le vécu du corps en représentation*. Evolution psychomotrice. Le corps dans l'éducation de la santé. n°66 . 2004. pp 193-196

POTEL, C. (s.d.). *Le corps à l'adolescence, médiations corporelles pour les adolescents : de la danse à la relaxation*. Psychomotricité : entre théorie et pratique. 2000, Inpress, coll. Psycho, Paris, pp 215-247

ROJO-TORRES, M. (s.d.). *Des jeunes enfants sourds élaborent leurs connaissances sur l'espace : de l'action à la représentation*. Evolutions psychomotrices. n°74. 2006. pp 194-200

VAYSSE, J. (s.d.). *Organisation et ruptures des mouvements dansés : quels équilibres?* Evolution psychomotrice. n° 47. 2000. pp 3-8

Sites internet :

<http://www.irpecor.com/texte/article.htm>

Passage à l'Art : en deçà de la communication symbolique, B. LESAGE

Les danse-thérapie instituées : repères chronologiques et filiation, B. LESAGE

<http://membres.lycos.fr/didierferard/intro.html>

<http://www.surdinet.net>

Mémoires :

MILIS, M. *Quand le corps prend la parole, intérêt de l'expression du corps dans la prise en charge psychomotrice d'enfants sourds*. 2008. Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice.

ROUX-DESSARPS, B. *Les gestes chez l'enfant sourd : du pré-verbal au verbal*. 1985. Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice.

Annexes

Annexe 1 : Jessie

- Dessin du bonhomme
- Test d'organisation grapho perceptive : Bender
- Exemple d'un transfert d'un plan tridimensionnel à bidimensionnel

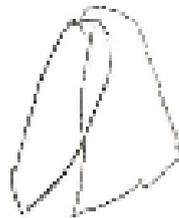
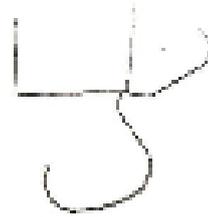
Annexe 2 : Aïchata

- Dessin du bonhomme
- Test d'organisation grapho perceptive : Bender
- Exemple d'un transfert d'un plan tridimensionnel à bidimensionnel

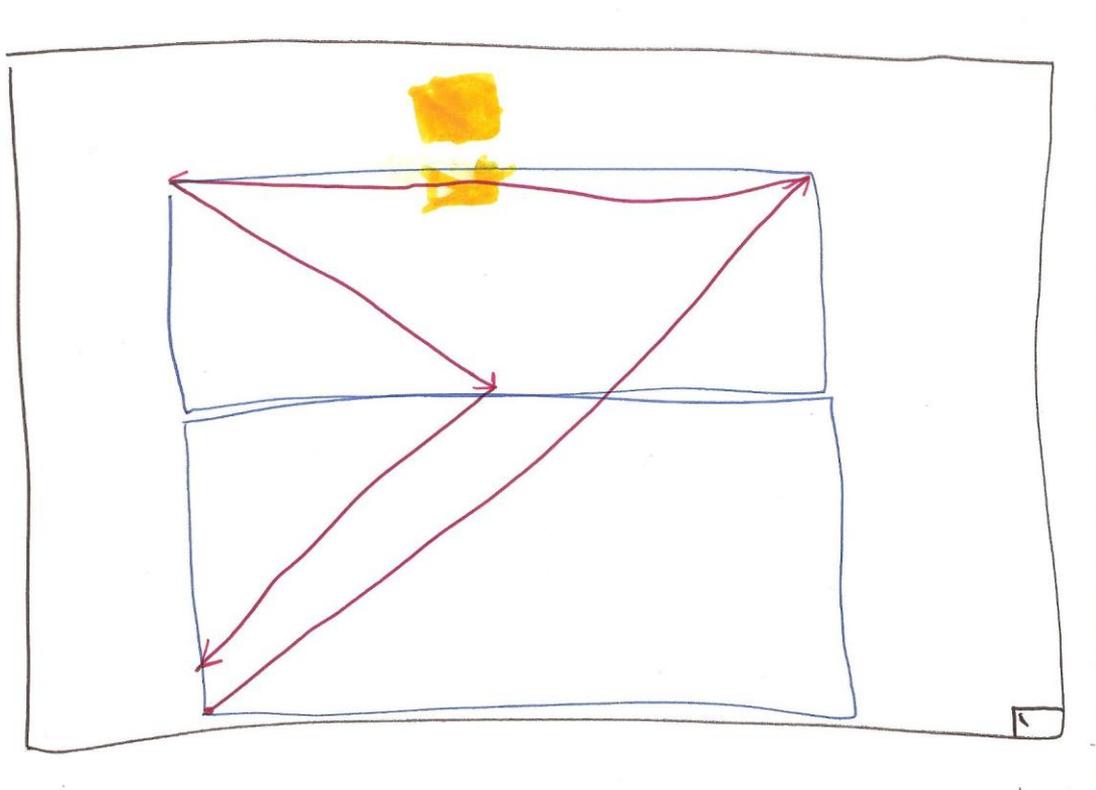
Annexe 1 : Jessie



Dessin du bonhomme

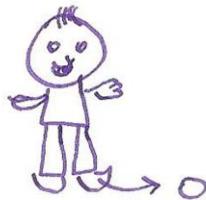


Test d'organisation grapho perceptive : Bender

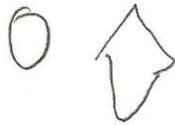


Exemple d'un transfert d'un plan tridimensionnel à bidimensionnel

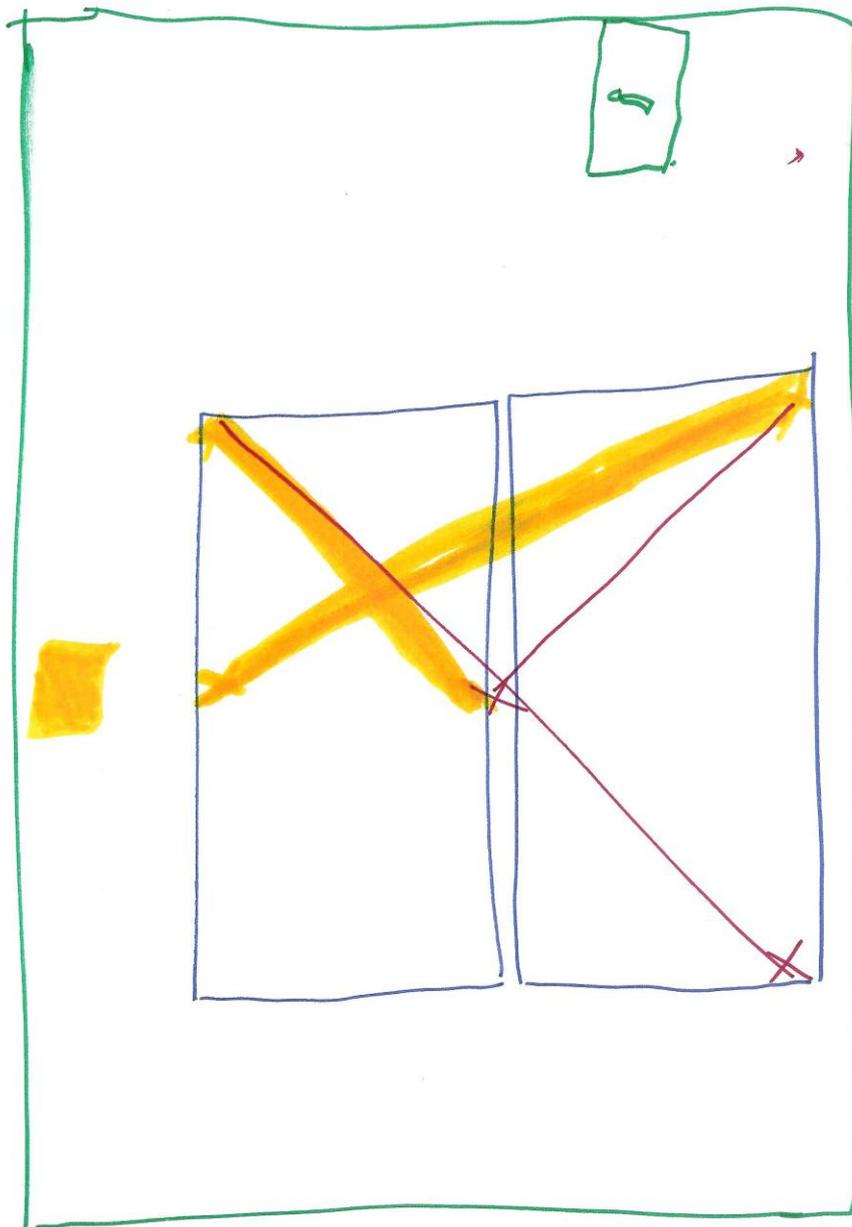
Annexe 2 : Aichata



Dessin du bonhomme



Test d'organisation grapho perceptive : Bender



Exemple d'un transfert d'un plan tridimensionnel à bidimensionnel

Résumé :

La **danse** est une médiation que l'on retrouve dans certaines thérapies psychomotrices. Cette pratique m'a personnellement beaucoup apporté sur les plans corporels et psychiques. La **surdité** est une pathologie que j'ai amenée à rencontrer en deuxième année de psychomotricité. Découvrant un nouveau mode de communication gestuelle, je me suis demandé s'il existait un lien entre la **danse** et la **surdité** par la **Langue des Signes Française**. J'ai donc décidé de proposer un suivi en psychomotricité à deux enfants malentendantes que je présente dans une deuxième partie de mémoire. Du fait de leur trouble auditif, je me suis appuyée sur les **vibrations** propagées au sol et en l'air provenant de la **musique**. Mon objectif était d'apporter un bien-être corporel et psychique essentiel à la vie par l'intermédiaire de la **danse**, soutenue par la **musique** et les **vibrations**.

Mots clés :

Danse, surdité, musique, vibration, Langue des Signes Française

Summary :

Dancing is sometimes used in psychomotricity therapy. To me, in my experience, this activity has proved gratifying for the body as well as the mind. **Deafness** is a pathology I was lead to meet in my second year of studies in psychomotricity. While discovering gestuel communication, I wondered if there was a link between **dancing** and **deafness** through the "**Langue des Signes Française**". So, I decided to offer sessions of psychomotricity to two deaf children I present in the second party of my memoir. Considering their difficulties, I used the **vibration** propagated in the ground as well as the air through **music**. My aim was to bring corporel and psychic well being, which is essentiel in life, through **dancing** and with the help of **music** and **vibrations**.

Keywords :

Dance, deafness, music, vibration, « Langue des Signes Française »