

Université de Nantes

---

Unité de Formation et de Recherche – « Médecine et Techniques Médicales »

Année Universitaire 2007-2008

Mémoire pour l'obtention du  
**Certificat de Capacité en Orthophonie**

Présenté par **Capucine GLORIEUX**

Née le 10 mai 1985

**La communication de jeunes enfants aveugles**

**Etude de cas**

*Président du jury* : Monsieur ROUSTEAU Gabriel, Phoniatre,  
Enseignant à l'Université de Nantes.

*Directeur du mémoire* : Monsieur LELOUP Jean-Pierre,  
Psychomotricien, Enseignant à l'Université de Nantes.

*Membre du jury* : Madame CLENET Marie-France, Orthoptiste,  
Enseignante à l'Université de Nantes.

*Par délibération du Conseil en date du 7 mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.*

## **INTRODUCTION**

L'absence d'une modalité sensorielle aussi importante que la vue prive l'enfant de la principale source d'informations concernant le monde physique et relationnel. La cécité imprime donc une direction particulière au développement de l'enfant aveugle, la communication n'y est pas épargnée.

Face à ce constat, nous avons souhaité entreprendre une démarche d'observation et d'enquête auprès de deux jeunes enfants aveugles de naissance, de manière à comprendre comment ils communiquent et ce qui peut se jouer dans l'échange avec eux.

Une connaissance approfondie de la vision, de la cécité, du développement de l'enfant aveugle et de la communication est indispensable à cette démarche, notre étude théorique y est donc consacrée.

Au cours de notre étude clinique, nous tenterons de mettre en évidence les particularités mais surtout les potentialités communicatives des enfants de cette étude. Le recueil des données par le biais des différents outils élaborés dans la perspective de cette recherche nous permettra de formuler un point de vue clinique personnel relatif à la communication de ces deux jeunes enfants privés de la vue.

# SOMMAIRE

## 1<sup>ère</sup> partie : ETUDE THEORIQUE

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>11</b>
<b>II. VISION ET CECITE.....</b>	<b>12</b>
A. ANATOMIE DU SYSTEME VISUEL .....	12
1. L'œil.....	12
a) Les structures annexes de l'œil .....	12
b) Le globe oculaire .....	13
2. Les voies optiques et le cerveau.....	15
B. PHYSIOLOGIE DU SYSTEME VISUEL .....	17
C. LA VISION : DEFINITIONS ET FONCTIONS.....	18
D. DEFINITIONS ET CLASSIFICATIONS .....	19
1. Définition légale.....	19
2. Classification du Dr CROUZET .....	19
3. Classification de l'OMS.....	20
E. PRINCIPALES AFFECTIONS ENTRAINANT LA CECITE .....	21
F. DEPISTAGE ET STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE PRECOCE.....	25
1. Le dépistage .....	25
a) Le médecin ou le pédiatre .....	25
b) Les parents.....	26
c) L'école.....	26
2. Les examens ophtalmologiques et orthoptiques .....	27
a) L'observation du comportement visuel.....	27
b) La mesure de l'activité cérébrale.....	27
3. L'annonce du handicap .....	27
4. Les structures d'accueil et la prise en charge précoce .....	28
a) Les structures.....	28
b) L'accompagnement familial.....	29
c) L'éducation précoce et la prise en charge orthophonique.....	30

<b>III. DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT AVEUGLE .....</b>	<b>32</b>
A. INTRODUCTION.....	32
B. DEVELOPPEMENT PERCEPTIF .....	33
1. L'audition.....	33
a) Audition et orientation vers le bruit .....	33
b) Audition et repérage dans l'espace.....	34
c) Audition et relation à autrui .....	34
2. Le toucher .....	35
a) La sensibilité cutanée .....	35
b) Organisation précoce du toucher.....	36
c) L'exploration tactile .....	36
d) La construction de l'image mentale par le toucher .....	37
3. La proprioception.....	37
4. L'odorat et le goût.....	38
5. L'unification des perceptions.....	39
C. DEVELOPPEMENT MOTEUR.....	40
1. Tonus et postures .....	40
a) Tonus.....	40
b) Postures et changements de position.....	41
2. Locomotion .....	42
a) Déplacement à quatre pattes.....	42
b) Acquisition de la marche.....	43
3. Mouvements ou attitudes spécifiques : les blindismes .....	44
D. DEVELOPPEMENT COGNITIF .....	46
1. Plusieurs voies d'apprentissage entravées chez l'enfant aveugle .....	46
a) Apprentissage de l'imitation et par l'imitation .....	46
b) Notion d'objet et de permanence de l'objet .....	46
c) La fonction symbolique.....	47
2. Elaboration du schéma corporel.....	47
a) Schéma corporel .....	48
b) Image du corps .....	49
3. Organisation spatiale et temporelle.....	49
a) L'espace .....	49

b)	Le temps .....	51
E.	DEVELOPPEMENT AFFECTIF, COMMUNICATIF ET SOCIAL.....	52
1.	La relation parents/enfant .....	52
a)	Le rôle de la vision .....	52
b)	Particularités des relations avec l'enfant aveugle.....	52
2.	Socialisation et autonomie .....	55
F.	DEVELOPPEMENT LANGAGIER .....	57
1.	Expression.....	58
a)	Phase pré-linguistique et développement phonologique .....	58
b)	Développement lexical .....	59
c)	Développement syntaxique .....	62
d)	Emploi du pronom personnel « je » .....	63
2.	Compréhension .....	63
G.	CONCLUSION .....	65
<b>IV.</b>	<b>USAGE COMMUNICATIF DU LANGAGE ET PRAGMATIQUE .....</b>	<b>66</b>
A.	LA COMMUNICATION.....	66
1.	Schéma de la communication .....	66
2.	Apports du langage à la communication.....	67
B.	ASPECTS NON-VERBAUX DE LA COMMUNICATION .....	67
1.	Communication non-verbale.....	68
2.	Pragmatique .....	69
a)	Accès au contexte.....	69
b)	Adaptation à l'interlocuteur .....	70
c)	Les tours de parole .....	70
C.	LANGAGE ET INDIVIDUATION .....	71
D.	PAROLE AUTOMATIQUE ET PAROLE VOLONTAIRE.....	72
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>74</b>

## **2<sup>ème</sup> partie : ETUDE CLINIQUE**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>76</b>
<b>II.</b>	<b>PRESENTATION DE L'ETUDE.....</b>	<b>77</b>
A.	QUESTIONNEMENT DE DEPART .....	77

B.	OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	78
C.	PROBLEMATIQUES .....	79
D.	HYPOTHESES .....	80
E.	POPULATION .....	81
1.	Céline .....	82
a)	Anamnèse .....	82
b)	Parcours éducatif et thérapeutique .....	82
c)	Résumé de l'étude précédente .....	84
2.	Marie .....	85
a)	Anamnèse .....	85
b)	Parcours thérapeutique .....	85
c)	Résumé de l'étude précédente .....	87
F.	CADRE DES RENCONTRES .....	89
1.	Présentation de l'établissement .....	89
2.	Contexte des rencontres .....	91
G.	METHODOLOGIE DE L'ETUDE .....	93
1.	Choix de la méthode clinique : l'observation clinique participante .....	93
2.	Utilisation de l'enregistrement vidéo .....	93
3.	Méthodes de recueil des données .....	94
H.	PRESENTATION DES OUTILS .....	95
1.	Assises théoriques .....	95
2.	La grille d'observation de la communication .....	95
a)	Objectifs .....	95
b)	Construction de la grille .....	95
c)	Mode d'application .....	96
3.	Le questionnaire adressé à l'entourage familial et professionnel .....	98
a)	Objectifs .....	98
b)	Construction du questionnaire .....	98
c)	Mode d'application .....	99
4.	Les livres tactiles utilisés comme supports de communication .....	100
a)	Objectifs .....	100
b)	Construction des livres .....	100
c)	Mode d'application .....	102

I. METHODE D'EXPLOITATION DES DONNEES RECUEILLIES GRACE AUX DIFFERENTS OUTILS .....	104
<b>III. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS .....</b>	<b>106</b>
A. ANALYSE DES DONNEES FOURNIES PAR LA GRILLE D'OBSERVATION. 106	
1. Céline .....	106
a) Analyse détaillée .....	108
2. Marie .....	119
a) Analyse détaillée .....	121
B. ANALYSE DES DONNEES FOURNIES PAR LE QUESTIONNAIRE.....	131
1. Céline .....	131
a) Exploration .....	131
b) Ecoute.....	132
c) Interaction.....	133
d) Communication .....	135
e) Jeu.....	137
f) Langage .....	137
g) Divers .....	139
2. Marie .....	140
a) Exploration .....	140
b) Ecoute.....	141
c) Interaction.....	142
d) Communication .....	144
e) Jeu.....	146
f) Langage .....	147
g) Divers .....	148
C. CONCLUSION CLINIQUE DES ETUDES DE CAS .....	150
1. Céline .....	150
2. Marie .....	152
<b>IV. OUVERTURE SUR L'ORTHOPHONIE .....</b>	<b>155</b>
<b>V. DISCUSSION ET CONCLUSION DE L'ETUDE .....</b>	<b>158</b>
A. DISCUSSION .....	158
1. Aspects méthodologiques .....	158
a) Population.....	158

b)	Référence à la norme .....	159
c)	Observation participante .....	160
d)	Subjectivité.....	161
2.	Apport du travail réalisé.....	161
3.	Propositions de poursuite de la recherche.....	162
B.	CONCLUSION .....	163
	BIBLIOGRAPHIE.....	167
	ANNEXES.....	170
	Annexe 1 : Grille d'observation de la communication.....	171
	Annexe 2 : Questionnaire destiné à l'entourage familial et professionnel.....	172
	Annexe 3 : Extraits des livres tactiles.....	184

**1ère partie :**  
**Etude théorique**

## ***I. INTRODUCTION***

Dans cette étude théorique, nous nous attacherons en premier lieu à présenter la vision et ses mécanismes afin de mieux comprendre comment certaines affections peuvent être à l'origine d'une cécité chez l'enfant. Nous aborderons ensuite la prise en charge précoce de l'enfant aveugle et de ses parents suite au diagnostic de cécité.

Dans une seconde partie, nous présenterons les particularités développementales de l'enfant aveugle sur différents plans. Nous exposerons donc les spécificités de son développement perceptif, moteur, cognitif, affectif et langagier.

Dans un dernier volet, nous montrerons combien le langage ne peut se résumer à une maîtrise sémantique et syntaxique et en quoi la communication se révèle être une structure bien plus vaste et complexe dans laquelle de nombreux facteurs sont intriqués.

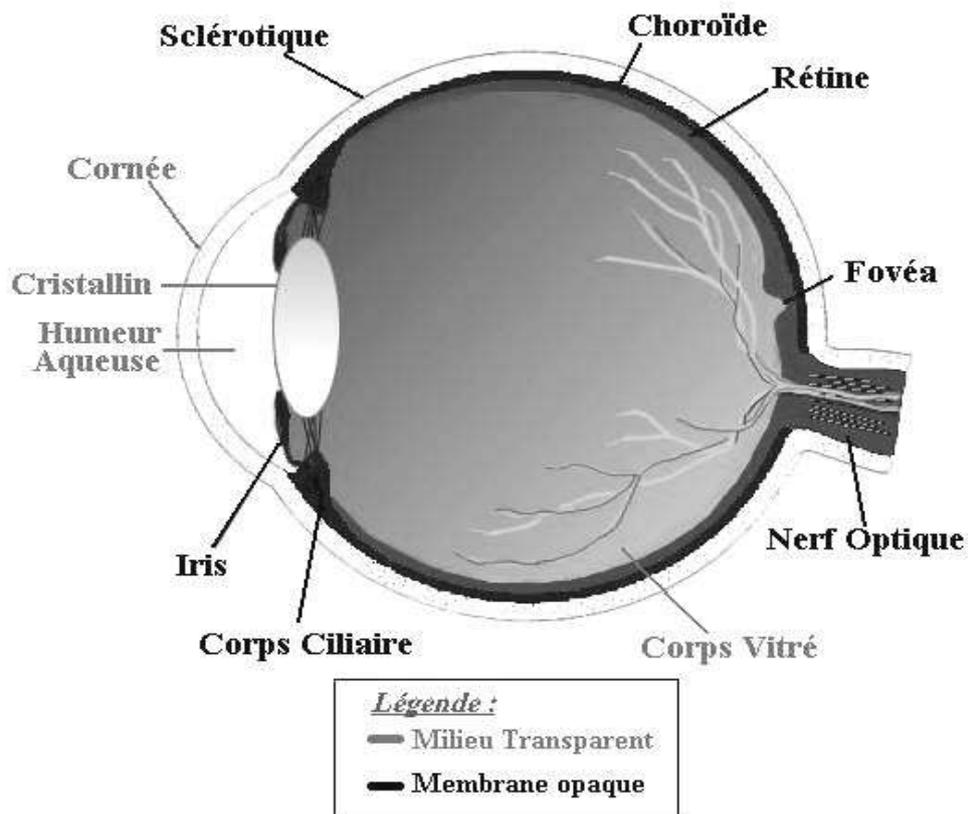
## II. VISION ET CECITE

### A. ANATOMIE DU SYSTEME VISUEL

Le système visuel est composé de l'œil, des voies optiques et du cerveau. Ces trois éléments jouent un rôle spécifique dans le mécanisme de la vision. Leur fonctionnement résulte de leurs propriétés anatomiques.

#### 1. L'œil

L'œil est formé du globe oculaire autour duquel se trouvent de nombreuses structures annexes qui assurent sa protection et sa mobilité.



Coupe sagittale du globe oculaire

#### a) Les structures annexes de l'œil

Les deux globes oculaires sont fixés dans des renfoncements de la boîte crânienne : les cavités orbitaires. Elles sont situées sur la partie supérieure de la face et sont séparées l'une de l'autre par les fosses nasales. Elles protègent les globes oculaires.

La mobilité de chaque globe oculaire est assurée par six muscles rubanés appelés muscles extrinsèques de l'œil : les muscles droits externe et interne, les muscles droits supérieur et inférieur, ainsi que le grand et le petit oblique. Ces muscles oculomoteurs naissent au niveau de l'orbite et s'insèrent sur la face externe du globe oculaire, au niveau de la sclérotique. Ces muscles sont striés et très innervés (leur innervation est assurée par les nerfs crâniens III, IV et VI). Ce sont les muscles les plus rapides de l'organisme. Les muscles de l'œil lui permettent de suivre le mouvement d'un objet et constituent des sortes de haubans qui préservent la forme du globe oculaire et son maintien dans l'orbite.

Par ailleurs, le globe oculaire est protégé par des organes annexes :

- Les paupières, tapissées par la conjonctive.
- Les cils et les sourcils, qui assurent la protection contre les poussières.
- Les glandes lacrymales, qui sécrètent les larmes, humidifient constamment l'œil et assurent la transparence de la cornée.

### ***b) Le globe oculaire***

Le globe oculaire est une sphère de 2.5cm de diamètre, situé dans la partie antérieure de l'orbite osseuse. Seul 1/6<sup>ème</sup> du globe oculaire est visible, le reste étant entouré et protégé par un coussin de graisse et par les parois osseuses de l'orbite.

La paroi du globe oculaire comprend trois membranes :

- La sclérotique : c'est la membrane la plus externe de l'œil. Opaque, blanche, vascularisée et résistante, elle protège et façonne le globe oculaire, tout en fournissant un ancrage solide aux muscles extrinsèques de l'œil. Elle est continue sur 4/5<sup>èmes</sup> du globe, puis se prolonge en avant par la cornée sur 1/5<sup>ème</sup>.
- La choroïde : elle a une place intermédiaire, puisqu'elle se trouve entre la sclérotique et la rétine. Elle recouvre les 2/3 postérieurs du globe oculaire, elle laisse un passage au nerf optique en sa partie postérieure. C'est une membrane pigmentée, elle donne la couleur de l'œil. Elle permet de garder constante la température et irrigue la rétine. Elle forme en avant l'iris, située derrière la cornée. L'iris est percé en son centre et laisse un trou que l'on nomme la pupille. Cet espace varie en fonction de mécanismes de contraction et de décontraction et entraîne donc l'agrandissement ou le rétrécissement de la pupille.

-La rétine : c'est la membrane la plus interne de l'œil et la plus sensible aux impulsions lumineuses. Elle est jaunâtre, transparente et fragile. Elle est reliée au nerf optique en un point dépourvu de cellules visuelles, point aveugle que l'on nomme papille. En cet endroit, la lumière n'est pas captée. La rétine comporte également une autre tâche : la fovéa (aussi appelée macula ou tâche jaune), elle se situe au niveau du pôle postérieur du globe oculaire. La fovéa est très riche en photorécepteurs cônes, responsables de la précision et de la netteté des impressions visuelles, c'est donc la zone d'acuité maximale. On distingue quatre couches de ces cellules visuelles : l'épithélium pigmentaire, les photorécepteurs (cônes et bâtonnets), les cellules bipolaires et les cellules ganglionnaires. Les cônes, situés sur la fovéa, permettent la vision phototopique (c'est-à-dire de jour), il en existe trois types (vert, jaune et rouge) et ils sont responsables de la vision des couleurs. Les bâtonnets, eux, sont situés en périphérie et permettent la vision scotopique (c'est-à-dire de nuit).

Par ailleurs, le globe oculaire présente quatre milieux transparents :

-La cornée : c'est le prolongement antérieur de la sclérotique. C'est une membrane transparente, bombée et très fine au centre. C'est une fenêtre qui laisse pénétrer la lumière dans l'œil. Elle assure, par sa forme courbée, les 2/3 de la focalisation de l'image sur la rétine, en déviant les rayons afin qu'ils y arrivent en un même point pour que l'image soit nette. Le dernier tiers de cette focalisation est assuré par le cristallin. La cornée subit très souvent des lésions causées par les poussières ou éclats, mais présente une capacité de régénération remarquable.

-L'humeur aqueuse : c'est une substance liquide incolore qui occupe la chambre antérieure comprise entre la cornée et l'iris. Elle contient des sels minéraux, de l'acide lactique et de l'acide ascorbique. Elle est sécrétée au niveau de la zone ciliaire. Ce liquide est renouvelé environ toutes les quatre heures et est en mouvement permanent afin d'éliminer les métabolites de l'œil.

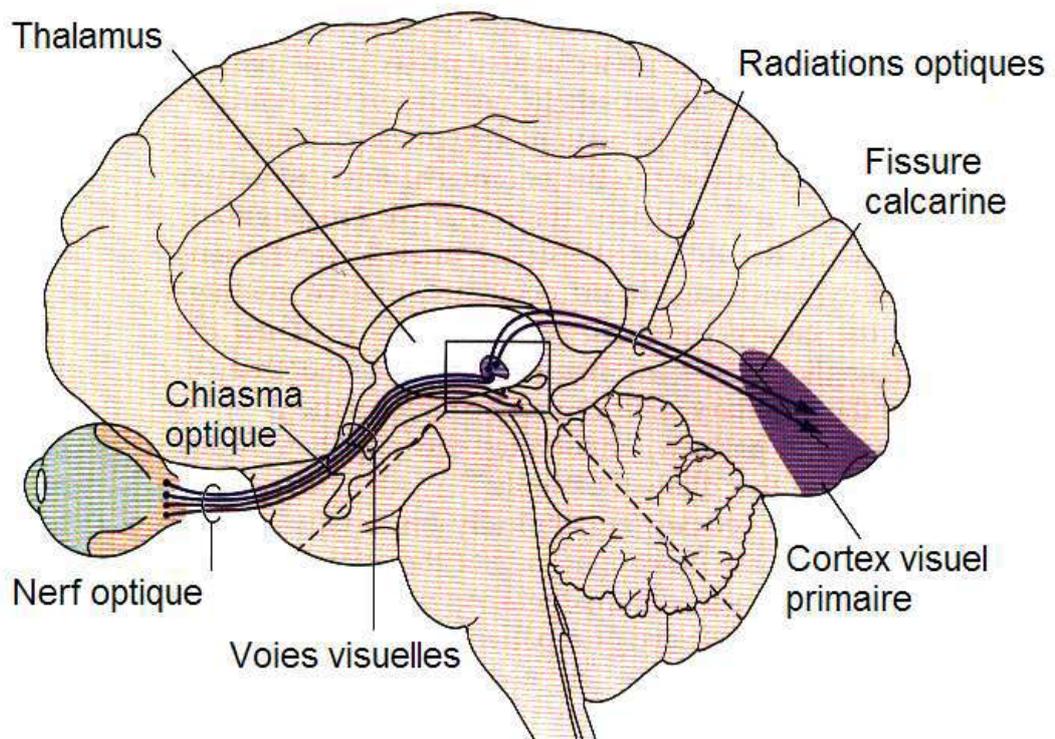
-Le cristallin : c'est une lentille biconvexe formée par des lames fibreuses transparentes et élastiques. Il est situé en arrière de l'iris et en avant du corps vitré. Il est relié à la zone ciliaire. Il présente une courbure qui varie sous l'action des muscles ciliaires pour permettre l'accommodation de l'œil. Cette élasticité diminue avec l'âge et entraîne une presbytie.

-Le corps vitré (ou humeur vitrée) : c'est une substance liquide, transparente, beaucoup plus épaisse que l'humeur aqueuse. Elle est contenue dans la cavité comprise entre le cristallin et

la rétine. Elle permet de conserver la sphéricité de l'œil, essentielle à la netteté de l'image. Elle a également un rôle phagocytaire et détruit les débris présents dans l'œil.

## 2. Les voies optiques et le cerveau

Ainsi, le globe oculaire est-il prolongé par les voies optiques, allant jusqu'au cortex visuel primaire.



### Voies optiques et cortex visuel primaire

-Les voies optiques : elles correspondent à une succession de neurones qui commence dans l'épaisseur de la rétine et se prolonge jusqu'au cortex cérébral.

Le trajet qui relie ces deux structures se compose de plusieurs étapes. L'ensemble des neurones partant de la rétine constitue le nerf optique. Celui-ci entrecroise une partie de ses fibres avec le nerf du côté opposé, formant ainsi le chiasma optique. C'est à ce niveau que le nerf optique de l'œil droit croise celui de l'œil gauche. La connexion neuronique qui suit fait la liaison entre les neurones du nerf optique et ceux des voies visuelles et des radiations

optiques, celles-ci passant par différents centres nerveux avant d'atteindre le cortex visuel primaire.

-Le cerveau : Les signaux visuels provenant de la rétine, véhiculés par le nerf optique puis par les voies visuelles et les radiations optiques, vont gagner le cortex visuel primaire (aire 17) dans le lobe occipital de chaque hémisphère cérébral.

Le cortex visuel primaire est un des nombreux constituants du cortex cérébral. Il occupe une petite partie du versant externe de chaque lobe occipital et une zone plus étendue de la surface médiane. C'est dans cette zone du cerveau que s'enregistrent les informations visuelles.

Chaque sens se dirige vers un cortex primaire différent. Cependant, ces informations sensorielles sont regroupées au niveau du cortex associatif qui permet de les mettre en lien, pour une meilleure perception du monde environnant.

En conclusion, l'œil est une structure complexe, reliée au cortex visuel primaire par de nombreux neurones. Cette présentation anatomique des structures du système visuel nous permettra dans un second temps de comprendre le mécanisme de la vision. Nous verrons ainsi comment l'œil parvient à voir les images que lui offre le monde.

## ***B.      PHYSIOLOGIE DU SYSTEME VISUEL***

L'œil reçoit les phénomènes lumineux. Lorsque l'objet regardé est situé loin, les rayons lumineux arrivent perpendiculairement à l'œil, traversent la cornée qui les fait légèrement converger. Ils traversent ensuite la chambre antérieure, puis la pupille pour atteindre le cristallin. Celui-ci les fait converger totalement. La lumière traverse alors le vitré et atteint la rétine au point nommé fovéa. A ce stade du processus, l'image se trouve inversée. Elle est analysée, codée en influx nerveux qui suivent le nerf optique puis les voies optiques intracrâniennes. Le message est adressé à la région occipitale du cerveau qui interprète ces influx et remet l'image à l'endroit ; c'est alors, seulement, que nous voyons.

Les informations visuelles, ajoutées aux autres informations sensorielles interagissent avec les données du moment et celles stockées dans le système nerveux central pour donner la sensation de vision.

La vision d'un objet proche exige un effort de mise au point car l'image nette se forme en arrière de la rétine. Il faut donc ramener l'image sur la rétine : c'est le phénomène d'accommodation. Il consiste en une variation de la courbure de la face antérieure du cristallin, ce qui entraîne une variation de la vergence de l'œil et amène l'image dans le plan rétinien. Le mécanisme est réflexe et exige un délai d'environ 0.3 seconde.

La vision normale nécessite l'intégrité de l'œil (globe oculaire et structures annexes), des voies optiques et du cerveau.

### ***C. LA VISION : DEFINITIONS ET FONCTIONS***

La vision est une fonction très complexe. Avec l'olfaction, le toucher, l'audition et le goût, c'est un élément de la perception qui nous permet d'appréhender notre environnement et d'élaborer nos sensations au niveau cérébral. Elle est en interaction constante avec la proprioception, la motricité, les fonctions supérieures (mémoire et attention), l'état psychoaffectif (motivation et sécurité) et l'environnement.

Trois rôles principaux peuvent être attribués à la vision : communication, organisation du geste avec contrôle de l'équilibre, et saisie de l'information.

La communication, en effet, met en jeu la vision. L'importance du regard dans les interactions précoces entre la mère et son bébé, ainsi que l'a décrit D. STERN (1989), le démontre. Le contact œil à œil, si fort pendant la tétée, permet à la dyade d'établir un premier lien, prémices des échanges verbaux à venir. Chez les enfants et les adultes, on remarque aussi que beaucoup d'informations passent par le regard, notamment les émotions.

La vision permet aussi de contrôler nos actions et notre équilibre, via la coordination perceptivomotrice. Les stratégies visuelles relatives à la tâche et aux conditions de sa réalisation participent à la planification temporelle et spatiale des mouvements. La vision est essentielle dans le mouvement : élaboration, exécution et contrôle.

Enfin, la vision permet d'explorer l'environnement. On considère que 80% des informations du monde extérieur passent par nos yeux. Cette saisie se déroule en plusieurs étapes : la perception visuelle permet de sélectionner une unité perceptive, puis il existe un temps de reconnaissance visuelle, succédé par une localisation visuelle pouvant associer vision et proprioception. Ensuite, l'analyse perceptive visuelle permet de déterminer la forme, la couleur, le mouvement, l'orientation, et la position relative de la cible.

La fonction visuelle est immature à la naissance et évolue de façon permanente. Elle atteint sa maturité vers l'âge de 3 ans. A 3 semaines de vie, l'enfant cherche déjà à accrocher le regard. A 4 mois, il distingue le visage de sa mère et devine ce qu'elle veut lui transmettre.

## ***D. DEFINITIONS ET CLASSIFICATIONS***

### **L'acuité visuelle**

Elle correspond au pouvoir séparateur de l'œil, c'est-à-dire la possibilité de distinguer deux points d'une figure. Elle permet l'appréciation de détails fins de l'image visuelle. Elle dépend de la constitution de la rétine, du système optique de l'œil (cornée et cristallin) et de la luminosité de l'objet. L'acuité visuelle normale est, par convention, fixée à 1 ou 10/10.

### **Le champ visuel**

C'est la portion de l'espace dans laquelle doit être situé un objet pour être vu par un œil maintenu immobile.

### **La cécité**

Dans le langage courant, la cécité est l'absence totale de vision. On parle de cécité précoce lorsque le handicap est sévère, d'origine prénatale, périnatale ou postnatale.

#### ***1. Définition légale***

En France, selon l'ordonnance du 3 juin 1945, toute personne dont l'acuité visuelle du meilleur œil est inférieure ou égale à 1/20 après correction, ou dont le champ visuel ne dépasse pas 20 degrés sur chaque œil est considérée comme aveugle. Cette définition englobe donc sous le même nom les personnes ayant conservé des sensations lumineuses ou colorées et les personnes entièrement privées de la vue. Il existe une clause qui tient compte de l'évolutivité du processus oculaire et inclut les mineurs menacés de cécité bien que bénéficiant momentanément d'une vision centrale supérieure à 1/20.

Cette définition n'en reste pas moins stricte et a souvent été contestée.

#### ***2. Classification du Dr CROUZET***

C'est en tenant compte des restrictions évoquées précédemment que le docteur CROUZET, ophtalmologiste adjoint de l'INJA (Institut National des Jeunes Aveugles) de Paris, responsable du centre ophtalmologique des Ecoles de Paris, propose la classification suivante :

-les aveugles totaux : absence totale de vision ou simple perception lumineuse.

-les aveugles partiels : restes visuels permettant l'orientation à la lumière et la perception des masses, facilitant énormément les déplacements et l'appréhension du monde extérieur. Leur vision rapprochée est cependant insuffisante pour être utile dans la vie scolaire ou professionnelle.

### 3. Classification de l'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé présente la classification suivante :

Catégorie de déficience visuelle	Acuité visuelle du meilleur œil après correction		Champ visuel
	Maximum	Minimum	
Malvoyance I	3/10 (0.3)	1/10 (0.1)	20°
Malvoyance II	1/10 (0.1)	1/20 (0.05)	
Cécité III	1/20 (0.05)	1/50 (0.02)	5 à 10°
Cécité IV	1/ 50 (0.02)	Perception lumineuse	
Cécité V	Pas de perception lumineuse	Pas de perception lumineuse	0°

Ces différentes définitions et classifications nous montrent bien combien les aveugles constituent un groupe hétérogène. La cécité est une problématique complexe à de nombreux égards :

-à perte de vision égale, deux aveugles n'ont pas du tout la même perception du monde extérieur.

-il est difficile d'évaluer d'emblée les possibilités d'utilisation du résidu visuel.

-de nombreux facteurs tels que le milieu familial ou les différentes prises en charge entreprises influencent le développement global de l'enfant non-voyant.

### ***E. PRINCIPALES AFFECTIONS ENTRAINANT LA CECITE***

Il existe de nombreuses pathologies qui atteignent le système visuel avant, pendant et quelques jours après la naissance. Leurs principales étiologies sont l'hérédité, les maladies génétiques, les malformations congénitales, la prématurité, les maladies infectieuses ou métaboliques, les cancers et les accidents domestiques.

Nous n'aborderons pas ici les pathologies responsables uniquement d'amblyopie (chute d'acuité visuelle non améliorable par le port de corrections) et de malvoyance, même sévères, mais ne conduisant jamais ou très rarement à la cécité.

Ainsi, les principales affections pouvant entraîner une cécité chez l'enfant sont les suivantes :

#### **La cataracte**

Elle peut être congénitale dans le cas de maladies maternelles pendant la grossesse (type rubéole), héréditaire ou secondaire (due au diabète par exemple). Elle se traduit par une opacification totale ou partielle du cristallin. C'est la cause la plus fréquente du handicap visuel de l'enfance.

#### **La dégénérescence tapéto-rétinienne**

C'est une maladie héréditaire dont l'origine est encore inconnue. Certains chercheurs avancent toutefois l'hypothèse d'un dérèglement enzymatique. Elle correspond à une atteinte des photorécepteurs, il y a un dysfonctionnement au niveau des cônes ou des bâtonnets, conduisant le plus souvent à la cécité. L'enfant atteint est en général aveugle dès la naissance. Dans certains cas, l'évolution est différée (on peut avoir dans un premier temps un champ visuel tubulaire), mais toujours inéluctable.

### **La fibroplasie rétrolentale ou rétinopathie du prématuré**

Elle est en général due à une oxygénothérapie. Elle correspond à un défaut de vascularisation de la rétine provoqué par un envahissement des fibres à l'arrière du cristallin et souvent un décollement de la rétine. A son stade ultime, et quand elle est bilatérale, elle correspond à une cécité. Actuellement, la fibroplasie rétrolentale devient moins fréquente, mais la réanimation des prématurés nécessite de fortes doses d'oxygène et a fait apparaître de nouveaux cas.

### **L'anophtalmie et la microphthalmie extrême**

Elles sont entraînées par un arrêt de développement à l'intérieur de l'utérus. Elles correspondent à une taille anormalement petite, voire inexistante, de l'œil, Elles sont souvent associées à des anomalies rétinienne.

### **Le glaucome**

Dans 75% des cas, il est d'origine génétique et dans 25% des cas, d'origine infectieuse. La tension oculaire normale est le résultat de l'équilibre entre la sécrétion et l'excrétion de l'humeur aqueuse. Le glaucome se définit par une augmentation de cette tension. Ce déséquilibre entre sécrétion et excrétion entraîne une hypertonie oculaire et par conséquent une asphyxie des cellules de la rétine et du nerf optique, ainsi qu'une opacification de la cornée. Le glaucome congénital est lié à une malformation embryologique aboutissant à une soudure entre iris, corps ciliaire et cristallin. La sécrétion de l'humeur aqueuse se fait bien, mais il n'y a pas d'évacuation. Aujourd'hui, la part du glaucome dans l'étiologie de la cécité a diminué grâce à la microchirurgie de l'angle irido-cornéen. Toutefois, les cas les plus graves avec anomalies associées et les échecs chirurgicaux entraînent encore la cécité.

### **Le rétinoblastome**

Cette affection est souvent héréditaire. Il se manifeste par une tumeur d'aspect blanchâtre dans la pupille. D'abord localisé à l'œil, le cancer gagne progressivement le nerf optique et s'étend vers l'arrière. Le rétinoblastome est bilatéral dans 20% des cas. Il semble entraîner moins souvent de cécité grâce à la surveillance systématique et au traitement du deuxième œil par radiothérapie, chimiothérapie ou curiethérapie lorsque le premier est atteint. Néanmoins, il faut parfois se résoudre à une énucléation bilatérale. C'est le plus fréquent des

cancers oculaires de l'enfant et comme tout cancer, il peut être mortel par apparition de métastases disséminées.

### **Le décollement de la rétine**

Il peut être dû à un traumatisme, une forte myopie, un kyste de la rétine, une fibroplasie rétrolentale ou à des facteurs héréditaires. La rétine est une membrane qui doit être appliquée physiquement sur toute la paroi pour permettre un bon fonctionnement. Tout soulèvement de la rétine peut entraîner une cécité dans la zone du décollement. Ainsi, un décollement central de la rétine (c'est-à-dire lorsque la fovéa est atteinte) peut-il entraîner une cécité. Aujourd'hui, un recollement de la rétine à l'aide du laser permet de traiter une grande majorité des cas. Cependant, cette pratique a davantage un rôle préventif que curatif en ce qui concerne un décollement total de la rétine, pour lequel on aura plutôt recours à un cerclage (autour de la sclérotique) et à une injection de gaz ou d'huile de silicone.

### **L'atrophie optique**

La forme héréditaire autosomale récessive est la plus grave. Le nerf optique est formé de la réunion des prolongements des cellules visuelles que l'on appelle fibres optiques. Le nerf doit être entier et non comprimé pour permettre la libre circulation des informations. Toute pathologie le long du trajet de ces fibres optiques entraîne une lésion puis une atrophie de ces fibres. Hydrocéphalie, hypertension intracrânienne, méningite, encéphalite, anoxie néonatale, embryofetopathies (rubéole, toxoplasmose, etc.), tumeurs optochiasmatiques, colobome, glaucome et hypoplasie du nerf optique peuvent également entraîner une atrophie optique.

### **Les atteintes encéphaliques**

Les informations quant à la taille, la situation, la couleur et le relief parviennent au cortex occipital qui synthétise toutes les données.

Anoxies cérébrales, infections, traumatismes crâniens, tumeurs et épilepsies peuvent donc être la cause de malvoyance ou de cécité.

D'autres affections (méningiome, gliome, pseudo-gliome, uvéite, rétinite pigmentaire, chorioretinite, scléro-cornée, dysplasie rétinienne, dystrophie cornéenne, etc.) peuvent, dans

de rares cas, être à l'origine de troubles visuels importants ou de cécité. Par souci de synthèse, nous ne détaillerons pas ces affections ici.

## ***F. DEPISTAGE ET STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE PRECOCE***

Le dépistage précoce d'une pathologie visuelle est primordial car il conditionne l'intervention rapide des professionnels de santé. Dans certains cas, il permet d'éviter une dégradation des relations des parents avec leur enfant, car si celui-ci souffre d'un handicap dont les parents n'ont pas conscience, l'incompréhension peut s'installer. Certaines pathologies visuelles sévères sont dépistées très précocement du fait de leur caractère flagrant (microphthalmie ou anophthalmie par exemple), pour les autres, le diagnostic est souvent plus tardif. Ainsi la cécité congénitale est-elle en général repérée dès la naissance, cependant des examens plus tardifs sont utiles pour la mise en évidence de maladies dégénératives.

### ***1. Le dépistage***

Le dépistage des défauts visuels de l'enfant repose sur sa surveillance par le médecin, les parents et l'école. L'ophtalmologiste intervient à leur demande.

#### ***a) Le médecin ou le pédiatre***

L'examen par le médecin est obligatoire à huit jours, neuf mois et deux ans. Un examen visuel au 4<sup>e</sup> mois est proposé dans le carnet de santé mais n'est pas obligatoire. Il est cependant important qu'il soit réalisé auprès des enfants à risque (prématurité, antécédents familiaux, etc.). Le médecin cherche :

- un strabisme.
- une absence de fixation visuelle.
- une pupille blanche, rouge ou trop grande.
- une opacité du cristallin.
- un nystagmus (succession d'oscillations rythmiques, involontaires et conjuguées des globes oculaires).
- un balancement de type blindness, c'est-à-dire qui n'est pas compulsif et incontrôlable.

Les examens à huit jours et neuf mois offrent au pédiatre l'opportunité de vérifier la bonne acquisition des réflexes. Il constatera soit :

- un examen normal avec des réflexes présents.
- un examen normal mais des réflexes lents, en voie d'acquisition. L'enfant doit, dans ce cas, être revu rapidement.

-une atteinte du globe oculaire. L'enfant doit alors être adressé à l'ophtalmologiste.

### ***b) Les parents***

Ils peuvent remarquer un certain nombre de troubles ou difficultés par l'observation du développement de leur enfant. Il sera alors important de les préciser au médecin de manière à ce qu'il puisse en déterminer la cause.

Il peut s'agir de :

- absence de sourire.
- pauvreté de la mimique.
- absence de défense à la menace.
- mouvements anormaux des yeux (nystagmus).
- strabisme.
- manque d'intérêt.
- maladresse.
- retard de développement.
- retard dans les acquisitions scolaires.

### ***c) L'école***

A partir de deux ans, le développement oculaire est pratiquement terminé. Le dépistage de la déficience visuelle est donc primordial avant cet âge. Cependant, il existe des pathologies oculaires qui ne sont détectées que plus tard.

A l'école, de même qu'à la maison, il est possible d'observer chez l'enfant :

- des céphalées.
- un déséquilibre oculomoteur.
- des clignements ou plissements d'yeux excessifs.
- la fermeture fréquente d'un ou des deux yeux.
- des signes d'appel du syndrome des enfants battus à pathologie oculaire.

Le dépistage des troubles visuels chez l'enfant, qu'il soit effectué par la famille, le médecin ou l'école, aboutit à la consultation d'un ophtalmologiste et/ou d'un orthoptiste.

## **2. Les examens ophtalmologiques et orthoptiques**

### ***a) L'observation du comportement visuel***

L'orthoptiste, sur prescription de l'ophtalmologiste utilise la technique du regard préférentiel pour mesurer l'acuité visuelle de l'enfant dès les premiers jours. On peut l'utiliser jusqu'à dix-huit mois afin de rechercher les défauts de vision du nourrisson. Il s'agit également de rechercher une éventuelle asymétrie entre les deux yeux (au niveau de l'acuité ou du comportement visuel), et de vérifier l'intégrité des réflexes oculomoteurs (nystagmus optocinétique, réaction à la menace, etc.). Nous ne développerons pas ici les grands points du bilan orthoptique car, à l'évidence, les enfants de notre étude n'ont pas subi ces examens.

### ***b) La mesure de l'activité cérébrale***

Quand on soupçonne un défaut de vision, on peut pratiquer deux examens permettant de confirmer ou infirmer de manière objective un trouble visuel. Ces deux examens déterminent aussi l'origine du problème.

-ERG (Electro-Rétino-Gramme) : il permet de mesurer l'activité électrique de la rétine de chaque œil et renseigne sur l'état de celle-ci.

-PEV (Potentiel Evoqué Visuel) : il permet de mesurer la perméabilité et l'activité électrique des voies visuelles, grâce à un système d'électrodes. Cette méthode assure le suivi du message visuel jusqu'au cerveau, et rend ainsi compte d'un éventuel défaut sur ce trajet. Néanmoins, elle ne renseigne aucunement sur les capacités du cerveau à traiter correctement le signal.

## **3. L'annonce du handicap**

C'est un moment délicat qui concerne les parents, l'enfant, les professionnels et l'entourage. Les paroles prononcées à ce moment par les professionnels ont une grande incidence sur la pensée et les attitudes des parents. Ces paroles peuvent se répercuter sur la relation à l'enfant, affectant ainsi son développement moteur, cognitif et affectif. L'attitude des parents face à la cécité, en effet, déterminera en grande partie la réaction de l'enfant quand il se rendra compte de son handicap. L'annonce de la cécité engendre chez les parents traumatisme, blessure narcissique et douleur. Ils éprouvent souvent un sentiment de solitude ou d'injustice, ont peur de l'avenir et doutent de leur compétence à élever leur enfant.

On a longtemps cru que les attitudes parentales se résumaient soit à un rejet soit à une surprotection, comme l'écrivent L.LEFEBVRE et R.DELCHET (1972). Cependant,

C.BELARGENT (1994) distingue différentes réactions des parents à partir de l'annonce du handicap de leur enfant :

- l'état de choc.
- le sentiment de rupture totale avec leur vie antérieure.
- la fuite de la réalité.
- le sentiment de révolte face à l'injustice.
- le sentiment de solitude.
- le sentiment de rejet avec fantasme de mort incontrôlé.
- le sentiment de culpabilité.
- l'incapacité à se projeter dans l'avenir.
- la recherche d'un lien entre le handicap et un autre événement de leur histoire personnelle.

L'auteur insiste sur le fait que ces réactions ne s'enchaînent pas selon un ordre particulier, elles sont parfois simultanées et des retours en arrière sont possibles.

#### 4. Les structures d'accueil et la prise en charge précoce

##### a) *Les structures*

Concernant la prise en charge pluridisciplinaire de la déficience visuelle des 0-3 ans, des organismes spécialisés existent. Il s'agit des CAMSP et des SAFEP.

-Le CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) est un lieu de prévention, de dépistage et de prise en charge d'enfants de la naissance à 6 ans. Il a pour principale mission d'établir un dépistage et un diagnostic précoces, aussi précis que possible, des troubles du développement du jeune enfant. Une fois le diagnostic établi, il assure la prise en charge de l'enfant et l'accompagnement parental. Certains CAMPS sont spécialisés dans la prise en charge des déficients sensoriels.

-Le SAFEP (Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce) est une sous catégorie du SESSAD (Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile) spécialisée dans la prise en charge des enfants déficients sensoriels de 0 à 3 ans. Le SAFEP a pour but d'intervenir auprès des enfants de la naissance à l'école maternelle dans le cadre de l'éducation précoce, et auprès des parents pour l'accompagnement familial. L'aide concrète sur le lieu de vie, proposée aux parents par le SAFEP, leur suggère des modèles d'identification sans toutefois avoir de perspective normative. Il a pour rôle de conseiller,

informer et soutenir les familles ayant un jeune enfant présentant une déficience visuelle ou une cécité. Il aide également l'enfant à développer son autonomie dans son quotidien en interaction avec sa famille. Enfin, il prépare et soutient les enfants à l'entrée progressive dans la vie sociale. Le SAAIS (Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire) prend le relais pour les 3-20 ans en intervenant dans l'établissement scolaire fréquenté par l'enfant et en accompagnant son parcours. Le SAAIS est à l'écoute de l'enfant et de ses parents et informe les enseignants sur la déficience visuelle.

Ces structures disposent d'une équipe pluridisciplinaire associant diverses professions : pédiatre, pédopsychiatre, psychologue, psychomotricien, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, éducateur spécialisé, enseignant, etc.

### **b) L'accompagnement familial**

A.MORGON et P.AIMARD (1988) écrivent : « *L'écoute et le soutien actif de l'intervenant permettent aux parents d'évoluer progressivement, de considérer leur enfant en tant que personne, d'observer son développement, de moduler leurs attentes ou exigences en fonction de ses possibilités et caractéristiques* ».

Les informations apportées aux parents par les professionnels portent d'abord sur le degré de la cécité et ses conséquences sur le développement de l'enfant. Elles portent aussi sur les méthodes spécifiques d'éducation des enfants aveugles et sur les aides techniques qui peuvent leur être proposées. Leur but est d'amener les parents à comprendre les besoins particuliers de leur enfant.

Des conseils concernant l'éducation perceptive, motrice, cognitive, affective et langagière sont prodigués aux parents par les différents intervenants. D'après B.LOWENFELD (1956) : « *Dès son plus jeune âge, les parents d'un enfant aveugle doivent rendre sa vie aussi riche que possible, bien remplie et indépendante. Ce sont les remparts les plus forts contre les expériences qui entraînent le doute et le découragement* ». Les parents doivent, en effet, se montrer patients et énergiques car les apprentissages sont longs et difficiles, et ils sont parfois tentés d'agir à la place de l'enfant. Ils doivent être ingénieux et multiplier les occasions d'exploration en admettant le non-respect de certaines conventions et en évitant la surstimulation.

Les professionnels travaillant auprès de jeunes enfants aveugles motivent les parents en expliquant les progrès de l'enfant à chaque étape de son développement. Ils valorisent

l'enfant en mettant l'accent sur sa motricité, sa communication, sa spontanéité, etc. Ils aident les parents à prendre conscience des possibilités de leur enfant.

L'accompagnement parental ne signifie pas « éducation parentale », il se limite à des conseils dans le respect du libre choix des parents.

L'accompagnement parental est intimement lié à l'éducation précoce. Rien, en effet, n'est réalisable sans le concours des parents qui restent les éducateurs privilégiés de l'enfant.

### ***c) L'éducation précoce et la prise en charge orthophonique***

L'objectif de la prise en charge d'un enfant non voyant est avant tout de permettre son intégration familiale, sociale et scolaire. Cette prise en charge doit être précoce, dès l'annonce du handicap, afin d'éviter l'apparition de troubles associés, notamment d'ordre psychomoteur et psychologique. L'éducation précoce a pour but de développer des moyens de compensation du handicap visuel, d'accompagner l'enfant dans sa différence et de l'amener à s'épanouir. Intervention précoce et accompagnement familial font partie intégrante du champ de compétences de l'orthophoniste. Le déficit visuel empêchant l'enfant de bénéficier pleinement des stimulations extérieures, les premières interactions se trouvent perturbées par ce déficit. Il est donc extrêmement important que parents et enfant puissent bénéficier d'un accompagnement et d'une prise en charge adaptés et précoces. L'orthophoniste, en tant que thérapeute du langage et de la communication, a une place très importante dans cette démarche.

Comme le souligne D.STERN (1989), l'arrivée d'un enfant porteur d'un handicap peut provoquer « *des faux pas dans la danse de l'accordage affectif* ». L'orthophoniste a donc pour rôle de donner aux parents les moyens de communiquer avec leur enfant aveugle. S.FRAIBERG (1994) apporte de nombreux éléments d'éducation et de rééducation adaptés à l'enfant pour lui permettre de se développer en harmonie avec son environnement, que ce soit avec les objets ou avec les personnes. Elle propose d'aider les parents à trouver un langage tactile-auditif avec leur enfant en les encourageant à beaucoup le porter, lui parler pendant toute activité, lui chanter des chansons et jouer avec lui. Toute action sera accompagnée d'une verbalisation, permettant de relier chaque expérience à des mots. Il faut donc interpréter pour l'enfant toute intervention de l'environnement au niveau auditif, tactile, thermique, etc. La verbalisation riche et précise, en effet, est primordiale pour que l'enfant perçoive un environnement sensoriel cohérent, qu'il prenne conscience que l'adulte et les autres enfants vivent les mêmes expériences que lui, afin qu'il reçoive les informations de manière aussi

claire et détaillée que possible. La cécité, en effet, peut être considérée comme un « terrain favorable » à l'autisme (de même que la surdité). On constate que la privation sensorielle prédispose l'enfant à un enfermement sur lui-même et à des difficultés de communication dues à une mauvaise perception de l'environnement. Ainsi, chez l'aveugle, on recense environ 25% d'enfants présentant des comportements à caractère autistique. Ces données sont à nuancer car, comme nous l'exposerons par la suite grâce aux études de cas, il n'est pas rare que certains comportements donnent une apparence de repli alors qu'il s'agit d'une simple attitude de stimulation ou de concentration.

Concernant la prise en charge du langage oral de l'enfant aveugle, le travail est surtout axé sur l'aspect sémantique de son expression, en s'appuyant toujours sur des éléments concrets. Il est important, en effet, que l'enfant soit en contact avec le réel. Ainsi faut-il lui expliquer davantage de choses qu'à l'enfant voyant, notamment en distinguant réel et imaginaire et en précisant les limites de la vision, ce qui permet d'éviter en partie le verbalisme. Cette tendance au verbalisme doit être prise en compte, il faut veiller à ce que l'enfant ait des représentations exactes et complètes de ce à quoi renvoient les mots. Il est donc primordial d'expliquer de façon systématique et variée le vocabulaire qui se réfère aux expériences tactiles, auditives, etc.

Ainsi, selon I.FOUQUET et E.TESSON (1993), « *Il apparaît primordial que les échanges verbaux soient sous-tendus par des manipulations, des expériences concrètes vécues par l'enfant aveugle* ».

L'orthophoniste peut aussi être amené à rééduquer l'articulation d'un enfant non-voyant. Ce travail s'avère plus compliqué qu'auprès des enfants voyants car les aveugles ont souvent une mauvaise conscience de leur corps et donc de leur sphère oro-faciale. Ne pouvant pas voir comment l'adulte réalise correctement les sons, ils ne peuvent pas s'appuyer sur l'imitation des gestes buccaux. Pour la même raison, on retrouvera fréquemment chez les enfants aveugles des problèmes de mastication et de déglutition.

Plus tard, un travail du langage écrit pourra être entrepris (lecture et écriture du braille). Ce travail commence en réalité dès le plus jeune âge car la nature même du système braille impose une éducation appropriée du sens tactile et de la latéralisation, ce qui constitue déjà un des points forts de la prise en charge de l'enfant aveugle.

Enfin, il ne faut pas oublier que l'orthophoniste, dans ce type de prise en charge, travaille en étroite collaboration avec les autres professionnels qui gravitent autour de l'enfant (éducateurs, psychomotriciens, psychologues et médecins).

### ***III. DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT AVEUGLE***

#### ***A. INTRODUCTION***

La première partie de cette étude théorique nous a permis de mieux cerner le mécanisme de la vision ainsi que les diverses pathologies qui peuvent survenir chez l'enfant aveugle.

Cependant, la cécité ne peut se résumer à un trouble anatomique ou physiologique, l'enfant est atteint dans la globalité de son être et les répercussions de sa cécité touchent l'ensemble de son développement. Sa perception du monde environnant, sa motricité, sa cognition, son affectivité, sa socialisation, sa communication et son langage sont perturbés.

Ainsi, une meilleure connaissance des caractéristiques du développement précoce de l'enfant aveugle permettrait-elle de mieux cerner son fonctionnement et de répondre au mieux aux besoins particuliers qu'engendre sa spécificité. Une éducation précoce appropriée permet, en effet, de réduire de manière considérable les risques de retard ou de dysfonctionnement au cours du développement de l'enfant.

Nous essayerons donc dans ce second volet, d'apporter un éclairage théorique sur les particularités du développement de l'enfant aveugle et sur les stratégies dont il use pour pallier l'absence d'informations visuelles. Pour ce faire, nous nous appuyerons en partie sur les données relatives au développement normal de l'enfant voyant.

Les incidences de la cécité sur le développement de l'enfant dépendent en grande partie de l'âge d'apparition de celle-ci. Les enfants de notre étude étant aveugles complets de naissance, nous nous restreindrons aux effets de la cécité précoce sur le développement infantile, sans nous étendre sur les effets d'une cécité plus tardive.

## **B. DEVELOPPEMENT PERCEPTIF**

Le rôle central que joue la vision dans le développement de l'enfant voyant est indéniable. Cette modalité perceptive est celle qui lui fournit le plus d'informations sur le monde extérieur en un temps très limité, sans effort conscient (donc sans surcharge cognitive) et avec une fiabilité certaine. On considère, en effet, que 80% des informations concernant le monde extérieur nous parviennent par la vision. Par ailleurs, la vue assure l'intégration des différentes informations sensorielles en une perception unifiée, plus facilement exploitable sur le plan cognitif. La privation de la vue a donc un impact direct sur la disponibilité des informations de l'environnement et engendre chez l'enfant aveugle une structuration différente de ses autres perceptions.

L'enfant aveugle va ainsi avoir recours à un usage intensif des modalités sensorielles encore à sa disposition : audition, toucher, proprioception, odorat et goût, c'est ce que nous allons exposer dans ce chapitre.

### **1. L'audition**

L'appareil auditif est fonctionnel vers le 5<sup>ème</sup> ou 6<sup>ème</sup> mois de gestation et l'audition serait possible à partir du 7<sup>ème</sup> mois de grossesse.

#### **a) *Audition et orientation vers le bruit***

L'information sonore ne provoque pas le même intérêt et ne suscite pas la même curiosité que l'information visuelle. T. BOWER (1978) note, à ce propos, qu'*« il est fort possible que, pour l'enfant aveugle, le son demeure longtemps quelque chose d'immatériel, sans rapport direct avec les objets solides qu'il rencontre dans son environnement, et dont beaucoup d'ailleurs ne produisent pas de bruit »*.

Chez les voyants, l'orientation et la localisation sont dépendantes de signaux aussi bien visuels qu'auditifs, ainsi que de la connaissance de l'environnement. Cette capacité est donc nécessairement entravée chez l'aveugle. B.LISSONDE (1978) énonce que la réaction d'orientation au bruit n'apparaît que vers 7 mois chez l'enfant aveugle (alors qu'elle apparaît dès 2 mois chez l'enfant voyant). Sans l'apport de la vue, en effet, cet enfant ne fait pas le lien entre le bruit et sa source.

A.BULLINGER (1984), remarque que, chez l'enfant aveugle, les réactions sont différentes selon que la source sonore se trouve à l'intérieur de l'espace de préhension de

l'enfant ou hors de cet espace. Avant l'acquisition de la locomotion, l'émission d'un son dans le champ de préhension entraîne la rotation de la tête et le lancement de la main dans la direction de la source de stimulation. Si, par contre, le son est émis en dehors de l'espace de préhension de l'enfant, celui-ci explore tout l'espace environnant sans tenir compte de la provenance du son. Une fois la locomotion acquise, l'enfant aveugle est parfois capable, grâce à l'audition binaurale, de localiser l'objet sonore. Cependant, localisation d'une source sonore et exploration orientée ne sont pas toujours possibles.

### ***b) Audition et repérage dans l'espace***

L'audition permet d'appréhender l'espace et le temps réel, en donnant une image du lieu dans lequel les sons ont cheminé. Les aveugles parviennent ainsi à estimer les distances, la position des objets et des personnes dans l'espace à partir d'un repère sonore fixe, le déplacement d'une personne par le bruit des pas, la profondeur des lieux, les reliefs et les volumes.

Chez le jeune enfant aveugle, il est donc important de favoriser le développement de l'identification de l'objet par le bruit qu'il procure, ainsi que le repérage de l'objet par rapport au corps propre.

### ***c) Audition et relation à autrui***

A.J.DECASPER et W.P.FIFER, cités par J.C.REINHARDT (1990), ont démontré que des nouveau-nés de moins de 3 jours discriminent la voix de leur mère d'une autre voix féminine. La reconnaissance de la voix maternelle serait plus précoce que celle de son visage, il s'agit donc d'un repère affectif important. L'audition va ainsi permettre un sentiment de sécurité chez l'enfant aveugle. Elle interviendra également au niveau de l'apprentissage par imitation.

De plus, l'audition, spécialisée dans la saisie et le traitement des données séquentielles, permet à l'enfant aveugle l'acquisition du langage oral et lui donne ainsi accès aux représentations symboliques et aux interactions sociales.

L'audition est donc un des principaux moyens de relation entre l'enfant aveugle et son environnement. Il est à noter, cependant, que contrairement à la vue, l'audition ne lui permet qu'une exploration passive.

## 2. Le toucher

Le toucher est la modalité qui supplée le mieux l'absence de vision car elle donne accès aux mêmes informations concernant les objets (excepté la couleur). Les aveugles utilisent donc intensivement le toucher pour explorer le monde qui les entoure et obtenir les informations que la vision ne peut leur fournir. Cependant, le toucher demeure une sensibilité de contact, contrairement à la vision et à l'audition qui sont des perceptions à distance. Le contact direct avec l'objet est nécessaire, cela demande un comportement actif et un effort de la part du sujet. Le toucher ne permet donc d'appréhender qu'un espace limité et concret. C'est pourtant lui qui va compenser en grande partie l'absence de vision.

Les perceptions tactiles sont fragmentaires, analytiques et se déroulent dans le temps, tandis que la vision offre une appréhension globale, synthétique et instantanée. Avec le toucher, une synthèse est donc indispensable avant de pouvoir appréhender entièrement un objet. De plus, les informations tactiles sont peu nombreuses, pauvres et peu prégnantes. Ces particularités réduisent significativement la taille et la qualité du champ perceptif accessible.

Notons que, contrairement à des idées reçues et comme le souligne R.BEYLIER (1999), l'enfant aveugle ne naît pas avec un sens du toucher hautement développé, comme une compensation de l'absence de vision. Cependant, la cécité agit en orientant l'attention de l'enfant vers les indices les plus pertinents et l'oblige à mettre en œuvre des stratégies d'exploration plus organisées et donc plus efficaces.

### a) *La sensibilité cutanée*

La peau est un organe sensible, même avant la naissance. On peut observer des réponses à des stimulations tactiles dès le 3<sup>ème</sup> mois de développement intra-utérin.

La sensibilité cutanée varie en fonction de la densité des récepteurs et est donc plus ou moins importante selon les régions du corps. Elle est plus nette dans la région du visage, de la paume des mains et de la plante des pieds.

La sensibilité cutanée intègre les sensations tactiles (de toucher, de pression, de douleur, de variation de température, etc.) qui, recoupées par des sensations auditives et kinesthésiques essentiellement, fournissent à l'enfant aveugle des informations sur le monde extérieur.

### **b) Organisation précoce du toucher**

R.GENICOT (1988) explique que « *le toucher, privé de vue, ne sait plus se structurer précocement grâce au guide visuel et doit compter sur d'autres organisations supplétives* ». La structuration du toucher serait, en effet, plus lente chez l'enfant aveugle que chez l'enfant voyant. On observe toutefois chez l'enfant aveugle un surcroît d'activité pariétale et, par conséquent, une réorganisation des gnosies manipulatoires.

### **c) L'exploration tactile**

Y.HATWELL (1986) a étudié l'exploration tactile chez l'enfant aveugle. Elle remarque que, dans une tâche d'exploration d'un stimulus, l'enfant aveugle de moins de 7 ans n'utilise en général qu'une seule main. L'exploration est superficielle, rapide et expéditive. La main non dominante est peu utilisée, ne servant que d'accompagnement moteur, de point de repère ou d'appui. Plus tard, l'exploration devient bi-manuelle, systématique et totale. L'aveugle planifie alors la tâche à réaliser.

S.PORTALIER, cité par R.BEYLIER (1999), a ainsi mis en évidence l'importance de solliciter au maximum chez l'enfant aveugle les deux mains et de développer la compétence discriminative des récepteurs sensoriels des doigts. Cela permettrait, en effet, d'améliorer les compétences ultérieures en lecture braille.

Par ailleurs, une étude sur la perception tactile a été réalisée par P.W.DAVIDSON, cité par E.SAMPAIO (1988). Il étudie les mouvements des doigts dans la perception d'objets (formes, textures, etc.). On distingue ainsi 5 stratégies d'exploration :

- le grip : agrippement.
- le pinch : pincement.
- le top sweep : balayage.
- le span : appréciation de la taille avec tous les doigts tendus et écartés.
- le trace : autre type de balayage.

En général, les voyants se servent essentiellement du balayage. Les aveugles, quant à eux, mobilisent davantage de doigts et ont une préférence pour l'agrippement qui permet une appréhension globale et simultanée du stimulus. Ceci est rendu possible à l'enfant aveugle par l'augmentation de sa capacité de traitement parallèle résultant de l'entraînement à la perception tactile.

Ces stratégies d'exploration ont pour objectif premier l'identification de l'objet. R.GENICOT (1988) énonce à ce propos, que « *la reconnaissance des objets et des formes est étroitement*

*solidaire de la séquence des palpations successives et donc de l'organisation des trajets digitaux discrets. L'absence de mouvements des doigts (simple application des doigts sur les surfaces ou défilement de l'objet sous les doigts immobiles) rend la reconnaissance quasi-impossible* ». Une exploration passive ou mal organisée de l'objet, en effet, ne permet pas la construction mentale de celui-ci. C'est ce que nous verrons dans le paragraphe suivant.

#### **d) *La construction de l'image mentale par le toucher***

R.GENICOT (1988) affirme que « *sans la possibilité de traduire l'expérience d'un objet manipulé en image visuelle, le non-voyant de naissance construit sa réalité tactilo-kinesthésique selon des règles propres* ». Il existe, en effet, une étroite relation entre la qualité de l'exploration manuelle et la qualité de l'« image perceptive ». Cette dernière est d'autant plus importante que c'est à partir des sensations tactiles perçues par l'enfant aveugle que son esprit travaille, assemble et associe. Construire une image mentale fidèle à partir du toucher est une tâche complexe, en effet, il ne suffit pas, à l'instar de la vision, que l'objet passe furtivement entre les mains. Il faut palper, prendre des points de repère, mesurer, comparer, etc.

Le toucher est donc le premier sens qui permet à l'enfant aveugle de connaître ce qui l'entoure par une exploration active. Cependant, la modalité tactile ne permet pas la perception de la continuité du mouvement, de la distance, de la lumière et des couleurs, du bidimensionnel (photos, dessins, etc.), des objets dangereux ou animés de mouvements rapides, des objets trop grands, trop petits, fragiles, inaccessibles, ou impalpables (fumée, vapeur, etc.).

Il faut également signaler le caractère plus ou moins tabou du toucher au sein de notre société. Il semble inconvenant, en effet, d'entrer directement en contact avec une personne inconnue par le biais de la modalité tactile. Il est donc extrêmement difficile pour les aveugles de se représenter physiquement les personnes avec lesquelles elles sont en contact.

### **3. La proprioception**

Les perceptions proprioceptives sont présentes même en l'absence de tout contact tactile. Elles dépendent des récepteurs vestibulaires (situés dans l'oreille interne) ainsi que des récepteurs des couches musculaires profondes, des tendons et des articulations (ces trois derniers produisant les perceptions kinesthésiques). Elles jouent un rôle dans le maintien de la posture et de l'équilibre ainsi que dans la localisation spatiale de la perception tactile.

Cependant, ces perceptions proprioceptives n'étant pas sous-tendues par les afférences visuelles, le jeune enfant aveugle adopte parfois des postures particulières et a des difficultés à élaborer les propriétés spatiales du corps, et, plus généralement de l'environnement.

C'est malgré tout grâce à ce « sens » que l'enfant aveugle va distinguer certaines variations de l'environnement que l'enfant voyant ne percevra pas (inclinaison du sol, fins reliefs muraux, changements infimes de structure de certains objets, etc.).

Il s'agit donc d'une sensibilité particulière qui, selon R.BEYLIER (1999), est très importante à développer chez l'enfant aveugle car elle renseigne sur la position du corps à chaque instant et va permettre à l'enfant de sentir bouger celui-ci.

#### **4. L'odorat et le goût**

L'odorat et le goût sont les deux sens chimiques principaux qui permettent à l'homme de distinguer des molécules de différents types présentes dans l'environnement. Ils sont complémentaires au toucher et à l'audition et sont donc utilisés massivement par le jeune enfant aveugle.

L'odorat est un organe sensoriel qui fonctionne à distance et dont les récepteurs sont situés dans la partie supérieure du nez. Les sensations olfactives sont très importantes dans la petite enfance, notamment dans la relation mère-enfant. THIS (1981) énonce à ce propos, que « *c'est par l'odeur que le nouveau-né reconnaîtra son père et sa mère, même s'il ne les voit pas* ». On parle d'attachement olfactif. Dès son plus jeune âge, l'enfant aveugle apprend à reconnaître les odeurs familières et se construit un véritable stock olfactif. L'odorat lui permettra ainsi d'identifier des lieux, personnes, animaux ou objets connus, grâce à la « *physionomie olfactive* » qu'il leur aura attribuée.

Le goût est une modalité perceptive importante car c'est essentiellement en portant tout à sa bouche que le jeune enfant découvre ce qui l'entoure durant la première année de vie. Le goût des aliments se compose à la fois des sensations gustatives, olfactives et thermiques. Il est dû aux arômes perçus par la voie bucco-pharyngée. Le goût donne des renseignements sur la matière, la consistance et la forme des objets. Le goût aide donc au discernement des différentes substances par les sensations de salé, sucré, amer, acide, etc. La mémoire gustative permet d'associer chaque goût spécifique à un objet. Le répertoire de

l'ensemble de ces sensations amène l'enfant aveugle à créer une « carte gustative » qu'il conserve tout au long de sa vie.

### 5. L'unification des perceptions

GIBSON, cité par Y.HATWELL (2003), évoque l'existence d'un système de traitement polyvalent qui travaillerait sur des données parvenant de codes sensoriels distincts et qui en tirerait des informations amodales ou supramodales, c'est-à-dire entièrement détachées de la modalité qui les a véhiculées. Y.HATWELL parle ainsi d'image mentale en termes de « *médiateur intermodal privilégié qui constitue le code commun dans lequel les informations provenant de différentes sources sensorielles sont converties* ». Ainsi, selon R.GENICOT (1988), l'enfant aveugle cherche à « *donner une signification tactile aux choses entendues et inversement à attribuer des caractéristiques sonores aux choses manipulables* »

Chaque modalité sensorielle, en effet, possède son propre registre de signifiants. Pour aboutir à une représentation unifiée de l'objet par ses perceptions, l'enfant aveugle doit déployer énormément d'énergie cognitive. Il doit garder en mémoire de travail les différentes perceptions puis les associer, les analyser et enfin les synthétiser pour obtenir une représentation cohérente de l'objet.

Le langage, quant à lui, permet d'unifier les différentes expériences sensorielles en les désignant par un même mot. Ainsi, l'avion dont la maquette a été palpée par l'enfant aveugle, l'avion dans lequel il s'est assis et l'avion entendu passant au-dessus de lui, pourront-ils être réunis sous le même vocable « avion ».

Même si l'enfant aveugle apprend à mieux exploiter ses différents sens, ce qui lui permet de compenser en partie son handicap, l'absence de vision se traduit par un appauvrissement quantitatif et qualitatif des informations recueillies sur le monde environnant. Dans la mesure où individuellement, audition, toucher, proprioception, odorat et goût apportent moins d'éléments que la vision elle-même, il est important d'aider l'enfant à multiplier son recueil d'informations sensorielles. La cécité, comme nous l'avons vu, entraîne donc une limitation perceptive. A-t-elle également des répercussions sur le développement moteur et psychomoteur des enfants aveugles ?

## **C.    DEVELOPPEMENT MOTEUR**

La cécité freine l'accès au mouvement. Selon R.LECUYER (1994), c'est, en effet, la vision qui impulse celui-ci. L'impossibilité d'imiter les gestes va également pénaliser le franchissement de certaines étapes du développement moteur. Il sera donc souvent nécessaire d'apprendre à l'enfant aveugle les mobilisations qui se font spontanément chez l'enfant voyant et de l'aider à suppléer l'absence de vision par les autres modalités sensorielles.

De plus, le développement cognitif de l'enfant naît, selon J.PIAGET (1948), de ses expériences sensori-motrices. Le mouvement serait donc le fondement d'activités plus élaborées telles que la coordination manuelle, le développement cognitif, la communication verbale et l'autonomie affective.

Ainsi, même s'il dispose de moyens de compensation sur le plan perceptif, nous verrons que l'enfant aveugle présente un retard et des particularités de développement moteur qui auront des conséquences sur ses acquisitions futures.

### **1.    Tonus et postures**

#### **a)    Tonus**

L'acquisition du tonus est un élément important dans le développement du jeune enfant. Il est à la base de l'acquisition des différentes postures.

En l'absence de stimulation visuelle, qui appelle à une conduite d'orientation de la tête puis du tronc, le jeune enfant aveugle, dominé par les forces de la pesanteur, présente un effondrement tonique. Ceci est flagrant au niveau de la tenue de tête (nuque relâchée et tête baissée), mais se retrouve également dans la plupart des schèmes toniques. L'enfant aveugle présente donc un défaut de mobilisation de la tête et une hypotonie axiale.

A cette hypotonie, fait souvent suite l'installation d'une hypertonie réactionnelle. L'enfant privé de la vue, est souvent amené à vivre des contacts par surprise. Il ne peut, en effet, anticiper visuellement l'action de l'autre. C'est donc à force de subir ces contacts sans posséder les moyens de les maîtriser, que l'enfant aveugle va, dans la majorité des cas, se construire une « carapace tonique », faisant office de bouclier face aux éventuelles agressions. C'est ce que R.OUVRAY, cité par R.BEYLIER (1999), appelle la « *paroi tonique* ». D'où l'importance d'une verbalisation excessive (pour prévenir l'enfant, par exemple, de l'action qui va avoir lieu sur lui) afin de l'aider à se préparer toniquement à accompagner l'acte. Il

sera ainsi acteur dans les manipulations et les mouvements initiés par l'adulte et évoluera alors dans un climat plus sécurisant.

### ***b) Postures et changements de position***

Selon S.FRAIBERG, citée par E.SAMPAIO (1988), le contrôle postural de la tête, du tronc et du corps sont acquis à un âge normal chez l'enfant aveugle. Cependant, la plupart des auteurs ne partagent pas cet avis.

La cécité, en effet, prive l'enfant de données proprioceptives visuelles, indispensables à l'ajustement permanent du corps, c'est-à-dire aux postures. F.MARTINEZ (1978), considère les « *originalités posturales de l'enfant aveugle comme une certaine adaptation aux conditions de l'environnement non-visuel* ». L'absence de vision perturberait donc le développement postural.

Plusieurs postures sont ainsi acquises plus tardivement chez l'enfant aveugle. Des différences majeures avec celles de l'enfant voyant apparaissent principalement au niveau :

-du décubitus ventral : chez l'enfant voyant, nous savons que l'acquisition du tonus axial est en grande partie permise par cette position (dans laquelle le nourrisson prend appui sur ses avant-bras puis sur ses poignets afin de regarder autour de lui pour satisfaire sa curiosité), lui permettant de relever la tête et de se tonifier. Non motivée par la vue, cette posture n'apparaît que très tardivement chez l'enfant aveugle.

-de la station assise : sa maîtrise est également plus tardive chez l'enfant aveugle. Dès qu'il n'est plus stimulé, celui-ci aura tendance à se relâcher et à se laisser glisser jusqu'à la position couchée, contrairement à l'enfant voyant qui, dans cette posture, est sans cesse sollicité par ce qu'il voit. De plus, pour l'enfant aveugle dont le sens tactile est prédominant, la mobilisation des mains dans le maintien de la posture, en début d'acquisition de celle-ci, le pénalise dans l'exploration de l'espace environnant. C'est donc une position qu'il cherchera à éviter.

Concernant les changements de position, l'enfant aveugle les initie rarement dans la première année. Les schèmes sensori-moteurs correspondants devront donc lui être « montrés » afin qu'il prenne conscience de ses possibilités motrices. Après avoir ressenti et intégré le mouvement, l'enfant aveugle devient capable d'initier ces changements et de découvrir progressivement les différentes postures. Un obstacle supplémentaire à cette prise d'initiative réside dans la tendance de l'adulte à faire à la place de l'enfant, ce qui l'inhibe dans l'expérimentation par lui-même et dans la découverte de sa propre capacité à agir.

Le schème sensori-moteur du retournement, par exemple est difficilement acquis chez l'enfant aveugle, faute de stimulation visuelle. Chez l'enfant voyant, en effet, la curiosité visuelle le pousse à se tourner vers le stimulus. L'enfant aveugle, lui, aura plutôt tendance à chercher l'objet repéré auditivement à l'aide des mains, dans la limite de ses possibilités brachiales. De plus, il finit souvent par renoncer à cette exploration lorsque celle-ci s'avère répétitivement improductive, tête et tronc restant alors figés.

Notons enfin, que les réflexes de protection (mise en avant des mains en cas de déséquilibre par exemple), innés chez l'enfant voyant n'existent pas spontanément chez l'enfant aveugle. Ils devront donc lui être appris. Leur acquisition aidera l'enfant à surpasser l'appréhension causée par les changements de positions un peu brutaux ou les chutes qui sont souvent plus traumatisantes pour l'aveugle.

Ainsi les postures fournissent-elles des points de référence (verticale, horizontale, pesanteur, etc.), sur lesquels vont s'organiser les déplacements orientés de l'enfant dans l'espace.

## **2. Locomotion**

Entre 9 et 12 mois, l'enfant voyant passe de l'espace brachial à l'espace de déplacement. L'enfant aveugle a besoin d'être davantage encouragé pour dépasser son espace de préhension. Même si l'enfant est prêt d'un point de vue moteur, orientation au son et notion d'objet sont deux pré-requis indispensables à l'acquisition de la locomotion. Celle-ci, en effet, est motivée par le désir d'atteinte des objets. Elle est donc nécessairement retardée chez l'enfant aveugle qui a plus de difficultés à en acquérir une représentation globale. L'enfant doit se contenter de stimulations auditives et tactiles qui n'apportent que des informations fragmentaires, nécessitant une synthèse finale.

### ***a) Déplacement à quatre pattes***

La position quadrupédique est rarement choisie par l'enfant aveugle. Dans cette position, les mains, recrutées pour le maintien de la posture, ne sont plus libres pour explorer l'environnement. De plus, la tête devient le premier bouclier face à un obstacle.

Il se peut également que l'enfant ne rampe pas, par manque d'incitation visuelle. Il trouve alors souvent d'autres stratégies de déplacement, en position assise ou passe directement à la station debout.

### ***b) Acquisition de la marche***

Comme tout déplacement, la marche doit être motivée. Or, très souvent, les parents ont tendance à porter l'enfant aveugle pour le déplacer, même quand celui-ci est en âge de marcher.

Certaines étapes d'acquisition, telle que la phase de recherche de l'équilibre statique, sont parfois absentes chez l'enfant aveugle. La marche est alors mécanique et rigide.

L'âge moyen d'acquisition de la marche autonome serait de 19 mois chez les enfants ayant suivi un programme d'entraînement régulier, selon E.ADELSON et S.FRAIBERG cités par R.BEYLIER (1999), alors qu'il se situe aux alentours d'un an chez l'enfant voyant. Cependant, en l'absence d'entraînement, seuls 50% des enfants aveugles marcheraient à 24 mois.

Il est à noter que pour l'enfant aveugle, s'avancer debout peut signifier « s'aventurer dans un vide complet », car il ne se représente pas mentalement la surface sur laquelle il faut progresser. De plus, il ne possède pas les images visuelles d'adultes ou de pairs qui se déplacent de cette façon

Quand la marche est installée en respectant les pré-requis (tonus postural et dynamique, équilibre statique, motivation, orientation du déplacement vers un but, etc.) on note que l'enfant aveugle a tendance à traîner des pieds. C'est parfois la conséquence d'une hypotonie, mais le plus souvent, il s'agit d'un moyen de garder contact avec le sol le plus longtemps possible afin de réduire le temps de déséquilibre et de tâter la qualité et les variations du sol.

L'acquisition de la marche est une étape fondamentale pour l'enfant aveugle, car elle lui permet de prendre conscience de son corps propre. L'enfant associe toutes ses sensations en les rapportant à un corps unique, contribuant ainsi à l'individuation de la personne. La locomotion permet de multiplier les expériences de l'enfant, en lui offrant la possibilité de manipulation d'objets auparavant hors d'atteinte. En outre, elle limite la dépendance de l'enfant vis-à-vis de son entourage en favorisant l'autonomie et contribue à l'élaboration de l'espace.

### 3. Mouvements ou attitudes spécifiques : les blindismes

Ce sont des stéréotypies motrices, rythmiques et involontaires, observées chez l'enfant aveugle. Leur apparition est en général précoce et leur installation prolongée. On peut, en effet, les observer chez le nourrisson et ils persistent parfois jusqu'à l'âge adulte.

Ces conduites d'autostimulation sensorielle automatiques et répétitives sont très fréquentes chez le jeune enfant aveugle au développement typique. Certaines apparaissent au cours de périodes d'inactivité ou de solitude et semblent être destinées à pallier l'absence ou la pauvreté des stimulations extérieures. D'autres surviennent lors de périodes d'excitation et ont pour fonction de réduire les tensions intérieures de l'enfant. Les aveugles n'ont pas toujours conscience de ces mouvements, ils peuvent diminuer sur demande ou après une activité physique.

Au niveau du corps, les mouvements observés sont divers : balancements de gauche à droite ou d'avant en arrière, sautilllements, rotations sur soi-même, rotations de la tête ou des mains au niveau de la poitrine, torsions du bassin. Au niveau du visage, ces blindismes s'expriment par des grimaces, telles que des contractions de l'hémiface. Au niveau des yeux, ils se traduisent le plus souvent par des frottements ou des clignements mais également par une pression des doigts dans les orbites. Ce dernier type de blindisme déforme rapidement les cavités orbitaires et, à la longue, modifie le faciès de façon inesthétique. Il est cependant très difficile à faire disparaître car il semble avoir deux fonctions positives pour l'enfant aveugle : une fonction relaxante et une fonction stimulante.

P.HENRI (1958) distingue 4 catégories de blindismes :

-La première concerne les mouvements du corps. Il s'agit, selon l'auteur, d'« *habitudes égocentriques installées qui servent de soupape à l'énergie non employée dans des activités motrices normales* ». Comme tous les enfants, l'enfant aveugle a besoin de se dépenser physiquement, mais ne peut le faire comme eux, en toute sécurité.

-La deuxième concerne les attitudes atypiques présentes lors de la marche (corps rejeté en arrière, élargissement du polygone de sustentation, pointe des pieds écartée ou relevée, bras tendus vers l'avant, etc.). Ces attitudes sont des « *réflexes de défense destinés à renseigner sur la présence de l'obstacle, à l'appréhender sous un angle favorable* ».

-La troisième concerne « *des attitudes ou des mouvements qui ne sont étranges que parce qu'ils ne sont pas socialisés* », comme l'absence de balancement rythmique des bras lors de la marche. L'enfant aveugle, en effet, ne peut pas imiter les mouvements et attitudes corporelles naturels par défaut de représentation visuelle.

-La dernière concerne les pressions au niveau des yeux, qui sont, selon P.HENRI, des réactions à des souffrances oculaires. A.BULLINGER (1984) avance, à ce propos, une interprétation différente. Pour lui, l'enfant réalise ces gestes dans le but de créer des phosphènes (autostimulations lumineuses).

D'autres auteurs considèrent les blindismes comme des gestes d'autostimulation visant à réactiver les détecteurs de position de la tête et les organes de l'équilibre, en vue de compenser en partie l'absence de vision.

Toujours est-il que ces comportements ne sont pas toujours compris comme étant dus à la cécité. Les blindismes sont souvent confondus avec les stéréotypies du registre psychotique, correspondant à un état de carence affective. L'amalgame est fréquent, et fait concevoir les blindismes comme des signes d'arriération et de déséquilibre cérébral. Mais on peut les dissocier en particulier en l'absence d'autres symptômes, lorsque cela ne pénalise pas la qualité de relation de l'enfant au monde ou que celui-ci cesse ces comportements quand on lui en fait prendre conscience. Il faut être attentif à ce qu'ils n'entraînent pas l'enfant aveugle dans un isolement relationnel.

Pour réduire les blindismes, il est important d'aider l'enfant aveugle à trouver d'autres sources de stimulation, par une meilleure appréhension du monde et une attitude active face à l'environnement. C'est par exemple avec l'investissement des mains dans des activités de manipulation que l'on peut aider l'enfant à s'extraire de ces comportements.

Enfin, plusieurs de ces attitudes peuvent être inadaptées à certaines situations sociales. On pourra alors aider l'enfant à les réfréner en lui en faisant prendre conscience. Il faudra pour cela qu'il soit en âge de comprendre et de se mettre à la place de l'interlocuteur voyant. Cette capacité projective est complexe et sera acquise tardivement chez l'enfant aveugle.

En conclusion, le développement moteur de l'enfant non-voyant est parsemé d'embûches. Spontanément, l'enfant peut trouver des conduites palliatives au manque d'informations visuelles. Cependant, il est très souvent nécessaire de l'aider dans la découverte de ces conduites, afin qu'il acquière les bases de l'acquisition du tonus, de la posture et de la locomotion. Un développement harmonieux de ces trois domaines moteurs lui permet notamment d'explorer les objets environnants sans être freiné par des difficultés motrices.

## **D. DEVELOPPEMENT COGNITIF**

Selon la perspective piagétienne, les racines du développement cognitif doivent être recherchées dans les expériences sensori-motrices du bébé. Comme nous l'avons vu précédemment, l'enfant aveugle présente un développement perceptivo-moteur particulier. Celui-ci semble avoir des conséquences sur sa construction cognitive.

Le développement cognitif naît de l'action du sujet sur le milieu. Pour un voyant, le monde visuel provoque un intérêt et pose en même temps des problèmes qui poussent à agir. Pour l'enfant privé de la vue, l'intérêt pour l'objet n'est pas inné, les stimulations auditives et tactiles ne suscitent pas la même curiosité et placent l'enfant dans une position de passivité. Cet enfant, en effet, est privé de tout contrôle sur les stimulations qu'il reçoit (il ne peut pas, par exemple, prolonger une sensation auditive agréable comme peut le faire un enfant voyant avec une sensation visuelle). La découverte du monde devra donc s'effectuer de façon différente.

Ainsi verrons-nous, dans ce chapitre, que la cécité a des répercussions sur plusieurs domaines cognitifs et qu'elle perturbe l'enfant aveugle dans sa connaissance du monde et de lui-même.

### **1. Plusieurs voies d'apprentissage entravées chez l'enfant aveugle**

#### **a) *Apprentissage de l'imitation et par l'imitation***

L'enfant voyant apprend quantité de choses par imitation, directe et différée. D.PARTON, cité par S.FRAIBERG (1994), évoque à ce propos l'auto-imitation, c'est-à-dire la répétition par l'enfant d'un comportement qu'il vient d'émettre. Cela représente selon lui le principal pré-requis à l'imitation d'autrui. Chez l'enfant aveugle, les sensations proprioceptives, non suppléées par les informations visuelles, ne suffisent pas, à elles seules, à induire ou à maintenir la répétition des comportements.

L'enfant aveugle est ainsi privé d'une voie d'apprentissage essentielle dans les premières années de vie.

#### **b) *Notion d'objet et de permanence de l'objet***

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, il est très difficile pour l'enfant aveugle de rapporter à un seul objet la sensation tactile que provoque son contact et l'expérience auditive qu'il engendre lorsqu'il est inaccessible au toucher. Il doit pouvoir

reconstituer l'objet à partir de l'appréhension des différents éléments qui le composent afin d'accéder à une image globale. Cette capacité de synthèse est tout particulièrement entravée chez l'enfant aveugle, du fait du caractère fragmentaire de ses perceptions (progression de proche en proche dans l'exploration tactile par exemple). Par conséquent, l'acquisition de la permanence de l'objet (c'est-à-dire la prise de conscience du fait qu'un objet continue d'exister même lorsqu'il ne se situe plus dans le champ perceptif de l'enfant), sera décalée dans le temps. On note, en effet, un retard d'au moins un an par rapport à l'âge d'acquisition chez l'enfant voyant (environ 18 mois). Or, cette notion est indispensable à la naissance de la pensée symbolique, puisqu'elle va permettre l'émergence de la représentation.

### *c) La fonction symbolique*

L'apparition du jeu symbolique est tardive chez l'enfant aveugle. Celui-ci, en effet, présente des difficultés dans l'identification de petits jouets et dans l'association de ceux-ci à des représentations d'objets ou d'êtres vivants réels. Cette manière de jouer est pourtant primordiale chez l'enfant car elle lui permet de nombreuses découvertes et contribue très nettement à son développement cognitif.

Quant à l'acquisition de la théorie de l'esprit, fonction symbolique également, elle est aussi affectée par la cécité, et ceci à plusieurs niveaux. Attention conjointe et pointage, par le partage de références communes qu'ils assurent avec autrui, sont des précurseurs de cette acquisition. L'absence de vision exclue l'enfant aveugle de ce type d'expériences. L'accès à cette fonction symbolique qu'est la théorie de l'esprit est donc retardé chez l'enfant aveugle. Elle n'apparaît, en effet, pas avant l'âge de 9 ans. Ces enfants conservent alors longtemps de fausses croyances sur les pensées des autres, leur rendant incompréhensibles certaines situations et actions.

## **2. Elaboration du schéma corporel**

A.PICK (1905) et H.WALLON (1959), définissent le schéma corporel comme l'articulation des perceptions visuelles et kinesthésiques, la combinaison d'images unissant les sensations cutanées à des aspects visuels. Cependant, pour H.HEAD(1911) et P.SCHILDER(1973), l'activité motrice et les impressions posturales sont à l'origine de celui-ci. Selon les auteurs, la vision occupe donc une place plus ou moins importante dans l'établissement de cette notion. F.DOLTO (1987) précise qu'il ne faut pas confondre le

schéma corporel (qui est en principe le même pour tous) et l'image du corps (qui est propre à chaque individu).

### *a) Schéma corporel*

On connaît aujourd'hui le rôle majeur que joue la vision dans l'établissement du schéma corporel chez l'enfant voyant. Très tôt, elle lui permet de découvrir les différentes parties de son corps (mains, pieds, etc.). Celles-ci sont d'abord considérées comme des objets étrangers, puis il les relie peu à peu entre elles et finit par construire son corps, par s'en faire une image qu'il reconnaît dans le miroir.

Toutes ces données visuelles font énormément défaut à l'enfant aveugle qui ne peut reconstituer son corps que beaucoup plus lentement. Cette reconstitution se fait par association de sensations non coordonnées par la vision. Il a longtemps une conscience et une représentation moins précises de la position de ses membres dans l'espace. La reproduction des attitudes est plus lente à s'affirmer et reste plus longtemps tâtonnante que chez l'enfant voyant.

Ainsi, la représentation du corps chez l'enfant aveugle va-t-elle être davantage tributaire de ses expériences motrices et sensorielles. Elles lui permettront de sentir et de cerner toute sa corporalité, de prendre progressivement conscience des différentes parties de son corps. Ne pouvant compter sur les afférences visuelles, c'est par l'utilisation des vicariants sensoriels et notamment du sens kinesthésique et proprioceptif que l'enfant aveugle progresse vers une meilleure conscience corporelle. L'établissement du schéma corporel est donc en grande partie permis par l'enveloppe cutanée qui détermine les limites corporelles et a une fonction d'individuation.

En ce qui concerne le vocabulaire relatif au corps, il semble peu perturbé chez l'enfant aveugle qui est capable de repérer et de nommer les différentes parties du visage, du tronc et des membres supérieurs au même âge que l'enfant voyant. La partie la mieux connue est la main car elle est, pour l'enfant aveugle, un outil primordial de connaissance et de découverte. On note cependant un retard en ce qui concerne les membres inférieurs. La marche, retardée chez cet enfant, étant une étape nécessaire à leur appréhension.

Pour l'enfant privé de la vue, la connaissance du corps est donc souvent pénalisée, fragmentée, du fait de ses carences perceptives, de son manque d'expériences sensori-motrices et des difficultés qu'il a à se comparer aux autres. L'enfant aveugle aura donc, pendant un temps prolongé, une connaissance confuse, limitée et morcelée de sa corporalité.

En outre, l'expérience du miroir qui pourrait l'aider à se représenter son corps dans sa globalité lui est inaccessible.

### ***b) Image du corps***

Selon E.SAMPAIO (2003) : « *Notre œil est bien plus que la fenêtre qui nous montre le monde. Il est aussi le miroir qui nous renvoie notre propre image et le reflet d'états intérieurs et d'émotions* ». Ainsi comprend-on aisément que l'enfant aveugle présente des difficultés à se constituer une image de son corps propre. La cécité agit donc comme un frein dans le processus de formation du Moi

De plus, l'image qu'ont les parents de leur enfant aveugle est primordiale dans le développement du Moi. N'ayant pas de retour par le miroir, cet enfant est extrêmement sensible à l'image que lui renvoie son entourage. Il est fréquent, en effet, que les parents de l'enfant aveugle, blessés dans leur fonction et doutant de leurs compétences à s'occuper de leur enfant, rencontrent des difficultés à toucher celui-ci, ou au contraire le surprotègent, notamment lors de ses expériences motrices (par peur accrue des chutes, etc.). Ces réactions renforcent les difficultés rencontrées par l'enfant aveugle dans l'appropriation et la représentation de son corps. Ainsi est-il primordial d'accompagner les parents dans cette démarche.

Plus que de simples connaissances, schéma corporel et image de soi jouent un rôle important dans la structuration spatio-temporelle. C'est d'autant plus vrai chez l'enfant aveugle qui, comme nous l'avons vu, se centre surtout sur son corps pour découvrir le monde environnant. C'est ce que nous étudierons dans le paragraphe qui suit.

## **3. Organisation spatiale et temporelle**

### ***a) L'espace***

L'approche des connaissances spatiales est le prolongement de la période sensori-motrice. Selon la perspective piagétienne, l'espace se construit sur deux plans de développement : le développement perceptif ou sensori-moteur et le développement intellectuel ou représentatif. Ainsi, l'espace se structure-t-il progressivement par une coordination plus ou moins complexe des actions et des déplacements de l'enfant et engage ses fonctions perceptives et motrices.

Chez le nourrisson, les informations tactiles et kinesthésiques dominent. La vision coordonne ces informations et permet la réunion des espaces tactile et visuel. La vision joue un rôle important dans la constitution de ces deux espaces. Par la suite, elle devient l'élément dominant de la connaissance du monde extérieur. Elle favorise une appréhension globale des données spatiales (distances, hauteurs, volumes, etc.).

J. PIAGET (1948) distingue deux espaces, un espace d'action et un espace représentatif. L'espace d'action est un espace vécu et pratique, lié aux sens et aux activités motrices. L'enfant passe d'un espace topologique, d'ordre purement qualitatif, qui se construit de proche en proche, sans conservation des distances et des formes, à un espace projectif, qui permet à l'enfant d'attribuer une taille et une forme constantes à un objet qui s'éloigne, grâce à la permanence de l'objet. L'espace représentatif, quant à lui, survient dès l'apparition de la fonction sémiotique, c'est-à-dire de la capacité à évoquer des objets ou situations non perçues en temps réel. L'enfant transpose donc au niveau de la pensée ses activités spatiales vécues.

La structuration spatiale semble dépendre de l'acquisition des notions de schéma corporel, d'image du corps, d'individuation ainsi que des expériences réalisées, des déplacements autonomes, de la kinesthésie et des perceptions tactiles et visuelles. Il faut donc maîtriser toutes les notions qui permettent de savoir comment sont les choses et comment elles se situent les unes par rapport aux autres.

Selon B. LISSONDE (1984), « *avoir le sens de l'espace quand on est aveugle, c'est pouvoir rechercher de façon permanente la façon de concevoir la réalité des mondes extérieur et intérieur, c'est pouvoir les construire, les meubler pour s'y sentir à l'aise, s'y mouvoir et s'y émouvoir* ». Ainsi l'enfant aveugle peut-il, quand il a intégré les différents éléments par rapport à son corps, établir des relations entre lui et son espace proche. Ceci se fait au moyen d'un va et vient entre le toucher et la représentation mentale, le concret et le symbolique. Quand cette familiarisation avec l'espace proche est faite, l'enfant aveugle doit maîtriser certaines notions de base telles que : les plans (horizontal et vertical), les volumes, l'éloignement, l'intérieur, l'extérieur, pour projeter les différentes données et ainsi appréhender l'espace lointain. Les perceptions tactilo-motrices, kinesthésiques et auditives l'aident à construire ces espaces.

C'est vers douze ans que l'enfant aveugle accède à une intégration mentale des données spatiales. Ces notions sont d'autant plus indispensables à cet enfant que, plus tard, lors de ses déplacements, il sera amené à les utiliser pour comprendre les indications données par l'entourage.

Les retards dans l'acquisition de la permanence de l'objet, de la préhension, de la locomotion, et plus généralement le retard sur le plan moteur perturbent donc l'acquisition des schèmes spatiaux. Ainsi faut-il favoriser le développement des différentes modalités sensorielles afin d'optimiser l'exploration maximale de l'espace.

### *b) Le temps*

Pour un bébé, le temps dépend essentiellement de son rythme biologique. Plus tard, la succession d'événements concrets va permettre au jeune enfant de se repérer dans le temps. Après l'âge de six ans, l'acquisition des marqueurs temporels du langage, des notions d'objet, d'espace, de causalité, de succession, de durée et d'ordre donnent accès à la structuration temporelle.

Il semble que l'enfant aveugle dépende plus longtemps de son rythme biologique car il n'a que très peu de repères lui indiquant la succession des jours et des nuits. De nombreux auteurs soutiennent l'idée selon laquelle le décalage entre enfants voyants et aveugles diminue dès que l'enfant aveugle peut raisonner sur des choses non concrètes, c'est-à-dire quand il a atteint certaines étapes majeures de son développement cognitif.

Notons que pour l'enfant aveugle, la notion de durée est primordiale pour ses déplacements car elle intervient dans l'évaluation des distances.

En conclusion, la cécité ne porte pas atteinte à l'intégrité des fonctions intellectuelles, les potentialités opératoires de l'enfant aveugle sont préservées. On note cependant un retard dans l'acquisition des différentes structures logiques. Ce retard s'explique par les particularités sensorielles et motrices de l'enfant mais peut également résulter de réactions inadaptées de l'entourage.

Face à ces constats, nous pouvons nous attendre à des perturbations du développement affectif de l'enfant aveugle. C'est sur ce thème que nous tenterons d'apporter un éclairage théorique dans le chapitre qui suit.

## ***E. DEVELOPPEMENT AFFECTIF, COMMUNICATIF ET SOCIAL***

De nombreux travaux ont mis en évidence l'importance du regard dans les interactions précoces et l'incidence de celles-ci sur le développement affectif et cognitif de l'enfant. La cécité perturbe donc le développement affectif de l'enfant aveugle, sa socialisation, son autonomie et ses moyens de communication précoce.

### ***1. La relation parents/enfant***

La relation symbiotique avec la mère est essentielle au bon développement de l'enfant car elle lui permet dans un second temps de s'ouvrir au monde environnant, d'élargir ses centres d'intérêt, de se développer positivement et d'évoluer vers l'autonomie.

#### ***a) Le rôle de la vision***

H. et M.PAPOUSEK, cités par E.SAMPAIO (1989), ont mis en évidence le fait que le contact visuel est un des puissants régulateurs de la communication entre les parents et l'enfant dans les premiers mois de la vie. Le nouveau-né fixe sa mère dans les yeux, faisant naître chez elle le sentiment d'être reconnue par son enfant. Instinctivement, elle le considère dès lors comme une personne à part entière.

Par ailleurs, le sourire automatique, provoqué par la vue du visage humain est un signe supplémentaire qu'offre l'enfant à ses parents dans la mise en place d'échanges sociaux. Les parents se sentent ainsi invités par leur enfant à échanger et à communiquer avec lui.

A 4 mois, l'enfant est capable de suivre des yeux la ligne du regard maternel. La mère et l'enfant peuvent ainsi porter leur attention sur le même objet et observer ensemble le même événement.

#### ***b) Particularités des relations avec l'enfant aveugle***

La cécité, comme tout handicap, provoque chez les parents une blessure narcissique qui va imprégner profondément le processus d'attachement. Le traumatisme psychique est souvent profond. Beaucoup de mères se sentent démunies, elles mettent alors en place des réponses inadéquates qui risquent de donner à leur enfant une perception faussée de l'environnement.

Selon R.BEYLIER (1999), il n'est pas rare d'observer que les parents se protègent de leur propre souffrance par des réactions d'éloignement vis-à-vis de leur enfant. Or, ce bébé

qui n'est pas touché, à qui on ne parle pas ou qui sent qu'on ne s'intéresse pas à lui, a toutes les raisons de ne pas s'intéresser, lui non plus à son environnement et aux personnes qui l'entourent. Cette précision est bien entendu valable chez l'enfant voyant également. D'autres parents, à l'inverse, adoptent des attitudes de surprotection à l'égard de leur enfant aveugle. Ce type de réaction, étonnamment, provoque des conséquences semblables. L'enfant qui a l'habitude de voir ses désirs se réaliser avant même qu'il ne les exprime, prend, en effet, peu d'initiatives. Il est par conséquent possible de formuler l'hypothèse que la passivité observée chez ces enfants est, entre autres, une réponse à l'attitude des parents. Notons cependant que le comportement de l'enfant aveugle provoque également chez les parents une difficulté à entrer en communication avec lui.

Il apparaît ainsi que la distorsion des signaux de communication est surtout induite par la cécité elle-même et pas seulement par la représentation que les parents s'en font. C'est-à-dire que c'est le handicap lui-même, et non seulement le traumatisme qu'il engendre, qui est à l'origine des difficultés éprouvées par les parents et l'enfant.

#### (1) L'absence de regard

Selon S.LEBOVICI, cité par R.BEYLIER (1999), l'absence de regard dans les échanges risque de déprimer la mère qui, ne se sentant pas reconnue comme telle, peut se démobiliser et cesser de stimuler son enfant. La mère de l'enfant aveugle, bien qu'intellectuellement consciente de la cécité et de ses effets, éprouve souvent un malaise persistant lorsque ne peut exister, entre elle et son enfant, l'engagement mutuel par le regard.

Excepté l'absence de vision, d'autres moyens d'entrer en relation font défaut à l'enfant aveugle, notamment le sourire qui ne s'instaure pas chez lui de la même manière que chez l'enfant voyant.

#### (2) La particularité du sourire

Dès la quatrième semaine, la voix familière de la mère ou du père peut provoquer le sourire de l'enfant aveugle, et ce phénomène devient net entre deux mois et deux mois et demi. Le fait que la voix d'un étranger ne possède pas le même pouvoir stimulant rassure les parents. Ceux-ci perçoivent alors qu'ils représentent pour l'enfant des personnes privilégiées et qu'il peut les reconnaître parmi d'autres. Cependant, ce sourire évoqué par la voix seulement n'apparaît pas avec la même régularité que le sourire offert par l'enfant voyant lorsqu'il aperçoit le visage de sa mère. La vue du visage humain, en effet, est plus efficace

que la voix pour induire le sourire. Il arrive alors que les parents de l'enfant aveugle soient amenés à réitérer plusieurs fois leurs invites vocales pour provoquer le sourire de leur enfant.

Heureusement, il existe d'autres puissants inducteurs du sourire, il s'agit des stimulations tactiles et kinesthésiques impliquant tout le corps de l'enfant. Les parents de l'enfant aveugle découvrent en général assez rapidement ces moyens alternatifs. Cependant, ce sourire est toujours un sourire en réponse, jamais un sourire grâce auquel l'enfant peut entraîner lui-même ses parents dans l'interaction.

### (3) L'absence du geste « prends-moi »

Ce geste est un autre moyen dont dispose le jeune enfant voyant pour engager la relation avec ses parents. Il a une importance capitale car il est souvent interprété comme une marque d'affection de la part de l'enfant. Chez l'aveugle, ce geste est absent pendant toute la première année.

### (4) La pauvreté des expressions faciales

Un autre obstacle au développement de la communication précoce entre la mère et le bébé aveugle est la pauvreté de l'expressivité faciale. L'enfant est capable d'exprimer la joie, la détresse ou la rage intense, mais en dehors de ces états extrêmes, la multitude de signes expressifs du visage qui nous permettent d'interpréter les états affectifs modulés est absente.

Dans le cas du nourrisson voyant, l'expression des affects nuancés (intérêt, attente, curiosité, doute, etc.) dépend fortement de la direction et de la qualité du regard qui illumine la mimique et l'accompagne pour lui donner une signification particulière.

De plus, l'adulte mime les expressions faciales du bébé. Cette imitation permet de les renforcer et de les stabiliser. On comprend donc facilement combien le répertoire des expressions faciales de l'enfant aveugle peut être diminué.

### (5) La valeur expressive de la main

S.FRAIBERG, citée par R.BEYLIER (1999), a découvert que les mouvements des mains de l'enfant aveugle étaient le reflet de certaines de ses réactions émotionnelles. Celles-ci ne sont cependant pas faciles à capter et à déchiffrer. Ces mouvements ne sont souvent qu'esquissés et ne peuvent être dirigés vers une cible extérieure que vers la fin de la première année, lorsque l'enfant devient capable de s'orienter vers une source sonore. La réussite de ce premier dialogue peut participer à la formation des liens d'attachement entre l'enfant aveugle

et sa mère. Lorsqu'elle perçoit ces mouvements, la mère peut y répondre de manière tactile et établir avec son enfant un dialogue riche et diversifié. Elle peut ainsi se sentir à nouveau compétente.

Beaucoup de parents sont déroutés par ce manque global d'expressivité de leur enfant qui leur apparaît rapidement comme étant dépressif, retiré sur lui-même et indifférent à ce qui l'entoure. Pourtant, on sait que l'immobilité de l'enfant aveugle l'aide à mieux se concentrer sur les informations auditives. L'enfant est en réalité très attentif et profondément impliqué dans l'écoute des informations.

Il n'y a pas de raison de supposer qu'un jeune enfant aveugle, s'il est en bonne santé et stimulé positivement, ne puisse éprouver les mêmes affects qu'un enfant voyant. Il est donc important de chercher les signes par lesquels il les exprime.

En conclusion, la vision joue un rôle déclencheur dans les échanges parents/enfants. Il n'y a pas de structure de remplacement équivalente pour l'enfant aveugle qui a peu de moyens d'initier les échanges. Il évite de produire des sons pour ne pas parasiter les informations auditives, ses expressions de plaisir sont moindres et son sourire peut être une réponse mais jamais un appel.

Face à ces constats, il est essentiel d'aider les parents de l'enfant aveugle à trouver de nouveaux ajustements, autres que la vision. Il faut leur restituer leurs compétences de parents, leur permettre de capter et d'émettre des messages à travers les échanges tactilo-kinesthésiques et verbaux, les jeux de modulation de voix, etc.

## **2. Socialisation et autonomie**

Le développement social d'un enfant aveugle, comme celui de tout autre enfant, commence au sein de sa famille. L'enfant établit ses premiers vrais rapports avec sa mère puis s'éveille progressivement aux autres membres de sa famille. Au fur et à mesure qu'il tisse les liens avec eux, sa participation aux échanges est de plus en plus active.

D'autre part, l'enfant aveugle a les moyens de différencier les personnes. Les modalités sont différentes (auditive, tactile, olfactive, etc.) de celles dont use l'enfant voyant, mais on ne peut pas mettre sur le compte de la cécité une attitude d'indifférenciation. On pourra alors s'interroger sur des troubles du registre relationnel.

Bien souvent, l'enfant aveugle suit une socialisation ordinaire en crèche, chez une assistance maternelle ou à l'école, pour éventuellement être ensuite orienté vers un établissement spécialisé. Il est fréquent qu'il ne parvienne pas réellement à trouver sa place

dans ces structures. Noyé dans la masse, il est amené à suivre un dynamisme de groupe. Ces situations, généralement source de socialisation et d'autonomie, peuvent générer une angoisse et une insécurité chez l'enfant aveugle. Il est, en effet, facilement en échec ou en décalage par rapport aux autres enfants de sa tranche d'âge. L'enfant peut alors réagir par une attitude de retrait ou de repli sur soi. Il exprime aussi parfois son mal-être par une instabilité et des troubles du comportement, ne favorisant pas l'intégration sociale et scolaire.

Par ailleurs, l'interaction sociale est souvent plus difficile à établir pour l'enfant aveugle car elle est fondée en grande partie sur la communication visuelle. Par exemple, un sourire ou un froncement de sourcils permettent d'exprimer un sentiment qu'il n'est pas nécessaire de traduire en paroles. Lorsque l'enfant voyant parle, il regarde son interlocuteur pour comprendre ses réactions. L'enfant aveugle, lui, est privé de cette précieuse source d'informations.

A l'aide de ses expériences sociales, il devra apprendre à interpréter divers indices non visuels, comme par exemple le ton de la voix ou le bruit de l'activité en cours dans la pièce pour comprendre les diverses situations sociales et s'y adapter.

## ***F. DEVELOPPEMENT LANGAGIER***

Le langage joue un rôle très important dans la vie du jeune enfant aveugle. Au cours des premières années, son exploration tactile du monde environnant est amplement enrichie par les paroles et verbalisations des adultes ou autres enfants qui participent à sa vie quotidienne et à ses découvertes. Le contexte verbal dans lequel vit l'enfant est un élément capital qui l'aidera à mieux se connaître, à découvrir son environnement et à communiquer avec autrui.

Contrairement au handicap auditif, le handicap visuel n'a pas fait l'objet de beaucoup d'études concernant les répercussions de la privation sensorielle sur l'acquisition du langage. Psychologues et linguistes ont, en effet, supposé que du fait de la possibilité de l'enfant aveugle sans handicap associé à accéder à un niveau d'intelligence tout à fait normal, les caractéristiques du développement linguistique ne seraient pas sensiblement différentes entre voyants et aveugles.

Il faut cependant tenir compte du fait que le développement de l'intelligence de l'enfant aveugle, même s'il atteint un niveau normal dans la plupart des cas, est parsemé d'embûches.

Par ailleurs, l'acquisition du langage ne peut être dissociée des capacités de l'enfant dans les autres domaines développementaux. Il existe, en effet, une corrélation importante entre le développement sensoriel, moteur, cognitif, affectif et l'acquisition du langage. Un retard dans l'un de ces domaines pourra avoir des répercussions sensibles sur la fonction langagière.

En dehors de ces retards, la cécité en tant que telle ne semble pas retarder considérablement l'accès de l'enfant aveugle à la parole. Celui-ci commence généralement à parler au même âge que les autres enfants, et ce de façon similaire. Cependant, le développement du langage chez l'enfant aveugle semble suivre un cours particulier. Il est fréquent, en effet, d'observer chez l'enfant aveugle, une pauvreté des étapes préliminaires à l'acquisition du langage, une écholalie par manque d'identification et de différenciation Moi/non-Moi, une difficulté à accéder au sens des mots utilisés et un retard dans l'emploi correct des pronoms personnels. C'est ce que nous allons étudier dans ce chapitre.

## 1. Expression

### a) *Phase pré-linguistique et développement phonologique*

Avant que l'enfant ne prononce ses premiers mots réels, il émet une série de cris et sons qui constituent les prémices du langage. De la naissance à un mois, l'enfant crie et pleure sur des modalités variées avec des hauteurs et des intensités différentes pour indiquer la faim, le sommeil, la douleur ou la colère. Les parents interprètent les productions de l'enfant comme un comportement de communication et introduisent un renforcement. Les échanges vocaux dès cet âge ont un rôle important d'appétence au langage. Vers 6 semaines, l'enfant rit et commence à articuler des sons de voyelles, la tonalité pouvant varier de l'aigu au grave, on dit qu'il gazouille. Vers 2-3 mois, il babille, c'est-à-dire qu'il combine le son d'une consonne avec celui d'une voyelle. Il joue avec les sons, imite l'adulte et s'imite lui-même. Le babillage constituerait une phase essentielle de la préparation au langage oral. Vers 9-10 mois, l'enfant imite consciemment les productions sonores de l'entourage même s'il ne les comprend pas, on parle d'écholalie. Dans le contexte évolutif, cette écholalie représente une sorte de dialogue entre l'enfant et l'adulte, première communication verbale spécifiquement intentionnelle.

Pour la plupart des auteurs, les enfants aveugles atteignent le babillage en même temps que les enfants voyants. Des différences qualitatives marqueraient pourtant déjà ce stade du babil. De plus, cette activité ludique qu'est le babillage durerait plus longtemps, la verbalisation jouant alors le rôle d'autostimulation. On note également une persistance d'écholalies qui serait, selon EGAN, cité par A.BULLINGER (1984), renforcée par le manque d'informations complémentaires apportées par les mimiques du locuteur. Pour S.FRAIBERG, citée par H.MARKOVITS (1989), le plaisir de l'imitation vocale est un des seuls moyens de communication entre l'enfant et ses parents qui ne soit pas touché par la cécité. L'imitation a donc valeur de contact social. En outre, il est à noter que durant la première année, l'enfant aveugle vocalise surtout en réponse à un événement, il est beaucoup plus rare qu'il le fasse pour amener un partenaire à interagir avec lui. Ceci peut aisément s'expliquer par le fait que les stimuli visuels fournis par les êtres humains, les choses, les couleurs, etc., déclenchent chez l'enfant voyant une véritable explosion de vocalisations et qu'il n'existe rien de semblable dans l'univers de l'enfant aveugle. Chez ce dernier, la vocalisation d'invite n'apparaîtrait donc qu'après la fin de la première année. L'adulte qui communique avec lui se trouve donc singulièrement démuné d'indices permettant de

découvrir ce qui intéresse l'enfant et ce qu'il attend des autres. On conçoit donc facilement que certaines des interactions avec l'enfant aveugle puissent tourner court ou échouer.

Cependant, ces étapes préliminaires à l'acquisition du langage sont parfois absentes chez l'enfant aveugle. Certains vont même jusqu'à passer directement du mutisme complet à des phrases à deux ou trois éléments, avec une syntaxe bien intégrée, sans présenter pour autant de troubles de personnalité ou de difficultés relationnelles. W.ROWLAND, cité par E.SAMPAIO (1991), fait l'hypothèse que cette particularité du comportement vocal reflète la valeur extraordinaire que l'enfant aveugle donne au silence et à l'écoute. Le stimulus auditif, en effet, représente, au-delà de l'espace de préhension, la seule information sur l'environnement dont dispose l'enfant aveugle. Se concentrer sur les informations auditives et éviter de produire des sons qui rendraient l'information pertinente plus difficile à traiter sont donc, pour W.ROWLAND, des comportements adaptatifs de la part de l'enfant aveugle.

Parallèlement, certains auteurs relèvent l'existence de troubles phonologiques dans le discours des enfants aveugles, auxquels s'ajouteraient des troubles du rythme, un manque d'expressivité, une lenteur, une intensité sonore plus élevée et une variété vocale plus faible que celle du discours des enfants voyants. L'interprétation des résultats recueillis dans les diverses études est cependant à nuancer du fait de l'existence de facteurs qui, bien que liés à la cécité ne découlent pas directement de celle-ci (sous-stimulation, carences affectives, retard moteur, longues périodes d'immobilisation, etc.). On ne peut donc pas conclure à un lien entre la cécité et d'éventuels problèmes phonologiques.

### ***b) Développement lexical***

La mère de l'enfant aveugle va ressentir l'apparition des premiers mots comme une réassurance, elle va enfin pouvoir établir un contact réel avec son enfant.

Si l'on reprend la chronologie des différentes acquisitions lexicales chez l'enfant voyant, le premier mot apparaît en moyenne vers 10 mois. Le répertoire lexical s'accroît ensuite lentement pour atteindre une vingtaine de mots au milieu de la seconde année. Une brusque extension du vocabulaire a lieu ensuite puisque l'enfant passe d'environ 20 mots à 18 mois à près de 300 à 2 ans. Les phrases à deux mots apparaissent entre 18 et 24 mois.

L'apparition des premiers mots chez l'enfant aveugle semble, selon les auteurs, coïncider avec celle énoncée pour l'enfant voyant. Le rythme d'acquisition lexicale ralentirait toutefois entre 16 et 18 mois. S.FRAIBERG (1994) note cependant un retard de 4,3 mois pour la production d'énoncés de deux mots. Retard qui serait, selon elle, moins important

concernant les mots exprimant les besoins de l'enfant. Elle explique ceci par le fait que les stimulations nécessaires à ces productions sont d'origine intéroceptive, la vision y jouant donc un moindre rôle. Notons que s'il est stimulé, l'enfant aveugle rattrape vite ce retard verbal.

Pour expliquer ce rythme particulier d'acquisition verbale, D.BURLINGHAM (1965) invoque la non-adéquation entre l'utilisation fréquente de termes visuels dans le langage adulte et les référents perceptifs de l'enfant aveugle. S.FRAIBERG (1994), quant à elle, attribue ces difficultés linguistiques au fait que les enfants aveugles aient beaucoup moins d'expériences et de contacts avec les objets et les personnes que les enfants voyants. Ces derniers, en effet, apprennent les mots par référence aux situations dans lesquelles ils sont employés. La vision facilitant énormément le processus de dénomination.

De plus, pour R.BROWN et S.FRAIBERG, cités par H.MARKOVITS (1989), la notion de permanence de l'objet, acquise plus tardivement chez l'aveugle (entre 3 et 5 ans au lieu de 2 chez le voyant), rend plus difficile l'apparition du premier vocabulaire. Un objet, avant d'être nommé, doit en effet avoir acquis une certaine permanence pour l'enfant.

De plus, il n'est pas rare que l'entourage de l'enfant aveugle lui impose une sorte de surapprentissage d'un langage concret, comme si d'emblée l'enfant devait tout connaître avec précision. L'enfant aveugle n'a alors pas la possibilité de construire un espace imaginaire, un espace de jeu. L'inventaire masque l'objet lui-même et le plaisir que l'enfant pourrait en tirer. Ainsi, certains enfants aveugles à qui l'on propose des jouets demandent quelle en est la couleur puis les décrivent comme objets de bois, de plastique, d'aluminium, carrés, rectangulaires, grands, petits, etc., mais sans jouer avec eux. Ce bombardement de questions ne traduit pas une curiosité positive mais une obsession d'étiquetage. Donner un nom aux objets devient alors plus important que les objets eux-mêmes. Or, le langage, ce n'est pas étiqueter le monde mais communiquer avant tout. C'est ainsi que, selon P.VILLEY (1927), *« les mots et les émotions font leur chemin sans se soucier des sensations, ils fonctionnent à vide »*. Cette nécessité absolue d'imposer à l'enfant un langage par procuration et l'obligation pour celui-ci de s'y conformer peut jouer un rôle fondamental dans la psychose.

(1) Accès au sens des mots

(a) *Écholalies*

Lorsque les enfants apprennent à parler, ils répètent les mots et phrases entendus sans nécessairement en comprendre le sens. Puis, peu à peu, ils apprennent que ces mots ont une signification et peuvent être utilisés pour communiquer. On retrouve souvent chez le jeune enfant aveugle une écholalie par manque d'identification et de différenciation Moi/non-Moi, étape indispensable à l'élaboration du mot comme vecteur de communication. Ces productions écholaliques rassurent le plus souvent l'entourage de l'enfant qui vient sans cesse le stimuler auditivement, ce qui a pour effet de renforcer cette tendance. L'enfant semble acquérir la compréhension alors qu'en réalité, il intègre simplement les mots en tant que groupe de phonèmes. A ses débuts, l'enfant aveugle utilise donc davantage le langage comme un jeu personnel que comme un instrument d'échange social.

(b) *Verbalisme*

Il s'agit d'une particularité importante du langage de l'enfant aveugle. Celui-ci utilise des représentations inadéquates par rapport à sa réalité, des mots dont la signification lui est inconnue, incomprise ou imprécise. L'enfant aveugle, ne parvient alors pas, par manque d'expérience concrète avec le référent, à établir une correspondance correcte entre le signifiant et le signifié. Les mots et sons ne peuvent avoir de sens que si l'enfant peut les relier à ses propres expériences. Tout en étant formellement adéquat, le discours de l'enfant non-voyant est donc très éloigné de son expérience vécue. T.D.CUTSFORTH, cité par H.MARKOVITS (1989), est le premier auteur à introduire cette notion de verbalisme. Il l'explique entre autres par une forte pression éducative visant à un ajustement social, l'enfant aveugle devant avoir recours au langage commun à la majorité. P.OLERON note à ce propos que « *les aveugles parlent une langue faite par et pour les voyants* ». Une telle tendance éducative risque d'entraver la construction de la pensée de l'enfant ; celle-ci sera, en effet, moins bien structurée puisque bâtie sur des référents incompréhensibles. Ainsi, le langage de l'enfant aveugle serait davantage le reflet de sa connaissance du langage des personnes voyantes plutôt que de sa connaissance de soi et du monde. De fait, l'utilisation excessive de mots incompréhensibles, dénués d'expériences perceptives, serait fortement liée à une pensée peu organisée chez l'enfant aveugle.

Le verbalisme, en tant qu'utilisation de mots vides de sens serait, selon P.HENRI (1958), associé à un désintérêt pour le réel, qui naîtrait de l'effort à fournir par l'enfant aveugle pour aller vers les objets et les appréhender tactilement. Si le langage ne sert qu'à décrire, le mot devient un jouet ; parler, une activité qui n'a qu'elle-même pour but. Il y a danger de fixation dans un registre mécanique qui peut entraîner un langage écholalique. La forme prime sur le contenu.

B.LANDAU, cité par E.SAMPAIO (1991), nuance ces affirmations et montre que l'absence d'expérience sensorielle liée à certains vocables, n'empêche pas nécessairement l'enfant aveugle de leur donner un sens comparable à celui attribué par les voyants. Le terme « voir », par exemple, pourra être utilisé de manière adéquate par l'aveugle, avec le sens d'une exploration perceptive d'ordre tactile. L'utilisation d'un langage visuel pourrait donc aider à l'acquisition d'une capacité de compréhension symbolique qui dépasse la simple imitation sociale. Le verbalisme, en ce sens, ne constitue pas un obstacle à la réalisation de structures logiques, il joue, au contraire, un rôle de facilitateur dans le développement de celles-ci.

Le verbalisme est difficilement décelable à cause de l'aisance avec laquelle l'enfant s'exprime. Il utilise un vocabulaire parfois très élaboré, masquant des connaissances floues. Celles-ci résultent des limites de la connaissance perceptive par les sens restants.

Notons cependant qu'un certain verbalisme ne peut être évité chez l'enfant aveugle (tout comme il existe nécessairement à un moment donné chez l'enfant voyant), il constitue entre autres un processus d'adaptation, de compréhension progressive du sens réel des mots.

Afin de le réduire, il est essentiel de verbaliser nos actions, d'expliquer à l'enfant ce qui va se passer dans un futur immédiat, de nommer les objets et les événements qui se vivent dans « l'ici et maintenant », sans toutefois abreuver l'enfant de paroles dont il ne peut extraire une signification ou une information.

Le verbalisme est-il une pathologie du langage de l'aveugle ou une phase de développement ? La question reste ouverte. Il semble toutefois persister chez l'adulte aveugle, tout en diminuant grâce à la réalisation de nouvelles expériences concrètes.

### ***c) Développement syntaxique***

Peu d'études y sont consacrées.

S.FRAIBERG, citée par H.MARKOVITS (1989), affirme que l'enfant non-voyant présente un retard de quelques mois pour la production des énoncés à deux mots mais que ces

difficultés lors de la production des premières phrases ne sont que transitoires, ce retard étant par la suite très vite rattrapé.

#### ***d) Emploi du pronom personnel « je »***

Il convient tout d'abord de différencier le « je syncrétique » (qui apparaît vers 2 ans) du « je non-syncrétique » (qui apparaît vers 2 ans et demi), le premier faisant partie intégrante d'expressions linguistiques exprimant le plus souvent des désirs ou des besoins (ex : « j'veux ») ; le second ayant, quant à lui, réellement valeur de pronom. L'utilisation de ce dernier par l'enfant prouve qu'il peut se concevoir en tant que personne et se situer en tant qu'interlocuteur. Elle suppose que l'enfant ait compris les rapports changeants de la triangulation je-tu-il. Ces deux notions ont été introduites par R.ZAZZO (1983) et reprises par S.FRAIBERG et E.ADELSON dans leurs études.

Chez l'enfant aveugle, on observe un retard d'apparition de cette faculté, qui montre bien que son langage est perturbé dans sa fonction de communication et de fait, que la distance avec l'autre s'effectue plus difficilement.

S.FRAIBERG et E.ADELSON ont étudié de façon approfondie cette particularité de l'enfant aveugle en montrant notamment qu'en situation de jeu, il se limite à des positions égocentriques dans lesquelles il a tendance à s'attribuer le rôle le plus important, en n'intégrant que très rarement un autre personnage (joué par un tiers ou une poupée par exemple). Cette limitation rend la compréhension de la triangulation précédemment évoquée nettement plus difficile pour l'enfant. D'autre part, l'enfant aveugle est limité, dans ses interactions avec le milieu à des stimulations qu'il provoque lui-même, ne disposant pas des informations extérieures fournies par la vision. Il présente donc une difficulté accrue à établir une différenciation entre lui-même et les autres.

La non-réversibilité des rôles au sein du jeu et l'indifférenciation entre soi et les autres expliqueraient ce retard d'apparition du « je non-syncrétique » chez l'enfant aveugle. Cela justifie également la tendance prolongée de ces enfants à remplacer le « je » par leur prénom.

## **2. Compréhension**

Elle est souvent déficitaire chez l'enfant non-voyant. L'absence de référents visuels, comme nous l'avons vu, rend difficile l'accès à la signification de certains mots (objets trop grands ou trop éloignés, notions d'espace et de couleur, etc.).

De plus, l'aveugle a accès au contenu verbal, à l'intonation, au rythme, à la mélodie, mais il lui est impossible de saisir le versant mimogestuel qui facilite chez le voyant la compréhension de l'humour, de l'ironie et des non-dits d'une part et le maintien de l'attention d'autre part. Cela explique en grande partie les difficultés d'attention et de concentration relevées chez la majorité des enfants aveugles.

Par ailleurs, l'enfant aveugle rencontre en général beaucoup de difficultés à séparer le réel de l'imaginaire, notamment en ce qui concerne les légendes ou histoires fantastiques dont il a du mal à s'abstraire. De la même manière, l'enfant aveugle peut parfois prendre au pied de la lettre certaines expressions figurées.

Pour finir, il n'est pas rare que les enfants aveugles confèrent à la vision des capacités extraordinaires ne correspondant pas à la réalité. Il est donc nécessaire de leur expliquer que notre vue est limitée par des obstacles. Parents et enseignants doivent donc être sensibilisés à ces particularités de manière à ce que l'enfant ne conserve pas ces conceptions erronées jusqu'à la vie adulte.

Les auteurs s'accordent à conclure en faveur d'une normalisation du développement linguistique de l'enfant aveugle entre 3 et 5 ans. On peut établir une relation entre cette normalisation et l'acquisition, à la même période d'une plus grande autonomie motrice. De plus, l'expérience sensorielle de l'enfant aveugle aura un impact sur ses possibilités d'acquisition du langage, et ceci par l'intermédiaire du système cognitif.

## **G. CONCLUSION**

Ainsi la cécité influence-t-elle tous les domaines du développement du jeune enfant aveugle. La quantité et la qualité de ses perceptions, de ses expériences motrices, cognitives et affectives, ainsi que son langage sont donc, comme nous l'avons vu, entravés par l'absence de vision. La privation visuelle imprime donc à l'enfant aveugle une direction caractéristique de son développement et provoque chez lui des besoins particuliers.

La compréhension de cette spécificité nous permet de considérer l'unicité du développement de l'enfant non-voyant, plutôt que de se focaliser sur le manque apporté par l'absence de données visuelles. Dans cette perspective de différence et non de manque, nous posons sur l'enfant un regard positif qui l'aidera dans la recherche de conduites spécifiques. Pour que l'enfant exploite de façon optimale l'ensemble de ses capacités, il importe, en effet, de lui permettre d'effectuer des expériences nécessaires et adaptées, mais il est surtout essentiel d'avoir confiance en ses possibilités et de lui permettre de s'intégrer dans toutes les activités qui composent l'univers des enfants.

L'essentiel est de garder à l'esprit que chaque enfant aveugle est unique. L'analyse de son fonctionnement doit donc s'effectuer sur une base individuelle afin de tenir compte des facteurs individuels qui déterminent l'importance des répercussions de la cécité sur l'enfant. La prise en considération de ces variables favorisera le développement optimal de ses compétences ainsi que de ses capacités d'adaptation.

Intéressons-nous à présent à la communication et à tous les aspects qu'elle englobe, outre le langage.

#### **IV. USAGE COMMUNICATIF DU LANGAGE ET PRAGMATIQUE**

*« Nul ne le conteste, le langage est si intimement lié à la pensée que toutes les sciences qui s'attachent à l'étude de la vie mentale sont aussi les sciences du langage : moyen de communication dont la puissance est telle que les autres modes de relation ne sont que des ébauches ou ne trouvent leur plénitude qu'avec lui ; code permettant la formulation de l'abstrait et assurant le développement logique de la pensée ; système grâce auquel la pensée analyse, synthétise et crée, donc grâce auquel l'intelligence progresse ; témoignage du plus profond de ce que sont les êtres ».*

Par cette description, F.LHERMITTE, cité par P.AIMARD (1972), laisse entrevoir la complexité du langage, et tout ce dans quoi il s'intrique. Le langage donc, en plus d'être un outil de communication, aurait un rôle dans la personnalité et dans la pensée. C'est ce que nous nous attacherons à montrer dans ce chapitre.

##### **A. LA COMMUNICATION**

Le terme communication vient de « communis », qui signifie mettre en commun, mettre en relation. La communication est donc une mise en commun entre plusieurs sujets afin que s'effectue entre eux un partage. En effet, on communique quelque chose, et on communique avec quelqu'un. A partir du moment où un individu fait partie d'un système, il est en relation avec les autres éléments et donc en communication avec eux.

Pour C.MEYER (2001), la communication ne se résume pas à un simple transfert d'informations, il s'agit également d'une certaine empathie, de ce qu'il appelle une « *contagion émotionnelle* ». Selon lui, communiquer serait donc pouvoir « *transmettre à autrui, reconnu dans son altérité, des informations au moyen des différents vecteurs ou canaux* ». On ne communique donc pas seulement avec le langage puisque « *les communications les plus intenses se font même dans le silence* ».

Voyons maintenant comment s'organise cette communication.

##### **1. Schéma de la communication**

R.JACKOBSON (1963) a élaboré le schéma de communication suivant :

Pour communiquer, il faut :

-un référent, c'est-à-dire ce à propos de quoi on communique.

- un émetteur, celui qui émet le message.
  - un récepteur, le destinataire du message.
  - un message.
  - un code, l'instrument utilisé, à savoir prioritairement le langage.
- On communique donc parce que l'on n'est pas seul.

## **2. Apports du langage à la communication**

Comme nous l'avons vu, la finalité de la communication est de communiquer quelque chose et de le communiquer à quelqu'un. Pour ce faire, celui qui communique a recours à des signes.

Un signe est, selon L.DANON BOILEAU (2004), « *un moyen de faire penser et ressentir à autrui la même chose que soi* ». Or, comme le ressenti, trop intime, n'est pas quelque chose qui serait directement accessible, il est nécessaire de faire un détour, d'établir un lien entre la sensation (le ressenti intime), et la représentation (l'élément extérieur). Le langage, en tant que système de signes, est donc par essence un moyen de communication, un système permettant de communiquer avec autrui.

Le langage apporte à la communication humaine la possibilité de s'abstraire de l'« ici et maintenant ». L'homme, en effet, peut communiquer à ses pairs des informations sur des événements qui se sont passés, se passent ou se passeront. Cette possibilité de se dégager de l'immédiateté est permise par l'utilisation du langage.

Mais ne communique-t-on vraiment qu'avec le langage ?

### ***B. ASPECTS NON-VERBAUX DE LA COMMUNICATION***

« *C'est en tant qu'il possède une compétence communicative, et pas seulement une compétence linguistique, que l'individu peut survivre en société* ». Par ce concept, D.H.HYMES (1984) nous montre bien que pour qu'il y ait « langage de qualité », il est nécessaire que le langage soit utilisé en adéquation avec la communication.

Ainsi la compétence communicative présente-t-elle, outre le langage, de multiples composantes. Il s'agit de la communication non-verbale et de la compétence pragmatique.

## 1. Communication non-verbale

Il s'agit des actions visibles mobilisées pour produire un acte communicatif explicite, spécialement adressé à quelqu'un, considéré comme porteur de sens et guidé par une intention ouvertement reconnue. Cette définition, faisant intervenir l'intention, exclut les gestes émotionnels et réactionnels. Cette communication se manifeste par le langage du corps, mais aussi par les parures et les caractères non-verbaux du langage oral.

Le non-verbal est utilisé dès qu'il y a échange verbal. Il facilite inconsciemment l'interaction en aidant à maintenir la relation interpersonnelle engagée entre les locuteurs. La planification non-verbale, en l'encadrant et en l'anticipant, intègre l'élaboration verbale. Cette dernière, dans sa réalisation, va être synchronique de la production non-verbale. Il s'agit donc d'une co-construction communicative ; il y a, en effet, co-régulation des différents codes utilisés.

Force est donc de constater que l'on communique autrement qu'avec le langage. Ainsi, non seulement « *dire c'est faire* », « *mais faire c'est dire* ». L'homme communique parfois par ses gestes autant que par ses mots.

Les principales composantes de la communication non-verbale sont les suivantes :

- les gestes : ils se différencient des mouvements de par leur finalité de communication.
- le canal visuo-facial : il comprend le sourire, le regard et les mimiques.
- les postures : il s'agit de l'orientation des éléments corporels par rapport à un système de repères déterminés, les uns par rapport aux autres, mais aussi par rapport à un autre corps.
- la proxémie : elle correspond à l'utilisation de l'espace par les interlocuteurs, en fonction de leur sentiment de sécurité et d'épanouissement et en accord avec des lois culturelles plus ou moins consciemment appliquées.
- la voix : les modifications de hauteur, d'intensité et de rythme fournissent des informations sur l'état émotionnel du locuteur. C'est la composante non-verbale la moins perturbée chez les enfants aveugles.

Comme nous l'avons exposé dans un précédent chapitre, ces éléments sont nettement perturbés chez l'enfant aveugle car fondés avant tout sur le canal visuel. Plusieurs études cependant ont mis en évidence chez des enfants aveugles, l'innéité de certains comportements (lever les yeux au ciel pour réfléchir, froncer les sourcils, etc.), ce qui supposerait qu'ils ne soient pas uniquement sous-tendus, comme on aurait tendance à le penser, par des facteurs imitatifs d'ordre visuel.

Dans notre culture, les canaux olfactifs, tactiles et thermiques sont nettement négligés en termes de communication. C'est pourtant pour ces canaux que les aveugles auraient une plus grande propension naturelle de recours, du fait de leur accessibilité sensorielle. Mais là encore intervient une notion d'ajustement social.

C'est bien grâce à tout le corps que nous conversons. Ces différents canaux sont complémentaires à la communication verbale, ils ne s'y surajoutent pas mais y sont intriqués et facilitent tant son codage que son décodage.

## 2. Pragmatique

La pragmatique est décrite comme la partie de la sémiotique qui traite du rapport entre les signes et les usagers de ces signes. La pragmatique s'intéresse donc à ce qui se passe lorsque l'on emploie le langage pour communiquer. Elle tente de décrire l'ensemble des paramètres linguistiques et extralinguistiques influençant le phénomène de l'énonciation et modifiant la façon dont l'énoncé est transmis ; d'autre part, elle étudie la mesure à laquelle ces paramètres interviennent. MORRIS.C (1938) explique, à propos de la pragmatique, qu'elle « *présuppose la syntaxe et la sémantique car il faut savoir quel est le rapport des signes entre eux et des signes aux choses pour envisager la relation des signes aux interprètes* ».

### a) *Accès au contexte*

Les règles régissant l'interaction s'appliquent dans un cadre communicatif donné. Les phrases, en effet, s'actualisent dans un contexte particulier, qui détermine non seulement la production mais également l'interprétation des énoncés. Les indices d'accès au contexte regroupent les connaissances préalables que l'on a et les informations fournies au cours de l'interaction (notamment par la communication non-verbale précédemment évoquée). Le contexte interactif fait donc référence au cadre spatio-temporel, à la fonction sociale et institutionnelle des interlocuteurs et à l'état psychoaffectif momentané de chacun des partenaires. Le degré de connaissances mutuelles joue ici un rôle très important.

On constate finalement que la notion de contexte englobe un ensemble de données très hétérogènes. Celles-ci ont un caractère dynamique et évolutif dans la conversation. Ainsi, l'accès au contexte est-il multimodal mais réalisé en partie grâce au canal visuel. On peut alors se demander quelles sont les données contextuelles dont peuvent bénéficier les non-

voyants et si celles-ci sont suffisantes à une bonne adaptation de leur attitude lors d'une interaction, notamment lorsque l'interlocuteur leur est étranger.

### ***b) Adaptation à l'interlocuteur***

S'adapter, c'est être conforme à la norme d'un groupe. Cette considération nous paraît essentielle à prendre en compte lorsque l'on cherche à mettre en évidence les retentissements d'un handicap, en l'occurrence la cécité, qui modifie les données habituelles de communication et du rapport à autrui.

Les adaptations qui rendent le langage conforme à la situation et à l'interlocuteur sont nombreuses, elles permettent par exemple de s'adapter aux connaissances psycholinguistiques de son interlocuteur en faisant varier la complexité syntaxique ou lexicale, les paramètres suprasegmentaux (vitesse d'élocution par exemple), etc.

Le « langage-adaptation » se rapproche bien-sûr du « langage-communication ». Toutefois, il ne s'agit plus seulement de transmettre une information mais plutôt de s'ajuster à une situation ou de la transformer afin de créer un nouvel équilibre.

Par delà les capacités d'adaptation à l'interlocuteur, ce sont réellement les possibilités de s'intégrer socialement au sein de la population voyante au milieu de laquelle les enfants aveugles sont amenés à évoluer qui nous intéressent en tant qu'orthophonistes assurant la prise en charge des retentissements du handicap sur les capacités de communication.

### ***c) Les tours de parole***

Il s'agit d'abord du mécanisme d'alternance des prises de parole puis, par métonymie, de la contribution verbale d'un locuteur à un moment déterminé du déroulement de l'interaction (c'est-à-dire la production continue, délimitée par deux changements de tours et pouvant avoir une longueur extrêmement variable).

L'activité dialogale a donc pour fondement le principe de l'alternance, maîtrisé par l'enfant bien avant les règles linguistiques. La fonction locutrice, en effet, doit être occupée successivement par différents acteurs. Idéalement, longueur des tours et focalisation du discours doivent relativement s'équilibrer. Une seule personne parle à la fois, même si de brefs chevauchements sont courants dans les conversations spontanées. Entre les tours, le temps de pause admis au-delà duquel le silence devient pesant varie selon le type d'interaction, d'intervention et de culture.

Les signaux indiquant le point de transition possible peuvent être de nature verbale (questions, morphèmes de clôture, formules métadiscursives, indices prosodiques, etc.) ou mimo-gestuelle (regard soutenu, mouvement de tête, de sourcils, relâchement musculaire, etc.). Le rôle du canal visuel semble majeur dans ce processus d'alternance des tours. Son absence, lors de conversations téléphoniques par exemple, engendre notamment une élévation du nombre de chevauchements. On comprend donc aisément les difficultés pouvant être éprouvées par les aveugles à saisir ce système de règles précises s'appuyant sur des indices complexes et généralement flous. Comme nous l'avons vu, l'utilisation du langage ne se limite pas à la maîtrise du code verbal. En outre, il existe d'autres facteurs qui permettent d'identifier un « langage de qualité ».

### **C. LANGAGE ET INDIVIDUATION**

Une des conditions au langage est l'individuation : pour parler, l'enfant doit être « un », il doit avoir acquis une autonomie psychique. Celle-ci peut notamment être observée dans la capacité que manifeste l'enfant à être seul, qui constitue, selon D.WINNICOTT (1958), « *l'un des signes les plus importants de la maturité du développement affectif* ». Notons cependant qu'il faut pouvoir être seul, certes, mais en présence d'un autre, il faut pouvoir exister comme « être différent ». Autrement dit, l'enfant doit être suffisamment individué pour accepter la présence de l'autre, sans en être envahi.

Or, le langage signe cette capacité à être seul en présence d'un autre : on ne parle, en effet, que parce qu'il y a un autre, et que parce que cet autre est différent de soi. Parler, c'est donc mettre de la distance avec l'autre, ne pas tomber dans la fusion, laisser un espace. Mais c'est aussi parler à un autre, c'est-à-dire être en sa présence.

Le langage, selon F.DOLTO (1987), « *exprime le désir inextinguible de rencontrer un autre, semblable ou différent de soi, et d'établir avec cet autre une communication* ». Le langage s'adresse donc à l'autre. « *S'exprimer, c'est d'abord être soi, et ensuite avoir quelque chose à exprimer...à quelqu'un. Le langage naît de l'individuation, et en même temps la renforce* ». Ainsi, parler, c'est se confronter à l'épreuve de l'individuation et de l'altérité.

D'autre part, l'individu a recours à ce que l'on pourrait appeler l'introspection, autrement dit la recherche de sensations, de pensées et d'images mentales. Or, pour ceci, il utilise le même code que celui dont il use pour communiquer avec les autres, à savoir le langage. Par conséquent, les mots utilisés pour parler de lui, de son monde intérieur, sont ceux

que sa communauté linguistique met à sa disposition. Ainsi, pour B.F.SKINNER, cité par J.RONDAL (1986), « *c'est la communauté qui enseigne à l'individu à se connaître lui-même* ».

#### **D. PAROLE AUTOMATIQUE ET PAROLE VOLONTAIRE**

L.DANON BOILEAU (2004), distingue deux types de parole : la parole automatique et la parole volontaire. Alors que la parole volontaire est une énonciation qui convoque l'émotion, la parole automatique, elle, n'est qu'une réaction à l'émotion. Cette dernière est une élocution réflexe, l'enfant qui y a recours évacue ce qu'il ressent, sans qu'il n'y ait médiation de la pensée. « *Par la parole automatique, le sujet se dégage d'une tension déplaisante, grâce au rejet des mots à l'extérieur de lui. Dans la parole volontaire, au contraire, la pensée parvient à s'élaborer* ». En ce sens, la parole automatique n'est d'aucun secours à une élaboration psychique, elle ne permet que de « cracher » le malaise, sans rien en faire.

De plus, il est essentiel de pouvoir se représenter les choses, pour avoir une certaine maîtrise sur elles, et l'absence d'un langage a des répercussions parfois beaucoup plus importantes qu'une difficulté de communication. Pouvoir parler, se représenter les choses, en effet, amène bien souvent du réconfort, par le processus d'élaboration psychique que cela permet. Quand elle n'est pas communicable, la pulsion se transforme en émoi, puis en angoisse qui s'accumule dans les symptômes.

Le pire pour un être humain est peut être ce qui reste privé de sens, ce qui n'est pas passé par le langage. Ce dernier a donc d'importantes vertus en ce qui concerne l'élaboration des problématiques psychiques. Il doit permettre la communication avec les autres, certes, mais aussi le dialogue avec sa propre pensée.

Ainsi, nous pouvons penser que le langage d'un enfant est un « langage de qualité » lorsqu'il lui permet de dire ce qu'il veut ou ne veut pas, ce qu'il pense, ce qu'il désire. En quelque sorte, si l'on retrouve son désir et son ressenti dans le langage qu'il utilise.

Nous pensons notamment ici à ces enfants qui, lors de situations standardisées ou routinières sont capables de parler, de « dire des mots », mais qui, lorsqu'ils sont en colère, heureux ou tristes n'ont jamais recours au langage. Pour manifester des émotions, ils

s'agitent, tapent, grognent, etc. Et pourtant, les mots qui se réfèrent à ces émotions, ils les connaissent, puisqu'ils ont su les énoncer lors d'un bilan par exemple.

Le langage, chez ces enfants, semble alors purement fonctionnel et ne permet pas à l'enfant de « se parler à lui-même ». Ainsi, selon L.DANON BOILEAU (2004), « *la qualité du langage de l'enfant ne se déterminerait pas par l'abondance de vocabulaire, une absence de fautes et une bonne syntaxe* », mais par un langage qui ne serait pas morcelé, qui serait habité. Les mots ne doivent pas être plaqués, il est donc important de se demander si, derrière ces mots que les enfants utilisent, il existe une représentation. De nombreux enfants, en effet, utilisent un langage « tout fait ». Ils utilisent des mots entendus dans la bouche des autres, sans réellement leur accorder de signification.

On constate donc qu'interagir avec autrui de façon adaptée tout en étant efficace et en respectant les règles linguistiques et sociales qui régissent les échanges entre deux partenaires de communication nécessite de nombreuses capacités d'ordre linguistique mais également d'ordre cognitif. Pour qu'il y ait échange communicatif, en effet, il ne suffit pas que deux locuteurs (ou plus) parlent alternativement. Encore faut-il qu'ils se parlent, c'est-à-dire qu'ils soient engagés dans l'échange et qu'ils produisent des signes de cet engagement mutuel, en recourant à divers procédés de validation interlocutoire. Parler ne consiste donc pas simplement à utiliser des mots.

## *V. CONCLUSION*

Cette étude théorique nous a permis de mieux cerner la vision, ses mécanismes et ses pathologies.

Comme nous l'avons vu, le développement de l'enfant aveugle est parsemé d'embûches et nécessite des ajustements éducatifs.

Cette perception de l'enfant dans sa globalité, avec toutes les spécificités qu'il présente nous permettra, dans la partie pratique qui suit, de mieux comprendre en quoi la communication de l'enfant aveugle se trouve très nettement perturbée.

C'est donc en nous appuyant sur ces assises théoriques que nous pouvons à présent exposer une étude clinique de deux cas d'enfants aveugles congénitaux dont nous étudierons en détails et dans une perspective orthophonique le développement communicatif et langagier.

**2<sup>ème</sup> partie :**

**Etude clinique**

## ***I. INTRODUCTION***

Dans cette étude clinique, nous nous attacherons à cerner de la façon la plus fine possible la communication de deux jeunes enfants aveugles, rencontrés chaque semaine au sein d'un centre pour déficients visuels.

Loin de vouloir s'accorder sur la façon dont communique l'ensemble de la jeune population atteinte de cécité, notre volonté est ici d'étudier les modalités communicatives utilisées par les deux enfants de notre recherche, et ce, du fait de leur absence de vision.

La rencontre avec ces deux enfants a soulevé chez nous de nombreuses interrogations auxquelles nous nous proposons ici de répondre. Pour ce faire, nous avons mis en place des démarches d'observation et d'enquête dont nous présenterons les résultats et leur analyse. Cette dernière sera fondée tant sur les données présentes dans la littérature que sur notre point de vue clinique et personnel. Ainsi nous sommes-nous appuyés à la fois sur les conclusions globales que nous avons pu tirer de notre recherche théorique et sur les observations réalisées lors des rencontres avec les deux enfants de notre étude.

## ***II. PRESENTATION DE L'ETUDE***

### ***A. QUESTIONNEMENT DE DEPART***

Le souhait de mener cette recherche est né d'une réflexion personnelle lors d'un premier stage d'une semaine en juin 2006 au sein de l'Institut des Jeunes Aveugles de Lille. Nous rencontrons à l'époque les deux enfants de la présente étude, alors respectivement âgés de 20 et 28 mois. Malgré la brièveté de nos rencontres, elles soulèvent chez nous de nombreuses questions. N'ayant que très peu de connaissances sur la cécité, nous découvrons alors quelles peuvent en être les conséquences sur les relations que ces jeunes enfants privés de la vue entretiennent avec leur entourage.

Il nous apparaît alors, que pour les enfants aveugles, la communication ne va pas de soi. Un des canaux privilégié de la communication, la vision, en effet, ne leur est pas accessible. La relation à soi et à l'autre doit donc se construire autrement. La vision, certes, n'est pas indispensable au développement du langage et de la communication, mais elle représente un des plus grands stimuli, notamment pour les processus sous-jacents à l'acquisition des aspects lexicaux. De plus, comme nous l'avons exposé précédemment, la cécité réduit le champ des expériences de l'enfant et entraîne une appropriation plus difficile de l'environnement.

Face à ce constat, des interrogations émergent :

En quoi la cécité constitue-t-elle un obstacle à la communication ? Puisque ces enfants n'ont pas accès à ce canal sensoriel, quel mode de fonctionnement particulier adoptent-ils ?

C'est donc sur ces premiers questionnements que se fondent la réflexion et la recherche suivantes.

## ***B. OBJECTIFS DE L'ETUDE***

L'objectif de cette étude est de comprendre la manière dont la communication peut se développer et se réaliser chez ces jeunes enfants aveugles. Il s'agit donc de mettre en évidence les difficultés, mais surtout les potentialités communicatives de ces enfants.

La présente recherche est basée sur l'observation clinique de deux enfants aveugles de naissance, ayant 3 ans et 3 ans 8 mois au début de l'étude. Ce sont les deux seuls jeunes enfants atteints de cécité totale et congénitale du SAFEP du centre dans lequel a été réalisée l'étude. C'est pourquoi il s'agit d'une étude de cas, ayant pour objectif la formulation d'un point de vue clinique basé sur des observations et interventions auprès de ces enfants. Il s'agira aussi, de par la démarche entreprise, de développer ces comportements communicatifs et d'inviter l'entourage familial et professionnel de ces enfants à réfléchir sur la communication de ceux-ci. Ce travail permettra ainsi de mettre en évidence qu'un partenariat entre les différents intervenants est essentiel pour travailler dans un consensus avec l'enfant.

D'autre part, nous essayerons de mettre en avant l'aide précieuse que la compilation des observations relatives à la communication de ces enfants peut apporter à l'orthophoniste qui travaille avec eux, tant pour compléter le bilan que pour enrichir la prise en charge.

Par ailleurs, nous sommes partis du postulat que parler, n'est pas simplement dire des mots, et qu'observer et analyser le langage et la communication d'un enfant ne peut se résumer à une analyse purement formelle. Ainsi, dans ce travail, nous ne nous attarderons pas sur l'articulation, la syntaxe, le vocabulaire, etc. Nous tenterons d'analyser le langage de ces enfants à un autre niveau, tentant de saisir au mieux leur fonctionnement par rapport au langage, de comprendre comment ils parlent et pourquoi. De plus, on ne communique pas seulement avec le langage et il peut y avoir communication sans langage ; on peut se comprendre sans et ne pas se comprendre avec.... Il est donc primordial que le langage utilisé soit en adéquation avec la communication. Ainsi est-ce davantage sur cet aspect que nous nous concentrerons ici. C'est donc dans cette optique que les outils nécessaires à une telle investigation ont été élaborés.

### ***C. PROBLEMATIQUES***

Face aux constats issus tant de notre recherche théorique que de nos observations cliniques, nous avons organisé notre investigation autour de trois questions principales :

- La communication de ces enfants aveugles présente-t-elle des particularités ?
- Quels sont les modes de fonctionnement communicatif particuliers mis en œuvre par ces enfants pour « pallier » l'absence de vision ?
- Comment comprendre ces adaptations au regard du développement global de ces enfants et de leur appréhension spécifique de l'environnement ? C'est-à-dire en quoi le développement particulier de ces enfants aveugles a-t-il des répercussions sur leur communication et leur langage ?

Cette étude a donc pour but de répondre à ces questions, mais rappelons qu'il s'agit ici d'une étude de deux cas isolés d'enfants aveugles et qu'il n'est donc pas question de tenter de généraliser les résultats de la présente recherche à l'ensemble de la population d'enfants porteurs de cécité congénitale, mais bien d'étudier de façon approfondie la communication de ces deux enfants.

#### ***D. HYPOTHESES***

Les hypothèses de cette étude, tout comme les problématiques, ont été formulées à partir des données théoriques rassemblées autour de la cécité, du développement de l'enfant aveugle et de la communication, mais également à partir des premières observations cliniques réalisées en début de stage.

Ainsi, en nous appuyant sur les données des travaux antérieurs et sur nos observations personnelles, pouvons-nous formuler les hypothèses suivantes :

- La communication de ces enfants aveugles présente des particularités, quel que soit leur contexte social et relationnel.
- Ces enfants ont recours à d'autres modalités pour appréhender leur environnement et entrer en relation avec autrui.
- Les particularités communicatives de ces enfants aveugles sont en lien étroit avec leur développement global.

A l'issue de notre étude, nous pourrons donc confirmer ou infirmer ces hypothèses.

## ***E. POPULATION***

La population de notre recherche se compose de deux enfants aveugles de sexe féminin, âgés respectivement de 3 ans et 3 ans 8 mois au début de l'étude. Les prénoms de ces enfants ont été modifiés afin de préserver leur anonymat, nous les appellerons donc Céline et Marie.

Le seul critère d'inclusion est la cécité totale et congénitale. Le seul critère d'exclusion est l'absence de troubles associés à cette cécité. C'est pourquoi seuls deux enfants du service ont pu y répondre, les autres n'ayant pas le même type de handicap visuel. De plus, il ne nous a pas semblé intéressant de nous tourner vers d'autres centres pour rencontrer des enfants répondant aux critères de notre étude. Non seulement ces centres sont rares et présentent bien souvent des spécificités d'accueil (notamment pour les enfants présentant des troubles associés, ne correspondant donc pas à nos critères), mais nous n'aurions pu les rencontrer que très ponctuellement, sans réellement prendre le temps de cerner la façon dont ces enfants communiquent. Les données obtenues lors des divers moments de rencontre, en effet, se complètent et viennent s'enrichir les unes les autres. Cela permet de construire diverses hypothèses explicatives des comportements observés pour les valider ou non au fil des séances. Il est donc primordial d'effectuer ce type d'étude sur la durée, dans la mesure où l'enfant peut réagir différemment selon le lieu, la personne, le moment, son état de fatigue, son état émotionnel, etc. Une évaluation de la communication ne pourrait donc se résumer à la simple prise en compte d'une observation à un instant donné. Comme nous l'avons précisé précédemment, il ne s'agit pas ici d'un protocole expérimental visant à tirer des conclusions sur l'ensemble de la population aveugle, mais bien d'une étude approfondie de deux cas, réalisée sur presque 9 mois de rencontres hebdomadaires. Ainsi, nous sommes-nous volontairement limités à cet échantillon.

Ces deux enfants ont fait l'objet d'une précédente étude réalisée dans le même centre dans le cadre d'un mémoire de Master I de Sciences Humaines et Sociales, mention Psychologie, intitulé « *Communiquer sans voir, les répercussions de la cécité sur les modalités communicatives de l'enfant dans les interactions précoces* » et publié en 2005. Les deux enfants de notre étude avaient alors respectivement 6 mois et 1 an 2 mois. La démarche n'était pas la même puisqu'il s'agissait d'observer ces enfants en interaction avec leur mère,

ce qui n'a pas été réalisable pour cette étude. De plus, à l'époque, le centre accueillait davantage d'enfants porteurs de cécité totale et congénitale, offrant ainsi une population plus nombreuse pour mener les observations et interventions. Malheureusement, ces enfants ne sont plus suivis actuellement au sein du centre pour des raisons géographiques, ce qui ne nous a pas permis de les rencontrer eux aussi. Il a cependant été très intéressant de consulter ce mémoire car il a été réalisé dans la même perspective que la nôtre, à savoir comprendre ce qui se joue dans la communication de ces enfants aveugles. En outre, cela nous a permis de disposer de données relatives aux particularités communicatives de ces enfants, antérieures au début de l'étude. Ainsi avons-nous pu nous appuyer sur ces informations, pour cerner leur communication dans une perspective évolutive. Dans la présentation des deux enfants, nous insérerons donc un paragraphe résumant les données recueillies au sein de ce mémoire.

Ainsi allons-nous maintenant présenter en détail chacune de ces deux enfants :

## **1. Céline**

### **a) *Anamnèse***

Elle est née le 18-10-04, d'une grossesse gémellaire par FIV (Fécondation In Vitro), à 29 semaines d'aménorrhée.

Elle a donc entre 3 ans et 3 ans 8 mois d'âge réel ou 2 ans 10 mois et 3 ans 6 mois d'âge corrigé au moment de l'étude.

Elle présente une anophtalmie, c'est-à-dire une absence de globes oculaires entraînée par un arrêt de développement à l'intérieur de l'utérus. Céline est donc aveugle. Aucun trouble associé à la cécité précoce n'a été diagnostiqué.

Elle pèse 990gr à la naissance.

Son frère jumeau ne présente aucune anomalie congénitale malgré la prématurité.

Les parents sont tous deux fonctionnaires.

L'entourage de Céline est très présent, ses grands-parents et sa marraine s'en occupant très régulièrement.

### **b) *Parcours éducatif et thérapeutique***

Céline est intégrée en crèche en mai 2005, à l'âge de 7 mois. La crèche se situe en Belgique (La famille habite à la frontière franco-belge).

Un suivi au SAFEP (Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce) de l'IJA (Institut des Jeunes Aveugles) de Lille est mis en place en Février 2005, à l'âge de 4 mois. Un projet de prise en charge est alors établi sur la base du compte-rendu suivant :

Céline est une petite fille investie dans l'échange et la relation, attentive au monde extérieur et réceptive aux stimulations corporelles et sensorielles. Elle est gaie, semble prendre plaisir dans la relation et manifeste de l'intérêt quand on s'occupe d'elle. Elle est capable de rester concentrée un long moment et participe activement à l'échange grâce aux nombreux moyens de communication dont elle dispose. Céline commence seulement à explorer son environnement proche. Les relations aux objets et aux personnes s'établissent doucement et de façon adéquate.

Le projet de prise en charge comprend les axes suivants :

-suivi psychomoteur : il est nécessaire pour accompagner Céline dans son développement, de lui offrir des expériences sensori-motrices variées et de l'aider à découvrir son corps, ainsi que ses capacités motrices et relationnelles. A l'heure actuelle, Céline ne bénéficie plus de ces séances de psychomotricité (par manque momentané de professionnels au sein de la structure).

-suivi orthophonique : il a pour objectif d'aider Céline à créer des liens entre les stimulations sensorielles et les mots entendus simultanément. Cette prise en charge est nécessaire pour l'amener à produire des sons variés permettant l'émergence de mots. Ce suivi orthophonique se fait en collaboration avec les parents et le personnel du service et de la crèche afin de leur faire prendre conscience de l'importance de verbaliser au quotidien chaque élément du vécu de Céline de manière à ce qu'elle puisse découvrir au maximum le monde qui l'entoure pour ensuite s'y sentir active.

-suivi psychologique : il s'agit d'aider les parents à exprimer leurs difficultés, de les accompagner dans leur réflexion, leur vécu et leur place de parents. Ce suivi est ponctuel et se fait en fonction des besoins exprimés.

-suivi éducatif : il est question ici de rendre Céline active au travers du jeu, de la mettre dans des situations les plus variées possibles par un éveil multisensoriel. Il est nécessaire de l'aider à développer l'ensemble de ses capacités. Cette prise en charge a également pour objectif d'accompagner les parents par un temps d'échange visant l'acceptation du handicap qu'est la cécité et l'ajustement de leur démarche éducative en fonction des possibilités de leur enfant. Pour que chacun trouve sa place dans la famille, le frère jumeau de Céline est également inclus dans cette démarche.

En fin d'étude, un projet d'intégration partielle de Céline en classe maternelle est envisagé, quelques heures par semaines dans l'école de son quartier et une matinée au sein du centre.

De plus, Céline participe au groupe organisé chaque mardi avec 2 puis 3 autres enfants du SAFEP, ainsi qu'aux regroupements parents/enfants qui ont lieu tous les 2 mois.

### *c) Résumé de l'étude précédente*

Céline, alors âgée de 6 mois, est décrite comme une petite fille très éveillée. Elle présente une hypertonie périphérique contrastant avec l'hypotonie axiale, mais son tonus tend progressivement à se réguler. Elle tourne la tête vers la source sonore et montre une préférence pour certains sons. Elle participe aux jeux corporels avec plaisir et apprécie les comptines à gestes. Elle s'inscrit donc déjà pleinement, à l'époque, dans une démarche de découverte et d'exploration du monde extérieur. Dans les bras de l'adulte, Céline est très tonique, bouge et ne parvient pas à se détendre autant qu'avec sa mère. Cette dernière souligne la différence flagrante d'évolution entre Céline et son frère, notamment concernant la pauvreté des vocalisations qu'offre Céline, même si elle semble bien se faire comprendre.

Céline sourit beaucoup, notamment en réponse à la voix de sa mère ou à celle d'un autre adulte mais le sourire « d'invite » n'est pas présent. Ce comportement est extrêmement gratifiant pour l'entourage de Céline et l'incite à prolonger l'interaction avec elle. Ses sourires restent silencieux mais sont très expressifs. Céline tourne la tête vers la personne qui lui parle, ce qui permet à l'entourage de comprendre qu'elle est disponible à l'échange. Céline est capable d'exprimer plaisir et déplaisir. Elle apprécie particulièrement les situations de déséquilibre et manifeste clairement sa joie par des sourires et des gazouillis.

Aucun des mouvements expressifs des mains (décrits par Fraiberg) n'a été repéré comme moyen de communication supplémentaire, probablement à cause du grasping-reflex toujours présent chez elle et de sa difficulté à détendre et ouvrir les mains. Elle communique beaucoup avec le tonus qui semble être chez elle un moyen de communication naturel.

Céline est donc très expressive. Sa présence et sa disponibilité à la relation renforcent l'établissement des échanges mère-enfant. Malgré l'absence de regard et de sourire d'invite, elle dispose donc d'un large panel de modalités communicatives. Sa tonicité, son goût pour le mouvement et son intérêt pour le monde extérieur l'incitent à multiplier ses expériences motrices et sensorielles. La richesse de ses découvertes offre un support aux échanges mère-enfant et sa curiosité favorise leur maintien et leur enrichissement.

Par ailleurs, l'existence d'un frère voyant du même âge participe à la revalorisation narcissique de la mère et renforce ses capacités d'adaptation aux particularités de développement de sa fille aveugle. La tendance de la mère, en effet, à reproduire les stratégies mises en place avec le jumeau de Céline favorise sa persévérance dans l'établissement de la relation avec cette dernière. Ainsi, même si la réponse de Céline est plus lente et moins expressive, la mère ne se laisse pas décourager et intensifie au contraire ses sollicitations. La réponse offerte par son fils, en effet, la renforce déjà dans ses compétences maternelles. De plus, la présence d'un autre enfant en bas-âge entraîne inévitablement une alternance dans les soins apportés. L'attente incite Céline à se manifester pour exprimer ses besoins et ses affects. Elle multiplie efforts et stratégies pour obtenir une réponse de la part de sa mère, ce qui l'aide à diversifier ses modalités expressives. Céline parvient à se faire comprendre à travers les vocalisations, le sourire, les expressions faciales et les ajustements toniques. Elle évolue positivement sur le plan sensori-moteur et grandit dans un environnement qui semble porteur pour son évolution relationnelle.

## 2. Marie

### a) *Anamnèse*

Elle est née le 23-02-04 en Roumanie (ses deux parents sont d'origine roumaine), à 27 semaines d'aménorrhée.

Elle a donc entre 3 ans 8 mois et 4 ans 4 mois d'âge réel ou 3 ans 6 mois et 4 ans 2 mois d'âge corrigé au moment de l'étude.

Elle est atteinte d'une rétinopathie liée à l'oxygénothérapie. Cette atteinte des yeux correspond à un défaut de vascularisation de la rétine provoqué par un envahissement des fibres à l'arrière du cristallin et associé à un décollement de la rétine. Marie est donc aveugle.

Elle arrive en France avec sa mère en août 2004 (à l'âge de 5 mois). Le père est resté dans leur pays d'origine pour des raisons professionnelles, il leur rend visite occasionnellement. Les parents ont souhaité, en effet, que Marie puisse bénéficier d'une prise en charge adaptée à son handicap.

Marie est fille unique.

### b) *Parcours thérapeutique*

Un suivi au SAFEP de l'IJA de Lille est mis en place en avril 2005 (à l'âge de 1 an 2 mois). Un projet de prise en charge est alors établi sur la base du compte-rendu suivant :

Marie présente un retard global des acquisitions et du développement, ainsi que des perturbations psychoaffectives (son parcours, précisons-le, est semé d'embûches. Elle a, en effet, été hospitalisée à plusieurs reprises, a changé de lieux de vie plusieurs fois, a été séparée de son père en quittant son pays natal, etc.). Cependant, Marie commence à trouver un équilibre. De plus, la mère est très investie et à l'écoute.

Le projet de prise en charge comprend les axes suivants :

-suivi psychomoteur : Marie participe volontiers aux sollicitations sensorielles et réagit activement au monde extérieur. Elle se montre avide d'expériences sensorielles et de connaissances par rapport à son environnement. Marie prend plaisir à découvrir et à comprendre les situations de sa vie quotidienne. Cependant, une certaine fragilité de sa sécurité interne la pénalise dans l'acquisition d'une autonomie motrice. Elle a donc besoin d'aide pour ces activités.

-suivi orthophonique : Marie aime entrer en relation. Elle est attentive au chant, aux sons et aux histoires. Elle produit quelques mots. L'objectif de cette prise en charge est de l'aider à comprendre les différentes situations de manière à ce qu'elle puisse s'y investir en tant qu'interlocuteur actif. Ce suivi orthophonique a cessé depuis juin 2006 suite à une très bonne évolution du langage oral de Marie qui produit alors de nombreux mots et phrases en adéquation totale avec la situation.

-suivi psychologique : ce suivi est ponctuel et se fait en fonction des besoins de la maman. De même que pour les parents de Céline, il est question d'aider la mère de Marie à exprimer ses difficultés, de l'accompagner dans sa réflexion, son vécu et sa place de mère.

-suivi éducatif : il s'agit de favoriser le développement des diverses capacités de Marie par des activités multi sensorielles, notamment axées sur l'éducation au toucher pour tenter de pallier le sens manquant. Il est également question de mettre progressivement en place des acquisitions relatives à l'autonomie dans la vie quotidienne.

A l'heure actuelle, Marie est également intégrée dans une classe maternelle du centre une matinée par semaine. Cette intégration vise à son épanouissement, en lui apportant un soutien pédagogique et une aide technique appropriée pour lui permettre l'acquisition de méthodes palliatives. Il s'agit donc de favoriser la socialisation de Marie et de l'amener progressivement vers les apprentissages scolaires inhérents à son âge.

De plus, Marie participe au groupe organisé chaque mardi avec 2 puis 3 autres enfants du SAFEP, ainsi qu'aux regroupements parents/enfants qui ont lieu tous les 2 mois.

### *c) Résumé de l'étude précédente*

Marie est une petite fille nerveuse et craintive. Elle accepte les expériences sensorielles et motrices proposées mais ne prend aucune initiative. Elle tient assise, tronc penché en avant. Dans cette position, elle se balance en chantonnant. Les sollicitations tactiles et auditives l'aident à se redresser, mais elle s'effondre dès que la stimulation s'arrête. Elle explore peu ce qu'elle a dans les mains, elle secoue et jette, mais ne semble pas y prendre beaucoup de plaisir.

La mère interprète aisément les signes communicatifs de sa fille et elle adapte son comportement en fonction de l'état émotionnel de Marie. Elle la rassure face à la nouveauté en lui tenant la main et en lui parlant de façon dynamique, en riant, mais sans la prendre sur les genoux. Les paroles que la mère émet sont en roumain, mais la tonalité du discours est très claire quant à son contenu.

Marie ne semble pas particulièrement s'attacher aux autres adultes que sa mère. La plupart des personnes qu'elle a rencontrées au cours des premiers mois de sa vie sont, en effet, des professionnels médicaux. Elle n'a donc pas été habituée à avoir une relation privilégiée avec un autre adulte que sa mère. L'isolement de la dyade mère-enfant au moment du changement de pays a sans doute participé à l'exclusivité de cette relation. Marie parvient cependant à communiquer avec autrui, même si le contraste est flagrant. Elle est attentive, disponible, comme si elle se concentrait pour répondre parfaitement à l'attente des intervenants, sans éprouver de plaisir particulier dans les jeux proposés. L'adéquation exacte de sa réponse avec la demande de l'adulte est surprenante, elle agit comme si elle savait ce que les adultes attendaient d'elle, probablement par habitude des rendez-vous médicaux face auxquels la mère se montre très anxieuse.

Marie dispose d'un panel de modalités communicatives assez large. Les outils utilisés dans l'échange s'apparentent à la communication préverbale des enfants voyants de son âge, à l'exception du regard et de la prise d'initiative. La mère n'exprime pas de difficulté particulière à comprendre sa fille, tant sur le plan verbal que non-verbal.

Elle sourit souvent, essentiellement à sa mère, en réponse à ses paroles. Cependant, ces sourires sont toujours silencieux, et assez timides. La lenteur de leur apparition enlève une partie de leur valeur expressive. Elle utilise les expressions faciales et les vocalisations pour se faire comprendre. Cette aisance semble également due à son vécu post-natal. Pendant son hospitalisation en Roumanie, en effet, sa mère ne pouvait ni la toucher ni la porter. Les échanges tonico-affectifs en principe très présents à cet âge ont dus être remplacés par des

échanges vocaux. Ainsi, dans un contexte de détente, émet-elle de nombreux sons différenciés, qui s'apparentent aux sons de sa langue natale. Elle n'a pas besoin d'arrêter l'activité en cours pour les produire. Elle tourne la tête et le corps vers la personne qui interagit avec elle, et incite ainsi son interlocuteur à poursuivre l'échange. Marie utilise également les ajustements toniques dans les échanges, mais ce mode de communication ne semble pas privilégié. Le recrutement tonique est associé aux autres modalités communicatives dans l'expression de ses émotions. Cependant, la présence de l'adulte ou l'apparition d'une situation nouvelle semble être vécue comme une menace, elle présente alors un véritable effondrement tonique et une absence de résistance ou de manifestation.

Marie dispose donc déjà, à l'époque, de nombreuses modalités communicatives qu'elle utilise aisément pour entrer en relation avec sa mère. Elle est moins expressive et plus passive dans la relation avec un autre adulte, mais s'y investit néanmoins.

Voici donc les renseignements dont nous disposons au sujet de Céline et de Marie avant d'entamer cette étude.

## ***F. CADRE DES RENCONTRES***

Les enfants aveugles de notre étude sont pris en charge à l'Institut des Jeunes Aveugles de Lille (Nord-Pas de Calais).

### ***1. Présentation de l'établissement***

L'IJA de Lille est une structure existante depuis 160 ans. C'est un centre d'éducation sensorielle pour déficients visuels qui accueille surtout des enfants malvoyants âgés de 0 à 20 ans (aveugles & amblyopes).

L'IJA, dépend de l'ADEV (Association pour le Développement des Equipements pour déficients Visuels) et à plus grande échelle de la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), donc du ministère de la santé.

L'admission du jeune est décidée par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées). La zone de recrutement correspond principalement à la région Nord-Pas de Calais, mais s'étend également à quelques départements environnants. Les enfants accueillis ont une acuité visuelle égale ou inférieure à 4/10 après correction et ont besoin de techniques palliatives spécifiques.

L'IJA accueille environ 110 jeunes en internat, semi internat et service à domicile. Ces jeunes sont atteints de déficience visuelle isolée ou associée à d'autres handicaps.

Il s'agit d'un complexe pédagogique, socio-éducatif et médical destiné à donner aux enfants et adolescents handicapés visuels les mêmes chances de réussite scolaire et professionnelle qu'aux autres, et à leur permettre de réussir leur insertion sociale. Pour ce faire, l'IJA élabore des projets individuels, construits lors de concertations famille/professionnels et réévalués chaque année pour définir les besoins et attentes de l'enfant. Ces projets ont deux objectifs principaux :

- Amener chaque jeune à son plus haut niveau d'autonomie.
- Permettre à l'enfant le développement de ses capacités.

L'IJA peut intervenir à plusieurs niveaux :

- Médical et paramédical (Elaboration des diagnostics et suivis)
- Pédagogique (Formation professionnelle et scolarité)
- Educatif (Préparation à la vie sociale, aux loisirs et à la vie en appartement)
- Social (Soutien aux familles)

Enseignants spécialisés, éducateurs scolaires, professeurs de musique, éducateurs de jeunes enfants, moniteurs-éducateurs, aides médico-psychologiques, infirmière, ophtalmologue, orthoptiste, psychologue, psychiatre, orthophonistes, psychomotriciens et instructeurs en locomotion et en activité de la vie journalière travaillent donc conjointement pour répondre à ces besoins.

Le projet individuel est mis en place dans le cadre de plusieurs services et sections spécialisées.

Les services :

- Le SAFEP : Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce (de 0 à 3 ans).

Ses objectifs sont d'informer et d'accompagner les parents, de favoriser le développement de la vision et des moyens sensoriels compensatoires ainsi que l'épanouissement de l'enfant.

Le SAFEP incite donc au développement relationnel, met en place des activités développant les sens de l'enfant et élabore le projet individuel en concertation avec les parents.

Après 3 ans, l'orientation de l'enfant est rediscutée et il est soit dirigé vers l'une des sections spécialisées suivantes, soit intégré en milieu scolaire classique :

- La SEES : Section d'Enseignement et d'Education Spécialisée pour les cycles de l'élémentaire au secondaire.

- La SPFP : Section de Première Formation Professionnelle. Elle propose trois ateliers : paillage et cannage en ameublement, horticulture et cuisine pédagogique.

- Le SAAIS : Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire (de 3 à 20 ans).

Le SAAAIS peut intervenir dans l'établissement fréquenté par l'enfant. Les objectifs du SAAAIS sont d'accompagner l'enfant dans son parcours scolaire et son projet professionnel, d'informer les enseignants sur les déficiences visuelles et de soutenir les parents dans leur démarche auprès de leur enfant.

Ainsi le SAAAIS met-il en place un projet individuel (scolaire et professionnel), permet l'apprentissage d'aides techniques et effectue les bilans médicaux de suivis.

Dans l'ensemble de ces services et sections, il est aussi dispensé l'apprentissage des techniques palliatives, la pratique du braille et de l'informatique.

## **2. Contexte des rencontres**

Dans le cadre du stage effectué au sein de cette structure qu'est l'IJA de Lille, d'octobre 2007 à juin 2008, à raison de deux demi-journées par semaine, nous rencontrons Céline et Marie de façon hebdomadaire.

Céline bénéficie d'une séance d'orthophonie par semaine. Pour ce faire, nous nous rendons chaque lundi matin à la crèche qui la prend en charge 4 jours par semaine. Malheureusement, les locaux de cette dernière ne sont que très peu adaptés pour nous accueillir. La séance a donc lieu dans le bureau de la directrice. Celui-ci est de taille très réduite et mal isolé de la salle voisine, très bruyante. De plus, ce bureau s'avère être un lieu de passage permanent. L'heure de la séance, en effet, se chevauche avec celle d'arrivée des parents et enfants qui traversent la pièce en permanence, ce qui ne facilite guère la concentration de Céline vis-à-vis des activités proposées. Néanmoins, cet inconvénient pratique nous a permis de mieux cerner la façon dont Céline se comporte face aux bruits environnants (arrivée de personnes, téléphone du bureau, bruits de la pièce voisine, etc.). Il est arrivé à quelques reprises, que le personnel de la crèche nous propose une salle plus convenable pour la séance, compte-tenu du faible nombre d'enfants à ces moments-là. Nous avons également eu l'occasion de mener une séance à domicile, Céline ne se trouvant pas à la crèche ce jour-là. Ces opportunités nous ont ainsi permis d'observer les réactions de Céline dans un contexte de rencontre inhabituel.

Marie, quant à elle, ne bénéficie plus de séance d'orthophonie depuis juin 2006. Les locaux du SAFEP qui prend en charge Céline et Marie, se trouvent au sein de l'IJA. Ils se composent principalement d'une salle commune avec un grand tapis, des tableaux tactiles aux

murs, un coin salle à manger et un coin cuisine. On y trouve également une salle d'activités avec du matériel de psychomotricité, une salle de bain, des toilettes et une salle de sieste. Du matériel varié est disponible au sein du service pour les professionnels qui y interviennent (jeux tactiles, olfactifs et sonores, livres, pâte à modeler, matériel spécifiquement adapté pour déficients visuels et aveugles, jeux divers...).

Chaque Mardi, un petit groupe d'enfants du SAFEP a lieu, il réunit trois enfants, puis quatre, dont les deux qui font l'objet de la présente étude. Les enfants sont amenés par leur famille ou par des éducateurs du centre qui vont les chercher à domicile. Les enfants sont pris en charge par deux éducatrices. Se succèdent au fil de la journée, temps d'activité et de vie quotidienne (goûter, repas, sieste, toilettes, etc.). En ce qui nous concerne, nous ne sommes présents que pour la matinée. Nous partageons donc la collation du matin, ce qui nous permet d'observer le comportement des enfants à table, au moment de l'alimentation. La matinée est également entrecoupée des diverses prises en charge rééducatives de chaque enfant (orthophonie, orthoptie, psychologie, psychomotricité, etc.).

Céline et Marie sont toutes deux suivies au sein du SAFEP depuis quasiment trois ans au moment de notre étude, c'est donc devenu pour elles un cadre familier, ce qui est indispensable à l'objectivité des observations formulées dans cette étude. Les changements de lieu, en effet, demandent à tout enfant un temps d'adaptation avant qu'il puisse s'exprimer pleinement. Pour l'enfant aveugle, les changements de lieu sont d'autant plus anxiogènes. Toute situation nouvelle lui demande un effort considérable et un temps d'adaptation plus important, ce qui le parasite souvent dans l'expression de ses capacités motrices, verbales et surtout relationnelles. Les conditions de ces rencontres favorisent ainsi la disponibilité des enfants.

Nous rencontrons donc Céline deux fois par semaine alors que nous ne voyons Marie qu'une seule fois. Nous aurons néanmoins l'occasion de voir Marie en individuel à plusieurs reprises pour l'utilisation des livres tactiles adaptés dans le cadre de cette recherche.

Le nombre total de rencontres pour chaque enfant de l'étude, s'élève donc environ à 30 pour Céline et 15 pour Marie (il arrive qu'il ne nous soit pas possible de participer au regroupement, ou que les enfants soient absents).

## **G. METHODOLOGIE DE L'ETUDE**

### **1. Choix de la méthode clinique : l'observation clinique participante**

Selon Le Petit Robert, dans le domaine scientifique, le terme d'observation désigne « un procédé scientifique d'investigation, une constatation attentive des phénomènes, tels qu'ils se produisent et sans volonté de les modifier ». Dans notre étude, l'observation mise en œuvre est le fruit de rencontres hebdomadaires avec les enfants sur une durée de presque neuf mois. Nous n'avons pas considéré judicieux d'observer leur communication sans intervenir puisque l'objectif clinique premier est de renforcer les aptitudes communicatives de ces enfants aveugles, afin d'optimiser leur évolution future. Ainsi ne pouvons-nous pas parler d'observation scientifique au sens strict du terme, étant donné notre volonté de modifier certains comportements observés. Nous parlerons donc d'observation clinique. En outre, nous avons souhaité entrer personnellement en relation avec l'enfant, afin de ressentir ce qui se joue dans l'échange. Nous avons donc choisi l'observation participante.

Les observations ne se sont pas déroulées sur les lieux de vie des enfants, il ne s'agit donc pas d'observations naturalistes à proprement parler. Cependant, les lieux dans lesquels se sont déroulées les rencontres sont très familiers pour ces enfants qui les fréquentent depuis plusieurs années, nous bénéficions donc d'une grande disponibilité de leur part, leur comportement n'étant pas parasité par l'anxiété que peut provoquer un lieu inhabituel.

### **2. Utilisation de l'enregistrement vidéo**

Dans le but d'affiner la qualité de nos observations, nous avons eu recours à l'enregistrement vidéo pour la plupart des rencontres avec les enfants. Cela s'est fait, bien entendu, après autorisation des parents et de la direction du centre. D'ordinaire, l'utilisation de cet outil peut parasiter le caractère naturel des échanges. Cependant, dans l'étude présente, la cécité fait que ces enfants ne ressentent pas la pression supplémentaire que peut imposer le recours à l'enregistrement vidéo, d'autant plus que le matériel utilisé ne produit strictement aucun bruit. Cela nous a permis d'effectuer les prises de notes après coup et de prendre un certain recul sur les observations réalisées.

### 3. Méthodes de recueil des données

Afin de détailler, de compléter et de diversifier nos observations personnelles, nous avons élaboré plusieurs outils d'observation et d'enquête que nous présenterons ensuite de manière approfondie :

- une grille d'observation utilisée en séance et après-coup.
- un questionnaire adressé à l'entourage familial et professionnel de chaque enfant.
- des livres tactiles employés comme supports de communication.

Les données ainsi obtenues seront répertoriées et analysées, et ceci dans une perspective de recherche clinique.

## ***H. PRESENTATION DES OUTILS***

### ***1. Assises théoriques***

Il existe un certain nombre d'outils ayant pour objectif l'évaluation de la communication. Une majorité d'entre eux est destinée aux enfants autistes (CARS, ADI-R, ADOS-G, etc.) ou à l'évaluation précoce (ECSP, etc.). Ces derniers sont en partie fondés sur l'utilisation du regard, ce qui bien entendu n'est en rien compatible avec notre étude. De plus les enfants de la présente recherche ont plus de 3 ans, le stade de ce que l'on appelle la « communication précoce » est donc franchi. Passé cet âge, les outils disponibles aux orthophonistes ou autres professionnels concernent essentiellement le langage dans son versant formel (phonologie, syntaxe, lexique, etc.) et sont très souvent basés sur un matériel visuel (vocabulaire en images, etc.). Comme nous l'avons précédemment exposé, nous nous intéresserons davantage ici à ce qui se joue dans l'échange avec ces enfants, c'est-à-dire à la place qu'ils accordent à l'autre et à l'environnement et à la façon dont ils s'inscrivent dans une relation à autrui qu'à la qualité de leur langage à proprement parler. C'est pourquoi les outils existant dans la littérature nous ont, certes, inspirés, mais nous n'avons pas réellement pu nous appuyer dessus pour construire nos propres instruments d'analyse quantitative et qualitative, qu'il s'agisse d'éléments d'observation (grille et livres) ou d'enquête (questionnaire).

### ***2. La grille d'observation de la communication***

#### ***a) Objectifs***

Amorcer un échange et une relation avec un enfant nécessite d'avoir préalablement observé et analysé les moyens de communication dont il fait déjà usage. Pour décrire de la façon la plus juste possible la communication de ces enfants aveugles, une observation minutieuse et répétée est donc nécessaire.

Pour ce faire, nous avons conçu une grille destinée à observer l'appréhension de l'environnement, le rapport à soi et à l'autre et l'utilisation des moyens de communication verbale et non-verbale dont disposent ces enfants aveugles.

#### ***b) Construction de la grille***

Cette grille a été élaborée à partir des conclusions tirées de nos recherches théoriques précédemment évoquées et des observations personnelles réalisées en début de stage. Nous

avons également pris appui sur certains points de l'étude précédente dont avaient fait l'objet les deux enfants de la présente recherche, dans l'objectif de respecter une certaine continuité, et d'appréhender la communication de ces enfants dans une perspective évolutive.

Nous avons détaillé les grands canaux communicatifs de l'enfant : les productions vocales, le langage oral, les expressions faciales, le langage du corps, l'attitude, l'exploration et l'écoute. Ceci afin de cerner la diversité des modalités utilisées par chaque enfant et l'utilisation qu'ils en font. Chaque point référencé dans la grille, faisait pour nous référence, au moment de la construction de celle-ci, à un comportement que l'on peut s'attendre à observer chez un enfant aveugle de cet âge. C'est donc des conclusions de nos recherches et de nos observations qu'est née cette grille. Notons que les diverses discussions qui ont pu avoir lieu avec les professionnels qui prennent en charge les deux enfants de notre étude ont également contribué à l'élaboration de cette grille et des autres outils.

La graduation de la notation correspond à la qualité de la valeur expressive que nous pouvons attribuer aux différentes modalités communicatives utilisées par l'enfant. Nous souhaitons insister sur la différence entre qualité de la valeur expressive et performance communicative. L'objectif n'est pas d'enregistrer les performances de l'enfant, mais de repérer les modalités utilisées préférentiellement dans la communication. Nous n'avons pas, par exemple, jugé utile de détailler les vocalisations de l'enfant. Quelles qu'elles soient, l'essentiel étant que ces productions soient clairement utilisées dans un but communicatif.

Ainsi, quatre degrés sont-ils possibles pour chaque modalité communicative :

→ - = modalité communicative non repérée pendant l'étude.

→ + = modalité communicative difficilement perceptible mais apparaissant de temps à autre.

→ ++ = modalité communicative perceptible.

→ +++ = modalité communicative évidente et très récurrente.

De plus, nous avons mis en valeur les modifications opérées au fur et à mesure de l'étude par une différence de couleur. Ainsi, les modalités communicatives pour lesquelles une évolution a eu lieu entre le début et la fin de l'étude apparaissent-elles plus foncées que les autres dans la deuxième grille présentée pour chaque enfant.

### ***c) Mode d'application***

Pour certaines séances d'orthophonie auprès de Céline, notamment en début de stage, seule l'orthophoniste intervient, ce qui nous place alors en position d'observateur et nous permet de remplir la grille en temps réel. Il ne s'agit pas nécessairement d'une bonne solution,

le risque étant de passer à côté de certains comportements du fait de l'attention retenue par la grille et de l'obligation de formuler d'emblée un jugement sur les conduites observées. De plus, il n'est pas rare que Céline nous interpelle au cours de la séance, ayant connaissance de notre présence mais ne nous entendant pas intervenir. Pour un enfant aveugle, en effet, la présence d'un observateur que l'on pourrait penser insignifiante du fait qu'il ne soit ni vu ni entendu, s'avère en réalité particulièrement perturbante, car l'enfant n'a aucun moyen de savoir ce qu'il fait, contrairement à un enfant voyant qui aurait tendance à « garder un œil » sur celui-ci. Il est donc primordial d'expliquer à l'enfant, dans la mesure de ses capacités de compréhension, quelles sont les personnes présentes et pourquoi elles le sont. Ainsi y a-t-il souvent, à la demande de Céline, alternance des intervenants. C'est dans ces conditions que l'utilisation de l'enregistrement vidéo a permis de remplir la grille après-coup. Il en est de même pour les fois où l'orthophoniste reste à l'écart, nous permettant d'entrer plus directement en relation avec Céline (ce qui lui offre la possibilité, dans ces moments, de faire des observations qu'il n'est pas possible de réaliser lorsque l'on fait partie intégrante de l'interaction).

Dans le cas des regroupements qui ont lieu au sein du SAFEP, il est rare que la grille soit remplie en temps réel. Dans ces moments, en effet, la position occupée est davantage celle d'intervenant que d'observateur. De plus, l'utilisation de l'outil vidéo dans ces conditions n'est pas évidente du fait des déplacements incessants d'un endroit à l'autre du service (coin jeux, salle de bain, coin salle à manger, etc.). Ainsi, pour ces regroupements, les prises de notes et le remplissage de la grille se sont-ils principalement effectués après-coup.

### 3. *Le questionnaire adressé à l'entourage familial et professionnel*

#### *a) Objectifs*

Pour comprendre la communication d'un enfant, il nous paraît indispensable de confronter les points de vue des parents et des professionnels, c'est-à-dire des personnes qui côtoient le plus l'enfant. Ce dernier, en effet, ne communique pas toujours de la même façon, selon le lieu, les personnes, le moment de la journée, son état physiologique, son humeur, etc.

De plus, il est difficile de parler d'objectivité dans l'évaluation de la communication, c'est pourquoi il est nécessaire de croiser les points de vue de différents partenaires afin de s'approcher au plus près d'une compréhension fine de la communication. Nous mettrons donc en parallèle les résultats obtenus dans le cadre familial et dans le cadre éducatif, tout en prenant en compte les ressentis des parents face à la communication de leur enfant.

Il s'agira donc de s'intéresser au point de vue des parents et des professionnels retranscrits au travers des questionnaires qui leur ont été remis, afin de les confronter au nôtre pour établir un profil de communication de ces enfants aveugles.

Il s'est malheureusement avéré compliqué de mener des entretiens complémentaires aux questionnaires auprès de l'entourage familial des enfants. En revanche, il a été possible, à plusieurs reprises, d'échanger avec les divers professionnels auxquels le questionnaire a été soumis. Ces temps d'échange lors des regroupements d'enfants ou de déplacements au sein de la crèche de Céline sont précieux car ils permettent de croiser les points de vue et de soulever certaines questions non abordées, ou certaines précisions nécessitant de dépasser le stade de l'écrit.

L'intérêt de ces questionnaires est de venir compléter les données recueillies grâce à la grille d'observation de la communication. La grille, en effet, permet d'observer l'enfant à un moment donné, pendant un temps relativement court et dans une situation artificielle. Les résultats obtenus ne sont donc peut-être pas toujours le reflet exact de ce que l'enfant vit au quotidien. Le questionnaire cherche donc à mettre en évidence des signes qui peuvent passer inaperçus ou être erronés lors des séances auxquelles nous avons assisté.

#### *b) Construction du questionnaire*

De même que la grille, le questionnaire utilisé pour cette étude a été construit à partir des conclusions de notre recherche théorique et des interrogations qu'ont pu soulever chez nous chacune des rencontres avec ces enfants aveugles, et que nous souhaitons soumettre à leur entourage.

Le questionnaire se présente sous la forme de questions à choix multiples auxquelles sont demandées certaines précisions invitant à la réflexion.

Les grands thèmes abordés sont l'exploration, l'écoute, l'interaction, la communication, le jeu et le langage. Ces thèmes nous ont semblés complémentaires et aptes à retracer la façon dont l'enfant appréhende le monde et dont il y entre en interaction avec autrui.

### ***c) Mode d'application***

Nous avons choisi de soumettre le même questionnaire à la famille de l'enfant et aux professionnels qui le prennent en charge.

La mise en place a été plus longue que prévu, du fait du temps nécessaire pour contacter les parents.

Familles et professionnels ont accepté de se soumettre au questionnaire.

Ainsi avons-nous pu soumettre 13 questionnaires à l'entourage familial et professionnel de Céline (la mère, le père, la grand-mère, le grand-père, la marraine, trois professionnels de sa crèche, trois éducatrices de l'IJA, l'orthophoniste et la psychologue) et 8 à celui de Marie (la mère, la nourrice, trois éducatrices de l'IJA, la psychologue, le psychomotricien et l'institutrice).

#### 4. *Les livres tactiles utilisés comme supports de communication*

##### *a) Objectifs*

Dans le cadre de l'étude de la communication de ces enfants aveugles, il nous a semblé intéressant de construire un matériel qui puisse être le support de cette communication. Nous avons donc choisi d'élaborer des livres tactiles.

Ce type de matériel existe déjà sous deux formes. La première concerne les livres que l'on peut trouver dans le commerce, et qui sont destinés aux enfants voyants. Ces livres comportent des éléments à toucher, certes, mais ne sont pas construits dans la même optique que la nôtre puisque les enfants auxquels ils sont destinés peuvent voir ce qu'ils touchent. Ainsi, dans ces livres, les éléments tactiles ne sont-ils pas choisis avec la même pertinence que s'ils l'étaient pour des enfants aveugles (par exemple, les mêmes matières sont parfois utilisées pour des référents différents puisque la vision de l'enfant lui permet déjà de les discriminer, grâce aux couleurs notamment). La deuxième forme sous laquelle ces livres peuvent être rencontrés concerne les albums édités par l'association « Les doigts qui rêvent », seule maison d'édition européenne qui propose ce type de matériel. Ces livres sont spécialement conçu pour les enfants aveugles, ils comportent entre chaque page un transparent avec le texte complet en braille et la quasi-totalité des éléments présents est adaptée tactilement. Il nous a semblé que ces livres étaient trop chargés d'informations, ce qui peut en parasiter l'assimilation par l'enfant.

De plus, nous souhaitons construire nous-mêmes ces livres de manière à nous confronter de près à tous les questionnements que cela peut soulever et à mettre à profit les données recueillies tant dans la littérature que dans nos observations.

L'objectif principal était de créer une situation d'attention conjointe, c'est-à-dire une situation dans laquelle l'attention des deux partenaires est orientée vers un même objet. Ainsi, lors de la lecture de ces livres aux deux enfants de l'étude, nous avons pu observer de nombreux points présents tant dans la grille que dans le questionnaire précédemment présentés.

##### *b) Construction des livres*

Nous avons volontairement fait le choix d'histoires dans lesquelles les personnages principaux reviennent de façon très récurrente au fil du récit. Ainsi avons-nous retenus deux livres :

-« *Moi aussi je veux jouer* » : c'est l'histoire de Max et Coco, les deux peluches préférées d'une petite fille prénommée Zoé. Cette dernière a mis un pull à Coco pour l'emmener jouer dans le bac à sable tandis que Max reste à les regarder par la fenêtre, vert de jalousie. Heureusement, Oscar, le chien de Zoé emmène Max rejoindre Coco, alors désespérément coincé dans un seau dans lequel Zoé l'a quelque peu abandonné. Max peut ainsi tirer Coco d'affaire et les voilà à nouveau bons amis.

-« *Tous à la mer* » : c'est l'histoire de Roxanne qui souhaite aller à la mer par une belle journée d'été. Elle voudrait emmener avec elle : son bébé, sa tortue, un parasol, un ballon et un livre. Manque de chance, la voiture est en panne, ils vont donc tenter d'autres moyens de transport, mais chaque fois il manque quelqu'un ou quelque chose, et lorsqu'on le retrouve, le moyen de transport s'avère inadapté !

Lors de la construction de ce matériel, il nous est apparu important de respecter le caractère visuel de base des livres choisis. Cela peut, certes, paraître étonnant et inutile pour des livres destinés à des enfants privés de la vue. Cependant, il nous semblé important, étant donné que les livres sont lus aux enfants par une personne voyante, de respecter cet aspect. Cette réflexion est née tout particulièrement en lien avec le cas de Céline qui possède un frère voyant du même âge. Dans un cas comme celui-ci, en effet, il est nécessaire que la fratrie puisse partager des moments communs tels que la lecture d'un livre avec un des deux parents. Ainsi, ce que voit le frère de Céline, celle-ci peut le toucher, ce qui leur permet d'élaborer des représentations mentales communes, bien que construites différemment. Pour le livre ou le parasol présents dans la deuxième histoire par exemple, si dans le texte la couleur est précisée, même si l'enfant aveugle ne la percevra pas au toucher, il est nécessaire que le lecteur ou l'enfant voyant présent puisse se référer à une image visuelle cohérente. Les couleurs, au même titre que bien d'autres notions, sont, en effet, fortement présentes dans n'importe quel livre pour enfants et font partie intégrante du langage des voyants, même langage que les enfants aveugles sont amenés à utiliser. Il ne faut donc pas éliminer totalement cet aspect puisque dans de nombreuses situations, ces enfants y seront confrontés.

Lors de l'élaboration des livres, une grande interrogation a été soulevée : faut-il reproduire à l'identique les objets, même si visuellement ils apparaissent différemment sur chaque page (du fait de l'angle de vue) ? Pour un aveugle, en effet, un objet palpable aura systématiquement les mêmes caractéristiques tactiles (forme, texture, poids, etc.), quelles que soient les conditions d'exploration, puisqu'aucune notion de distance ou d'« angle de toucher » n'intervient. En revanche, pour un voyant, un même objet visible peut apparaître

de différentes manières (différence de taille selon la distance à laquelle il est vu, différence de forme selon qu'il soit vu de face, de profil, etc.). Nous avons choisi de conserver ces différences d'ordre visuel pour les adapter à un niveau tactile. Dans « *Tous à la mer* » par exemple, le livre prend un aspect différent à chaque page, selon que l'on en voit la couverture, la tranche, qu'on le voit de  $\frac{3}{4}$ , etc. Adapté au toucher, la perception est étonnante, puisque l'aveugle, lorsqu'il manipule un même livre à plusieurs reprises, obtient un résultat d'exploration toujours identique. Cet aspect permet à l'aveugle de se représenter, de manière informelle dans le cas présent, certaines caractéristiques de la vision qu'il est bien difficile d'expliquer par le biais du langage.

C'est donc volontairement à mi-chemin entre la vision et le toucher que ces livres ont été conçus.

Pour représenter tactilement les personnages ou objets centraux de chaque histoire, nous n'avons retenu que quelques éléments, les plus représentatifs possible. Ainsi, dans « *Moi aussi je veux jouer* », Coco le lapin est identifiable par son pull, ses oreilles et quelques traits de son visage, tandis que Max l'est par son contour réalisé au cerne noir. Dans « *Tous à la mer* », la tortue est identifiable par sa carapace, le bébé par son chapeau, Roxane par sa jupe, etc. Seuls certains éléments ont été reproduits entièrement tels que le livre ou le ballon.

Les matériaux choisis sont très variés au niveau des textures et des sensations tactiles qu'ils peuvent procurer. L'objectif, en effet, est que l'enfant aveugle puisse aisément différencier les éléments présents sur la page en cours de lecture et les identifier à nouveau sur la page suivante. Ainsi avons-nous essayé dans la mesure des moyens techniques à notre disposition, d'utiliser des matières les plus contrastées possible (doux, rêche, lisse, ondulé, tissus léger ou non, etc.).

De plus, nous avons choisi d'insérer quelques mots en braille à côté des éléments à toucher. Une sensibilisation la plus précoce possible au système braille est indispensable à l'enfant aveugle pour faciliter ensuite son appétence et son entrée dans l'écrit. Nous ne parlons évidemment pas ici d'apprentissage mais bien de sensibilisation.

### ***c) Mode d'application***

Ces livres ont été lus à plusieurs reprises aux deux enfants de l'étude. Nous les avons lus à Céline lors de nos rencontres au sein de sa crèche, et à Marie lors des regroupements du mardi matin. Pour Céline, « *Tous à la mer* » s'est avéré d'un niveau un peu trop complexe, bien qu'elle prenne plaisir dans ce moment de lecture, il ne nous a pas semblé qu'elle puisse

s'investir pleinement dans l'histoire. Quant à Marie, elle s'est montrée très enthousiaste vis-à-vis des deux livres, les réclamant d'une semaine sur l'autre. Sa mémoire auditive très développée lui aura permis de comprendre l'histoire et d'y participer de manière active.

## ***I. METHODE D'EXPLOITATION DES DONNEES RECUEILLIES GRACE AUX DIFFERENTS OUTILS***

Les résultats fournis par les différents outils auront pour but de mettre en relief les comportements communicatifs de chaque enfant.

Nous procéderons à une analyse de ces résultats dans le but de dégager les moyens dont dispose l'enfant, tant au cours des séances que dans sa vie quotidienne pour échanger avec son entourage. Ses capacités relationnelles et communicatives seront mises en valeur afin d'être exploitées et développées par la suite.

Les données recueillies tant par la grille que par le questionnaire sont empreintes de subjectivité, nous tiendrons compte de cet aspect lors de leur analyse.

Pour chaque enfant de l'étude, nous présenterons deux grilles complétées, l'une correspondant à un résumé des observations réalisées durant la première moitié de l'étude et l'autre à un résumé de celles réalisées pendant la deuxième moitié. Il est nécessaire, en effet, compte tenu de la durée de l'étude, de tenir compte du caractère évolutif des comportements communicatifs observés. Chacune des grilles présentées est en réalité la compilation de multiples grilles remplies au fil des rencontres. Cependant, il ne nous a pas semblé intéressant de présenter une par une la totalité des grilles auxquelles nous avons eu recours, un grand nombre s'avérant remplies de manière quasi identique. L'objectif sera donc de dégager une tendance générale.

Quant aux questionnaires, nous présenterons pour chaque enfant les résultats recueillis auprès des diverses personnes qui s'y sont soumises. Nous tenterons de mettre en avant les notions sur lesquelles il existe des divergences de point de vue. La difficulté sera alors de savoir si ces différences sont à attribuer à la subjectivité des diverses personnes de l'entourage ou à la modification du comportement des enfants selon les lieux et les personnes.

En ce qui concerne les livres tactiles, les informations que nous avons pu tirer des séances de lecture seront intégrées au reste de l'analyse, sans pour autant qu'une partie entière y soit consacrée. Ces livres ont été conçus en tant que support de communication et non en tant que protocole d'évaluation de cette dernière. Cependant, ces livres ont été d'une aide précieuse au remplissage des grilles. Nous n'attendions pas de performance particulière de la part des enfants lors de ces séances, le but était simplement de les observer dans une situation d'attention conjointe et de voir ce qui pouvait s'en dégager et se jouer dans ce type d'échange. C'est pourquoi nous n'avons pas souhaité présenter de « résultats » à proprement parler, mais

simplement contribuer, par l'exploitation des données ainsi recueillies, à la formulation d'un point de vue clinique.

### III. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

#### A. ANALYSE DES DONNEES FOURNIES PAR LA GRILLE D'OBSERVATION

##### 1. Céline

GRILLE D'OBSERVATION DE LA COMMUNICATION ET DU LANGAGE DE CELINE EN DEBUT D'ETUDE		
Productions vocales diverses	Cris, pleurs, gémissements	-
	Bruits et jeux avec la bouche	+
	Vocalisations	+
	Rire	+
	Variété des sons employés	+
Langage oral	Initiatives	+
	Respect des tours de rôle	+
	Expression verbale de ses affects (joie, refus, peur...)	+
	Mots isolés	+
	Association de plusieurs mots	+
	Phrases construites	-
	Variété du vocabulaire employé	-
	Utilisation du « je »	-
	Utilisation appropriée des pronoms personnels	-
	Répétition	+++
	Tendance à se parler à soi-même	+
	Formulation de questions	-
	Verbalisation de ce qui est entendu	+
	Verbalisation de ce qui est touché	+
	Compréhension	+
Expressions faciales	Sourire	+
	Mouvements des lèvres	+
	Contractions du visage	+
Langage du corps	Mouvements des bras	++
	Mouvements des jambes	++
	Balancements	-
	Tremblements	+
	Blindismes	-
	Gestes symboliques	+
	Jet des objets	++
	Capacité à tendre les bras	+
	Recrutement tonique général	++
Effondrement tonique général	+	
Attitude	Raideur	+
	Immobilité posturale	++
	Changement de position	+
	Disponibilité à la relation	+
	Repli sur soi	-
	Excitation	++
	Passivité	+
Exploration\Ecoute	Modification du rythme de respiration	+
	Exploration des objets	+
	Exploration du corps et du visage de l'interlocuteur	+
	Recherche des objets autour de soi	+
	Orientation vers la source sonore	+
	Ecoute des objets	+

GRILLE D'OBSERVATION DE LA COMMUNICATION ET DU LANGAGE  
DE CELINE EN FIN D'ETUDE

Productions vocales diverses	Cris, pleurs, gémissements	-
	Bruits et jeux avec la bouche	-
	Vocalisations	-
	Rire	++
	Variété des sons employés	++
Langage oral	Initiatives	++
	Respect des tours de rôle	++
	Expression verbale de ses affects (joie, refus, peur...)	++
	Mots isolés	+
	Association de plusieurs mots	+++
	Phrases construites	+
	Variété du vocabulaire employé	++
	Utilisation du « je »	+
	Utilisation appropriée des pronoms personnels	+
	Répétition	++
	Tendance à se parler à soi-même	+
	Formulation de questions	-
	Verbalisation de ce qui est entendu	++
	Verbalisation de ce qui est touché	++
	Compréhension	++
	Expression verbale de demandes	+
Possibilité de dialogue question/réponse	++	
Capacité à finir une phrase	++	
Expressions faciales	Sourire	++
	Mouvements des lèvres	+
	Contractions du visage	+
Langage du corps	Mouvements des bras	++
	Mouvements des jambes	++
	Balancements	-
	Tremblements	+
	Blindismes	-
	Gestes symboliques	+
	Jet des objets	+++
	Capacité à tendre les bras	+
	Recrutement tonique général	++
	Effondrement tonique général	+
Attitude	Raideur	+
	Immobilité posturale	+
	Changement de position	++
	Disponibilité à la relation	++
	Repli sur soi	-
	Excitation	++
	Passivité	+
	Modification du rythme de respiration	+
Exploration\Ecoute	Exploration des objets	++
	Exploration du corps et du visage de l'interlocuteur	+
	Recherche des objets autour de soi	++
	Orientation vers la source sonore	++
	Ecoute des objets	++

## a) *Analyse détaillée*

### **Productions vocales diverses**

#### *Cris, pleurs, gémissements*

En début de stage, il m'apparaît que Céline crie, pleure et gémit très peu. Ce mode de communication, encore très présent chez un enfant de son âge ne semble pas privilégié chez elle. Lors de nos rencontres, Céline a davantage tendance à exprimer son refus, son mécontentement ou son angoisse par d'autres modalités. De plus, il est très rare qu'elle fasse allusion à sa mère, ce qui à l'époque m'interpelle mais explique en partie l'absence de pleurs. A son âge, en effet, les sanglots s'accompagnent la plupart du temps d'un souhait de présence de la mère nécessairement moins marqué si l'enfant n'a pas pour habitude d'y faire allusion ou d'exprimer une quelconque carence maternelle. Cependant, au fil de nos rencontres, Céline a très nettement développé cette capacité à évoquer des personnes absentes, sans pour autant que cela ne s'accompagne de pleurs. De telles situations nous ont cependant été rapportées par l'entourage professionnel et familial de Céline, cette modalité fait donc bien partie de son panel expressif.

#### *Bruits et jeux avec la bouche*

Céline y a faiblement recours. Cela semble pour elle quelque chose de ludique, comme c'est le cas chez la plupart des enfants de son âge. Nous n'avons donc pas dégagé d'analyse particulière de ce point, étant donné que nous ne l'avons pas perçu comme un outil de communication mais davantage comme une autostimulation parmi d'autres. De plus, le recours à cette modalité n'étant pas récurrent et ayant quasi disparu à la fin de l'étude, il ne nous a pas semblé intéressant de nous y attarder.

#### *Vocalisations*

Elles se sont faites de plus en plus rares au fil de l'étude. Céline, en effet, est en pleine expansion du langage oral pendant la période de nos rencontres. Ce qui explique l'amenuisement progressif de cette modalité.

#### *Rire*

Céline y a volontiers recours, essentiellement pour exprimer son plaisir. Cette modalité s'est montrée de plus en plus présente au fil des rencontres. Il est difficile d'en déterminer la raison. Peut-être est-ce parce que Céline se sent de plus en plus à l'aise dans la

relation qui s'établit entre nous et y prend donc de plus en plus de plaisir, ce qui expliquerait l'intensification de cette modalité. Mais il est possible également, que cela soit dû à une évolution chez elle, quelles que soient les personnes présentes et le type de situation. Quoiqu'il en soit, Céline se laisse volontiers aller à des éclats de rire lors de chatouilles, de jeux de stimulation tactile (avec une brosse ou une plume par exemple), ou de chansons amusantes. C'est un comportement particulièrement gratifiant pour l'interlocuteur qui prend pleinement conscience, sur l'instant, du ressenti de Céline et peut alors poursuivre l'interaction. Céline a probablement une connaissance intuitive de la réelle interactivité qui s'établit dans ces moments et de l'influence qu'elle a le pouvoir d'exercer sur son interlocuteur en l'invitant à rire avec elle et en l'incitant à poursuivre l'échange.

### Variété des sons employés

Elle est relativement pauvre au début de l'étude, Céline ne produisant à l'époque que très peu de sons. Cependant, son éventail de sons s'est élargi de manière considérable entre le début et la fin de l'étude. De plus, ces sons se sont très nettement précisés, lui permettant de produire des mots voire des phrases aisément reconnaissables par l'entourage. Notons malgré tout que Céline présente un retard de parole très marqué, il existe énormément de confusions de sons et ceux-ci ne sont pas encore stabilisés. Cependant, l'objet de notre étude ne se situant pas à ce niveau, nous n'avons pas jugé intéressant, pour la formulation de notre point de vue clinique, de nous attarder sur ces confusions et imprécisions.

## **Langage oral**

### Initiatives

Elles sont quasi absentes au début de l'étude. Céline, à l'époque, peut faire preuve d'une étonnante passivité. Elle donne alors l'impression de se murer dans le silence. En y regardant de plus près, on se rend cependant compte qu'il s'agit davantage pour elle d'une position de concentration et d'écoute. Dans ces moments, en effet, son attitude globale est loin de celle du repli ou de l'enfermement. Elle donne, à l'inverse, la sensation d'être parfaitement disponible à la relation même si elle ne prend aucune initiative orale pour amorcer l'échange.

Au fil des rencontres, des initiatives de parole émergent. Céline développe la capacité à formuler des demandes et à raconter des événements vécus, même si elle le fait de manière particulièrement imprécise. Il lui arrive de plus en plus fréquemment, lors d'une situation qui fait référence chez elle à un vécu personnel, de redire des choses qui lui ont été dites dans ces

moments. Lors de la lecture et de l'exploration des livres tactiles par exemple, elle coupe régulièrement l'histoire pour dire : « bonne nuit Céline, à tout à l'heure, fais de beaux rêves ». Cette phrase est d'ordinaire prononcée par ses parents au moment du coucher, après la lecture d'un livre. C'est pour Céline un moyen d'engager la conversation. Elle sait, par expérience, que nous allons ensuite lui poser des questions sur l'histoire qu'elle a entendue à la maison. N'ayant pas, en effet, la capacité d'amorcer directement le dialogue en racontant quelque chose à son interlocuteur, elle semble utiliser de plus en plus ce moyen détourné.

Céline est désormais capable de demander un objet ou une situation, par des phrases spontanées telles que « j'attends quelque chose » ou « on va chanter ».

### Respect des tours de rôle

Céline ne les respecte pas encore, elle coupe très régulièrement son interlocuteur pour intervenir. De plus, ces interventions sont en général des changements complets de sujet. Cela ne nous a pas semblé problématique dans le sens où, dans le dialogue, elle fait preuve d'une totale conscience de l'autre. Il est probable que ces interruptions soient pour elle un moyen d'exprimer son souhait de ne pas poursuivre la conversation ou de la réorienter vers un sujet de son choix, pour obtenir un objet ou une activité par exemple. Cependant, cette capacité se met en place progressivement, Céline devient peu à peu capable d'observer des moments de silence avant d'intervenir à son tour. Notons que pour un enfant aveugle, le seul indice permettant l'alternance des tours de rôle est l'intonation de l'interlocuteur. On comprend aisément que Céline ne soit pas encore en mesure de saisir totalement ces indices, ne bénéficiant pas du soutien visuel que représentent les mimiques faciales ou la gestuelle.

### Expression verbale de ses affects

Céline n'exprime verbalement que ses refus, en disant « tu veux pas ». Elle n'est pas encore capable cependant, de verbaliser d'autres affects tels que son plaisir, sa joie, ses peurs, ses inquiétudes, etc.). Pour ces derniers, elle a recours essentiellement à l'excitation motrice.

### Mots isolés-Association de plusieurs mots-Phrases construites

En début d'étude, on peut noter chez Céline l'existence de quelques mots isolés tels que le prénom des personnes qui arrivent, le nom de certains objets qu'elle a en mains ou qu'elle souhaite qu'on lui fournisse. Ces mots ne sont reconnaissables qu'en contexte, mais permettent déjà à Céline de formuler quelques demandes ou de montrer qu'elle comprend la

situation dans laquelle elle se trouve. Au fur et à mesure de l'étude, Céline associe de plus en plus de mots, ce qui lui permet de s'investir davantage dans le dialogue avec l'adulte, de raconter des événements vécus ou de formuler des demandes de plus en plus précises. Elle n'en est toujours pas réellement, cependant, au stade des phrases construites, même si des ébauches apparaissent de plus en plus régulièrement.

### Variété du vocabulaire employé

Céline n'emploie pour le moment que des termes faisant référence à son quotidien. Au début de l'étude, elle a tendance à désigner par le même vocable plusieurs objets appartenant à la même catégorie (par exemple, elle dira « carotte » pour tous les fruits et légumes en bois de la boîte). Cela peut s'expliquer par l'absence de référence visuelle qui la prive d'une aide précieuse pour différencier les objets (ou même les personnes) les uns des autres. Pour les fruits et légumes par exemple, la couleur de chacun l'aurait probablement aidée dans la discrimination. La redondance de son vocabulaire est donc très marquée. Cependant, le lexique de Céline est en pleine expansion, il se diversifie rapidement, lui offrant la possibilité de s'exprimer verbalement de façon de plus en plus précise. De plus, son exploration tactile s'affine, ce qui lui permet de procéder à des discriminations d'objets de plus en plus fines, l'amenant nécessairement à leur attribuer un vocable unique.

### Utilisation du « je »-Utilisation appropriée des pronoms personnels

Cette notion est encore très imprécise chez Céline. Elle parle souvent d'elle en utilisant son prénom mais commence à employer un pronom à mi-chemin entre le « je » et le « tu » (« te », dans « te veux pas » par exemple). Cette imprécision est en lien direct avec son retard de parole. Cependant, Céline est capable d'utiliser correctement certains pronoms personnels tels que le « on », ou d'autres, essentiellement sur demande ou reformulation de l'interlocuteur.

### Répétition

Céline répète encore beaucoup de choses entendues, mais ce comportement tend à s'amenuiser. Nous avons repéré deux cas de figures principaux dans lesquels ce comportement est observable chez Céline. Tout d'abord, lorsqu'on lui pose une question ; pour approuver, Céline répète de façon quasi systématique la fin de la question (par exemple si on lui dit « est-ce que tu veux chanter ? », elle répète comme un écho « tu veux chanter »).

Céline, en effet, n'est pas encore capable de répondre aux questions par « oui » ou « non », de fait, lorsqu'elle n'est pas d'accord, elle le fait savoir soit par un silence total (que l'on peut également observer lorsque Céline n'a pas compris la question, ce qui en complique l'interprétation), soit par une gestuelle qui traduit son refus (changement de position pour s'éloigner de l'activité proposée, rejet de l'objet présenté, etc.). En second lieu, lorsque Céline se fait gronder (parce qu'elle a violemment jeté un objet par exemple), elle s'enferme dans une attitude de répétition de paroles entendues lors d'une situation similaire (« ah non Céline, je ne suis pas d'accord, tu ne peux pas jeter, je ne suis pas contente » ...), ce qui est très déstabilisant pour son interlocuteur.

### *Tendance à se parler à soi-même*

Ce comportement n'est pas particulièrement fréquent chez Céline. Les paroles qu'elle prononce sont généralement adressées. Le plus souvent, lorsqu'elle se retrouve seule dans une activité, elle la réalise en silence. Il est cependant arrivé à quelques reprises de pouvoir observer Céline semblant se raconter quelque chose à elle-même, sans que cela ne soit compréhensible ou que l'on puisse l'interroger sur ses paroles.

### *Formulation de questions*

Céline ne pose pour ainsi dire aucune question, elle attend que les initiatives de dialogue émergent de l'interlocuteur. Elle devient cependant capable de formuler des demandes et peu à peu d'adresser quelques commentaires, mais elle n'a pas encore acquis le registre interrogatif.

### *Verbalisation de ce qui est entendu-Verbalisation de ce qui est touché*

Au début de l'étude, Céline ne verbalise pas spontanément ce qu'elle a dans les mains, elle attend qu'on lui pose des questions. Par contre, elle nomme de façon quasi systématique les personnes qu'elle entend arriver (elle fait preuve, en effet, d'excellents repères concernant les personnes présentes, qu'elle identifie par la voix et probablement par le moment de la journée qui lui fournit des indices précieux quant aux personnes susceptibles d'être présentes). Au fur et à mesure de l'étude, cette capacité de verbalisation se développe très nettement chez Céline qui semble prendre plaisir à identifier les objets qui lui sont proposés et à en faire la démonstration à son interlocuteur par le biais de la verbalisation.

### Compréhension

La compréhension de Céline est en très nette amélioration. Elle est désormais capable d'assimiler des phrases hors de leur contexte, ce qui élargit les possibilités d'échange avec elle.

### Expression verbale de demandes

Comme nous l'avons précédemment souligné, Céline a de plus en plus recours à la verbalisation pour exprimer ses souhaits, ce qui facilite également l'échange. Ses demandes sont encore très imprécises car Céline n'a que très peu recours aux phrases construites, mais elle parvient à se faire comprendre sans trop de difficultés, d'autant plus que les demandes qu'elle formule sont particulièrement redondantes, ce qui en favorise la compréhension par l'entourage.

### Possibilité de dialogue question-réponse

Cet aspect de la relation est encore très instable chez Céline. Il est possible d'entretenir avec elle un dialogue question-réponse lorsque c'est elle qui en a amorcé le sujet, mais elle ne répond que partiellement aux questions qui lui sont adressées. De plus, dès lors que Céline ne comprend pas le sens de la question, elle n'a pour le moment d'autre moyen de le signaler que celui de rester dans le silence en adoptant une attitude figée. Le dialogue avec une réelle alternance entre les interlocuteurs est donc encore très limité.

### Capacité à finir une phrase

Céline est aujourd'hui capable de finir une phrase simple amorcée par son interlocuteur, ce qui laisse penser qu'elle a saisi le principe de la construction du langage puisqu'elle est capable de déceler ce qui fait défaut pour finir la phrase. Cette capacité est donc le gage d'une évolution langagière favorable.

## **Expressions faciales**

### Sourire

Contrairement à ce que l'on aurait pu attendre au vu des données présentes à ce sujet dans la littérature, Céline sourit beaucoup. Il ne s'agit pas réellement de ce que l'on pourrait appeler des « sourires d'invite », puisqu'ils servent en général uniquement à exprimer son plaisir dans une activité. Ils ne sont pas présents par exemple, lorsqu'arrive une personne que

Céline apprécie. Ces sourires ne semblent donc pas être effectués en vue d'un partage mais s'inscrivent davantage dans une perspective de bien-être personnel. Cependant, ils représentent, au même titre que le rire, un comportement particulièrement gratifiant pour l'interlocuteur qui est alors clairement encouragé à poursuivre l'interaction. Ces sourires offerts par Céline sont essentiellement observables lors de chansons qui lui plaisent beaucoup et qu'elle a parfois amorcées elle-même.

#### Mouvements des lèvres-Contractions du visage

De manière générale, Céline présente un visage relativement détendu. On peut malgré tout observer de temps à autre une importante tonicité des lèvres, avec quelques mouvements, et ce, essentiellement lors d'activités au cours desquelles Céline a besoin d'une extrême concentration. Lors de situations de déplaisir ou d'inquiétude, on peut également constater des contractions relativement importantes de son visage, mais celles-ci cessent dès que le déplaisir a disparu.

#### Langage du corps

##### Mouvements des bras-Mouvements des jambes

Céline a tout particulièrement recours à ces modalités pour exprimer son ressenti. En effet, dès qu'une certaine excitation l'envahit (début d'une chanson qui lui plaît beaucoup, attente d'un objet ou d'une activité, etc.), elle présente de multiples mouvements des bras et des jambes qu'elle agite alors frénétiquement. Ces mouvements semblent incontrôlables pour Céline, mais nous pouvons aisément les comparer au comportement d'un enfant ordinaire qui sauterait de joie lors d'une situation particulièrement plaisante, nous ne pouvons donc pas considérer ces mouvements comme des attitudes parasites. De plus, ils permettent à l'interlocuteur de saisir l'état d'esprit dans lequel elle se trouve et d'adapter son comportement en conséquence.

##### Balancements

Céline ne présente pas ce type d'attitude.

##### Tremblements

Il arrive que Céline se mette à trembler soudainement. Nous n'avons pas su dégager de constance dans ce comportement et il nous a donc été difficile de déterminer les situations qui

le provoquent. Cependant, ce comportement est rare, et ne semble pas être pour Céline un moyen de communiquer mais simplement une réaction physiologique à l'inquiétude que peuvent induire certaines situations.

### Blindismes

Céline ne présente pas de blindisme à proprement parler. On pourrait éventuellement inclure dans cette catégorie les mouvements des bras et des jambes précédemment évoqués, si on les considère comme des attitudes stéréotypées. Cependant, nous avons pu y déceler une signification et une certaine communication, c'est pourquoi nous ne les avons pas considérés comme des blindismes.

### Gestes symboliques

Céline commence à en acquérir certains, mais ils s'effectuent essentiellement sur demande de l'interlocuteur (lorsqu'on lui demande de faire un coucou de la main pour dire au revoir par exemple). N'étant pas spontanés, on ne peut attribuer à ces gestes qu'une valeur de communication très limitée.

### Jet des objets

Ce comportement s'est installé chez Céline, il est de plus en plus fréquent et devient problématique car elle jette parfois violemment et de manière intempestive des objets susceptibles de blesser les personnes présentes. C'est pour l'instant le moyen privilégié dont use Céline pour exprimer son refus face à certains objets. Il est primordial qu'elle prenne conscience du fait qu'il en existe d'autres. C'est en verbalisant de plus en plus qu'elle parviendra à s'abstraire de ce type d'attitude.

### Capacité à tendre les bras

Céline est aujourd'hui capable de tendre les bras pour être prise, de prendre la main de l'autre pour se déplacer, ou encore de s'installer d'elle-même sur les genoux de son interlocuteur pour la lecture d'une histoire par exemple. Ces comportements sont en général décrits comme étant absents chez l'enfant aveugle par les auteurs qui se sont penchés sur le développement de celui-ci. Leur présence chez Céline est donc une fois de plus le gage d'une évolution favorable.

### Recrutement/Effondrement tonique général

Céline utilise davantage le recrutement tonique général, comme nous l'avons décrit plus haut à propos de ses mouvements de bras et de jambes. Ce recrutement traduit chez elle une intense excitation, en général liée à une sensation de plaisir. Quant à l'effondrement, il est rarement observable chez Céline qui peut malgré tout en faire preuve lors de situations de détente absolue (lors de la lecture d'un livre par exemple).

### Attitude

#### Raideur

Céline se présente parfois dans une attitude raide et figée, notamment lorsqu'elle est dans un moment d'attente ou qu'elle ne saisit pas les paroles qui lui sont adressées. Ce comportement s'est rarement manifesté lors de l'étude, mais il nous a été relaté par l'orthophoniste d'autres situations susceptibles de le provoquer, notamment lors d'un trop plein de stimulations au cours d'un atelier d'éveil musical regroupant parents et enfants du service. Dans ces moments, Céline ne parvient probablement pas à gérer ses ressentis, ce qui l'envahit alors d'une certaine tension qui se manifeste sur le plan moteur.

#### Immobilité posturale- Changement de position

Au début de l'étude, Céline change très peu de position spontanément, elle attend que les objets se présentent à elle ou qu'on lui propose de s'installer autrement. Peu à peu, elle prend confiance et bouge d'elle-même, s'installant sur les genoux de l'interlocuteur pour lire une histoire ou chanter une chanson. Elle modifie sa position lorsqu'elle est mal installée ou nous fait comprendre, par exemple, d'allonger nos jambes de manière à ce qu'elle puisse s'y mettre mieux. Pour obtenir un objet qu'elle a entendu ou dont elle connaît l'emplacement, Céline se déplace de plus en plus, en général en position assise. C'est chez elle une évolution très favorable car cela signifie qu'elle prend davantage conscience de son environnement et qu'elle devient capable de s'y sentir active. Ce comportement lui permet de prendre de plus en plus d'initiatives et de provoquer des situations nouvelles.

#### Disponibilité à la relation- Repli sur soi

Céline se montre de plus en plus disponible à la relation. Elle est capable de s'y investir de manière active. Céline fait davantage de propositions d'interaction (« on va jouer », « on va chanter », etc.) ce qui dynamise fortement les relations qu'elle entretient avec

son entourage. Nous n'observons pas chez Céline d'attitude de repli sur soi. Elle s'enferme encore parfois, certes, dans la manipulation d'objets ; mais dans ces moments, il est tout à fait possible d'interagir avec elle.

### Excitation

Dans certaines situations, Céline peut faire preuve d'une extrême excitation, celle-ci étant essentiellement motrice. Elle agite alors frénétiquement les bras et les jambes, comme nous l'avons décrit plus haut.

### Passivité

Céline se montre de moins en moins passive, elle initie de plus en plus l'interaction. Ce comportement actif est renforcé par ses progrès dans d'autres domaines tels que les changements de position ou les initiatives de parole qui lui permettent de s'investir davantage au sein des échanges. Il est désormais très rare que Céline reste dans l'attente sans formuler une demande ou manifester son désir.

### Modification du rythme de la respiration

Cette modalité s'est avérée particulièrement difficile à observer. Cependant, il nous a été possible de déceler, à plusieurs reprises, des modifications de rythme dans la respiration de Céline. La plupart du temps, il s'agit de moments d'incompréhension (de paroles qui lui sont adressées ou de la situation qui se déroule), d'inquiétude (au contact d'un objet inconnu par exemple), d'attente, ou d'écoute attentive.

## **Exploration/écoute**

### Exploration des objets

Céline a progressé dans sa démarche d'exploration des objets. Elle est désormais capable, par exemple, de chercher l'ouverture d'une boîte qu'elle connaît pour en obtenir le contenu. Cependant, son exploration semble encore relativement conditionnée, ce qui freine quelque peu son apprentissage. Céline choisit, en effet, quasi systématiquement les mêmes objets et les manipule parfois sans réellement en explorer les contours et textures. Elle se contente fréquemment de tenir l'objet entre les mains sans même le balayer des doigts. Malgré cela, Céline reconnaît aisément les objets qu'elle a déjà manipulés et qu'elle prend

plaisir ou non à retrouver d'une séance à l'autre. Cette capacité lui permet tout au moins de jouer avec les objets de son choix et ainsi d'être active dans la relation.

#### Exploration du corps et du visage de son interlocuteur

Céline ne semble pas réellement utiliser cette modalité pour reconnaître son interlocuteur. C'est, en effet, davantage avec la voix qu'elle identifie les personnes qui arrivent. Cependant, une fois la reconnaissance effectuée, Céline a régulièrement recours à ce qui semble être une sorte de vérification. Elle inspecte de façon quasi systématique les bijoux des personnes qu'elle côtoie régulièrement. Elle balaye des doigts bagues, bracelets et colliers auxquels elle s'agrippe ensuite.

#### Recherche des objets autour de soi

Céline balaye de plus en plus son espace de préhension pour atteindre les objets qui s'y trouvent. De plus, sa capacité à changer de position et à se déplacer aisément en position assise lui permet aujourd'hui d'atteindre certains objets de façon autonome.

#### Orientation vers la source sonore

Céline s'oriente de mieux en mieux vers la source sonore.

#### Ecoute des objets

Céline n'écoute que très peu les objets. Elle n'apprécie pas spécialement les instruments de musique qu'elle manipule sans spécialement prêter attention au bruit qu'ils produisent. Il en est de même pour les peluches sonores qu'elle rejette de façon systématique. Par contre, elle prête une attention particulière aux sons environnants tels que le téléphone qui sonne ou une personne qui entre dans la pièce.

## 2. Marie

GRILLE D'OBSERVATION DE LA COMMUNICATION ET DU LANGAGE DE MARIE EN DEBUT D'ETUDE		
Productions vocales diverses	Cris, pleurs, gémissements	-
	Bruits et jeux avec la bouche	-
	Vocalisations	-
	Rire	-
	Variété des sons employés	+++
Langage oral	Initiatives	+++
	Respect des tours de rôle	++
	Expression verbale de ses affects (joie, refus, peur...)	++
	Mots isolés	-
	Association de plusieurs mots	-
	Phrases construites	+++
	Variété du vocabulaire employé	+++
	Utilisation du « je »	+
	Utilisation appropriée des pronoms personnels	+
	Répétition	+
	Tendance à se parler à soi-même	+++
	Formulation de questions	+++
	Verbalisation de ce qui est entendu	+++
	Verbalisation de ce qui est touché	+++
	Compréhension	+++
	Expression verbale de demandes	+++
	Possibilité de dialogue question/réponse	+++
Capacité à finir une phrase	+++	
Expressions faciales	Sourire	+
	Mouvements des lèvres	-
	Contractions du visage	-
Langage du corps	Mouvements des bras	+++
	Mouvements des jambes	+
	Balancements	++
	Tremblements	-
	Blindismes	+++
	Gestes symboliques	++
	Jet des objets	-
	Capacité à tendre les bras	+
	Recrutement tonique général	+
Effondrement tonique général	++	
Attitude	Raideur	-
	Immobilité posturale	+
	Changement de position	++
	Disponibilité à la relation	++
	Repli sur soi	+
	Excitation	+
	Passivité	+
Modification du rythme de respiration	-	
Exploration\Ecoute	Exploration des objets	++
	Exploration du corps et du visage de l'interlocuteur	-
	Recherche des objets autour de soi	++
	Orientation vers la source sonore	++
	Ecoute des objets	++

GRILLE D'OBSERVATION DE LA COMMUNICATION ET DU LANGAGE  
DE MARIE EN FIN D'ETUDE

Productions vocales diverses	Cris, pleurs, gémissements	-
	Bruits et jeux avec la bouche	-
	Vocalisations	-
	Rire	-
	Variété des sons employés	+++
Langage oral	Initiatives	+++
	Respect des tours de rôle	+++
	Expression verbale de ses affects (joie, refus, peur...)	++
	Mots isolés	-
	Association de plusieurs mots	-
	Phrases construites	+++
	Variété du vocabulaire employé	+++
	Utilisation du « je »	++
	Utilisation appropriée des pronoms personnels	++
	Répétition	+
	Tendance à se parler à soi-même	++
	Formulation de questions	+++
	Verbalisation de ce qui est entendu	+++
	Verbalisation de ce qui est touché	+++
	Compréhension	+++
Expression verbale de demandes	+++	
Possibilité de dialogue question/réponse	+++	
Capacité à finir une phrase	+++	
Expressions faciales	Sourire	+
	Mouvements des lèvres	-
	Contractions du visage	-
Langage du corps	Mouvements des bras	+++
	Mouvements des jambes	+
	Balancements	++
	Tremblements	-
	Blindismes	+++
	Gestes symboliques	++
	Jet des objets	-
	Capacité à tendre les bras	+
	Recrutement tonique général	+
Effondrement tonique général	+	
Attitude	Raideur	-
	Immobilité posturale	+
	Changement de position	++
	Disponibilité à la relation	++
	Repli sur soi	+
	Excitation	+
	Passivité	+
Modification du rythme de respiration	-	
Exploration\Ecoute	Exploration des objets	++
	Exploration du corps et du visage de l'interlocuteur	-
	Recherche des objets autour de soi	++
	Orientation vers la source sonore	++
	Ecoute des objets	++

## a) *Analyse détaillée*

### **Productions vocales diverses**

#### *Cris, pleurs, gémissements*

De manière générale, Marie pleure peu. Il est cependant arrivé à plusieurs reprises, lorsque par exemple il lui est demandé de se mettre debout seule ou de marcher en ne tenant qu'une seule main de l'adulte, de se mettre à gémir. Elle s'enferme alors dans une attitude figée, allongée au sol, refusant l'échange avec l'adulte.

#### *Bruits et jeux avec la bouche*

Marie en fait très peu, il ne s'agit pas d'une modalité à laquelle elle a recours spontanément puisqu'elle possède un niveau de langage oral très élaboré.

#### *Vocalisations*

Marie a un langage oral très élaboré, elle a donc totalement dépassé le stade des vocalisations.

#### *Rire*

Contrairement à Céline, Marie rit très peu. Elle n'est pas particulièrement sensible aux situations qui provoquent d'ordinaire les éclats de rire chez d'autres enfants (stimulations tactiles, chansons amusantes, etc.). Marie se présente cependant comme une petite fille très gaie, même si elle rit et sourit très peu, le ton de sa voix et la variété de ses intonations laissent aisément entrevoir chez elle une humeur très enjouée.

#### *Variété des sons employés*

Marie présente un panel de sons particulièrement large, elle a acquis un très bon niveau de langage oral et utilise donc la totalité des sons de la langue française, même s'il existe encore quelques confusions. De plus, Marie est bilingue. Comme nous l'avons précisé précédemment, elle est d'origine roumaine. Elle parle donc roumain avec ses parents et français avec les autres personnes de son entourage (nourrice, professionnels du SAFEP, autres enfants, etc.). Marie manie aisément les deux langues sans les mélanger.

## **Langage oral**

### *Initiatives*

Marie prend énormément d'initiatives de parole, elle engage spontanément la conversation, que ce soit pour poser des questions ou pour adresser des commentaires. Elle reste rarement dans le silence sans amorcer le dialogue avec son interlocuteur. Marie prend plaisir dans l'échange, essentiellement avec l'adulte (rappelons que pendant sa petite enfance, Marie a été hospitalisée à plusieurs reprises et a donc pris l'habitude d'être entourée quasi exclusivement d'adultes), et n'hésite donc pas à l'initier. Cependant, les dialogues initiés par Marie s'avèrent parfois hors sujet et lui permettent clairement de s'échapper d'une angoisse provoquée par la situation présente.

### *Respect des tours de rôle*

Marie les respecte de mieux en mieux. Il devient rare qu'elle coupe la parole de son interlocuteur. Le dialogue est de plus en plus construit et on peut alors participer à un véritable échange avec Marie.

### *Expression verbale de ses affects*

Marie n'exprime que très peu son ressenti au travers de son discours. Elle se réfugie très souvent derrière une attitude « de façade », parlant sans cesse pour combler un vide et masquant alors les sensations qu'elle éprouve. Nous n'avons donc pas eu l'occasion d'observer chez Marie une quelconque expression verbale de ses affects. Il semble qu'elle en soit encore à un stade auquel elle passe davantage par le corporel que par le langage pour exprimer ses ressentis. Nous détaillerons cet aspect dans la suite de l'analyse et nous verrons comment Marie communique ses émotions au travers d'une gestualité très expressive.

### *Mots isolés-Association de plusieurs mots-Phrases construites*

Marie s'exprime par phrases construites, elle possède une syntaxe bien élaborée et est donc parfaitement intelligible.

### *Variété du vocabulaire employé*

Marie possède un vocabulaire riche et varié. Elle est de plus particulièrement avide de découvertes lexicales et pose spontanément des questions dès lors qu'elle entend un mot dont elle ignore la signification. Son vocabulaire s'enrichit donc très rapidement car elle réutilise

facilement les mots nouvellement appris. Cette capacité très développée d'apprentissage lexical semble, comme c'est le cas pour bien d'autres domaines chez Marie, fortement corrélée à une volonté de « faire plaisir ». Marie, en effet, se comporte bien souvent comme si l'adulte attendait certaines performances de sa part, elle met alors tout en œuvre pour faire preuve d'une certaine conformité vis-à-vis de cette attente.

#### Utilisation du « je »-Utilisation appropriée des pronoms personnels

De plus en plus, Marie à recours au « je » pour parler d'elle, même si elle utilise encore beaucoup son prénom à cet effet. Pour ce qui est de l'utilisation appropriée des autres pronoms personnels, Marie progresse également et devient capable de les employer correctement.

#### Répétition

Marie répète parfois certaines paroles prononcées devant elle. A la différence du cas de Céline, Marie se livre à ce type de comportement de manière différée. Il peut lui arriver, en effet, de débiter des paroles qu'elle a entendues mais qui ne lui étaient pas adressées. Il peut s'agir, par exemple, d'un fragment de conversation téléphonique, probablement entendu chez la nourrice (les paroles sont en français et la mère de Marie parle essentiellement roumain), ou encore d'un extrait de dessin animé. Dans ces moments, il n'est pas possible d'interagir avec Marie qui semble littéralement se confiner dans une attitude non-dirigée vers l'interlocuteur. Cette attitude s'accompagne de mouvements frénétiques des bras, et parfois des jambes que Marie agite alors de façon rapide et circulaire, en se balançant d'avant en arrière et en baissant la tête. Il est difficile de cerner la raison de ces répétitions car cela ne semble pas une activité ludique pour Marie mais davantage un moyen de s'échapper de la situation présente. Si nous avons pu déceler du sens dans les répétitions davantage écholaliques de Céline, nous n'en avons pas trouvé dans celles de Marie.

#### Tendance à se parler à soi-même

Comme nous venons de l'exposer, Marie se livre à des comportements de répétition différée et non orientée. On peut donc considérer, dans ces moments, que Marie se parle à elle-même. Cependant, il est difficile de déterminer si Marie « écoute » réellement les propos qu'elle débite alors de façon automatique. Ces discours rapportés semblent n'être qu'une échappatoire, sans être porteurs d'un quelconque sens. Ainsi, cela laisse-t-il à penser que

finalement, si Marie ne s'adresse pas à son interlocuteur, elle ne s'adresse pas plus à elle-même. Il est également arrivé que Marie ait ce type d'attitude en roumain, alors qu'elle a parfaitement connaissance des personnes face auxquelles elle doit s'exprimer en français et celles pour qui le roumain est de mise. Malgré cela, il arrive que Marie « joue » de ce bilinguisme pour attirer l'attention d'autrui. Cependant, comme il n'est pas possible de s'entretenir avec Marie au sujet de ce qu'elle raconte, on ne sait pas si ce qu'elle dit en roumain s'apparente aux répétitions différées dont elle peut faire preuve en français, ou s'il s'agit d'un discours adressé.

### Formulation de questions

Marie pose énormément de questions. Beaucoup reviennent de façon particulièrement récurrente. Certaines de ces questions semblent portées par une véritable curiosité, très développée chez Marie, et qui est à l'origine de beaucoup de ses progrès, notamment en langage oral. Lorsqu'elle ne comprend pas un mot employé par son interlocuteur, Marie s'empresse d'en demander la signification et le réutilise ensuite très rapidement. Marie pose également beaucoup de questions au sujet des objets qu'elle a en mains et qu'elle est en train d'explorer. Elle interroge son interlocuteur sur les formes, les matières, les textures, et, chose surprenante chez un enfant aveugle, les couleurs. Ces questionnements permanents semblent eux-aussi destinés à répondre à cette volonté de conformisme fréquemment retrouvée chez Marie. Nous exposerons plus en détail ce point dans le paragraphe suivant. Marie pose également de nombreuses questions concernant les personnes qui l'entourent. Elle demande en général des informations qui lui permettent de comparer les personnes entre elles ou à elle-même (« tu es une dame ou un monsieur ? », « quel est l'âge de ta nourrice ? », « comment s'appelle son papa ? », « à quelle heure fais-tu la sieste ? », « tu fais quoi après ? », etc.). Bien souvent, Marie connaît déjà les réponses aux questions qu'elle pose puisqu'elle rencontre chaque semaine les mêmes personnes au sein du service et qu'elle leur a déjà posé ces questions à maintes reprises. Il nous a semblé qu'il puisse s'agir pour Marie d'une sorte de vérification de la constance des personnes, comme par inquiétude que quelqu'un ou quelque chose ait pu être modifié depuis la dernière rencontre.

### Verbalisation de ce qui est entendu-Verbalisation de ce qui est touché

Marie verbalise de façon systématique ce qu'elle entend ou ce qu'elle touche. Elle s'adonne, en effet, à un véritable étiquetage de tous les objets qui passent entre ses doigts, en

en décrivant toutes les caractéristiques possibles (« c'est un cylindre, il est en bois, il n'est pas lourd, etc. »). Cela semble, comme nous l'avons évoqué plus haut, une volonté pour Marie de répondre aux attentes qu'elle croit déceler chez l'adulte.

### Compréhension

Marie a une très bonne compréhension du langage oral, nettement renforcée par le fait qu'elle pose systématiquement des questions dès lors qu'elle n'a pas saisi le message qui lui est adressé. Ainsi, un véritable dialogue est-t-il possible avec Marie.

### Expression verbale de demandes

Marie est tout à fait capable de formuler des demandes grâce à son langage oral très élaboré. Cela lui permet d'exercer une action sur son environnement et son entourage et de comprendre qu'elle y constitue un élément actif à part entière. Ainsi, Marie formule-t-elle de nombreuses demandes d'informations, d'objets ou d'activités.

### Possibilité de dialogue question-réponse

Comme nous l'avons déjà mis en avant, un dialogue construit avec Marie est tout à fait possible. Elle s'investit dans l'échange en tant qu'interlocuteur actif en posant des questions et en répondant à celles qui lui sont adressées. Néanmoins, il peut lui arriver de se murer dans le silence et d'ignorer l'interlocuteur, notamment lors de comportements de répétition différée précédemment évoqués.

### Capacité à finir une phrase

Marie, comme nous pouvions nous y attendre au vu de son niveau de langage oral, est capable de finir une phrase. Elle a bien saisi, en effet, les principes syntaxiques et lexicaux de la langue.

## **Expressions faciales**

### Sourire

Marie sourit très peu, elle n'a quasiment jamais recours aux expressions faciales pour exprimer son ressenti. Cependant, elle exprime son bien-être d'autres manières, notamment par les nombreuses modifications d'intonation qu'elle donne à sa voix. Ainsi, lors d'activités plaisantes pour Marie, telles que le chant, la lecture d'histoires ou les jeux d'exploration

tactile, il n'est pas possible de déceler plaisir ou satisfaction sur son visage. C'est donc davantage dans le discours de Marie que l'on pourra percevoir l'expression de ses affects.

#### Mouvements des lèvres-Contractions du visage

Nous n'avons pas repéré cette modalité chez Marie qui présente en général un visage relativement détendu.

#### **Langage du corps**

##### Mouvements des bras-Mouvements des jambes-Balancements

Marie a un langage tonique particulièrement développé. Dès lors qu'une émotion l'envahit, elle agite frénétiquement les bras de façon circulaire, en baissant la tête et en se balançant d'avant en arrière. Il nous a semblé que ce comportement était essentiellement à associer aux émotions positives chez Marie. Il apparaît, en effet, principalement lors d'activités qui lui procurent du plaisir. On peut également observer ce type d'attitude chez Marie lorsqu'elle dialogue avec l'adulte, que ce soit dans les moments de parole ou d'écoute. Il est difficile d'attribuer une signification précise à cette attitude qui ne semble avoir d'autre objectif qu'une autostimulation automatique. Marie ne semble pas, en effet, avoir conscience de ce comportement qui donne presque la sensation de s'imposer à elle.

##### Tremblements

Nous n'avons pas observé chez Marie de quelconque tremblement, comme nous avons pu en déceler chez Céline.

##### Blindismes

Marie, présente de nombreux blindismes. Elle s'enfonce les doigts ou les poings dans les orbites, se balance d'avant en arrière, agite les bras de façon circulaire. Elle est capable d'y mettre fin lorsque l'adulte lui en fait prendre conscience mais réitère le comportement dans l'instant qui suit. L'agitation motrice parfois excessive observable chez Céline nous paraît tournée vers l'interlocuteur dans le sens où elle s'en sert pour exprimer une certaine excitation ressentie dans l'échange. Chez Marie, en revanche, ces comportements semblent avoir moins de valeur expressive, c'est pourquoi nous les considérons ici comme des blindismes à proprement parler.

### Gestes symboliques

Marie maîtrise quelques gestes symboliques (envoi de baiser, coucou de la main, etc.), mais une fois de plus, il est difficile de leur attribuer une réelle valeur communicative dans la mesure où ils apparaissent parfois totalement à contre-courant de l'échange et qu'ils semblent s'inscrire également dans l'optique de conformité évoquée plus haut.

### Jet des objets

Marie, ne jette pas les objets. Elle est capable de dire lorsqu'elle n'en veut plus ou simplement de les mettre de côté pour s'intéresser à autre chose.

### Capacité à tendre les bras

Marie est capable de tendre les bras pour être prise ou de prendre la main de l'adulte pour marcher.

### Recrutement/ Effondrement tonique général

Ces deux modalités sont présentes chez Marie. Elle devient, comme nous l'avons exposé, très tonique lors de moments de plaisir ou de discussion avec l'adulte. Cependant, on peut assister chez elle à un véritable effondrement tonique lorsqu'elle manipule des objets en silence ou qu'elle se trouve dans un moment d'attente.

### **Attitude**

#### Raideur

Marie n'est pas particulièrement raide, elle peut passer, comme nous l'avons montré, d'attitudes d'extrême tonicité à des attitudes de relâchement total, mais cela se fait dans le mouvement, ce qui n'en fait pas des attitudes de raideur.

### Immobilité posturale- Changement de position

Marie change peu de position, elle est pourtant capable de se mettre debout seule ou de se déplacer assise pour obtenir un objet dont elle connaît la localisation, mais le fait très peu de manière spontanée.

### Disponibilité à la relation- Repli sur soi

Marie se montre très disponible et investie dans l'échange. Elle répond positivement aux sollicitations de l'adulte et ses capacités de respect des tours de rôle, de dialogue et d'expression de ses souhaits rendent l'échange avec elle très interactif et dynamique. Il est très rare d'observer chez elle des attitudes de repli sur soi, mis à part lorsqu'elle procède à des répétitions différées. Il est vrai que l'attitude corporelle que renvoie Marie à son entourage peut laisser à penser qu'elle est quelque peu renfermée sur elle-même. Cependant, il est probable qu'il ne s'agisse que d'autostimulations, certes non dirigées vers l'interlocuteur, mais ne l'écartant pas de l'échange pour autant. Ainsi, comme c'est le cas pour d'autres modalités, nous pouvons formuler l'hypothèse que cette façon de se comporter dans la relation n'enlève rien à la disponibilité de l'enfant mais constitue une compensation par des autostimulations que l'on peut aisément comparer à celles procurées par la vision chez un enfant voyant, y compris au moment même de l'échange.

### Excitation

On pourrait comparer les mouvements des bras de Marie à ceux de Céline et conclure ainsi que c'est également par ce biais qu'elle exprime son excitation vis-à-vis des situations. Or, ça n'est pas l'impression que nous avons ressentie auprès de Marie, étant donné que ces mouvements frénétiques n'apparaissent pas uniquement dans des moments pendant lesquels elle est excitée. En écartant ce comportement, il ne nous a pas semblé, en premier lieu, que Marie présente une excitation particulière. Cependant, des observations plus fines nous ont permis de déceler cet aspect au sein de son langage. Dans l'intonation de sa voix, dans le débit de sa parole ou dans le contenu de son discours, on peut, en effet, percevoir certaines variations de l'humeur de Marie. Il n'est pas rare, par exemple, que lorsqu'une situation provoque chez elle une excitation, elle se mette à poser de nombreuses questions dont elle connaît déjà les réponses. C'est le cas par exemple lors de la lecture et de l'exploration des livres tactiles qu'elle apprécie tout particulièrement. Elle demande alors la signification de mots qu'elle connaît et utilise fréquemment, comme pour combler l'angoisse générée par l'excitation. L'expression de l'excitation chez Marie n'est donc pas uniquement motrice mais davantage langagière.

### Passivité

Marie peut parfois se montrer passive, ne changeant pas de position et ne jouant avec rien de particulier. Cependant, dans ces moments-là, elle donne l'impression d'être concentrée sur ce qui se passe autour d'elle, et ce malgré son agitation motrice et ses blindismes facilement associables à un repli sur soi. Elle réagit verbalement aux bruits et dialogues environnants ou pose des questions aux personnes présentes, ce qui aide à comprendre qu'il ne s'agit pas réellement de passivité chez Marie, mais bien d'une attitude de concentration.

### Modification du rythme de la respiration

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer cette modalité chez Marie.

### **Exploration/écoute**

#### Exploration des objets

Marie procède à une exploration très fine des objets qui lui passent entre les mains. Elle longe les contours pour déterminer la forme de l'objet et le balaye avec tous les doigts pour en identifier la texture. Marie, comme nous l'avons montré auparavant, s'adonne à un étiquetage systématique. Elle reconnaît, en effet, très bien les objets à leur contact et est ainsi capable de les nommer. Cette précision dans l'exploration lui permet de nombreux progrès car elle lui offre la possibilité de découvertes de plus en plus nombreuses et variées et constitue le garant de bonnes capacités d'entrée dans le langage écrit par l'apprentissage du braille.

#### Exploration du corps et du visage de son interlocuteur

Nous n'avons pas remarqué ce comportement chez Marie. Elle reconnaît les personnes qui arrivent à leur voix et au besoin procède à une vérification par demande verbale. Elle n'a donc pas la nécessité d'avoir recours à l'exploration tactile à cet effet.

#### Recherche des objets autour de soi

Marie est capable de chercher les objets autour d'elle mais se limite bien souvent à son espace de préhension, sans éprouver le besoin d'aller au-delà, probablement par peur de l'inconnu. Cependant, c'est à nouveau son niveau de langage oral qui lui permet d'accéder malgré tout à ces objets dont elle a connaissance et qu'elle souhaiterait atteindre, en formulant une demande verbale à l'adulte présent.

### Orientation vers la source sonore

Marie repère en général assez bien la provenance des sons environnants, qu'il s'agisse de bruits ou de paroles. Cela lui permet de se situer dans l'espace et de repérer la position des personnes présentes. Cependant, Marie n'oriente pas nécessairement la tête vers le bruit ou la personne qui lui parle.

### Ecoute des objets

Marie porte les objets à l'oreille pour écouter le bruit qu'ils produisent. Cependant, elle semble davantage attirée par les sensations tactiles que par les sensations auditives que peut procurer un objet.

## ***B. ANALYSE DES DONNEES FOURNIES PAR LE QUESTIONNAIRE***

### ***1. Céline***

#### ***a) Exploration***

L'ensemble des personnes ayant rempli le questionnaire semble en accord quant à la manière qu'a Céline d'explorer ce qui se trouve dans son environnement.

Ainsi, en ressort-il que Céline utilise spontanément ses mains pour découvrir ce qui l'entoure. Elle est maintenant capable de chercher d'elle-même les objets environnants, et se déplace de plus en plus fréquemment pour les obtenir. Ces déplacements semblent s'effectuer essentiellement en position assise, même si elle commence à marcher avec l'aide de l'adulte. La position à quatre pattes ne semble pas être employée par Céline pour se déplacer, ce qui concorde avec les données présentes dans la littérature à ce sujet. Etonnamment, à la question sur les déplacements en vue de l'obtention d'objets, la mère de Céline répond que sa fille n'en effectue pas, pourtant, nous avons pu en observer à plusieurs reprises chez elle. Ces discordances dans les réponses montrent bien la subjectivité de ce type d'enquête. Cette mère de deux enfants dont l'un atteint de cécité est peut-être moins consciente des nombreuses capacités de Céline puisque son fils du même âge est bien plus avancé (celui-ci par exemple, pour atteindre un objet, aura tout simplement recours à la marche...).

Selon son entourage, Céline explore activement les objets, le plus souvent avec les deux mains. Elle se contente parfois d'agripper l'objet sans réellement en explorer les contours et textures, mais procède néanmoins à une investigation de plus en plus fine, au cours de laquelle elle balaye les objets avec tous les doigts. Céline porte de moins en moins les objets à la bouche, évolution qui va de paire avec ses progrès en matière de démarche d'exploration.

Il arrive encore que Céline donne l'impression de « s'enfermer » dans la manipulation d'objets sélectivement choisis. Selon les réponses des diverses personnes, en effet, il apparaît que Céline a, à la maison comme au centre ou à la crèche, des objets qu'elle réclame de façon quasi-systématique et qu'elle prend chaque fois plaisir à retrouver (brosse à dents, cube, anneau en caoutchouc, etc.). Elle connaît parfaitement ces objets et n'a donc plus la nécessité de les explorer à nouveau à leur contact. Ainsi est-il difficile de fournir une analyse objective quant à ce comportement. Elle donne alors, en effet, la sensation de s'adonner à un acte répétitif sans objectif quelconque. Son silence et son absence d'expressions faciales dans ces moments renforce cette impression. Mais n'est-ce pas finalement totalement comparable au

plaisir que peut éprouver un enfant voyant du même âge à regarder passivement et inlassablement les mêmes objets retrouvés d'une fois sur l'autre dans son champ visuel et qui lui permettent de se rassurer par la vérification de la constance des choses ?

De plus, Céline est aujourd'hui capable d'exprimer ses goûts concernant les objets qu'elle côtoie. Elle manifeste, en effet, selon son entourage, de plus en plus de préférences ou aversions. Elle exprime ces dernières de façon essentiellement motrice, le plaisir se manifestant le plus souvent par l'excitation motrice précédemment détaillée et le déplaisir par le rejet des objets. Céline n'est pas encore à-même de verbaliser les sensations qu'elle éprouve au contact des divers objets qu'elle est amenée à explorer.

Selon la totalité des personnes interrogées, Céline fait preuve d'une conscience de l'autre avérée dans sa démarche d'exploration, ce qui laisse à penser qu'elle a dépassé le stade de l'autostimulation pour entrer dans un réel échange avec l'interlocuteur, et partager ainsi des moments d'attention conjointe. De plus en plus, en effet, elle donne les objets ou adresse des commentaires. Elle s'adonne également à une exploration des bijoux de l'interlocuteur au début de chaque rencontre. Cela semble pour elle un moyen efficace de reconnaître les personnes et d'entamer l'interaction (comme une sorte de rituel qui signerait le début de l'échange).

### ***b) Ecoute***

Céline se présente, selon toutes les personnes auxquelles le questionnaire a été soumis, comme une petite fille très attentive à son environnement sonore. Elle est alertée par les bruits qu'elle entend autour d'elle, même lorsque ceux-ci ne s'inscrivent pas dans l'interaction en cours (téléphone, porte qui s'ouvre, objet qui tombe, etc.). Cela se traduit de multiples manières, Céline change alors de position, s'immobilise soudainement (immobilisation souvent suivie d'une excitation motrice) ou adresse des commentaires à l'interlocuteur. Elle verbalise de plus en plus ce qu'elle entend, même si cela se limite aux objets qu'elle connaît. Céline fait preuve d'une certaine curiosité à l'égard de ces bruits et elle est capable, à partir de ces derniers, de faire allusion à un autre vécu. Elle pourra, par exemple, raconter quelque chose qui s'est passé à la maison en entendant le téléphone sonner dans la pièce voisine. Cela montre bien que Céline commence à faire des liens cohérents entre les différentes situations vécues, et qu'elle appréhende de mieux en mieux son environnement en prenant conscience qu'elle en fait partie intégrante. Cependant, cette curiosité ne se manifeste pas encore par des questions orales. Lorsqu'il s'agit, en effet, d'un bruit inconnu pour Céline, elle reste immobile

et silencieuse. N'ayant pas encore acquis le registre interrogatif, elle reste dans l'attente. De plus, lors des séances d'orthophonie, Céline a pris l'habitude que nous verbalisions tout ce qui se passe aux alentours, il est donc probable qu'elle sache que la réponse à la question qu'elle ne peut adresser pour le moment, va malgré tout lui être fournie.

Céline ne semble pas gênée par les bruits ambiants, cependant, selon ses parents, elle a peur du bruit de la foule, ce qui peut aisément se comprendre chez un enfant aveugle, celui-ci n'ayant pas la possibilité de relier un tel environnement sonore à l'image qui le justifie, comme c'est le cas pour l'enfant voyant.

Céline s'oriente de mieux en mieux vers la source sonore ou vers la personne qui parle avec une tendance à orienter son corps entier plutôt que sa tête.

Céline est très attentive à la musique et au chant. Elle prend plaisir à découvrir de nouvelles comptines et les retient relativement bien d'une séance à l'autre. Elle semble même associer chaque comptine à un objet, une personne ou une situation. Ainsi nous accueille-t-elle souvent en entamant une chanson de notre répertoire habituel, alors qu'elle aura recours à d'autres chansons avec les autres personnes de son entourage. De même, lorsqu'elle a en main un anneau dont se sert la psychomotricienne pour chanter une comptine, elle entame celle-ci. Ou encore, lorsqu'arrive Marie, pour le groupe du mardi matin, Céline chante la chanson qu'une éducatrice leur a apprise et qu'elles chantent toutes ensemble chaque semaine. Cela montre que Céline repère bien les différentes personnes, situations et lieux. Elle exprime son plaisir vis-à-vis du chant par des sourires très prononcés, une intense excitation motrice et une participation active aux chansons dont elle connaît les paroles.

### ***c) Interaction***

Céline répond très positivement aux propositions d'interaction des diverses personnes de son entourage proche (familial et professionnel). Elle fait le plus souvent preuve d'une excitation motrice soutenue qui montre qu'elle apprécie la situation qui se met en place. Céline adapte sa position en fonction de ce qui lui est proposé, elle peut, par exemple, commencer à se mettre debout car elle sait qu'avec la personne présente elle va changer de pièce. Pour reconnaître les personnes, Céline semble utiliser préférentiellement la voix de celles-ci. Dès que la personne qui vient d'arriver parle, en effet, Céline la nomme et entame ou réclame le plus souvent une interaction qui se rapporte spécifiquement à la personne en question. Elle a également recours au toucher, comme nous l'avons précédemment évoqué, mais cela semble davantage tenir lieu de vérification que de reconnaissance. Certaines

personnes qui se sont soumises au questionnaire mentionnent également le bruit de la démarche comme moyen de reconnaissance utilisé par Céline. Il arrive, en effet, que Céline nomme la personne présente avant même que celle-ci ait parlé. Cependant, il est probable qu'une notion de déroulement d'actions successives et habituelles aide Céline dans le repérage des différentes personnes qu'elle côtoie. Elle sait, par exemple, qui va arriver lorsqu'elle se trouve dans les locaux du safe pour le groupe du mardi matin.

Face à une personne jamais rencontrée, Céline fait preuve d'une grande passivité manifestée par une immobilité soudaine. Comme beaucoup d'autres, cette attitude est particulièrement difficile à interpréter. S'agit-il d'une forme de curiosité et de concentration, ou à l'inverse est-il question d'inquiétude chez Céline dans ces moments où elle est confrontée à l'inconnu ?

Céline, comme nous l'avons exposé plus haut, adapte son comportement en fonction de son interlocuteur, en faisant allusion à un vécu commun. Elle est très vite dans la relation avec les personnes qu'elle connaît.

Selon les personnes auxquelles le questionnaire a été soumis, il existe certaines situations qui permettent à Céline de s'ouvrir davantage à la relation, il s'agit essentiellement des chansons qui provoquent chez elle un véritable plaisir et donc une ouverture à l'autre. De plus, elle connaît très bien ces chansons et se trouve alors dans une situation sécurisante car dénuée d'éléments inconnus qui pourrait être porteurs d'angoisse chez elle.

Céline anticipe les routines en adaptant son comportement à ce qui va se passer (adaptation de la position notamment). Lorsqu'elle a conscience de ce qui va se dérouler ensuite, elle verbalise de plus en plus, en disant par exemple « on va dans la salle », ou « c'est le goûter », etc.

Céline, de plus en plus, est à l'initiative de certaines interactions entretenues avec son entourage. Cela se fait, une fois de plus, essentiellement par l'amorce de chansons. En outre, elle réclame fréquemment certains objets afin d'effectuer une activité qu'elle apprécie avec la personne présente. Céline commence également à entamer des dialogues, en racontant un événement vécu à la maison (avec ses parents, ses grands-parents ou son frère jumeau), cela permet à son interlocuteur d'entretenir avec elle une relation construite. Ainsi, se détache-t-elle progressivement de la passivité dont elle faisait preuve auparavant, attendant que les choses et situations se présentent à elle.

Selon son entourage, Céline tente très peu d'attirer l'attention sur elle. Néanmoins, elle commence à comprendre que le langage constitue un moyen efficace pour y parvenir. Ainsi, de plus en plus fréquemment, elle interpelle verbalement les personnes présentes pour faire

savoir qu'elle souhaite quelque chose. De plus, Céline est maintenant capable de se déplacer spontanément, ce qui nécessairement attire l'attention de l'entourage. Elle semble prendre conscience des notions de cause à effet que peuvent induire certains de ses comportements et en use donc de plus en plus, ce qui lui permet de se positionner en tant qu'être actif au sein de son environnement.

Céline ne recherche pas spécialement le contact physique. Elle tend parfois les bras pour être prise, ou s'installe sur les genoux de son interlocuteur pour la lecture d'une histoire ou pour chanter une chanson. Cependant, hors de ces situations, elle n'exprime pas particulièrement l'envie d'être en contact avec l'autre, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes.

#### *d) Communication*

Céline exprime ses émotions de façon très variée. Elle a, en effet, recours à de nombreuses modalités repérées par toutes les personnes auxquelles le questionnaire a été soumis. Cependant, ces modalités ne s'appliquent pour l'instant pas à l'expression d'affects nuancés pour lesquels elle demeure encore quelque peu inexpressive. Ainsi pourra-t-elle exprimer des émotions manifestes telles que la joie, la tristesse, ou la peur par des rires, des pleurs, des expressions faciales ou des mouvements du corps. Certaines personnes auxquelles le questionnaire a été soumis ont mentionné le recours, par Céline, à l'expression verbale. Cependant, il nous est apparu que Céline y a davantage recours pour exprimer un souhait ou un refus qu'une réelle émotion. Selon la totalité des personnes de l'entourage interrogées, les émotions de Céline sont tout à fait adaptées aux diverses situations.

Il apparaît clairement que Céline est aujourd'hui capable de faire part à ses interlocuteurs de ses souhaits, demandes et refus. Pour les souhaits et demandes, elle semble utiliser essentiellement la modalité verbale, en produisant quelques mots isolés ou associés entre eux (« chanter », « anneau », etc.). Elle produit également une phrase qui ressemble à « j'attends quelque chose », même si cette phrase n'est identifiable qu'en contexte. Pour ce qui est des refus, Céline les manifeste également de manière gestuelle, notamment en repoussant les objets. Ces capacités permettent à Céline d'occuper une place active au sein de son environnement en exerçant une action sur son entourage par la formulation de plus en plus précise de choix.

Concernant les tours de rôle dans le dialogue, les réponses sont particulièrement discordantes. Il semble, en effet, que Céline les respecte de mieux en mieux même s'il arrive encore très régulièrement qu'elle coupe la parole de son interlocuteur. Selon nos observations,

cette situation se produit quasi uniquement lorsque Céline manifeste l'envie de s'échapper du dialogue en cours et non lorsqu'elle souhaite, à l'inverse, s'y investir. Lorsque Céline entame d'elle-même une discussion, en racontant par exemple un événement vécu à la maison, elle est tout à fait capable d'observer les moments de silence requis pour que son interlocuteur puisse intervenir à son tour.

Céline connaît certains gestes conventionnels et symboliques classiques (coucou de la main, envoi de baiser, etc.). Les réponses quant à leur signification sont, là encore, très mitigées. Globalement, l'entourage professionnel de Céline les considère comme des gestes conditionnés alors que l'entourage familial y voit une réelle envie de communiquer. Il nous a semblé que Céline se situe en réalité à mi-chemin entre ces deux réponses, dans la mesure où elle les produit de façon adéquate et qu'elle est, dans ces moments, totalement ouverte à la relation en cours, mais que ces gestes sont emprunts d'une forme de conditionnement puisqu'ils ne sont pas spontanés de la part de Céline.

Les expressions faciales sont utilisées par Céline, comme nous l'avons précédemment évoqué. Cependant, la majorité des personnes de son entourage s'accorde à dire que leur utilisation se limite à une expression émotionnelle automatique et non à une forme de communication réellement adressée à l'interlocuteur.

De plus en plus, Céline est capable de faire allusion à des personnes absentes. Seul son père répond négativement à cette question, ce qui est étonnant puisque toutes les autres personnes interrogées à ce sujet s'accordent à dire que Céline a pleinement conscience des personnes qui l'entourent et qu'elle y fait très régulièrement allusion, verbalement ou en reproduisant une situation vécue.

Lorsque Céline est dans l'incompréhension face au message qui lui est adressé, elle reste, selon la plupart des personnes consultées, dans une attitude de totale passivité. Seule sa mère mentionne le recours par Céline à une demande verbale de répétition. Cette réponse est quelque peu surprenante étant donné que nous n'avons jamais pu observer ce comportement lors de nos multiples rencontres. Il nous a semblé, à l'inverse, que Céline, dans ces moments d'incompréhension reste passive. Nous avons analysé cette passivité comme étant davantage de l'ordre de la concentration et de l'écoute que de l'apathie. Céline, par habitude, sait que le discours qui lui a été adressé et dont elle n'a pas saisi le sens, va être reformulé par la personne qui l'a produit de manière à ce qu'elle puisse le comprendre, ainsi n'éprouve-t-elle probablement pas le besoin d'exprimer son incompréhension d'une autre manière que par une

passivité verbale et motrice puisque celle-ci « fonctionne » et amène déjà l'interlocuteur à reformuler son discours.

#### *e) Jeu*

Céline joue essentiellement seule ou avec l'adulte. Selon les dires des personnes interrogées, elle partage peu de moments ludique avec d'autres enfants, à l'exception d'enfants qu'elle connaît très bien et à condition que cela se fasse en groupe très restreint (son frère, les quelques enfants du groupe du safep, etc.). Étonnamment, Céline ne joue pas ou peu avec les enfants de la crèche. Il est difficile d'en déterminer la raison, peut-être est-ce parce que ceux-ci ne vont pas vers elle (sachant qu'elle n'a pas non plus cette possibilité pour le moment) ou parce qu'elle refuse l'interaction. De plus, comme Céline ne se déplace pas encore seule et que les demandes qu'elle formule concernent essentiellement des objets ou activités, c'est nécessairement à l'adulte qui se trouve avec elle de lui proposer d'aller vers les autres enfants, ce qui peut-être n'est pas le cas à la crèche.

Selon la plupart des personnes de l'entourage de Céline, il apparaît qu'elle utilise les jouets de façon appropriée. Cependant, certains professionnels du centre soulignent le fait qu'elle en utilise certains davantage dans le but d'une exploration tactile répétitive que d'un acte ludique, ce qui finalement est assez cohérent de la part d'un enfant aveugle. L'enfant voyant, lui, pourra explorer à son aise son environnement visuel et jouer de façon adéquate avec les jeux qu'il a en main. L'enfant aveugle, à l'inverse, n'a pas cette liberté d'exploration et peut donc manifester l'envie d'explorer tactilement les jouets pour les découvrir plus que pour s'amuser avec ceux-ci.

Céline n'est, pour le moment, pas à-même de démarrer et de finir un jeu, ce qui n'est pas étonnant pour un enfant de son âge. De même, elle ne respecte pas les tours de rôle et les règles du jeu, même si elle progresse dans ce sens.

Céline n'en est pas encore au stade du jeu symbolique. Elle n'est pas capable de faire semblant ou d'inventer des histoires. Même lorsque l'on tente de l'amener vers ce type d'expérience ludique, elle ne semble pas y prendre plaisir et reste dans l'incompréhension de la situation (manifestée par la passivité précédemment évoquée).

#### *f) Langage*

Céline, comme nous l'avons déjà exposé, est en pleine expansion du langage oral. Elle s'exprime essentiellement par mots isolés mais commence à produire quelques phrases

construites. Son langage est la plupart du temps informatif mais n'est pas toujours intelligible. Ses productions sont compréhensibles essentiellement en contexte et par les personnes de son entourage. Ses troubles de parole et d'articulation, en effet, rendent parfois les productions de Céline difficilement compréhensibles par les personnes qui ne la côtoient pas au quotidien.

Toutes les personnes auxquelles le questionnaire a été soumis ont mentionné le fait que Céline adopte parfois un langage écholalique. Il est difficile de repérer le ou les contextes qui induisent chez elle ce comportement. Il semble que celui-ci apparaisse essentiellement dans des moments d'incertitude ou de stress, par exemple lors de transition entre deux activités. Il s'agit alors peut-être d'une méthode de réassurance et de maîtrise de l'inquiétude, une façon de mettre à distance un sentiment d'envahissement. A l'inverse, le contexte induisant des paroles autodirigées chez Céline est plus précis, toutes les personnes interrogées s'accordant sur le fait qu'elle se parle à elle-même quasi uniquement lors de moments d'inactivité.

De plus en plus, Céline verbalise ce qu'elle entend ou ce qu'elle touche. Cela semble pour elle un moyen de montrer à son interlocuteur qu'elle reconnaît les objets et les personnes, et éventuellement d'engager une conversation.

Selon son entourage, Céline devient peu à peu capable de raconter quelque chose, essentiellement des événements vécus dans sa famille. Cela se fait le plus souvent sur demande, mais progressivement, Céline entame d'elle-même ces conversations par quelques mots qui amènent l'interlocuteur à lui poser des questions, ce dont elle a probablement conscience.

Le vocabulaire de Céline s'enrichit progressivement mais les situations répétitives de son quotidien n'induisent pas beaucoup de nouveauté. Cependant, elle emmagasine de plus en plus de termes et les réutilise à bon escient.

Côté compréhension, celle de Céline s'enrichit également, même si elle se limite pour l'instant au vocabulaire relatif à son quotidien qu'elle semble d'ailleurs commencer à comprendre hors contexte. Ainsi peut-elle saisir le sens d'une consigne simple, mais pas encore d'une consigne complexe.

De manière générale, Céline ne semble pas utiliser de termes dont elle ne connaît pas la signification. Toutefois, sa mère en mentionne un : « innocent de ducasse », terme qu'elle utilise lorsqu'elle joue avec son père. Il est fort probable qu'elle ait entendu ce terme au cours d'une conversation à laquelle elle a assisté et qu'elle lui ait donné un sens en lien avec les moments ludiques qu'elle partage avec son père.

De plus en plus, un réel dialogue question/réponse est possible avec Céline. Cependant, elle n'est pas capable de répondre à une question par « oui » ou par « non », ce qui limite la conversation. L'acquiescement et la négation sont malgré tout perceptibles chez Céline. Comme nous l'avons vu plus haut, en effet, il est fréquent qu'elle acquiesce par une écholalie de la fin de la question de son interlocuteur et qu'elle reste passive ou se manifeste gestuellement pour exprimer la négation ou l'incompréhension. Ainsi, le dialogue avec Céline s'enrichit-il et tend-il vers un échange verbal réellement construit.

Pour ce qui est des pronoms personnels, il s'avère que Céline ne les maîtrise pas encore. Elle reprend souvent le même pronom que celui utilisé dans la question (ex : « tu veux... » → « tu veux pas »). De même, elle parle souvent d'elle en utilisant son prénom.

Céline, comme nous l'avons déjà exposé, n'a pas encore acquis le registre interrogatif. Ainsi ne pose-t-elle pour le moment aucune question.

#### *g) Divers*

L'excitation motrice de Céline que nous avons détaillée précédemment est également rapportée par la totalité des personnes de l'entourage auxquelles nous avons proposé le questionnaire. Pour chacune de ces personnes, le contexte qui induit cette intense excitation semble effectivement relié à une situation plaisante pour Céline, ou à l'attente de celle-ci.

Concernant les blindismes, les réponses sont mitigées. Certaines personnes de l'entourage familial mentionnent une agitation des mains dans un contexte de joie. Cependant, ce comportement ne nous est pas apparu comme un blindisme en tant que tel, comme nous l'avons déjà expliqué.

Quant à la réaction de Céline à la nouveauté, la plupart des personnes interrogées mentionnent à la fois des comportements de curiosité, d'excitation et de passivité, ce qui concorde avec nos observations.

## 2. Marie

### a) *Exploration*

Selon l'ensemble des personnes auxquelles le questionnaire a été soumis, Marie utilise spontanément ses mains. Le psychomotricien souligne néanmoins qu'elle le fait, certes, pour l'exploration, mais qu'elle ne les mobilise aucunement pour se protéger dans ses déplacements.

Marie commence à se déplacer pour obtenir un objet, elle le fait en position assise et devient progressivement capable de marcher avec le soutien de l'adulte.

Marie explore activement les objets. Pour ce faire, elle utilise ses deux mains et balaye consciencieusement l'objet avec tous les doigts pour en découvrir les contours et textures.

Selon la mère et la nourrice de Marie, celle-ci ne semble pas s'enfermer dans la manipulation d'objets sélectivement choisis. Cependant, une partie des professionnels s'accorde à dire que ce comportement est relativement fréquent chez Marie. Ces dernières réponses concordent davantage avec nos observations personnelles que celles de la mère ou de la nourrice. Nous avons pu remarquer à plusieurs reprises Marie manipulant frénétiquement un objet, en l'explorant sans cesse. Il est difficile d'affirmer qu'il s'agit chez elle d'une attitude d'enfermement. Néanmoins, selon les professionnels, il est bien question d'une autostimulation, d'un acte répétitif et non une manipulation par plaisir de découverte.

Deux des personnes interrogées précisent que Marie explore encore parfois les objets en les portant à la bouche, mais n'ingère pas de substances non-alimentaires.

A la question sur les préférences et aversions vis-à-vis des matières, pas une des personnes interrogées n'a répondu. Il semblerait que Marie n'ait exprimé aucune attirance ou répulsion pour les différents matériaux rencontrés. Marie donne donc la sensation d'aimer toutes les matières puisqu'elle manipule tout type d'objets avec plaisir.

Etonnamment, à la question sur l'exploration par l'enfant du visage et du corps de son interlocuteur, la totalité des personnes a répondu positivement. Nous n'avons, pour notre part, jamais observé ce type de comportement chez Marie. Cela souligne bien l'intérêt de ce type d'enquête, malgré le caractère hautement subjectif que cela comporte. Ainsi en ressort-il que Marie procède fréquemment à un balayage avec les doigts du visage de la personne avec laquelle elle se trouve.

Il apparaît très clairement au vu des réponses des diverses personnes que Marie fait preuve d'une totale conscience de l'autre dans l'exploration. Cela se manifeste notamment par les nombreux commentaires qu'elle adresse à son interlocuteur. Ainsi s'attache-t-elle de façon

quasi systématique à décrire dans les moindres détails les objets qu'elle a en main (forme, matière, etc.). C'est également pour elle l'occasion de s'adonner à de multiples questionnements dont certains peuvent s'avérer quelque peu déroutants pour l'interlocuteur. Marie, en effet, demande souvent la couleur des objets qu'elle est en train de manipuler, ce qui est très étonnant pour un enfant aveugle de naissance mais qui constitue un fait recensé dans la littérature comme pouvant être la marque d'une certaine volonté d'intégration dans le monde des voyants au travers de leur vocabulaire spécifique. Nous avons, chez Marie, retrouvé cette impression d'une forte volonté de conformité et d'intégration au travers d'autres domaines que nous développerons par la suite.

Selon son entourage, Marie a énormément progressé dans sa démarche d'exploration, tant au niveau de sa manière d'explorer que de son choix et de sa recherche d'objets.

### ***b) Ecoute***

Pour le thème de l'écoute, les réponses des personnes interrogées sont quelque peu divergentes. Une fois de plus, il est difficile d'en déterminer la cause. Peut-être est-ce dû à la subjectivité de l'enquête qui fait que chacun ne perçoit pas de manière identique un même comportement de l'enfant, ou peut-être est-ce dû au fait que Marie n'adopte pas les mêmes attitudes selon les lieux et personnes.

Quoi qu'il en soit, tout le monde s'accorde à dire que Marie montre clairement des signes d'alerte au bruit qui se manifestent le plus souvent par une orientation de la tête. Certaines personnes mentionnent également un changement de posture et une modification du tonus. La mère de Marie ajoute que sa fille demande de façon quasi systématique la nature du bruit entendu, y compris lorsque c'est un bruit qu'elle entend fréquemment et dont elle connaît la source. Quant à la curiosité de Marie vis-à-vis de ces bruits, elle se manifeste par une recherche de la source sonore et de nombreuses réactions verbales (commentaires, questions, etc.).

Marie ne semble globalement pas gênée par les bruits ambiants (seules deux éducatrices mentionnent une gêne de faible intensité). Cependant, la totalité des personnes interrogées s'accorde à dire que Marie a peur de certains bruits, notamment des bruits qu'elle n'a jamais entendus et dont elle ne connaît pas la nature. Dans ces moments, elle fait preuve d'une forte excitation motrice (elle agite frénétiquement les bras et baisse la tête). Il arrive également, selon une éducatrice, que Marie se bouche les oreilles et s'enferme dans une

attitude de total repli sur soi, le toucher demeurant alors le seul moyen d'entrer en contact avec elle.

Marie, comme nous l'avions observé, prête une attention particulière à la musique et au chant. Elle fait alors preuve des blindismes que nous avons déjà décrits et adresse des commentaires à son interlocuteur. Marie possède une très bonne mémoire auditive, soutenue par la musicalité des chansons qui lui sont proposées. Ainsi retient-elle aisément les paroles des comptines qu'elle prend ensuite grand plaisir à reproduire. Deux des personnes interrogées mentionnent le fait que Marie, à l'écoute de chansons, manifeste son plaisir par des expressions faciales. Ces réponses nous ont étonnés car nous n'avons jamais remarqué cet aspect lors de nos observations. A l'inverse, Marie nous est apparue quelque peu amimique, quelque soit la situation.

Toutes les personnes interrogées s'accordent à dire que Marie s'oriente très bien vers la source sonore ou vers la personne qui parle. A ce sujet, sa nourrice précise à juste titre que Marie oriente, certes, la tête dans la direction adéquate, mais qu'elle ne la redresse pas. Marie, en effet, se présente très souvent menton plaqué contre le torse. Cette attitude est tout à fait compréhensible puisqu'elle n'est pas soumise aux stimulations visuelles qui pourraient induire chez elle ce redressement de la tête.

### *c) Interaction*

Toutes les personnes auxquelles le questionnaire a été soumis considèrent que Marie répond systématiquement à une proposition d'interaction (d'une personne connue ou non) par une réaction verbale accompagnée de l'excitation motrice précédemment décrite. La psychologue précise à ce sujet que lorsqu'il s'agit d'une personne que Marie n'a jamais rencontrée, elle adopte un comportement social plaqué, là où l'on pourrait s'attendre de sa part à une inquiétude certaine.

Pour reconnaître les personnes de son entourage, Marie semble avoir essentiellement recours à la voix. Cependant, plusieurs des personnes interrogées mentionnent également le toucher et l'odeur comme modalités de reconnaissance, ce que nous n'avons pas décelé au cours de nos rencontres avec Marie.

Marie, comme nous l'avons décrit plus haut, ne semble pas particulièrement adapter son comportement en fonction de l'interlocuteur. Son attitude apparaît quelque peu stéréotypée. La mère de Marie précise que quelque soit la personne, sa fille se montre très désireuse d'obtenir les réponses aux questions redondantes qu'elle adresse à son interlocuteur,

même si elle les connaît bien souvent (« tu es un homme ou une femme ? », « tu fais quoi ? », « tu as quel âge ? », « elle s'appelle comment ta nourrice ? », etc.).

Selon la majorité des personnes interrogées, il ne semble pas particulièrement exister de situation induisant une ouverture ou un enfermement particulier chez Marie. Cependant, le psychomotricien précise à ce sujet que les rituels et les situations inchangeantes aident Marie à s'ouvrir davantage à la relation tandis que les situations inconnues peuvent vite l'amener à un repli sur soi. La marche, notamment, constitue pour Marie quelque chose d'angoissant et qu'elle cherche donc parfois à éviter.

Marie anticipe très bien les routines. Elle se repère relativement bien dans le temps et comprend le déroulement logique de l'interaction en cours. Cela se manifeste à la fois par un comportement adapté et par de nombreuses réactions verbales généralement destinées à montrer à son interlocuteur sa capacité à devancer les événements.

Marie est à l'origine de nombreuses interactions avec son entourage. Cela se fait avec toutes les personnes qu'elle côtoie, essentiellement sur le plan verbal par la formulation de questions. La psychologue précise à ce sujet que si le mode verbal est nettement investi par Marie, cela est probablement dû aux limites qu'elle présente sur le plan moteur.

Pour attirer l'attention sur elle, Marie a recours à de nombreuses modalités. Elle pourra alors se manifester par des cris, des gestes ou des interpellations verbales. Le psychomotricien précise que lors de séances de marche dans l'établissement, Marie peut s'arrêter brusquement et rester à terre. C'est pour elle une manière d'attirer l'attention et de provoquer une réaction de l'adulte.

Toutes les personnes interrogées sont en accord sur le fait que Marie recherche spontanément le contact physique, avec les enfants comme avec les adultes. Cependant, cette tendance est nettement plus prononcée en ce qui concerne le contact avec les adultes, ce qui est normal pour un enfant de son âge et qui est renforcé par le fait que depuis sa naissance, Marie a été essentiellement en contact avec des adultes, notamment les nombreux professionnels médicaux rencontrés dans le cadre de ses hospitalisations et prises en charge. De plus, Marie tend les bras pour être prise, pourtant, il s'agit d'un comportement parfois absent chez l'enfant aveugle. Pour notre part, nous n'avons pas particulièrement été les témoins de cette recherche du contact physique décrite par l'entourage de Marie.

Marie est tout à fait capable de réclamer une interaction connue telle qu'une chanson ou un jeu qu'elle a l'habitude de partager avec telle ou telle personne. Pour ce faire, elle a le

plus souvent recours à une demande verbale clairement formulée, mais elle peut également entamer l'interaction en chantant le début de la chanson en question par exemple.

Marie est très régulièrement à l'origine des interactions qu'elle entretient avec son entourage. Cela se fait en grande partie sur le mode verbal. Marie, en effet, entame très régulièrement le dialogue avec son interlocuteur. Elle raconte spontanément beaucoup d'événements de son quotidien (ce qu'elle fait avec sa mère ou chez sa nourrice). Il arrive cependant qu'elle soit dans la fabulation, notamment au niveau du cadre familial. Il n'est pas rare, en effet, qu'elle raconte par exemple ce qu'elle aurait fait la veille avec son père ou encore ses grands-parents, alors que ces personnes ne font pas partie de son quotidien en France. Il s'agit alors de ce que l'on pourrait appeler un « discours emprunté ». Ce dernier paraît tout à fait cohérent et pourrait aisément être celui d'un autre enfant de son âge. Cela s'inscrit, selon nous, dans cette perspective de conformité que Marie s'applique à entretenir.

Marie met en place de très nombreuses situations d'attention conjointe, essentiellement par les multiples commentaires qu'elle adresse à tous les sujets (objets, bruits, personnes, situations, etc.). Ainsi parvient-elle très facilement à ce que son attention et celle de son interlocuteur soient portées sur la même chose. Cet aspect est très porteur pour l'évolution de Marie car cela l'inscrit dans une dynamique relationnelle très prononcée. Cependant, ces attitudes sont souvent à la limite de basculer dans un autre registre, du fait de cette volonté de conformité dont elle fait preuve, de ces attitudes de « faire plaisir » et « exister pour l'autre » qui marquent l'ambivalence de sa personnalité.

#### *d) Communication*

La plupart des personnes qui se sont soumises au questionnaire mentionnent la totalité des modalités expressives comme étant employées par Marie pour manifester ses émotions, à savoir cris, pleurs, rires, gestes, mouvements du corps, expressions faciales et expression verbale. Cependant, la mère, la nourrice et nous-mêmes n'avons pas particulièrement décelé le recours aux expressions faciales par Marie. Elle nous est, en effet, apparue quelque peu amimique. Cependant, il est vrai que l'on peut parfois repérer chez Marie quelques expressions automatiques, mais elles sont davantage de l'ordre de la tension ou détente du visage que de réelles expressions faciales comme le sourire ou la moue. Marie a donc essentiellement recours aux gestes et mouvements du corps. Elle passe également par l'expression verbale, même si elle ne l'utilise pas directement pour exprimer ses émotions, on peut aisément y découvrir un changement de ressenti. Ainsi son discours laisse-t-il parfois

transparaître une inquiétude, par exemple, par la formulation de questions particulièrement redondantes à l'évidence destinées à combler une angoisse. Les émotions de Marie sont, de manière générale, adaptées aux situations. Quant aux affects nuancés, la quasi totalité des personnes interrogées considèrent que l'on peut en déceler chez Marie. Ainsi pourrait-on par exemple détecter chez elle de l'étonnement.

Marie exprime très clairement souhaits, demandes et refus. Selon toutes les personnes interrogées, cela se fait essentiellement sur le mode verbal. Elle est, en effet, tout à fait capable de formuler verbalement ce qu'elle désire ou non, par l'élaboration d'une question ou d'une phrase qui signale son désir à son interlocuteur. Ainsi Marie a-t-elle parfaitement saisi l'action qu'elle peut exercer sur son environnement par le biais du langage, elle peut donc s'y sentir exister en tant qu'élément actif.

Marie respecte de mieux en mieux les tours de rôle dans le dialogue avec son interlocuteur. Cependant, elle interrompt encore assez régulièrement ce dernier, y compris quand celui-ci est en train de répondre à une question qu'elle a elle-même formulée. Cela souligne une fois de plus le caractère quelque peu automatique de ces questions qui n'apparaissent donc pas réellement comme de vraies interrogations de la part de Marie, puisqu'elle connaît la réponse qu'elle ne prend même pas particulièrement soin d'écouter. Ces interruptions sont le plus souvent destinées à formuler une autre question du même ordre. Cependant, il est important de souligner que malgré cela, Marie est tout à fait capable de respecter une réelle alternance dans le dialogue. Elle sait, en effet, observer des moments de silence et d'écoute permettant à son interlocuteur de s'adresser à elle et de bénéficier de son attention.

Marie connaît certains gestes conventionnels et symboliques tels que le coucou de la main ou l'envoi de baiser. Elle utilise très fréquemment ce dernier, à plus ou moins bon escient. Régulièrement, en effet, elle embrasse sa main et souffle dessus pour faire mine d'envoyer un baiser à la personne qui quitte la pièce. Ce comportement est, dans ces cas-là, tout à fait adapté à la situation et signe son envie de communiquer spontanément. Cependant, il est fréquent qu'elle use de ce même comportement au beau milieu d'une conversation, sans que cela ait de sens particulier au sein du dialogue. Dans ce dernier cas de figure, cela apparaît donc comme quelque chose de totalement conditionné et automatique. L'ensemble des professionnels s'accorde effectivement à dire que ces comportements sont à la fois communicatifs et conditionnés, tandis que la mère et la nourrice n'y voient qu'une envie spontanée de communiquer.

Pour ce qui est du recours par Marie aux mimiques faciales, les réponses sont partagées. Il semblerait qu'il en soit que cela fasse partie intégrante du panel expressif dont elle dispose, à la fois pour exprimer ses émotions et pour communiquer avec son interlocuteur. Pour notre part, comme nous l'avons précédemment exposé, nous considérons que Marie use très peu des expressions faciales, quel qu'en soit l'objectif.

Marie est tout à fait capable de faire allusion à des personnes ou à des objets absents et elle le fait de façon très régulière. Marie, en effet, se repère très bien au sein des différents lieux qu'elle fréquente et sait donc raconter quelque chose de façon cohérente en mentionnant des personnes que son interlocuteur est susceptible de connaître. Ainsi évoque-t-elle fréquemment les personnes de sa famille, sa nourrice, des enfants avec qui elle est en contact régulier ou des personnes du centre. Ces évocations se font, selon toutes les personnes interrogées, à la fois par allusion verbale directe et par reproduction d'une situation vécue. Marie, en effet, peut s'adonner à la reproduction à l'identique d'un dialogue qu'elle a entendu, même si elle n'y a pas participé.

Lorsque Marie ne comprend pas le message qui lui est adressé, elle formule le plus souvent une demande verbale de répétition. Cette dernière s'accompagne, selon la plupart des personnes interrogées, d'une excitation motrice qui se traduit essentiellement par l'agitation excessive des bras. Marie, dans une situation d'incompréhension, questionne spontanément son interlocuteur, notamment au sujet du vocabulaire qu'elle ne connaît pas. C'est un point très positif et porteur pour Marie car cela lui permet de progresser dans sa compréhension des différentes situations qu'elle est amenée à vivre. Elle ne fait pas, en effet, preuve d'une quelconque passivité dans ces moments, elle adopte, à l'inverse un comportement actif.

#### *e) Jeu*

Marie joue essentiellement seule ou avec l'adulte. Il est rare, en effet, selon les personnes interrogées, que Marie partage un moment ludique avec d'autres enfants. Cependant, la mère, la nourrice et une éducatrice de Marie, précisent que ce type de situation commence à se mettre en place.

Selon son entourage, Marie utilise globalement les jouets de façon appropriée. Cependant, elle les manipule parfois d'une façon qui semble quelque peu automatique. Il est, une fois de plus, très difficile de fournir une interprétation objective de ce comportement. On pourrait aisément y voir quelque chose de l'ordre de l'enfermement. Cependant, quoi de plus naturel pour un enfant aveugle que d'explorer tactilement les jouets avant de réellement les

employer en tant que tels ? Un enfant voyant, en effet, aura tout le loisir d'observer attentivement le jouet avant de l'avoir en mains, ce qui est loin d'être le cas de l'enfant aveugle.

Marie est capable de commencer et de finir un jeu (pour les jeux de son âge bien entendu), en y respectant les règles et tours de rôle. Marie prend plaisir dans le jeu symbolique, elle est capable, en effet, de faire semblant (de nourrir la poupée par exemple), d'inventer des histoires. Cela manifeste sa capacité à se projeter et à comprendre les différentes situations vécues.

### *f) Langage*

Comme nous l'avons déjà précisé à plusieurs reprises, Marie possède un très bon niveau de langage oral, avec une syntaxe construite et un lexique riche. Marie ne présente ni trouble d'articulation ni trouble de parole.

Le discours de Marie est parfaitement intelligible et informatif. Elle utilise de plus des intonations de voix tout à fait modulées, ce qui rend son discours d'autant plus vivant.

Marie s'adonne parfois à des comportements langagiers écholaliques. C'est-à-dire qu'elle répète comme un écho les paroles qui ont pu être prononcées devant elle. Cela se fait essentiellement de manière différée et pour des phrases entières. Ces répétitions ne sont en général pas adressées. Ainsi est-il possible de surprendre Marie déversant un discours totalement emprunté et qu'il semble impossible d'interrompre. Dans ces moments, en effet, Marie semble ne s'adresser ni à son interlocuteur ni à elle-même. Il peut s'agir de conversations qu'elle a entendues dans son entourage, ou encore à la télévision ou à la radio. Ce comportement est particulièrement déstabilisant pour l'interlocuteur dans la mesure où il n'est pas possible d'y déceler un sens comme c'est le cas pour les comportements écholaliques que nous avons décrits chez Céline et dans lesquels on pouvait déceler une forme d'acquiescement. Dans le cas présent cela semble uniquement un moyen pour Marie de lutter contre une angoisse qui l'envahit et à laquelle elle ne sait faire face. Nous n'avons pas réussi à déterminer le ou les contextes induisant ce type d'attitude chez Marie, et son entourage n'a pas su non plus nous éclairer sur ce point.

Marie se parle parfois à elle-même, ce discours est intelligible mais non-adressé. Pour notre part, nous n'avons que très rarement été les témoins de ce comportement, mais la totalité de son entourage s'accorde à dire qu'il est relativement fréquent chez Marie. Une fois de plus, il ne semble pas exister de contexte particulier qui induise ce comportement.

Marie, comme nous l'avons déjà exposé, procède à un véritable « étiquetage » de tout ce qu'elle entend ou touche. Cela semble constituer pour elle une manière de faire étalage de ses connaissances à son entourage. Cela s'inscrit, en effet, dans cette volonté de conformité déjà décrite.

Marie, au vu de ses capacités langagières, est à l'évidence tout à fait à-même de raconter quelque chose à son interlocuteur, cela peut se faire à la fois spontanément ou sur demande de celui-ci.

Côté compréhension orale, celle de Marie est très bonne et est enrichie par son avidité de connaissances qui la pousse à questionner son interlocuteur dès lors qu'elle n'a pas saisi le sens du message qui lui est adressé. Ainsi comprend-elle également le vocabulaire ne faisant pas référence à son quotidien.

Marie peut faire preuve de ce qui est appelé « verbalisme » par certains auteurs cités dans la partie théorique de ce mémoire. Elle utilise, en effet, des mots dont elle ne peut connaître la signification. Cela s'applique essentiellement, selon la totalité des personnes interrogées, au lexique des couleurs. Ainsi précise-t-elle, par exemple, la couleur des objets, couleur qu'elle a mémorisée d'une fois sur l'autre et qu'elle réutilise, une fois de plus avec cette volonté de montrer ses connaissances et sa conformité au monde des voyants. Ce comportement s'avère quelque peu déroutant pour l'entourage. Il est difficile, en effet de déterminer ce que Marie peut trouver comme bénéfique à connaître et utiliser ce vocabulaire qui a priori ne fait référence à rien de concret pour elle.

Un réel échange question/réponse est tout à fait possible avec Marie, elle maîtrise le registre interrogatif et est capable de répondre à une question par « oui » ou par « non ».

Quant à l'utilisation des pronoms personnels, Marie les maîtrise de mieux en mieux, elle devient capable d'utiliser le « je », même s'il arrive encore qu'elle emploie son prénom pour parler d'elle.

Pour ce qui est du vocabulaire de politesse, Marie l'utilise de façon de plus en plus spontanée et semble totalement en avoir saisi le sens et la raison.

### ***g) Divers***

Marie peut, comme nous l'avons décrit tout au long de l'analyse, faire preuve d'une excitation motrice et verbale dans certaines situations, notamment lorsque l'émotion ressentie est intense. Son entourage n'a pas su déceler de contexte particulier qui induise ce comportement chez elle.

Pour ce qui est des blindismes qui constituent, selon les données présentes dans la littérature, un comportement fréquent chez les enfants aveugles, Marie en fait preuve de façon très régulière. En position assise, elle balance le tronc d'avant en arrière, s'enfonce les doigts dans les orbites ou encore agite les bras et les mains au niveau de son visage. Sa mère précise à ce sujet que Marie présente ces comportements en permanence, dans toutes les situations, sans qu'il n'y ait de raison particulière. La psychologue, pour sa part, note qu'il s'agit de stéréotypies non influencées par le contexte émotionnel. Les autres personnes interrogées considèrent que cela se produit dans des contextes de joie, d'ennui, d'attente ou d'inquiétude.

Concernant la réaction de Marie à la nouveauté, l'ensemble de son entourage considère qu'elle se manifeste par une curiosité et une excitation très prononcées qui se traduisent par l'ensemble des comportements décrits tout au long de cette analyse.

## **C. CONCLUSION CLINIQUE DES ETUDES DE CAS**

Après avoir exposé et analysé les données recueillies grâce aux outils élaborés dans le cadre de cette étude, nous pouvons maintenant formuler un point de vue clinique sur chacune des deux enfants dont nous avons étudié la communication pendant environ neuf mois de rencontres hebdomadaires.

### **1. Céline**

Céline est une petite fille très **ouverte à la relation** et avide de découvertes. Elle est particulièrement **investie** et disponible dans les différents échanges qu'elle entretient avec les personnes de son entourage.

Communiquer avec autrui, à l'évidence, implique une représentation de soi, de l'autre et de l'environnement. Céline s'inscrit pleinement dans cette perspective en faisant preuve, notamment, d'une totale **conscience de son interlocuteur**. Comme nous l'avons vu, en effet, Céline est désormais capable d'**adresser des commentaires** cohérents ou d'évoquer des personnes ou objets absents. Par ailleurs, elle crée de plus en plus de situations d'**attention conjointe**, qui vont vers un réel partage entre les différents intervenants de la relation. De plus, Céline **explore activement son environnement**, dans la mesure de ses possibilités motrices actuelles. Elle est désormais capable de **formuler des demandes** de plus en plus précises et commence donc à s'investir, au sein de cet environnement qui est le sien, en tant qu'**élément actif**.

Céline est en pleine **expansion du langage oral**. Il est probable que, d'une part sa progression en termes de découverte du monde l'aide dans l'appropriation d'un langage qui commence à prendre sens pour elle ; et que, d'autre part, ce langage l'aide à **comprendre le monde qui l'entoure**. Ses progrès en matière de communication verbale sont donc le gage d'une évolution favorable dans d'autres domaines.

De plus, Céline offre à ses interlocuteurs de nombreux signes gratifiants qui les encouragent à poursuivre l'interaction. Il s'agit notamment de ses **sourires et rires**, ainsi que de sa **recherche du contact physique**.

Cependant, la communication dont Céline fait usage auprès de son entourage (familial ou professionnel), présente des particularités qui concordent avec les données présentes dans la littérature au sujet des enfants atteints de cécité.

Il s'agit notamment de sa **tendance écholalique** face au discours qui lui est adressé. Il s'agit d'une particularité communicative et non d'un comportement automatique, dans le sens

où nous avons su y déceler une signification (de l'ordre de l'acquiescement). Il est difficile de déterminer en quoi l'absence de vision peut induire chez Céline ce type de comportement, cependant, il est possible qu'il puisse s'agir d'une sorte d'équivalent à l'imitation visuelle que l'on retrouve chez les enfants voyants, et qui leur permet de stabiliser certains comportements.

D'autre part, l'**excitation motrice** dont Céline peut faire preuve dans certaines situations constitue également à nos yeux une particularité communicative explicable par la cécité. Céline, en effet, lorsqu'elle ressent une intense émotion interne, ne possède pas de retour visuel qui puisse la canaliser et l'apaiser, elle l'évacue donc sur le plan moteur.

La **passivité** et l'**immobilité posturale** que Céline manifeste régulièrement sont également à comprendre au regard de son développement global spécifique. Il s'agit là, en effet, davantage d'une attitude de concentration et donc d'ouverture et de disponibilité à la relation que d'une inertie sans nul objectif communicatif.

De même, le fait que Céline ne pose pour ainsi dire **aucune question** s'explique, selon nous, par le fait que l'absence de vision plonge l'enfant aveugle dans un environnement dans lequel les notions de cause à effet sont plus difficilement perceptibles. Céline, en effet, est habituée à ce que les événements se déroulent sans forcément qu'un quelconque élément ne les justifie, ce qui n'est pas le cas chez l'enfant voyant qui peut voir se dérouler les événements, y compris ceux pour lesquels il n'est pas concerné. Ainsi Céline a-t-elle l'habitude que des choses inexplicables se déroulent, ce qui freine probablement sa curiosité et retarde chez elle l'apparition des questions. Ses demandes, en effet, se limitent pour l'instant à des réclamations d'objets ou d'interactions habituelles mais ne lui permettent pas encore de manifester ses interrogations quant aux situations vécues.

Notons que certains de ses comportements, certes sont en partie justifiés par l'absence de vision, mais que l'**entourage** adapte son attitude vis-à-vis de l'enfant aveugle, et que ces **ajustements** induisent probablement certains comportements spécifiques. Ainsi, le fait que Céline se contente de rester dans le **silence** lorsqu'elle se trouve dans une situation d'incompréhension, s'explique-t-il selon nous davantage par le fait que l'entourage s'applique, face à cette **apparente absence de réaction**, à reformuler ses propos de manière à ce que Céline en saisisse le sens, que par la cécité en elle-même. L'entourage lui-même, en effet, tente de compenser l'absence de vision, notamment en verbalisant un maximum de choses. Ce comportement permet à l'enfant des découvertes qu'il n'aurait pas pu effectuer seul, mais l'incite à se laisser aller à une certaine passivité, attendant que les choses viennent à lui.

Mimiques, pointage, attention conjointe, alternance, sonorisation, mémoire et capacité de jeu symbolique sont souvent mis en avant comme les garants d'une bonne communication, même en l'absence de langage élaboré. Or, comme nous l'avons vu précédemment, le développement de certaines de ces aptitudes est très nettement entravé par la cécité, comme c'est le cas chez Céline. Néanmoins, il apparaît clairement qu'elle évolue très positivement dans chacun de ces domaines et qu'elle se situe dans une forte **dynamique de progression** qui lui permet, non pas réellement de compenser son absence de vision, mais de « **faire autrement** », en passant par **d'autres représentations du monde** et de ses composants (personnes et objets) et donc par une autre façon de s'y investir en tant qu'élément actif.

Pour le cas de Céline, nous avons donc considéré que le meilleur indice quant à la qualité de sa communication ne se situait pas au niveau de ses aptitudes proprement linguistiques mais au niveau de sa **souplesse dans le registre de l'échange**, de sa capacité à organiser des alternances et de sa tolérance au changement.

## 2. Marie

Marie, grâce à son niveau de **langage oral très élaboré**, est capable de s'investir dans une communication de qualité avec ses différents interlocuteurs. Ses capacités à **poser des questions** et à **répondre** à celles de son allocutaire, notamment, rendent l'échange avec Marie très vivant. De plus, elle prend énormément d'**initiatives** sur le plan verbal, ce qui dynamise et renforce les relations entretenues.

Par ailleurs, la grande **variété des intonations vocales** employées par Marie permet de cerner ses ressentis et l'état d'esprit dans lequel elle se trouve sur l'instant.

D'autre part, Marie fait preuve d'une **connaissance poussée de l'environnement** physique et matériel qui l'entoure. Le fait qu'elle évoque très régulièrement, en effet, des personnes et objets absents ou des situations vécues, montre bien qu'elle a pleinement **conscience du milieu** dans lequel elle évolue et qu'elle s'y sent exister en tant qu'élément à part entière. Elle tente sans cesse d'enrichir cette connaissance du monde environnant, essentiellement par le biais du langage oral qu'elle a pleinement investi. C'est essentiellement, en effet, par les nombreuses et redondantes questions qu'elle adresse en permanence à autrui qu'elle prend connaissance de ce qui l'entoure. De plus, Marie, même si elle ne se déplace que très peu pour obtenir les objets environnants, procède à une **exploration tactile très fine** de ces derniers, ce qui lui permet également d'enrichir activement son panel de connaissances.

Cependant, malgré ce langage en apparence techniquement étoffé et cette aisance manifestée par Marie dans l'échange, il nous a semblé que sa communication présentait de nombreuses particularités, en grande partie imputables à sa cécité, ou tout au moins au handicap que représente celle-ci.

Sa tendance très marquée à **étiqueter le monde environnant**, comme nous l'avons évoqué au fil de l'analyse, constitue à nos yeux une **tentative de conformité** vis-à-vis de la population voyante, ainsi que de procuration d'une certaine satisfaction chez l'interlocuteur. Elle agit parfois comme si elle « offrait » ses connaissances à l'autre, comme si elle existait pour l'autre. Elle ne semble pas, effectivement, dans « l'auto-plaisir » mais davantage dans le « **faire plaisir** ». Cela s'explique principalement, selon nous, par son vécu post-natal. Marie a, en effet, subi plusieurs hospitalisations et le foyer familial a dû être scindé pour qu'elle puisse bénéficier d'une prise en charge adaptée à son handicap. Elle a probablement une connaissance intuitive de l'angoisse qui en découle pour son entourage. Peut-être est-ce donc en partie ce qui explique ses attitudes et son **comportement social « plaqué »** même si cela n'est donc pas réellement imputable à son absence de vision en elle-même, mais davantage aux conséquences concrètes qu'a pu engendrer sa cécité. Ainsi Marie nous est-elle apparue comme étant dans le registre de ce que nous pourrions appeler une « **réparation** ».

Ses fréquents **verbalismes**, essentiellement en relation avec le lexique des couleurs sont pour nous du même registre que le **discours « emprunté »** dont elle use régulièrement. Ainsi ces paroles sont-elles parfois lancées à **contre-courant de l'échange** et ne semblent pas avoir de visée communicative quelconque. La qualité d'un signe, en effet, dépend majoritairement de la place du destinataire dans l'intention du signeur ainsi que du degré de stéréotypie. Plus un signe est stéréotypé, moins il a de valeur. C'est pourquoi nous avons considéré qu'une partie des paroles de Marie lui servait davantage d'enveloppe destinée à stabiliser une excitation, à l'instar d'une parole qui permet d'éprouver que l'on pense continûment. Cette parole n'est ni échangée ni adressée. Dans ce genre de monologue, Marie emprunte parfois le contenu et les rythmes du discours de l'adulte, comme si elle cherchait à se murmurer à l'oreille des paroles de réconfort. Ce type de parole est à distinguer de celle que certains enfants utilisent, y compris Marie par moments, et qui consiste à se parler devant l'autre, pour dire des choses partageables, c'est-à-dire pour laquelle le lien avec autrui subsiste. Dès que la relation à autrui devient trop excitante, Marie tend, en effet, à **se détourner**. On assiste alors à un langage en formules fixes ou à des reprises (de conversations entendues, de dessin animé, d'histoire, de chanson, etc.). Le recours à une **parole décalée** sert peut-être, chez Marie, à

**apprivoiser l'affect éprouvé**, et ce, en dehors de toute communication ou partage. Il est fort possible que la fragilité de sa sécurité interne pénalise Marie dans l'acquisition de l'autonomie (elle présente effectivement de gros **retards sur le plan moteur**, notamment en ce qui concerne l'acquisition de la marche pour laquelle elle se montre particulièrement nerveuse et craintive), ce qui l'amène parfois à se situer dans des **attitudes verbales de réassurance** qui parasitent l'interaction. Marie doit donc atteindre un équilibre entre parler pour soi et parler pour l'autre. Dans ces moments, on tente bien souvent de normaliser cette parole en la réorientant vers l'échange, c'est-à-dire en parlant de ce que dit Marie, mais cela apaise bien souvent plus l'adulte que l'enfant. Le travail avec Marie consiste donc à rendre la communication plus souple et diversifiée.

Par ailleurs, en ce qui concerne les signes visuels que Marie peut fournir à son interlocuteur au cours de l'échange, ils sont peu variés et ne semblent pas réellement tournés vers l'autre. Marie, en effet, **rit et sourit très peu**. Elle présente un visage en général relativement détendu mais n'a que très peu recours aux mimiques faciales pour faire état de ses ressentis qui passent essentiellement, comme nous l'avons vu, par son expression verbale.

De plus, Marie présente de nombreux **blindismes** qui eux aussi parasitent les échanges. Il est difficile de déterminer ce que Marie en retire, il s'agit probablement d'une autre manière de lutter contre son angoisse.

Ainsi, comme nous l'avons vu, un bon langage n'est pas forcément le gage d'une bonne communication. Il existe, en effet, des difficultés de communication chez Marie alors qu'elle possède en apparence un langage de qualité.

#### **IV. OUVERTURE SUR L'ORTHOPHONIE**

Rappelons que les conditions nécessaires à l'acte de communication sont le « vouloir-faire », le « pouvoir-faire » et le « savoir-faire ». En général, un enfant qui n'a d'autres troubles que la cécité éprouve naturellement une certaine appétence à la communication. Ses organes phonateurs n'étant pas atteints, c'est au niveau du « savoir-faire » que l'on devra travailler.

La prise en charge précoce d'un enfant aveugle commence avant toute chose par un accompagnement parental auquel l'orthophoniste participe. Cette guidance aide les parents à comprendre les besoins particuliers de leur enfant aveugle et à prendre conscience de ses possibilités. Les parents doivent faire preuve de tolérance, de patience et d'ingéniosité en admettant que certaines conventions ne soient plus respectées, en multipliant les occasions d'exploration et en acceptant que les apprentissages soient longs et difficiles pour leur enfant. La tentation d'agir à la place de l'aveugle est grande. Il faut éviter la surstimulation et laisser à l'enfant l'opportunité de prendre des initiatives. L'orthophoniste doit insister auprès des parents sur l'intérêt d'une verbalisation permanente de tout ce qui se passe dans l'environnement de l'enfant, de manière à ce que celui-ci éprouve l'envie de s'y investir en tant qu'élément actif. Il est également important de rappeler combien l'audition est précieuse à cet enfant privé de la vue et donc de souligner aux parents l'importance d'un mouchage régulier de manière à éviter les risques d'infection pouvant entraîner des pertes auditives passagères ou durables.

La grille d'observation et le questionnaire élaborés dans le cadre de notre étude constituent des outils qui peuvent précieusement contribuer au bilan orthophonique des jeunes enfants aveugles. Ils pourront permettre, en effet, de cerner les moyens dont l'enfant use déjà pour communiquer avec autrui, et d'établir ainsi un profil permettant une prise en charge mieux orientée vers les besoins réels de l'enfant.

Chaque geste, chaque acte de la vie courante dont l'enfant voyant acquiert la maîtrise par l'imitation doit être suscité chez l'enfant aveugle par un apprentissage particulier, au moyen du toucher et du langage principalement.

Au fil des séances avec l'enfant, l'orthophoniste, guidé par des objectifs et des principes fondamentaux, aidera donc le jeune aveugle à progresser sur le plan de la communication. L'objectif principal est de lutter contre l'incuriosité, l'indifférence et l'inactivité. L'enfant aveugle n'ayant pas la possibilité d'établir un contact visuel avec son

interlocuteur, il faut lui faire prendre conscience des autres moyens se trouvant à sa disposition pour établir un contact de qualité avec autrui.

Comme nous l'avons vu, l'intérêt de l'enfant aveugle pour certaines stimulations ne constitue parfois qu'une quête de sensations. Or, la prise en charge orthophonique n'a pas pour objectif la rééducation des perceptions et de leurs éventuels dysfonctionnements. Elle tend plutôt à enrichir les relations et à développer la communication. Cependant, chez l'enfant aveugle, cela doit, bien entendu, se faire à partir d'activités sensorielles. L'orthophoniste tente alors d'exploiter la recherche purement sensitive que mène l'enfant pour élaborer l'expression d'un ressenti. Pour cela, il verbalise toutes les expériences vécues ; l'enfant n'étant pas toujours en mesure d'exprimer ses sensations et émotions, la parole de l'interlocuteur peut l'aider à mettre du sens sur ce qu'il vit et à s'ancrer dans ses expériences sensorielles.

D'autre part, il est nécessaire de stimuler les capacités d'alerte et de vigilance auditive de l'enfant aveugle ainsi que l'écoute de soi, de l'autre et de l'environnement, indispensables à l'établissement des interactions sociales et de la communication. Faire prendre conscience de l'environnement sonore et accompagner l'enfant dans cette découverte est donc primordial.

L'orthophoniste s'attache également à éveiller la pensée symbolique de l'enfant à travers un travail des processus de catégorisation et d'association par des activités ludiques de tri et de comparaison par exemple. Ces contrastes et oppositions permettront à l'enfant de structurer ses perceptions et donc sa pensée. Par ailleurs, il est nécessaire de développer chez l'enfant aveugle la capacité à faire des choix et à les exprimer, de susciter des demandes et d'engendrer des situations d'attention conjointe, ainsi que d'enrichir ou consolider le stock lexical en multipliant les expériences.

Outre cette intervention que nous venons de proposer en éducation précoce, nous souhaitons développer un point positif que nous a apporté ce mémoire. Parce que centré sur la communication, il nous a paru clore naturellement nos études mais en même temps, il nous ouvre des perspectives pour notre future pratique. En observant la communication de ces deux enfants aveugles, Céline et Marie, nous avons tout simplement appris à envisager l'individu qui s'exprime, handicapé ou non dans une plus large perspective, en dépassant son message articulé.

Enrichis également par les aspects théoriques de notre recherche, nous avons maintenant un regard sans doute plus complet sur nos interlocuteurs, sur leurs véritables messages, sur ce qui peut être important pour une situation de bilan orthophonique par exemple, mais aussi pour chaque séance où l'orthophoniste doit être à l'affût de toute

manifestation communicative, verbale ou non, qu'il reçoit, mais également de celles qu'il livre par le même biais.

## **V. DISCUSSION ET CONCLUSION DE L'ETUDE**

### **A. DISCUSSION**

#### **1. Aspects méthodologiques**

Au cours de l'étude, nous nous sommes posé de nombreuses questions concernant la méthodologie employée. Nous avons souhaité présenter certaines réflexions afin de relativiser les conclusions de l'étude et les resituer dans leur contexte.

##### ***a) Population***

La population de notre étude est très restreinte, elle se résume à deux enfants uniquement. C'est pourquoi il s'agit d'une étude de cas et non, comme nous l'avons déjà précisé, d'une analyse visant à tirer des conclusions sur l'ensemble de la jeune population atteinte de cécité. Nous avons simplement voulu comprendre ce qui se joue dans l'échange avec ces deux petites filles, Céline et Marie, que nous avons suivies chaque semaine pendant 9 mois, sans nullement chercher à généraliser les données obtenues à d'autres enfants porteurs du même handicap.

Par ailleurs, de nombreux biais sont intervenus et nous ont confortés dans l'idée que nous n'avions aucunement les moyens d'élaborer un profil de communication de l'enfant non-voyant. Céline et Marie, en effet, sont toutes deux aveugles de naissance, mais n'ont cependant pas le même parcours ni le même profil évolutif. De nombreux facteurs individuels sont à prendre en compte. Il s'agit notamment des divergences socioculturelles. Marie, en effet, est d'origine roumaine et donc bilingue, ce qui est loin d'être négligeable dans ce type d'étude. Cependant, nous n'avons guère pris en compte cet aspect pour étudier sa communication puisque nous souhaitions avant tout comprendre en quoi son absence de vision pouvait générer chez elle des comportements communicatifs particuliers. Marie est, de plus, fille unique et évolue dans un milieu familial monoparental puisqu'elle ne voit son père que très occasionnellement, ce qui n'est pas le cas de Céline qui vit avec son frère jumeau ainsi que ses deux parents et est entourée de grands-parents très présents et investis dans son éducation. Par ailleurs, Céline et Marie n'ont pas le même âge, et n'ont pas bénéficié des mêmes prises en charge aux mêmes périodes de leur développement.

De plus, nous ne les avons pas rencontrées à la même fréquence, puisque nous avons l'opportunité de voir Céline deux fois par semaine tandis que nous ne rencontrons Marie qu'une seule fois. De même, nous avons pu soumettre davantage de questionnaires à l'entourage de Céline qu'à celui de Marie, du fait de l'environnement familial très restreint de cette dernière.

Ainsi une certaine discordance dans la méthode est-elle apparue et rend le poids de l'analyse de la communication de ces deux petites filles aveugles quelque peu disproportionné.

Nous avons, certes, la volonté d'observer la communication d'enfants aveugles sans handicap associé. Cependant, le respect de ce critère est rendu difficile car il est possible, Céline et Marie étant toutes deux prématurées, et plus particulièrement pour le cas de Marie, atteinte d'une rétinopathie du prématuré, que certaines lésions cérébrales non détectées à la naissance puissent se manifester par la suite.

Par ailleurs, nous avons délibérément choisi de ne pas comparer Céline et Marie entre elles car nous considérons que chaque enfant, aveugle ou non, développe une communication qui lui est propre. Nous avons donc préféré une description fine et détaillée des comportements de communication de chacune. De plus, observer deux enfants seulement ne constitue absolument pas un nombre représentatif fiable d'une population et ne pourrait en rien aboutir à des généralités.

### ***b) Référence à la norme***

Nous sommes intimement convaincus que les enfants aveugles congénitaux ne sont pas des enfants à qui il manque quelque chose. Ce sont des enfants qui évoluent avec leur différence et qui mettent en place des stratégies propres à leurs capacités. C'est pourquoi, au fil de cette étude, nous n'avons fait que peu de références à la norme des enfants voyants. Il est cependant nécessaire de nuancer cette réflexion. Si l'enfant aveugle, certes, ne se construit pas sur un manque, il n'en est pas de même pour son interlocuteur qui perçoit nécessairement la communication avec cet enfant comme amputée de l'élément primordial que constitue le regard dans tout échange entre deux êtres. Ainsi, du point de vue de l'entourage de l'enfant aveugle, il existe à l'évidence un manque non négligeable, même s'il n'est pas forcément ressenti par l'enfant lui-même. C'est ce que nous avons-nous-mêmes ressenti au fil des rencontres avec Céline et Marie.

De plus, s'il existe des normes concernant l'âge d'apparition des compétences d'un enfant, elles s'étalent sur une fourchette assez large. Chacun a son propre rythme d'évolution et la précocité ou le retard dans un domaine d'acquisition relève souvent de différences individuelles non pathologiques.

Nous avons observé dans notre étude, des particularités dans le développement de la communication de Céline et de Marie. Cependant, nous pouvons nous demander ce qui relève effectivement de la cécité et ce qui s'apparente davantage à des différences interindividuelles. La frontière est souvent floue, les liens causals sont difficiles à établir avec certitude.

Néanmoins, nous avons, au préalable, eu besoin de comprendre ce qui entre en jeu dans l'établissement de la communication d'un enfant voyant pour pouvoir déceler ce qui est spécifique à celle d'un enfant aveugle. Ainsi, si la référence à une norme est malgré tout indispensable, nous avons souhaité la limiter de manière à ne pas fausser la réflexion menée ici.

### ***c) Observation participante***

Le choix de cette méthode nous paraît, aujourd'hui encore, le meilleur possible pour ce type d'étude. Une tierce personne, par sa simple présence, influence nécessairement la manière d'agir et d'interagir qu'a l'enfant. C'est pourquoi, outre ces observations en tant que personne externe à l'échange, nous souhaitions également entrer nous même en interaction avec Céline et Marie. D'une part, cela donnait un sens à notre présence et limitait les appréhensions et inhibitions que peut engendrer la présence d'un observateur ; d'autre part, cela nous a permis de ressentir personnellement ce qui se joue dans l'échange avec ces enfants. Nous avons par exemple pu prendre conscience de l'effort nécessaire pour entrer en relation avec eux. Nous avons également vécu la frustration que peuvent procurer certaines interactions, principalement du fait de l'absence de regard dont nous avons aujourd'hui pleinement conscience de la richesse informative qu'il offre aux partenaires d'un échange. Notre participation active aura donc permis de limiter les obstacles à l'authenticité des interactions rapportées ici.

Ainsi, l'observation participante constitue-t-elle un outil clinique de choix, réduisant le moins possible la qualité et la variété des informations enregistrées. Malgré cela, l'observation participante peut nuire très nettement à l'objectivité par la nécessité d'avoir recours à une prise de notes après-coup, ce qui sollicite la mémoire et opère une sélection des

informations mettant en jeu les affects, c'est pourquoi nous avons eu recours à l'enregistrement vidéo pour limiter ce biais.

Par ailleurs, le caractère relativement homogène des situations rencontrées aura permis une interprétation plus aisée de celles-ci, limitant les biais dus aux phénomènes d'adaptation nécessaire des différents interlocuteurs.

#### *d) Subjectivité*

Que ce soit dans la tentative de cotation des observations ou dans l'analyse des questionnaires, la démarche entreprise pour tenter de dégager un profil visualisant la communication de ces deux enfants aveugles nous a confrontés à la subjectivité qu'entraîne l'interprétation des données.

C'est pourquoi les résultats présentés ici sont à nuancer. Ils sont, en effet, à considérer comme notre point de vue clinique mais strictement personnel et non comme un « diagnostic » qui ferait état de la communication de Céline et de Marie. La valeur accordée à nos interprétations est donc à modérer. Vouloir attribuer une intention à un comportement qui en est peut-être totalement dénué, ou qui en possède une nettement différente, ne peut, en effet, aboutir qu'à un point de vue clinique empreint de subjectivité. Pour lutter contre cette dernière, nous avons donc souhaité consulter l'entourage de Céline et de Marie par le biais d'un questionnaire. Les résultats obtenus sont, à l'évidence, eux aussi empreints d'une forte subjectivité dont nous avons tenu compte dans la lecture des réponses. Même si étonnamment, les avis des diverses personnes interrogées se sont révélés relativement homogènes, ils ne sont pas, eux non plus, à considérer comme des exactitudes, mais bien comme des opinions personnelles.

#### **2. Apport du travail réalisé**

La mise en place de cette démarche d'observation et d'enquête concernant la communication de ces deux jeunes enfants aveugles aura permis de mettre en évidence les diverses modalités communicatives employées par Céline comme par Marie.

Le questionnaire a permis aux diverses personnes qui s'y sont soumises (famille et professionnels) de réfléchir davantage sur les comportements de communication des enfants étudiés. Cela peut, implicitement, donner des pistes pour stimuler certains comportements ou mettre en évidence des aspects de la communication de l'enfant dont les personnes interrogées n'avaient pas nécessairement conscience.

D'un point de vue plus personnel, cette étude nous aura permis de nous confronter à des questionnements non encore abordés jusqu'à ce jour. Nous avons pu, en effet, par le biais de cette démarche d'exploration de la communication de deux enfants, dépasser le registre purement formel des échanges pouvant exister entre deux interlocuteurs, pour nous intéresser davantage à ce qui se joue dans la communication entre deux êtres.

Cette réflexion menée nous aura également permis, outre l'apport non négligeable quant à la communication de ces deux enfants aveugles, de réfléchir sur notre propre communication auprès d'eux. Nous nous sommes rendu compte, essentiellement grâce aux enregistrements vidéos, que nous adaptions inconsciemment notre façon de communiquer. Le plus marquant aura été pour nous de constater l'amenuisement, à certains moments, de notre expressivité faciale. Celle-ci, en effet, s'est avérée bien moins riche que lorsque nous communiquons avec des enfants ou adultes voyants. Probablement la conscience du fait que quoi qu'il arrive, cette expressivité n'est pas réellement reçue par l'interlocuteur, en l'occurrence l'enfant aveugle, fait qu'elle devient moins présente ou moins soutenue.

De plus, nous avons été marqués par le recours très fréquent et quasi inévitable de notre part à un vocabulaire spécifiquement visuel (« tu vois », etc.). Finalement, il nous est apparu que l'emploi de ce vocabulaire dérange davantage le voyant qui l'utilise que l'aveugle qui le reçoit. Ces enfants, comme nous l'avons vu, accordent un sens, certes différent de celui que nous, voyants, pouvons lui accorder, mais qui n'en reste pas moins cohérent.

Quant à la fabrication des livres tactiles que nous avons proposés à Céline et Marie, elle nous aura également permis de nous confronter à des questionnements assez fins concernant la place de la vision dans l'appréhension du monde. C'est dans cet objectif que nous avons souhaité les fabriquer nous-mêmes.

### **3. Propositions de poursuite de la recherche**

Nous souhaitons émettre plusieurs propositions de poursuite de cette recherche :

La première consisterait à approfondir l'étude actuelle en observant un nombre d'enfants aveugles plus important. Cela permettrait de dépasser le stade des études de cas pour aller vers la formulation d'un point de vue clinique qui viserait à dégager une tendance générale applicable à l'ensemble de la jeune population atteinte de cécité.

La deuxième consisterait à réaliser une étude comparative entre enfants voyants et non-voyants. Comme nous l'avons expliqué, nous n'avons volontairement pas procédé à ce type d'étude puisque nous considérons que le fonctionnement communicatif des enfants aveugles

n'est pas basé sur un manque mais sur une autre façon d'appréhender l'environnement et d'y communiquer. Malgré cela, ce type d'étude pourrait s'avérer intéressant, mais nécessiterait une démarche totalement différente de celle-ci puisqu'un protocole expérimental à proprement parler serait de mise de manière à pouvoir fournir des résultats chiffrés permettant une réelle comparaison, ce que nous n'avons pas souhaité utiliser ici.

Une dernière proposition consisterait à tenter de répondre à une question qui reste en suspend au sortir de cette étude : quelle est la part de responsabilité réelle de l'absence de vision dans ces spécificités communicatives ? N'est-ce pas, en effet, davantage le traumatisme provoqué par un handicap tel que la cécité, ainsi que toutes les conséquences que cela engendre pour l'enfant comme pour son entourage, qui rendent la communication de ces jeunes aveugles si particulière ? Ainsi pourrait-on comparer la communication d'enfants aveugles à celle d'enfants atteints d'autres handicaps (sensoriels, mentaux ou moteurs) de manière à cerner ce qui est commun et ce qui est spécifique à chacun. Cela permettrait de déterminer quelles modalités communicatives sont réellement engendrées par l'absence de vision et celles qui sont finalement dues aux répercussions du handicap plus qu'au handicap en lui-même.

## ***B. CONCLUSION***

La communication des deux enfants aveugles de notre étude a donc été étudiée au travers de la grille d'observation et des questionnaires, le tout appuyé par l'utilisation de l'enregistrement vidéo ainsi que des livres tactiles élaborés dans cette optique. Les données obtenues se complètent et sont primordiales dans la mesure où l'enfant peut réagir différemment selon le lieu, la personne et le moment, et où chaque partenaire de l'enfant est à-même de formuler un point de vue unique. L'étude de la communication de ces enfants aveugles n'aurait donc pu se résumer à la simple prise en compte de nos observations personnelles à un instant donné.

L'analyse des résultats de notre démarche d'observation et d'enquête permet de confirmer nos hypothèses de départ selon lesquelles **la communication des enfants aveugles de notre étude présente des particularités**. Comme nous avons pu le voir, Céline et Marie ont, en effet, recours à d'autres modalités ou utilisent des modalités communicatives « classiques » mais de façon quelque peu détournée.

Toutes deux, certes, sont **investies** et **disponibles** dans les divers échanges qu'elles entretiennent avec leur entourage. Céline, de même que Marie, fait preuve d'une totale

**conscience de l'autre** dans l'interaction, en partageant des situations d'**attention conjointe**, en adressant des **commentaires** et en formulant des **demandes**, même si, cela ne se traduit pas par les mêmes comportements chez l'une ou chez l'autre. Chacune procède à une **exploration active** et soutenue de son environnement. Cependant, Marie semble y trouver davantage le moyen d'**étiqueter** tout ce qui l'entoure qu'un réel **plaisir de découverte**, tel qu'on peut le retrouver chez Céline. Leur niveau de développement du **langage oral** est particulièrement différent, puisque Céline est encore en pleine découverte et acquisition, tandis que Marie a déjà acquis une certaine maîtrise. De plus, elles l'utilisent de manière très différente. Marie, en effet, a souvent recours à un **discours emprunté** et à quelques **verbalismes**, qui, malgré les apparences, ne semblent pas réellement tournés vers l'autre ; et s'inscrivent, comme bien d'autres comportements chez elle, dans une tentative de **conformité avec le monde des voyants** par l'utilisation d'un **comportement social plaqué**. C'est le cas, notamment, des **redondantes questions** qu'elle adresse en permanence. A l'inverse, Céline, dans la mesure de ses possibilités d'expression, offre à son interlocuteur des interventions davantage en adéquation avec les différentes situations que ne peut le faire Marie. De plus, Céline a recours aux **expressions faciales** pour s'exprimer, ce qui n'est que très peu le cas chez Marie qui n'offre que de rares rires et sourires et a davantage recours à une grande variété d'**intonations vocales** pour exprimer ses modifications d'affects. Toutes deux ont recours à des **comportements écholiques**, mais ceux-ci ne se manifestent pas de la même façon. Chez Céline, en effet, cela semble clairement **dirigé vers l'interlocuteur** dans le but de lui signifier quelque chose tandis que chez Marie, cela semble n'avoir d'autre objectif que l'**évacuation d'une tension interne**. Quant aux **attitudes motrices**, elles sont également très divergentes entre ces deux petites filles aveugles, Céline s'en servant apparemment pour **exprimer ses ressentis**, tandis que Marie semble, une fois de plus, y trouver le moyen de **se décharger des angoisses** qui l'envahissent sans que cela n'ait de visée communicative, c'est pourquoi nous avons tenté de différencier ce qui peut être du registre des **blindismes** de ce qui ne l'est pas. La **passivité motrice et verbale** dont peut faire preuve Céline dans diverses situations nous est également apparue comme ayant du sens dans la communication avec autrui et diverge très nettement des nombreuses **initiatives** dont Marie fait preuve, bien souvent pour fuir l'échange plus que pour l'enrichir.

Ainsi les divergences communicatives existant entre les deux enfants aveugles de notre étude, Céline et Marie, se situent essentiellement à un niveau pragmatique. Ces

davantage, en effet, la façon d'utiliser les moyens à leur disposition pour interagir avec autrui qui les différencie que les moyens en eux-mêmes.

Nous avons également pu prendre conscience du **lien étroit** existant entre les **particularités communicatives** de ces deux enfants et leur **développement spécifique**. L'absence de vision, comme nous l'avons vu, imprime au développement de l'enfant aveugle une direction particulière de par les limites qu'elle impose dans la **découverte du monde** et la **relation à l'autre**.

Par cette étude, nous espérons avoir répondu aux besoins et souhaits de l'équipe du SAFEP de l'Institut des Jeunes Aveugles de Lille et espérons que cela confirmera aux professionnels l'intérêt d'une observation approfondie des enfants aveugles de manière à comprendre les moyens dont ils usent pour communiquer avec autrui ainsi que l'intérêt d'une démarche de collaboration entre les différents partenaires de l'enfant, dans le but de développer au mieux sa communication.

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages

- AIMARD, P. (1972). *L'enfant et son langage*. Paris : SIMEP éditions.
- BEYLIER, J. (1999). *L'enfant déficient visuel. La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant*. Paris : Solal.
- BOWER, T.G.R. (1978). *Le développement psychologique de la première enfance* (traduit de l'anglais par GRAULICH, A.M.). Bruxelles : Mardaga.
- DANON-BOILEAU, L. (2004). *Des enfants sans langage*. Paris : Odile Jacob.
- DOLTO, F. (1987). *Tout est langage*. Paris : Folio Essais.
- DUBOIS, G. (2001). *L'enfant et son thérapeute du langage*. Paris : Masson.
- HATWELL, Y. (2003). *Psychologie cognitive de la cécité précoce*. Paris : Dunod.
- HATWELL, Y. (1986). *Toucher l'espace*. Lille : Presses Universitaires de Lille.
- HATWELL, Y. (1966). *Privation sensorielle et intelligence*. Paris : PUF.
- HENRI, P. (1958). *Les aveugles et la société*. Paris : PUF.
- HYMES, D.H. (1984). *Vers la compétence de communication*. Paris : Hatier.
- JACKOBSON, R. (1963). *Essais de linguistique générale*. Paris : Les éditions de minuit.
- LECUYER, R. (1994). *Développement cognitif du nourrisson*. Tome 1, Paris : Nathan.
- LEFEVRE, L., DELCHET, R. (1972). *L'éducation des enfants et des adolescents handicapés*. Tome 3 : les handicaps sensoriels, vol. II : les aveugles, les amblyopes, les sourds-aveugles. Paris : ESF.
- LOWENFELD, B. (1956). *Our blind children. Growing and learning with them*. Charles C Thomas Pub Ltd.
- MARKOVITS, H. (1989). *Troubles du langage-diagnostic et rééducation*, sous la direction de RONDAL, J.A. *langage et cécité*, 433-445. Bruxelles : Mardaga.
- MEYER, C. (2001). *Aux origines de la communication humaine*. Paris : l'Harmattan.
- MORGON, A., AIMARD, P. (1988). *Orthophonie : documents et témoignages*. Paris : Editions Masson.
- PIAGET, J. (1948). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Paris : Delachaux et Niestle.
- RAYNARD, F. (2002). *Les handicaps visuels*. Paris : Solal.
- RAYNARD, F. (1991). *Se mouvoir sans voir*. Suisse : Yva Peyret.
- REINHARDT, J.C. (1990). *La genèse de la connaissance du corps chez l'enfant*. Paris : PUF.

- RONDAL, J.A. (1986). *Langage et éducation*. Bruxelles : Mardaga.
- STERN, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : PUF.
- VILLEY, P. (1927). *L'aveugle dans le monde des voyants*. Paris : Flammarion.
- ZAZZO, R. (1983). *Où en est la psychologie de l'enfant ?* Paris : Denoël/Gonthier.

### Articles

- BELARGENT, C. (1994). *Dépistage et prise en charge précoce en orthophonie*. Glossa, les cahiers de l'unadrio, n° 41, 26-34.
- BULLINGER, A. (1984). *Les articulations entre espace de préhension et de locomotion chez l'enfant handicapé sensoriel*. Comportements, n° 1, 159-162.
- BURLINGHAM, D. (1965). *Some problems of ego development in blind children*. Psychoanalytic Study of the Child, n° 20, 194-208.
- COSNIER, J. (1985). *L'évaluation de la gestualité communicative*. Bulletin d'audiophonologie, annales scientifiques de l'université de Franche-Comté, n° 5 et 6.
- FRAIBERG, S. (1994). *Un programme éducatif pour les nourrissons aveugles*. Psychiatrie de l'enfant, I, n° 37, 49-80.
- GENICOT, R. (1988). *Le langage tactile chez le non-voyant*. Glossa, n° 12.
- LISSONDE, B. (1978). *Déficiência visuelle, déficiência mentale*. Perspectives psychiatriques, III, n° 67, 245-256.
- MARTINEZ, F. (1978). *Aspects perceptifs et cognitifs du développement génétique de l'aveugle congénital*. Perspectives psychiatriques, III, n° 67, 230-234.
- PORTALIER, S. (1981). *Déficit et handicap visuel*. Psychologie de l'enfant et pédagogie expérimentale, n° 578, Les déficients visuels.
- POSTEL, J., CAILLON, N., NEU, C. (1971). *Le langage oral de l'enfant aveugle*. Revue de neuropsychiatrie infantile, 31, 21-32.
- SAMPAIO, E. (2003). *L'autisme infantile : le cas de l'enfant aveugle, réflexions méthodologiques*. Magazine Réseaux FISAF, 15, 7-10.
- SAMPAIO, E. (1994). *Le développement précoce des enfants aveugles : les travaux pionniers de Selma Fraiberg*. Psychiatrie de l'enfant, 37, n°1, 27- 47.
- SAMPAIO, E. (1991). *Le langage chez les enfants aveugles*. Actualités psychiatriques, n°3.
- SAMPAIO, E. (1988). *Impact de la privation sensorielle sur le fonctionnement psychique*. Revue de l'Association Nationale des Equipes et Centres d'Action Médico-Sociale Précoce, n° 7, 91-99.

-WINNICOTT, D (1958). *La capacité à être seul*. De la pédiatrie à la psychanalyse, 205-213.

### **Conférences et colloques**

-BULLINGER, A. (1984). *Instrumentation du système visuel déficient*, XVèmes journées d'étude et de formation de l'ALFPHV (Association de Langue Française des Psychologues spécialisés pour Handicapés de la Vue).

-HATWELL, Y. (1999). *L'évaluation des incidences cognitives de la cécité : questions de méthode*, XXXèmes journées d'étude et de formation de l'ALFPHV.

-SAMPAIO, E. (1987). *Selma Fraiberg : Pionnière de l'intervention précoce auprès des jeunes aveugles et leur famille*, XVIIIèmes journées d'étude et de formation de l'ALFPHV.

-SCHEPENS, C. (1991). *Vous avez dit verbalisme ?* XXIIèmes journées d'étude et de formation de l'ALFPHV.

### **Mémoires et thèses**

-ABELE, V. (2005). *Communiquer sans voir, les répercussions de la cécité sur les modalités communicatives de l'enfant dans les interactions précoces*. Mémoire de Psychologie, Université de Lille.

-DUZAN, F. (1987). *La communication précoce et l'acquisition du langage chez l'enfant aveugle*. Mémoire d'orthophonie, Université de Bordeaux.

-FOUQUET, I., TESSON, E. (1993). *Développement et prise en charge de l'enfant aveugle*. Mémoire d'orthophonie, Université de Lille.

-LISSONDE, B. (1984). *Rôle de la vision dans la construction du schéma corporel*. Thèse de doctorat de psychologie, Université de Nancy.

-PEGON, G., PLANCHE, M.J. (1975). *La communication chez les enfants aveugles*. Mémoire d'orthophonie, Université de Lyon.

# ***ANNEXES***

## ANNEXE 1 : GRILLE D'OBSERVATION

GRILLE D'OBSERVATION DE LA COMMUNICATION ET DU LANGAGE			
		Céline	Marie
Productions vocales diverses	Cris, pleurs, gémissements		
	Bruits et jeux avec la bouche		
	Vocalisations		
	Rire		
	Variété des sons employés		
Langage oral	Initiatives		
	Respect des tours de rôle		
	Exprime verbalement ses affects (joie, refus, peur...)		
	Mots isolés		
	Association de plusieurs mots		
	Phrases construites		
	Variété du vocabulaire employé		
	Utilisation du « je »		
	Utilisation appropriée des pronoms personnels		
	Répétition		
	Tendance à se parler à soi-même		
	Formulation de questions		
	Verbalisation de ce qui est entendu		
	Verbalisation de ce qui est touché		
	Compréhension		
Expression verbale de demandes			
Possibilité de dialogue question/réponse			
Capacité à finir une phrase			
Expressions faciales	Sourire		
	Mouvements des lèvres		
	Contractions du visage		
Langage du corps	Mouvements des bras		
	Mouvements des jambes		
	Balancements		
	Tremblements		
	Blindismes		
	Gestes symboliques		
	Jet des objets		
	Capacité à tendre les bras		
	Recrutement tonique général		
Effondrement tonique général			
Attitude	Raideur		
	Immobilité posturale		
	Changement de position		
	Disponibilité à la relation		
	Repli sur soi		
	Excitation		
	Passivité		
Modification du rythme de respiration			
Exploration\Ecoute	Exploration des objets		
	Exploration du corps et du visage de l'interlocuteur		
	Recherche des objets autour de soi		
	Orientation vers la source sonore		
	Ecoute des objets		

**ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ADRESSE A L'ENTOURAGE FAMILIAL ET  
PROFESSIONNEL**

Madame, monsieur,

Je suis étudiante en dernière année d'orthophonie. Je réalise actuellement un mémoire la communication de jeunes enfants aveugles. Dans le cadre de mon étude et pour compléter mes observations, je souhaite recueillir le point de vue des différentes personnes de l'entourage (familial et professionnel) de ces enfants. Il s'agit bien ici d'un recueil d'informations cliniques et non d'une démarche d'évaluation. Je fais donc appel à vous pour remplir le questionnaire ci-après. La plupart des questions admettent plusieurs réponses, vous pouvez donc cocher plusieurs cases et ajouter des précisions. Si vous aviez des questions ou des remarques à formuler, n'hésitez pas à me contacter. D'avance, je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma démarche.

Capucine GLORIEUX

*Questionnaire rempli par (nom et fonction auprès de l'enfant) :*

**Exploration**

**Comment l'enfant s'intéresse-t-il au monde tactile ?**

**1.** L'enfant utilise-t-il spontanément ses mains ?

Oui  Non

**2.** L'enfant cherche-t-il spontanément les objets autour de lui ?

Oui  Non

**3.** L'enfant se déplace-t-il pour obtenir un objet ?

Oui  Non

Si oui, de quelle(s) manière(s) ?

-  à quatre pattes

-  en position assise

-  en rampant

-  en marchant

-  autre :

**4.** L'enfant explore-t-il activement les objets (contours, textures, etc.) ?

Oui  Non

Si oui, de quelle(s) manière(s) ?

- avec une seule main
- avec les deux mains
- autre :
- en agrippant l'objet
- en balayant l'objet avec tous les doigts

**5.** L'enfant : Explore-t-il les objets en les portant à la bouche ? Oui  Non

Ingère-t-il des substances non-alimentaires ? Oui  Non

**6.** L'enfant s'enferme-t-il parfois dans la manipulation d'objets sélectivement choisis ?

Oui  Non

Si oui, lesquels :

Recherche-t-il à s'autostimuler avec des objets ?

Oui  Non

Si oui, lesquels :

- Est-ce :
- une manipulation par plaisir de découverte
  - un acte répétitif
  - autre :

**7.** L'enfant semble-t-il avoir pour certaines matières ou textures :

- une préférence
- une aversion

Si c'est le cas, lesquelles :

Comment cela se traduit-il ?

- excitation motrice
- refus de rendre
- expressions du visage
- rejet
- réaction verbale
- autre :

**8.** L'enfant explore-t-il le visage et/ou le corps de son interlocuteur (vêtements, bijoux...)?

Oui  Non

Si oui, de quelle(s) manière(s) ?

-  agrippement

-  balayage avec les doigts

-  autre :

**9.** L'enfant montre-t-il une certaine conscience de l'autre dans l'exploration ?

Oui  Non

Si oui, de quelle(s) manière(s) ?

-  donne les objets

-  adresse des commentaires

-  autre :

**10.** L'enfant a-t-il progressé, évolué dans sa démarche d'exploration ?

Oui  Non

Si oui, sur quel(s) point(s) en particulier ?

-  manière d'explorer (utilisation des deux mains, de tous les doigts, etc.)

-  choix des objets

-  recherche des objets

-  autre :

### *Ecoute*

#### *Comment l'enfant s'intéresse-t-il au monde sonore ?*

**1.** L'enfant :

A-t-il bénéficié d'un dépistage auditif ainsi que de bilans réguliers ? Oui  Non

A-t-il eu des otites séreuses ? Oui  Non

**2.** L'enfant montre-t-il des signes d'alerte au bruit (c'est-à-dire réagit-il aux bruits qu'il entend) ?

Oui  Non

Si oui, lesquels ?

-  modification de la respiration

-  changement de posture

-  orientation de la tête

-  modification du tonus

-  autre :

**3.** L'enfant :

Semble-t-il curieux des bruits qu'il entend ? Oui  Non

Si oui, comment cela se traduit-il ?

- recherche de la source sonore
- expressions faciales
- immobilité soudaine
- réaction verbale
- excitation motrice
- autre :

Semble-t-il gêné par les bruits ambiants ? Oui  Non

A-t-il peur de certains bruits ? Oui  Non

Si oui, lesquels et comment cela se traduit-il ?

- immobilité soudaine
- cris
- excitation motrice
- pleurs
- expressions faciales
- réaction verbale
- autre :

**4.** L'enfant prête-t-il une attention particulière à la musique et au chant ?

Oui  Non

Comment cela se traduit-il ?

- immobilité soudaine
- cris
- excitation motrice
- pleurs
- expressions faciales
- réaction verbale
- autre :

**5.** L'enfant s'oriente-t-il vers la source sonore (musique, jouets, etc.) ?

Oui  Non

**6.** L'enfant

Fait-il des bruits de bouche ? Oui  Non

Chantonne-t-il ? Oui  Non

Semble-t-il écouter ses propres productions ? Oui  Non

**7.** L'enfant s'oriente-t-il vers la personne qui parle ?

Oui  Non

## Interaction

### Comment l'enfant investit-il les relations avec autrui ?

**1.** Comment l'enfant répond-il à une proposition d'interaction ?

- immobilité
- repli sur soi
- changement de position
- autre :
- excitation motrice
- réaction verbale

**2.** Comment se comporte l'enfant face à une personne jamais rencontrée ?

- immobilité
- repli sur soi
- excitation motrice
- autre :
- réaction verbale
- questions orales

**3.** Quel(s) moyen(s) l'enfant semble-t-il utiliser pour reconnaître les personnes de son entourage ?

- voix
- odeur
- autre :
- toucher
- bruit de la démarche

**4.** L'enfant adapte-t-il son comportement selon l'interlocuteur ? C'est-à-dire se comporte-t-il différemment avec des personnes familières ou avec des personnes jamais ou rarement rencontrées ?

Oui  Non

Précisez :

**5.** Existe-t-il certaines situations, lieux, ou objets permettant à l'enfant de s'ouvrir davantage à la relation ou au contraire induisant chez lui une attitude d'enfermement ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles ?

**6.** L'enfant anticipe-t-il les routines (bain, coucher, repas, chansons habituelles, etc.) ?

Oui  Non

Si oui, de quelle(s) manière(s) ?

-  comportement adapté

-  réaction verbale

-  excitation motrice

-  autre :

**7.** L'enfant est-il à l'initiative de certaines interactions ? Oui  Non

Si oui, dans quelle(s) situation(s) et avec quelle(s) personne(s) cela se produit-il ?

De quelle manière s'y prend-il ?

**8.** Comment l'enfant tente-t-il d'attirer l'attention sur lui ?

-  cris

-  interpellation verbale

-  gestes

-  autre :

**9.** L'enfant recherche-t-il le contact physique ?

- avec des enfants : Oui  Non

- avec des adultes : Oui  Non

Tend-il les bras pour être pris ? Oui  Non

**10.** L'enfant réclame-t-il certaines interactions connues (chansons, jeux, etc.) ?

Oui  Non

Si oui, de quelle(s) manière(s) :

-  entame l'interaction (début de la chanson, etc.)

-  demande verbale

-  autre :

**11.** L'enfant est-il à l'origine de certaines interactions nouvelles ? Oui  Non

Si oui, lesquelles ?

**12.** L'enfant met-il en place des situations d'attention conjointe ? C'est-à-dire des situations dans lesquelles l'attention des partenaires est portée sur la même chose (objet, bruit, personne, etc.)  
Oui  Non

## Communication

### De quelle manière l'enfant communique-t-il avec son entourage ?

**1.** De quelle manière l'enfant exprime-t-il ses émotions (joie, peur, tristesse, incompréhension, etc.) ?

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| - <input type="checkbox"/> cris    | - <input type="checkbox"/> mouvements du corps  |
| - <input type="checkbox"/> pleurs  | - <input type="checkbox"/> expressions faciales |
| - <input type="checkbox"/> rires   | - <input type="checkbox"/> expression verbale   |
| - <input type="checkbox"/> gestes  |   |
| - <input type="checkbox"/> autre : |   |

Ses émotions sont-elles en général adaptées aux situations ? Oui  Non

Peut-on déceler chez l'enfant des affects plus nuancés (contrariété, étonnement, inquiétude, etc.) ?

Oui  Non

**2.** L'enfant exprime-t-il :

Des souhaits

Oui  Non

Si oui, de quelle manière. ?

- verbalement
- gestuellement
- autre :

Des demandes

Oui  Non

Si oui, de quelle manière. ?

- verbalement
- gestuellement
- autre :

Des refus

Oui  Non

Si oui, de quelle manière. ?

- verbalement
- gestuellement
- autre :

**3.** L'enfant respecte-t-il les tours de rôle dans le dialogue ?

Oui  Non

**4.** L'enfant connaît-il les gestes conventionnels et symboliques (coucou de la main, envoi de baiser, etc.) ? Oui  Non

Si oui, cela semble-t-il être :

- conditionné (réponse automatique)
- une réelle envie de communiquer spontanément

**5.** L'enfant utilise-t-il spontanément les mimiques faciales (sourire, grimaces, etc.) ?

Oui  Non

Si oui, est-ce pour :

- exprimer ses émotions (plaisir, peur, etc.)
- communiquer avec son interlocuteur (sourire d'invite par exemple)

**6.** L'enfant produit-il des sons qui tiennent lieu de mots (c'est-à-dire des sons isolés ayant toujours la même signification) ? Oui  Non

Si oui, lesquels ?

**7.** L'enfant fait-il souvent allusion à des personnes ou à des objets absents ?

Oui  Non

Si oui, lesquels :

De quelle(s) manière(s) ?

- allusion verbale
- reproduction d'une situation vécue
- autre :

**8.** Que fait l'enfant quand il ne comprend pas ce qu'on lui dit ou ce qu'on lui demande ?

- passivité
- excitation motrice
- demande verbale de répétition
- autre :

## **Jeu**

### **Comment l'enfant investit-il le jeu ?**

**1.** L'enfant joue-t-il :

- seul
- avec d'autres enfants
- avec l'adulte
- avec plusieurs personnes à la fois

**2.** L'enfant utilise-t-il les jouets de façon appropriée ? Oui  Non

**3.** L'enfant est-il capable de démarrer et de finir un jeu ? Oui  Non

**4.** L'enfant :

Fait-il semblant (de nourrir la poupée, etc.)? Oui  Non

Invente-t-il des histoires ? Oui  Non

**5.** L'enfant :

Respecte-t-il les tours de rôle dans le jeu ? Oui  Non

Respecte-t-il les règles du jeu ? Oui  Non

## **Langage**

### **De quelle manière l'enfant utilise-t-il le langage oral ?**

**1.** L'enfant utilise-t-il le langage oral ? Oui  Non

S'il ne l'utilise pas, l'a-t-il utilisé à un moment de son développement ? Oui  Non

**2.** L'enfant a-t-il une intonation :

- monocorde (sans modification)
- modulée (descente en fin de phrase, intonation adaptée aux phrases interrogatives, déclaratives, etc.)

**3.** L'enfant s'exprime-t-il par :

- mots isolés
- phrases construites
- association de quelques mots

Ce langage est-il informatif ? C'est-à-dire a-t-il un sens ? Oui  Non

**4.** L'enfant a-t-il recours à la répétition, à l'écholalie ? C'est-à-dire répète-t-il comme un écho les paroles prononcées devant lui ? Oui  Non

Si oui, répète-t-il :

-  des mots isolés

-  des phrases entières

-  des fins de phrases

-  autre :

Dans quel contexte cela se produit-il ?

Cela vous semble-t-il avoir valeur de sens (acquiescement, confirmation, etc.) ?

Oui  Non

Précisez :

**5.** Existe-t-il :

Un trouble d'articulation ? C'est-à-dire une non-maîtrise de certains sons de la langue ?

Oui  Non

Un trouble de parole ? C'est-à-dire une confusion systématique de certains sons, des mots incomplets ou déformés. Oui  Non

**6.** L'enfant se parle-t-il à lui-même ?

Oui  Non

Son discours est-il intelligible ? C'est-à-dire compréhensible

Oui  Non

Est-il informatif? C'est-à-dire porteur de sens

Oui  Non

Dans quelle(s) situation(s) cela se produit-il ?

**7.** L'enfant verbalise-t-il spontanément ce qu'il entend ou ce qu'il touche ?

Oui  Non

**8.** L'enfant est-il capable de raconter quelque chose (un événement, etc.) ?

Oui  Non

Si oui, le fait-il :

-  sur demande de l'interlocuteur

-  de façon spontanée

**9.** L'enfant possède-t-il un vocabulaire riche et varié ? Oui  Non

**10.** L'enfant comprend-il les mots de base qui constituent son environnement familial (objets du quotidien, jouets de l'enfant, parties du corps, nourriture, vêtements, lieux connus, etc.) ?

Oui  Non

Comprend-t-il ces mots en dehors de tout contexte ? Oui  Non

**11.** L'enfant comprend-il le vocabulaire topologique, c'est-à-dire spatial (" dedans ", " dessus ", " à côté ", etc.) ? Oui  Non

**12.** L'enfant comprend-il le vocabulaire ne faisant pas référence à son quotidien ?

Oui  Non

**13.** L'enfant comprend-il :

Une consigne simple (ex : " donne-moi le ballon ") ? Oui  Non

Une consigne complexe (ex : " donne-moi le ballon avec des pics qui se trouve à côté du livre ") ?

Oui  Non

**14.** L'enfant utilise-t-il des mots dont il ne connaît pas la signification (noms des couleurs, etc.) ? Oui  Non

Si oui, lesquels par exemple ?

Dans quel contexte ?

**15.** Y a-t-il possibilité d'un dialogue question/réponse avec l'enfant ? Oui  Non

Sait-il répondre à une question par oui ou par non ? Oui  Non

Répond-il souvent en réutilisant le même pronom que dans la question (ex : " tu veux... ? ", " tu veux pas... ") ? Oui  Non

**16.** L'enfant pose-t-il des questions ? Oui  Non

Si oui, à quel sujet par exemple ?

Certaines questions reviennent-elles de manière répétitive ? Oui  Non

**17.** L'enfant maîtrise-t-il le vocabulaire de politesse (" s'il te plait ", " merci ", etc.) ?

Oui  Non

Si oui, semble-t-il en avoir saisi le sens et la raison ? Oui  Non

L'utilise-t-il :

-  sur demande

-  façon spontanée

**18.** L'enfant utilise-t-il la négation ? Oui  Non

Si non, comment l'exprime-t-il ?

**19.** L'enfant utilise-t-il correctement les pronoms personnels (je, tu, il, etc.) ?

Oui  Non

Parle-t-il de lui :

-  en disant " je "/" moi "

-  en utilisant son prénom

### Divers

**1.** L'enfant fait-il preuve d'une excitation particulière (verbale, motrice, etc.) dans certaines situations ? Oui  Non

Si oui, lesquelles par exemple ?

**2.** L'enfant présente-t-il des blindismes ? C'est-à-dire, l'enfant a-t-il des attitudes motrices répétitives ? (exemples : doigts dans les orbites, balancements, rotations sur lui-même, agitation des mains, etc.) Oui  Non

Si oui, dans quel contexte ?

-  ennui

-  peur

-  joie

-  attente (d'un objet, d'une personne, d'une situation, etc.)

-  autre :

**3.** Comment l'enfant réagit-t-il face à la nouveauté ?

-  repli sur soi

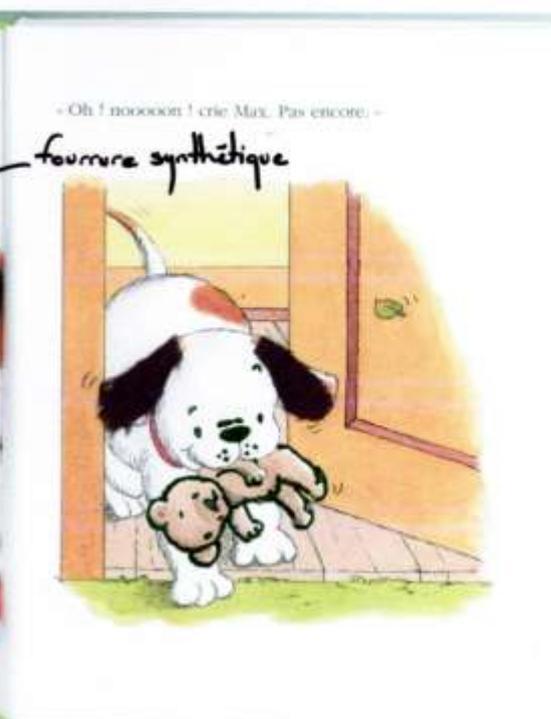
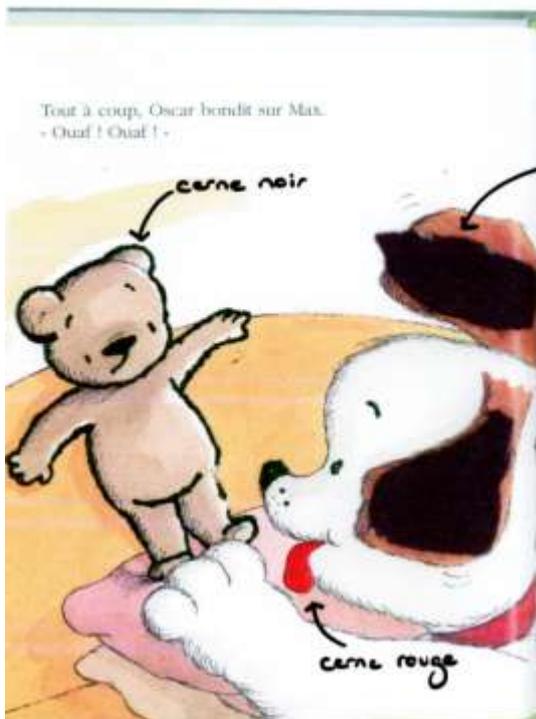
-  curiosité

-  excitation

-  refus

-  autre :

ANNEXE 3 : EXTRAITS DES LIVRES TACTILES



C'est le gros livre bleu!

Dans le bateau, il risquerait d'être mouillé.  
-Pas question de partir à la mer sans notre livre!  
gronde Roxane. Nous voulons lire des histoires  
sur la plage!



### **Résumé :**

Privé de la principale source d'informations concernant le monde physique et relationnel, l'enfant aveugle doit se structurer autrement. Son développement perceptif, moteur, cognitif, affectif et communicatif prend donc une direction particulière.

Ce mémoire s'intéresse à la communication de deux jeunes enfants aveugles congénitaux. Il a été réalisé au sein de l'Institut des Jeunes Aveugles de Lille.

Par le biais d'une démarche d'observation et d'enquête, nous avons pu montrer que la communication de ces deux enfants présente des particularités et que celles-ci s'inscrivent en lien étroit avec les spécificités de leur développement global.

### **Mots clés :**

- Cécité
- Communication
- Enfant
- Observation
- Enquête