



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I
Faculté de Pharmacie

Image du corps de l'enfant appareillé et implanté



Mémoire
Présenté en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat d'Audioprothésiste

Camille Macé
2010

Image du corps de l'enfant appareillé et implanté

Aide auditive conventionnelle et implant cochléaire

*Etude réalisée à travers le dessin auprès d'enfants
implantés et appareillés*

Mémoire effectué sous la direction de
M. Debrulle Xavier

AUDITION DEBRUILLE
48, cours Jean-Baptiste Langlet
51100 REIMS
☎ 03.26.47.06.57
Fax 03.26.40.07.48

Je soussigné Monsieur Xavier DEBRUILLE, AUDIOPROTHESISTE,
Maître de stage et de mémoire de Mademoiselle Camille MACÉ,
certifie avoir lu et commenté son mémoire de 3^{ème} année intitulé :

« Image du corps de l'enfant appareillé et implanté »



Xavier DEBRUILLE

Fait à Reims le 5 octobre 2010

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord M. Xavier Debrulle, audioprothésiste à Reims, pour ses conseils précieux, son soutien et sa disponibilité, tout au long de la réalisation de cette recherche. Je le remercie également de m'avoir permis de réaliser ce projet en donnant son accord lors de ma proposition de sujet de mémoire.

Je remercie également de façon chaleureuse Mme Joanne Masson, psychologue clinicienne, et Mme Marie-Noëlle Redaud, orthophoniste clinicienne, qui travaillent à l'hôpital Robert Debré à Reims, pour les conseils qu'elles ont pu me donner et pour leur participation à la séance d'analyse des dessins.

Je remercie Mme Claudine Loiseau, audioprothésiste à Orléans, pour nous avoir permis de rencontrer les enfants implantés au sein du Centre d'Audiophonologie Infantile de Saint Jean de la Ruelle. Je remercie à ce titre la secrétaire du CAI, Isabelle Fesnin, pour avoir organisé les rendez-vous de dessins et récolté les formulaires de consentement des parents.

Nous avons rencontrés les enfants normo entendants dans l'école primaire de Plesnois, grâce à Mme Rosine Legros, directrice de cette école primaire. Je la remercie également pour sa présence et l'attention qu'elle a portées à ce projet, et je remercie par la même occasion Mme Marie Behr, et Marion Kreder de m'avoir permis de faire dessiner les enfants pendant les temps scolaires.

Je remercie Patrick Colin, et Olivier Lallement, psychologues à Reims, Mme Vincent Hélène et Mme Brigitte Clément, psychomotriciennes à Metz, qui m'ont apporté leur soutien à la mise en place du projet. Je les remercie de m'avoir fait part de leur expérience professionnelle et d'avoir contribué à l'étude de la faisabilité du projet.

Merci également à M. Joël Ducourneau, directeur de l'école d'audioprothésiste de Nancy, toujours prêt à répondre à nos questions, et attentif et disponible tout au long de la réalisation du projet mémoire, et des trois ans passés dans l'école.

Un grand merci à tous les parents qui ont accepté que leur enfant participe à l'étude, et un merci particulier à tous les enfants qui ont acceptés de réaliser des dessins et de me les donner à la fin de la séance. Les enfants et leurs parents m'ont fait confiance, et sans eux ce projet n'aurait pas pu être réalisé.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	4
TABLE DES MATIERES	5
INTRODUCTION.....	8
A. CADRE THEORIQUE.....	11
I. Schéma corporel et image inconsciente du corps et lien avec la surdité	11
1. Le schéma corporel.....	11
a. Le schéma corporel vu par plusieurs auteurs.....	11
b. Conscient mais aussi préconscient.....	12
c. Structuration du schéma corporel	12
2. L'image inconsciente du corps	14
a. La vision de P.Schilder	14
b. F. Dolto.....	14
c. Formation de l'image du corps	16
• Le nouveau né par F. Lefébure.....	16
• L'image du corps à travers les castrations symboligènes.....	17
3. Deux concepts qui cohabitent.....	18
4. Lien avec la surdité.....	20
a. Répercussions de la surdité sur l'enfant et sa famille	20
• Un travail de deuil de l'enfant désiré [14].....	20
• Une rupture de communication	20
• Une communication mère/enfant perturbée	21
• Nouvelle organisation de la famille.....	23
• Notion de handicap	24
b. Schéma corporel et surdité	24
c. Image du corps et surdité.....	25
II. Surdité et appareillage auditif.....	27
1. La surdité.....	27
• Les degrés et les types de déficiences auditives.....	27
• Surdité de transmission et de perception.....	28
• Surdité congénitale et acquise	29
2. L'appareillage auditif	29
a. Le mode d'appareillage	29
• L'appareillage auditif conventionnel.....	29
• L'implant cochléaire	29
b. Un travail d'équipe	31
• L'équipe pluridisciplinaire	31
• Le rôle de l'audioprothésiste	32
c. Enjeux de l'appareillage	33
• Cas d'une surdité légère	33
• Cas d'une surdité moyenne	34
• Cas d'une surdité sévère.....	34
• Cas d'une surdité profonde	34
d. Difficultés liés à l'âge.....	34
• Audiométrie et réglages	34
• Une coopération des parents nécessaire	36
e. L'enfant polyhandicapé.....	37
3. Ethique et appareillage	38

III.	Dessin.....	41
1.	Définition.....	41
a.	Il traduit un état affectif.....	41
b.	L'inconscient dans le dessin.....	41
2.	Un dessin projectif.....	42
3.	Image inconsciente du corps et schéma corporel dans le dessin.....	42
4.	Le dessin est un langage.....	43
5.	L'évolution du dessin.....	44
6.	Les étapes du dessin du bonhomme.....	45
7.	Schéma récapitulatif de l'évolution du dessin : Du barbouillage au dessin créatif.....	47
8.	Evaluation du dessin.....	47
9.	Dessin et déficience auditive.....	48
B.	PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	49
I.	Problématique.....	49
II.	Hypothèses.....	50
1.	Hypothèse de départ.....	50
2.	Hypothèse 1.....	50
a.	Hypothèse 1a.....	50
b.	Hypothèse 1b.....	50
3.	Hypothèse 2.....	50
4.	Hypothèse 3.....	50
5.	Hypothèse 4.....	50
a.	Hypothèse 4a.....	50
b.	Hypothèse 4b.....	51
6.	Hypothèse 5.....	51
a.	Hypothèse 5a :.....	51
b.	Hypothèse 5b :.....	51
7.	Hypothèse 6.....	51
8.	Hypothèse 7.....	51
9.	Hypothèse 8.....	51
C.	CONTRIBUTION PERSONNELLE, ETUDES.....	52
I.	Population testée.....	52
1.	Groupe des enfants appareillés.....	52
2.	Groupe des enfants implantés.....	53
3.	Groupe témoin des enfants normo entendants.....	53
4.	Caractéristiques de la population testée.....	54
II.	Protocole.....	55
1.	Matériel standardisé.....	55
2.	Conditions de passation.....	55
a.	Formulaire de consentement.....	55
b.	Unité de lieu.....	55
c.	Deux séances de dessin.....	56
d.	Choix du nombre d'enfants participant à l'étude.....	56
e.	Une passation individuelle mais parfois collective.....	56
f.	Enoncé de la consigne.....	57
g.	Un temps illimité.....	57
3.	Les consignes.....	57
a.	Le dessin du bonhomme.....	57
b.	L'autoportrait.....	58
c.	Le dessin de la famille.....	58
III.	Technique d'analyse des dessins.....	60
1.	Les grilles de lecture des dessins.....	60
a.	Grille des dessins des bonhommes et autoportraits.....	60
b.	Grille d'analyse des dessins de la famille.....	60

2. Relevés des mesures	61
3. Analyse des résultats	61
a. Hypothèse de départ	61
b. Hypothèse 1 : la présence et la taille des oreilles.....	62
• Observation	62
• Interprétation.....	62
• Conclusion	62
• La présence des oreilles	63
• La taille des oreilles	64
• Interprétation.....	64
• Remarques.....	65
• Conclusion	65
c. Hypothèse 2 : la taille de la bouche	65
• Les rapports tête/bouche	66
• Interprétation.....	66
• Conclusion	67
d. Hypothèse 3 : la présence des mains	67
• Observation	67
• Interprétation.....	68
• Conclusion	68
e. Hypothèses 4a et 4b : la taille de la tête.....	68
• Hypothèse 4a : un surinvestissement de la tête pour les enfants malentendants et sourds dus à une communication à indices sur le visage	68
• Hypothèse 4b : une tête surdimensionnée pour les enfants implantés du fait de l'attention particulière des parents.....	70
f. Hypothèse 5 : la taille des personnages	70
• Hypothèse 5a :.....	71
• Hypothèses 5b	71
g. Hypothèse 6 : la communication entre les personnages	72
h. Hypothèse 7 : l'identification de l'enfant à ses parents	73
• Observations.....	74
• Remarque	74
• Conclusion	74
i. Hypothèse 8 : conscience de porter l'appareillage auditif	75
• Groupes d'enfants implantés	75
• Groupes d'enfants appareillés	76
• Groupes d'enfants normo entendants	76
• Interprétation.....	76
• Conclusion	77
4. Conclusion générale des tests	77
a. Rappel des hypothèses validées.....	77
b. Les caractéristiques de chaque groupe.....	78
• Caractéristiques communes aux deux groupes d'enfants : implantés et appareillés	78
• Particularités des enfants implantés	78
• Particularités des enfants appareillés.....	78
5. Discussions et ouvertures	79

CONCLUSION	82
-------------------------	-----------

BIBLIOGRAPHIE.....	85
---------------------------	-----------

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	88
-------------------------------------	-----------

TABLE DES TABLEAUX	89
---------------------------------	-----------

ANNEXES	90
----------------------	-----------

INTRODUCTION

En tant que future audioprothésiste et intéressée particulièrement par l'appareillage de l'enfant, j'ai pu découvrir le travail avec les enfants au cours de mes stages. J'ai pu appréhender la découverte de la surdité au sein d'une famille, et la mise en place d'un appareillage auditif avec toutes les difficultés que cela pouvait impliquer.

Dans mon stage de troisième année, j'ai assisté aux séances de synthèse de l'équipe pluridisciplinaire d'implantation, et pu me rendre compte de la place, et du rôle qu'avait chaque professionnel au sein de l'équipe. J'ai vu à quel point la communication entre professionnels spécialisés n'était pas toujours évidente car chacun parle avec son vocabulaire et ses références professionnelles qui fonctionnent comme un prisme. C'est toute la richesse d'une équipe pluridisciplinaire mais également toute la complexité de cette dernière.

J'ai également observé puis participé de façon active à la mise en place et à l'activation de l'implant cochléaire chez plusieurs patients, c'est-à-dire à la première mise en circulation du courant électrique dans les électrodes, et donc dans la cochlée. J'ai vu ces séances de réglages d'implant cochléaire avec des adultes mais aussi avec de jeunes enfants de quinze mois minimum. Les séances de réglage de l'implant qui suivent cette activation, ont été aussi une nouvelle expérience pour moi.

Lors des séances de mise en place des appareillages auditifs, que ce soit des aides auditives conventionnelles où des implants cochléaires auprès de jeunes patients, je me suis interrogée sur la façon dont ils « se vivaient » avec ce nouvel accessoire qui suppléait leur sens déficient. Cet appareillage souvent peu discret (notamment lorsqu'il est porté par des enfants très jeunes) allait devenir indispensable à leur éveil et leur future vie sociale. Il allait être porté en permanence par ces enfants en pleine croissance et construction identitaire. Il allait également être le marqueur visible de ce handicap qui sans lui resterait invisible de prime abord aux yeux de la société.

Je me suis rendue compte qu'aucun membre de l'équipe pluridisciplinaire ne s'intéressait spécifiquement au corps de l'enfant. Les questions de l'impact de l'appareillage auditif (appareil conventionnel ou implant cochléaire) sur le corps de celui-ci étaient absentes des discussions entre professionnels auxquelles j'ai assisté. J'ai été frappée par le manque de discussion à ce sujet tout en étant admirative du nombre de difficultés abordées et traitées au sein de cette équipe pluridisciplinaire.

C'est de cette façon que l'idée m'est venue de monter un projet, où l'on pourrait émettre des hypothèses sur l'image inconsciente du corps de l'enfant, en utilisant comme support le dessin des enfants appareillés et implantés. Il me semble que la façon dont l'enfant vit dans son corps est primordiale.

Lorsque l'idée du projet commençait à prendre forme, une petite fille de 6 ans a dessiné, pendant qu'on lui réglait son implant cochléaire, un personnage féminin avec un implant cochléaire de couleur rouge (cf. annexe I). Lors de l'entretien avec la mère de cette petite fille, elle m'a expliqué qu'à chaque fois que sa petite fille se dessinait, elle se représentait avec son implant cochléaire. Par contre, lorsqu'elle dessinait d'autres membres de sa famille, il n'y avait pas d'appareillage.

Un autre témoignage qui m'a encouragée dans mon projet de mémoire est celui d'une maman, lors d'une séance de réglage d'implant cochléaire de sa petite fille. Celle-ci utilisait le français signé pour communiquer avec sa mère, lorsque nous étions en train de connecter son implant à l'interface de réglage. A ce moment précis, la petite fille n'entendait rien, son implant était éteint. La mère m'a expliqué que sa fille était persuadée que sa mère n'entendait pas non plus, lorsqu'elle-même ne percevait rien.

Une orthophoniste m'a indiqué qu'une de ses jeunes patientes de 12 ans, dessinait régulièrement au cours de ces séances de rééducation auditive. Son audition s'est dégradée et il a fallu qu'elle quitte ses aides auditives devenues insuffisantes (car elles n'étaient plus assez puissantes) pour être implantée. Lorsqu'elle est revenue consulter son orthophoniste pour poursuivre sa rééducation avec son implant, la petite patiente a réalisé un dessin pour la première fois en couleur. Jusqu'ici elle ne dessinait qu'en noir. C'est une remarque que l'on peut considérer comme non significative, mais on peut aussi bien la considérer comme telle ; c'est comme si cette petite patiente exprimait une idée de relief à travers son dessin ou tout au moins la manifestation d'un changement. Tous ces témoignages m'ont encouragé à mettre en place les tests, pour explorer ce lien entre l'appareillage et l'image du corps de l'enfant.

Ce qui nous intéresse dans ce mémoire n'est pas la surdité à proprement parlé mais bien l'appareillage et la rééducation auditive dans un but d'oralisation (orthophonie, audioprothésiste) qui va être réalisée auprès de l'enfant. L'appareillage auditif (conventionnel ou implant cochléaire) est considéré comme l'emblème de l'éducation oraliste ici. C'est-à-dire que l'on va étudier les conséquences de la pose des implants cochléaires et des appareils auditifs sur l'image du corps de l'enfant mais également les conséquences de la rééducation orthophonique puisque ces deux éléments sont toujours réalisés ensemble et indissociables.

Des travaux ont déjà été effectués sur la surdité, mais pas sur l'appareillage. Nous allons tenter d'explorer comment l'enfant « se vit » avec son appareillage, à travers sa représentation lorsqu'il se dessine.

Bien sûr, l'appareillage est une conséquence de la surdité, et la surdité est portée par l'enfant, elle fait partie de lui-même, elle le caractérise. Nous pouvons difficilement affirmer que les résultats que nous trouverons sont les conséquences de l'appareillage et non de la surdité, nous en avons conscience. Il aurait fallu pour s'en assurer, faire dessiner des enfants sourds ne portant pas d'appareillage auditif et comparer leur dessin à d'autres enfants appareillés.

C'est une question d'une future audioprothésiste qui nécessite l'aide de professionnels tels que des psychologues, des orthophonistes et des psychomotriciens. Nous allons donc faire appel à ces professionnels pour répondre à nos interrogations. A l'issue de nos résultats, nous

pourrons mieux appréhender cette question, et éventuellement adapter nos pratiques pour faciliter l'intégration de son appareillage par l'enfant.

Dans une première partie nous verrons le cadre théorique et dans la deuxième partie, la contribution de recherche personnelle comprenant tout le protocole du test et l'analyse des résultats obtenus.

Le cadre théorique nous permettra de différencier et d'expliquer les termes techniques que sont le schéma corporel et l'image du corps et de mettre en évidence le lien que l'on peut faire avec la surdité. Nous allons parler de surdité dans cette partie pour faire le bilan de ce qui a été étudié.

Nous verrons ensuite, dans une partie consacrée à la surdité et l'appareillage, les différentes surdités, et les différents professionnels qui interviennent autour d'un patient déficient auditif. Nous verrons également les différences qui existent entre un appareil auditif conventionnel et un implant cochléaire.

La troisième partie du cadre théorique sera consacrée au dessin. En effet, c'est ce support qui va être utilisé pour nos tests, et il est important d'appréhender ce média, notamment les significations que l'on peut lui donner dans l'évolution, et les bases théoriques auxquelles ces interprétations se rattachent, références cruciales pour nos investigations.

Dans la partie de la contribution personnelle, nous présenterons la population testée, le protocole et enfin l'analyse des dessins.

A. CADRE THEORIQUE

I. SCHEMA CORPOREL ET IMAGE INCONSCIENTE DU CORPS ET LIEN AVEC LA SURDITE

1. Le schéma corporel

Le schéma corporel est notre enveloppe externe, c'est la partie de l'individu visible dans le miroir. Ce concept est issu des recherches en neuroscience.

Nous allons d'abord nous intéresser du point de vue de plusieurs auteurs au schéma corporel, ensuite nous verrons qu'il est à la fois du domaine du conscient mais aussi de celui du préconscient, et enfin nous verrons comment sa structuration est réalisée.

a. Le schéma corporel vu par plusieurs auteurs

C'est un médecin français, P. Bonnier (1893), qui introduit la notion de « schéma corporel ». Il explique que c'est une figuration topographique et somatotopique du corps. C'est-à-dire que ce schéma lie l'ensemble des membres et des organes entre eux. Il est la représentation en 3D du corps et permet la localisation et une certaine coordination.

P. Schilder (1935), psychiatre et philosophe, définit le schéma corporel comme étant « l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même », et ce grâce à la coordination des différentes parties de son corps. Le schéma corporel est formé à partir d'indices moteurs. L'auteur défend l'idée que le schéma corporel est un schéma standard de notre corps, chaque nouvelle posture correspondant à un mouvement vient se greffer sur ce modèle de référence [1].

Pour lui, « le schéma du corps correspond à l'image neurologique du corps ». C'est donc une représentation mentale que l'enfant se fait de son corps, de son physique.

P. Schilder et H. Wallon (psychologue), introduisent une autre dimension en précisant le rôle primordial du tiers dans la constitution du schéma corporel.

J. Ajuriaguerra, neuropsychiatre et psychanalyste, propose en 1970, cette définition du schéma corporel : « Le schéma corporel est une intuition d'ensemble ou une connaissance immédiate de notre corps à l'état statique ou en mouvement, dans le rapport de ses différentes parties entre elles et dans ses rapports avec l'espace environnant des objets et des personnes ».

Il synthétise ainsi les différents points que nous avons vus avec les autres auteurs mais ajoute l'idée d'intuition et de rapport avec l'espace environnant.

C. Allard (1990), explique que le schéma corporel est consécutif du traitement et de la transformation de l'image anatomique par le cerveau en image neurologique.

La vision de W. Barral (1999), psychanalyste formé par F. Dolto, est assez proche, il pense que « le schéma corporel correspond à la représentation interne que nous avons de la forme de notre corps ». Il dit également que « le schéma corporel nous donne une représentation spatiale et fonctionnelle du corps organique » [2].

Pour agir, se déplacer, il faut avoir conscience des limites de son corps, et pour cela il faut que l'on ait une « idée de son corps ». C'est-à-dire une perception liée aux afférences actuelles, mais aussi une « image souvenir » [3].

On retrouve dans les citations que le schéma corporel permet d'avoir une connaissance implicite de la situation de notre corps dans l'espace [4], cette représentation étant en trois dimensions. L'idée « d'unité du corps » est présente, et nous verrons par la suite que cette prise de conscience est réalisée au stade du miroir pour J. Lacan, psychiatre et psychanalyste.

Pour F. Dolto, pédiatre et psychanalyste, le schéma corporel « spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quelque soient le lieu, l'époque et les conditions dans lesquelles il vit » [5a] et « le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus » [5a]. Il est « évolutif dans le temps et dans l'espace » [5b] et se structure par l'apprentissage et l'expérience.

« Le schéma corporel est une réalité de fait » [5c] contrairement à l'image du corps qui est imaginaire.

Elle précise que ce schéma « peut donc être indépendant du langage » [5a]

Pour F. Dolto, le schéma corporel d'un individu est le même que ceux de son groupe d'appartenance, mais peut être différent d'un groupe à l'autre. C'est le lieu où s'expriment les pulsions. Le schéma corporel est réel, et indépendant du langage.

b. Conscient mais aussi préconscient

L'image du corps est, nous le verrons par la suite, inconsciente. Le schéma corporel est lui, par contre, conscient. La conscience est le lieu où sont reçues les perceptions du monde extérieur, et celles qui proviennent de l'intérieur ; c'est le monde des pensées [6].

On le qualifie aussi parfois de « préconscient ». Le préconscient est d'après Freud, « l'intermédiaire entre la conscience et l'inconscience, ses contenus ne sont pas vraiment refoulés ni réellement accessibles directement par la pensée » [6].

Nous pouvons donc dire que le schéma corporel est une représentation plus ou moins consciente que l'individu a de son propre corps. C'est un modèle permanent ancré à un niveau neurologique qui nous sert de référence constante dans nos relations avec l'espace, le temps et le monde qui nous entoure. Il nous accompagne tout au long de nos déplacements, il est donc également malléable, les nouvelles expériences s'y réfèrent et l'enrichissent (D. Anzieu, psychanalyste français).

Nous allons maintenant étudier la façon dont ce schéma corporel se construit.

c. Structuration du schéma corporel

Pour C. Thoulon-Page, membre du Groupement des graphothérapeutes-rééducateurs de l'écriture, explique que la structuration du schéma corporel passe par trois étapes [7]: le rôle

de la mère, l'éducation perceptivo motrice, et enfin l'intériorisation et la représentation mentale.

- « Le rôle de la mère » est fondamental dans l'apprentissage de la constitution de notre corps. Tous les contacts physiques entre la mère et son enfant sont importants pour l'élaboration de son schéma corporel. Les caresses ou les massages de l'enfant, les câlins qu'elle peut lui faire, et même les situations de la vie quotidienne telle que l'habillement par exemple, contribuent à son développement. Les réactions « tonico émotionnelles » permettent à l'enfant de faire la différence entre lui-même et les autres. Ces relations de contact physique sont primordiales jusqu'à ce que l'enfant puisse se distinguer dans le miroir (cf. formation image du corps p16). Ainsi, le stade du miroir est fondamental dans la constitution du schéma corporel. Le miroir intervient dans la formation de notre identité. Il permet à chacun de créer un lien entre les images parcellaires qu'il pouvait avoir jusqu'alors avec son image spéculaire entière (d'après J. Lacan, psychiatre et psychanalyste).

- « L'éducation perceptivo motrice » qui peut être réalisée dans l'établissement scolaire de l'enfant et par son entourage est déterminante dans la prise de conscience de ses parties du corps et des limites de son corps. Cet éveil au corps est réalisé par l'intermédiaire de jeux, de gymnastique, de comptines ou d'exercices en rythme par exemple.

- « L'intériorisation et la représentation mentale » doivent ensuite être réalisées. L'enfant arrive par expérience, et suite aux deux étapes que nous venons de détailler, à représenter son corps en mouvement, il peut le verbaliser ou le dessiner.

La structuration du schéma corporel est longue. L'enfant sait se reconnaître dans un miroir vers 3 ans, la latéralisation se met en place vers l'âge de 5-6 ans, et la construction du schéma corporel s'achève vers 11-12 ans.

Les informations sensibles contribuent à la construction du schéma corporel. Dans le paragraphe précédent, on peut voir que le toucher et les sensations tactiles et thermiques jouent un rôle primordial dans le développement du schéma corporel. C'est ensuite la vision qui va contribuer à la distinction de soi dans le miroir. Au cours de l'éducation perceptivo-motrice, les informations musculaires, vestibulaires et auditives viennent en complément.

L'apport de la psychomotricité

Ce travail pour élaborer son schéma corporel, peut être effectué par l'enfant aidé de son entourage mais aussi facilité par des séances de psychomotricité.

Ce professionnel peut aider notamment des enfants sourds, et/ou touchés par des troubles associés. Les enfants dont la découverte de la surdité est tardive, ont été privés de l'ouïe pendant un certain temps et peuvent avoir subi des ruptures de communication (cf. p20) qui ont contribué à créer des difficultés dans l'élaboration de leur schéma corporel.

L'enfant sourd, par exemple, doit mettre son énergie à communiquer ce qui a pour effet de le concentrer sur « l'agir » (qui provoque les réactions de l'entourage) au détriment du ressenti (qui demande une concentration sur soi), c'est le travail du psychomotricien de

s'attarder sur les difficultés de ce type avec l'enfant. Il peut le faire avec de la relaxation, ou des moments de détente par exemple.

Les psychomotriciens permettent à l'enfant de mieux connaître son corps. Ils travaillent avec lui sur le lien entre les sens et la motricité, mais aussi beaucoup sur l'éveil sensoriel, et font sentir à l'enfant son axe corporel, et ses limites corporelles avec des exercices adaptés : des jeux qui permettent de nommer les parties du corps, des jeux en rythme pour permettre à l'enfant de construire son schéma corporel.

La simplification est toujours réductrice mais nous avons tout de même tenu à illustrer cette partie par une expression parfois utilisée pour parler du schéma corporel, qui est le « corps vu ». Ce terme est utilisé en opposition au « corps vécu » utilisé pour désigner l'image du corps. C'est maintenant ce dernier que nous allons étudier dans la partie suivante.

2. L'image inconsciente du corps

Ce terme est issu des recherches en psychanalyse. Beaucoup d'auteurs ont écrit sur ce thème de l'image du corps. Certains ne font pas ou peu de différence avec le schéma corporel. Nous n'allons pas détailler ce que dit chaque auteur sur la question, mais nous intéresser aux deux principaux auteurs ; le fondateur du concept de l'image du corps, P. Schilder et la grande psychanalyste F. Dolto.

a. La vision de P.Schilder

La notion d'image du corps a été élaborée pas le psychanalyste américain Paul Shilder en 1935, il écrit un ouvrage qui paraît en 1968 et qui s'intitule « L'image du corps ».

Il dit que « c'est l'image de notre corps que nous formons dans notre esprit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous même ». Il pense que l'image du corps se construit à travers l'expérience sensorielle et émotionnelle.

Il écrit dans son ouvrage : « Notre attitude à l'égard des différentes parties de notre corps peut être déterminée par l'intérêt que lui porte notre entourage [...] leurs paroles et leurs actions peuvent aussi nous influencer en dirigeant notre attention sur telle ou telle partie de leur corps et du nôtre ».

Dans cette citation, l'auteur aborde la dimension affective du corps, et souligne le rôle qu'a autrui dans la formation de l'image du corps. L'autre nous renvoie une image qui va contribuer à faire évoluer notre propre image du corps.

b. F. Dolto

Pour F. Dolto, il est primordial de faire la différence entre schéma corporel et image de corps. Depuis la théorie de cette image du corps réalisé par Dolto, beaucoup d'auteurs sont revenus sur ce concept, qui souvent, n'était pas distinct du schéma corporel.

Tous les auteurs s'accordent sur le fait que l'image du corps est inconsciente, c'est-à-dire qu'elle n'est pas accessible par la pensée. C'est dans l'inconscient que se trouvent des contenus refoulés ainsi que les contenus non acquis par l'individu. F. Dolto ajoute que l'image du corps est préconsciente lorsqu'elle est associée au langage conscient.

Voici quelques citations de F. Dolto tirées de son ouvrage « L'image inconsciente du corps » paru en 1984 :

« L'image inconsciente du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire » [5a].

« L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles » [5a].

« L'image inconsciente du corps se structure par la communication entre les sujets » [5b].

Pour cet auteur, l'image du corps est une image inconsciente, elle s'approprie en quelque sorte le concept et utilise systématiquement « image inconsciente du corps », jusqu'ici appelée « image du corps ».

Cette image inconsciente du corps est intime et personnelle. Elle fait partie du domaine du ressenti qui se structure par la relation langagière et affective avec autrui puisque c'est la parole qui apporte les éléments « narcissisants » ou « dénarcissisants ».

L'auteur explique également que « L'image inconsciente du corps est à proprement parlé une mémoire, la mémoire inconsciente de notre corps d'enfant » et « l'image inconsciente du corps, c'est avant tout l'image d'une émotion partagée, l'image du rythme de l'interaction tendre, désirante et symbolique entre un enfant et sa mère ».

L'image inconsciente du corps, du fait qu'elle soit inconsciente, ne peut être saisie qu'à travers certaines manifestations telles que le dessin, le modelage, et elle doit toujours être accompagnée des commentaires du patient. Elle est vivante, camouflable et actualisable dans la relation, ici et maintenant par toute expression langagière, modelage ou dessin.

F. Dolto écrit, en parlant de l'image du corps : « Elle est constituée de l'articulation dynamique d'une zone de base, d'une image fonctionnelle, et d'une image des zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions » [5d].

L'image du corps est une synthèse vivante des trois images reliées entre elles par les pulsions de vie, elles mêmes actualisées dans l'image dynamique.

Voici les trois composantes de l'image du corps vu par F. Dolto :

- Image de base

L'image de base [5e] permet à l'enfant de se sentir dans une continuité narcissique ou spatio-temporelle. La définition du narcissisme selon la psychanalyse, est une fixation affective à soi même [8]. F. Dolto le définit comme une « mêmeté » d'être, connue et reconnue.

L'image de base correspond à un triple sentiment de rester stable dans l'espace ; rester le même dans le temps, dans l'espace et rester consistant face à l'altérité des êtres et des choses. C'est une image statique, contrairement aux autres images, nous le verrons par la suite.

L'image de base évolue ; il en existe une spécifique propre à chaque stade. Il y a une image de base respiratoire, olfactive-auditive, puis une image de base orale et enfin une image de base anale.

C'est l'image la plus fragile, puisque c'est le lieu où s'affrontent les pulsions de vie contre les pulsions de mort.

- Image fonctionnelle

L'image fonctionnelle [5f] est la caractéristique énergétique qui porte vers l'action et qui établit des relations avec l'environnement. C'est l'image active et sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement du désir. Elle est croisée au schéma corporel au sens où s'y manifestent les pulsions de vie. Dolto écrit «Si le lieu des pulsions est le schéma corporel, le lieu de leur représentation est l'image du corps » [5g].

- Image érogène

Elle est associée à une image fonctionnelle du corps, c'est le lieu où se focalise plaisir ou déplaisir dans la relation à l'autre [5h].

L'image dynamique [5h] a pour fonction de relier les trois composantes. Elle correspond au « désir d'être », et au « trajet du désir doué de sens allant vers un but » [5]. Dolto explique qu'elle pourrait se représenter en un trait pointillé allant vers un objet.

c. Formation de l'image du corps


■ Le nouveau né par F. Lefébure

Le développement de l'image du corps du nouveau né est expliqué par F. Lefebure, psychologue et graphologue, avec des schémas dans son ouvrage « le dessin de l'enfant, le langage sans parole » [9].


L'image statique du nourrisson n'existe pas, il se sent « un » avec sa mère. Son image du corps et son schéma corporel sont confondus, l'enfant n'est pas capable de symboliser son expérience [10].

Plus tard, au fur et à mesure qu'il construit une représentation au travers des échanges avec elle, mais aussi au travers des absences de réponses de sa part, il se sent alors une « autre » entité et connaît des retrouvailles aux moments de la tété.

Lorsqu'il est rassasié son image du corps correspond alors à un ballon bien gonflé. ○

Le bébé s'aperçoit de l'absence de sa mère lorsqu'il a faim. Son image du corps ressemble à ce moment, à un ballon étranglé au milieu (comme une pelote de laine). 

Et lorsqu'il a mangé, son image est à nouveau une sphère. ○

Au fur et à mesure de son développement, une image dynamique se met en place progressivement, et des centres d'intérêt provenant de son environnement apparaissent. Les antennes (représentées dans le schéma joint) correspondent à des centres d'intérêt. 

De 18 à 23 mois, l'enfant se voit avec trois antennes, qui correspondent aux deux yeux et à la bouche. Il prend conscience de ce qu'il est par ses sens et donc avec ses yeux, sa

bouche (la vue et le toucher par la bouche) qui lui donnent des informations majeures pour appréhender son univers et sa possibilité de vivre.

Lorsque l'enfant est nouveau né, il reçoit de sa mère ce qui est positivement narcissique mais également ce qu'elle peut renvoyer de négatif. Sa mère est aussi son premier miroir, qui lui renvoie une certaine image de lui. L'enfant construit alors son image du corps en fonction de ce qu'on a valorisé ou dévalorisé chez lui, quant à ses désirs, ses affects et aux interdits auxquels il est normalement soumis.

Au départ les relations mère-enfant sont fusionnelles, et elles vont peu à peu se transformer pour installer une distance interne-externe qui va permettre à l'enfant de créer un espace psychique [11a].

■ L'image du corps à travers les castrations symboligènes

Pour F. Dolto, l'image du corps s'élabore avec ses éléments positifs et négatifs pour le narcissique de l'enfant mais également au cours des différentes castrations qu'elle appelle « symboligènes ». Elle explique que les castrations sont structurantes pour l'enfant, qu'elles permettent la symbolisation, et contribuent à modeler son image inconsciente du corps. Elle surnomme les bénéfiques des castrations les « fruits des castrations » [5i].

Les castrations vont être énumérées, et chacune d'elle expliquée.

- La castration ombilicale

A la naissance, le cordon ombilical est coupé, le nourrisson quitte le milieu liquide pour découvrir le milieu aérien soumis à la pesanteur, cela provoque chez lui une perte des repères. Au niveau de son audition, beaucoup d'éléments changent. Il découvre sa propre respiration, son cœur change de rythme et les sons extérieurs sont plus forts qu'auparavant. Le poids de son corps est un élément nouveau pour lui, et les lumières éblouissantes également. Pour F. Dolto ce qui symbolise la castration ombilicale est le langage ; l'enfant est nommé à la naissance.

- La castration orale

Elle interdit le cannibalisme. C'est la « privation imposée au bébé de ce qui est pour lui le cannibalisme vis-à-vis de sa mère ». C'est-à-dire la période de sevrage du bébé. La mère doit expliquer ce qu'elle ressent à l'enfant et ce qu'elle imagine des sentiments de son bébé, pour que la castration se passe pour le mieux. C'est l'étape qui favorise la communication orale entre la mère et l'enfant dans un premier temps, puis entre l'enfant et son entourage.

- La castration anale

La castration anale pose l'interdit du meurtre et du vandalisme. « Elle interdit de nuire à son propre corps et au monde animé et inanimé » [5j].

Elle correspond à l'acquisition de l'autonomie de l'enfant, il l'affirme par ses réflexions « moi, pas toi », « moi tout seul ». La mère aide l'enfant sur un plan psychomoteur à acquérir une certaine autonomie, pas seulement au niveau excrémental. L'enfant va découvrir que la consigne est utile, et les interdits sécurisants car il va être victime de « souffrance réelle » dues à la transgression de limites posées par sa mère.

Cette castration ouvre l'enfant à sa socialisation et rend possible le jeu à plusieurs.

- La castration œdipienne

Elle correspond à l'interdit de l'inceste au moment du complexe d'Œdipe.

F. Dolto écrit que de progresser de castration en castration permet à l'enfant de devenir un « pré-citoyen » chaque castration ayant introduit les interdits fondamentaux. L'image du corps est refoulée après la période œdipienne, elle ne sera accessible dorénavant qu'au travers du langage.

- Le stade du miroir

Il ne correspond pas à la même chose pour J. Lacan et F. Dolto.

J. Lacan, le considère alors comme ayant une valeur décisive dans la vie de l'enfant. Ce stade a lieu lorsque l'enfant a entre 6 et 18 mois, et il lui permet de créer un lien entre les images parcellaires qu'il pouvait avoir jusqu'alors avec son image spéculaire entière. L'enfant qui se croit avant ce stade dispersé, morcelé va voir apparaître dans le miroir une image globale à laquelle il doit se confronter. C'est un commencement dans sa maturation psychique. Une « jubilation » de l'appropriation de cette image de son corps est issue de ce stade.

F. Dolto, considère que l'enfant se sent déjà avant le stade du miroir cohésif et continu. Elle pense que c'est la fonction relationnelle qui est réfléchi par le miroir qui est importante. Pour elle, l'enfant se trouve en face d'une image visuelle qu'il doit confronter avec l'image inconsciente de son corps qu'il possède déjà. Pour l'auteur, le stade du miroir ne correspond pas à un commencement mais il confirme une « individualisation narcissique primaire ».

C'est une épreuve douloureuse qu'il doit franchir, car il se rend compte que les autres ne le voient pas tel qu'il se l'imaginait jusqu'alors. Il pensait que l'image qu'il avait de lui-même (image inconsciente de son corps) était visible des autres, mais il découvre qu'ils voyaient en fait une image visuelle que lui-même ne connaissait pas.

L'enfant a besoin de ce « stade du miroir » pour construire sa personnalité, et faire la distinction entre soi et les autres. Il en a besoin aussi pour pouvoir y associer et donner un sens à ce qu'il a déjà vécu avant ce stade.

Maintenant que nous avons vu les deux concepts d'image du corps et de schéma corporel, nous allons de quelle manière ces deux concepts cohabitent.

3. Deux concepts qui cohabitent

L'image du corps est comme nous l'avons dit un concept issu plutôt de la psychanalyse, et le schéma corporel plutôt de la neurologie. Il est difficile d'être catégorique, et de fixer des limites précises entre ces deux concepts du fait de leur étroite imbrication.

L'image du corps, si elle représente la vie psychique, s'ancre dès les premiers moments de la vie dans une dimension corporelle. Le schéma corporel, qui est le même pour tous les individus, semble pouvoir subir des modifications d'un groupe à l'autre [11].

Les deux concepts sont imbriqués, et la façon d'être du sujet découle de leur lien.

Cette phrase du professeur Bernard Andrieu, professeur d'épistémologie du corps et des pratiques corporelles, qui cite l'auteur P. Schiler dans son cours de philosophie est intéressante : « Il y a déjà un écart entre les sensations pures et le résultat perceptif » [12]. Les sensations pures correspondent au schéma corporel et le résultat perceptif conduit à l'image du corps.

F. Dolto a écrit : « C'est grâce à notre image du corps portée par-et croisée à- le schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui » [5b]. On agit par l'intermédiaire de notre schéma corporel. Le schéma corporel est d'une certaine façon une interface entre l'image inconsciente du corps et notre environnement, et elle agit sous la direction de l'image du corps.

Un schéma corporel sain peut cohabiter avec une image du corps perturbée, et inversement, une image de corps saine et un schéma corporel perturbé peuvent se retrouver chez un sujet.

Pour illustrer ce que nous venons de dire, nous pouvons citer le cas d'une personne handicapée physique. Son infirmité touche son schéma corporel, mais peut ne pas endommager son image du corps, si sa relation à son environnement est satisfaisante. Pour cela il faut qu'elle soit valorisée, et qu'elle puisse exprimer ses désirs par exemple.

Un décalage entre le schéma corporel et l'image du corps peut poser des problèmes, nous allons le voir avec l'exemple du membre fantôme.

L'amputation d'un membre provoque souvent des douleurs ou fourmillements qui persistent. Ils sont appelés « les sensations fantômes ». P. Schilder les attribuent à un décalage entre l'image du corps et le schéma corporel qui sont tous les deux touchés mais pas immédiatement : l'image du corps se modifie plus rapidement que le schéma corporel.

C'est comme si le cerveau continuait à envoyer un schéma corporel complet (tel qu'il était avant l'amputation) et se trouvait confronté à une image du corps déjà modifiée.

La douleur du membre fantôme serait due à un conflit entre les deux informations d'après J.Rollot, psychologue clinicien [13].

4. Lien avec la surdité

Dans cette partie, nous allons étudier les répercussions psychologiques de la surdité pour l'enfant et sa famille afin de nous intéresser aux conséquences qu'elles peuvent avoir sur le schéma corporel et l'image du corps de l'enfant déficient auditif.

a. Répercussions de la surdité sur l'enfant et sa famille

Le diagnostic de la surdité d'un enfant dans une famille entendant met fin à tout espoir des parents quand au fait que leur enfant soit « normal » et à leur image.

■ Un travail de deuil de l'enfant désiré [14]

La pause du diagnostic, en dehors des cas de déni total, engendre un travail de deuil de la part des parents. Le travail de deuil est un concept créé par S. Freud, père de la psychanalyse, il le présente dans l'article *Deuil et Mélancolie* en 1915. Les parents doivent renoncer à leur enfant idéal puisque, leur enfant réel est porteur d'un déficit sensoriel, un handicap.

Le deuil commence par une phase de choc au cours de laquelle ils ne peuvent se rendre compte et prendre du recul sur ce qu'ils viennent d'apprendre. La phase de révolte et de colère suit, la culpabilité est alors présente, les sentiments sont ambivalents. Cette culpabilité peut être renforcée par des recherches étiologiques de la surdité qui peuvent déceler un « responsable » parmi les parents. Ensuite vient la phase dépressive, étape centrale du deuil, les parents sont alors le plus souvent, envahis d'une grande tristesse, la réalité de la perte est installée.

C'est après que la phase de réinvestissement peut alors faire son apparition. La réalité de la perte est acceptée, et les parents peuvent à ce moment se réorganiser en fonction du handicap de leur enfant. Ils sont capables de mobiliser des professionnels pour les aider à trouver une solution adaptée pour réagir face à ce handicap.

■ Une rupture de communication

Nous sommes essentiellement des êtres de langage et de communication. Tout parent tente, malgré la surdité de son enfant d'échanger avec lui mais aussi attend des réponses de sa part. Il est important d'entretenir l'envie de communiquer de l'enfant. S'il n'est pas possible d'utiliser la langue orale, il faut trouver pour les parents un langage gestuel (début de LSF ou Français signé) pour que l'enfant comprenne et puisse peu à peu s'exprimer également. Ceci en attendant que l'appareillage ou l'implant cochléaire soit correctement réglé pour permettre une communication orale. Mais pour que l'enfant puisse s'exprimer, un temps de rééducation auditive et un réel travail d'orthophonie sont nécessaires. Une fois l'appareillage adapté, le travail de l'orthophonie est également indispensable pour que l'enfant puisse exploiter les informations fournies par les aides auditives. Ce professionnel va effectuer avec l'enfant un travail d'identification du son, de découverte de sa propre voix et va participer à la mise en place de la boucle audio phonatoire. La communication orale demande beaucoup de travail à l'enfant, ce n'est pas naturel pour un enfant malentendant d'apprendre à parler. Ce travail est long, et doit être dirigé et encadré par une orthophoniste qui va permettre à l'enfant de découvrir et d'investir ce nouveau mode de communication. Pendant tout le temps d'installation du langage oral, le langage gestuel reste utile.

Entretenir la communication permet de conserver des liens, qui contribuent au développement de l'enfant, et à sa construction identitaire. Les outils langagiers qu'il acquiert, quels qu'ils soient, apportent à l'enfant le support du bagage cognitif indispensable à sa bonne construction identitaire.

■ Une communication mère/enfant perturbée

Dans une situation d'audition normale, dès les premiers mois, un dialogue tonique s'installe entre la sa mère et son enfant, les interactions sont poly-sensorielles. Elles passent par la posture, le toucher, la vision, l'olfaction et l'audition. L'enfant est une personne, il peut être récepteur ou émetteur de cette communication. Pour que l'échange soit réel, il faut une attention réciproque de la part des deux partenaires, une écoute mutuelle, et le respect d'un certain rythme, cet échange est structuré [15].

Nous allons voir comment, dans chaque configuration de famille, la communication précoce va se transformer et quelles sont les répercussions que l'on peut observer chez l'enfant.

Dyade mère et enfant entendants

Dans une famille utilisant la langue orale comme principale moyen d'échange, les interactions poly-sensorielles sont amenées à se transformer quand les premiers mots de l'enfant apparaissent. La mère insère son bébé dans la communication orale en interprétant ses premiers sons pendant que lui-même offre des temps de pauses dans ses babils pour attendre les réponses de sa mère. L'enfant apparaît alors comme un être pourvu de langage et est donc considéré par sa mère comme un vrai locuteur [16]. Les interactions passant par le toucher, l'odorat ou la vision sont toujours présentes mais le langage oral va prendre la place prépondérante.

Dyade mère sourde et enfant sourd

Dans les familles où le principal mode de communication est gestuel, le dialogue tonique peut être également poly-sensoriel mais l'audition sera de fait moins investie. L'échange avec le nouveau né sera accompagné de gestes (LSF par exemple) et peu à peu l'enfant va être locuteur dans cette forme de communication qui sera privilégiée par sa mère. De la même façon il va pouvoir être considéré comme un véritable acteur dans la communication.

Les interactions de ces dyades sont semblables en qualité et quantité aux dyades mère et enfant entendant, car dans les deux cas l'enfant et les parents échangent sur le même mode. Elles ont un rôle fondamental dans le développement de l'enfant. Elles vont lui permettre d'acquérir des capacités pour [15]:

- communiquer,
- faire la distinction entre soi et les autres,
- se représenter le monde,
- comprendre et produire des capacités symboliques,
- apprendre à parler.

La qualité des interactions des dyades vues précédemment vont permettre à l'enfant de bénéficier d'un développement harmonieux.

Dyade mère entendante et enfant sourd ou malentendant

A l'annonce du diagnostic de surdité de l'enfant, les parents peuvent provoquer une rupture de communication puisqu'ils découvrent ou ils vérifient que leur communication avec l'enfant n'est ni satisfaite ni efficace. En effet, la première réaction des parents suite au diagnostic de surdité est « nous n'allons plus lui parler, il ne nous entend pas ».

L'équipe pluridisciplinaire a un rôle à jouer pour expliquer aux parents qu'il est primordial de continuer à parler à cet enfant. Il n'entend que peu ou pas la voix mais il perçoit la prosodie de la voix, c'est-à-dire l'ensemble des nuances qui nous permettent de donner du sens à un énoncé. Les variations prosodiques sont la conséquence de la variation de la fréquence, de la hauteur, de l'intensité et de la durée. L'enfant va profiter de l'intonation, du rythme, du débit d'élocution et des pauses marquées par ses parents. Tous ces éléments sont porteurs de sens ils renseignent l'enfant de l'état affectif du locuteur.

De plus, l'enfant continue à bénéficier de ce qui accompagne la voix : la communication non verbale (gestes et mimiques : sourires, regards), les vibrations sonores au contact peau à peau avec sa mère. Il ne perçoit pas le sens de ce qui est dit à l'oral mais il peut en percevoir la charge affective grâce aux signes prosodiques et non verbaux de la communication qui accompagnent cette expression.

Même si la communication et les échanges mère enfant se réinstallent après cette rupture décrite précédemment, un problème subsiste : la mère et l'enfant n'ont pas le même mode d'échange. Et la mère, sans l'explication et le soutien des professionnels, ignore les bénéfices de la communication verbale même, en dehors de l'audition.

Les interactions poly sensorielles dont nous avons parlé vont se transformer mais l'enfant va éprouver des difficultés à être initiateur de communication. Comme les autres enfants il passe par une étape de vocalises, mais ces dernières vont disparaître car il n'aura pas de plaisir auditif. En effet, l'enfant sourd ne va pas percevoir les sons qu'il va produire naturellement, et n'éprouvera pas le contrôle audio phonatoire, qui lui permettrait d'améliorer sa production vocale. Son déficit auditif va l'empêcher d'entrer dans la communication orale. La mère ne peut insérer son enfant naturellement dans sa propre communication car il ne peut s'exprimer oralement.

Si les modes restent différents, c'est la mère qui va prendre les initiatives de la communication, elle impose le sujet et le style de la conversation [17], l'enfant n'est pas en mesure de lui répondre.

Les échanges ne sont plus spontanés comme ils ont pu l'être avant l'annonce de la surdité. Ils se chargent d'un but éducatif et rééducatif. « La dimension mettant en jeu le simple plaisir de la communication est souvent absente » [11b]. Cette orientation des échanges vers le but éducatif est préjudiciable pour l'enfant.

Il va avoir du mal à faire la distinction entre lui-même et les autres, car il ne peut agir seul.

Pour un enfant normo-entendant, la voix de sa mère est apaisante et cela lui permet de comprendre, que même s'il ne peut plus la voir, elle peut être proche de lui et le rassurer à distance. Le champ visuel étant plus restreint que le champ auditif, cette continuité de lien est

importante pour l'enfant, puisque la situation est fréquente. La voix est alors perçue comme un prolongement du corps.

Dans le cas de l'enfant sourd, lorsque sa mère sort de son champ visuel, il pense qu'elle n'est plus là, c'est une impression de rupture relationnelle. De plus, la mère ne peut lui expliquer qu'elle va revenir puisqu'elle n'utilise pas le même mode de communication que son enfant. L'enfant malentendant ou sourd reste plus souvent qu'un enfant normo entendant en état de tension, car il vit une sorte d'abandon à chaque sortie de sa mère de son champ de vision.

Pour éviter de prolonger le sentiment d'insécurité et permettre à l'enfant de devenir un locuteur à part entière, la mère et la famille de l'enfant porteur du déficit sensoriel vont devoir, aidés par l'équipe pluridisciplinaire de professionnels, trouver un nouveau mode de communication. Ce nouveau mode de communication est gestuel (Français signé, LSF ou LPC) ou est oral si l'enfant est atteint d'une déficience appareillable avec une aide auditive conventionnelle ou un implant cochléaire. Dans ce deuxième cas, il va falloir procéder à un appareillage auditif de cet enfant, accompagné si nécessaire d'une communication gestuelle transitoire. Cette dernière lui permet de s'exprimer librement en attendant la réhabilitation de son sens auditif.

■ Nouvelle organisation de la famille

La surdité atteint l'enfant dans sa globalité et la famille dans son ensemble.

Tout d'abord, nous l'avons vu, elle peut provoquer une sorte de culpabilité de la part des parents d'avoir mis au monde un enfant porteur d'un handicap. Cela engendre parfois des ruptures familiales, notamment au sein du couple parental.

La rupture se fait également symboliquement au niveau de la filiation. Très souvent, ce sont les parents qui ne vont pas se reconnaître dans cet enfant handicapé. Dans l'autre sens, il n'y a plus forcément de possibilité d'identification par l'enfant à ses parents puisqu'il présente une différence.

L'arrivée d'un enfant sourd peut affecter aussi la fratrie. En effet, les frères et sœurs peuvent se montrer jaloux de cet enfant qui monopolise toute l'attention de leurs parents. Ils peuvent également se remettre en question, « pourquoi mon frère présente-il un handicap, et pas moi ? ». Il peut être difficile d'assumer cette différence par la fratrie. Parfois aussi, quand les frères et sœurs sont jaloux de cet enfant, ils peuvent croire que ce sentiment négatif à son égard l'a, d'une façon magique, rendu sourd, d'où un énorme sentiment de culpabilité et de désarroi chez eux.

Il est important que chacun retrouve une place précise au sein de la famille ; les parents doivent retrouver leur rôle d'initiateur dans l'éducation de leurs enfants, les frères et sœurs doivent retrouver leur rôle au sein de leur famille et leur insouciance d'enfant.

L'utilisation d'un mode de communication spécifique qui convient à l'enfant déficient auditif au sein d'une famille qui avait pour habitude d'échanger uniquement à l'oral va modifier les codes établis auparavant et provoque, là encore, une discontinuité relationnelle.

■ Notion de handicap

Déficience, incapacité, désavantage

Un handicap, en son sens le plus général se définit comme un désavantage, une infériorité. Il n'est pas spécifique mais dépend de l'environnement. L'OMS (Organisation Mondiale pour la Santé) a créé une nomenclature des handicaps, et définit la déficience, l'incapacité et le désavantage [18].

Une déficience est une altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Une altération de l'ouïe, s'appelle une « déficience auditive ». Elle touche un organe, ici l'oreille (cellules ciliées, ou conduit auditif par exemple).

Une incapacité est la réduction partielle ou totale pour une personne de la capacité d'accomplir une activité. C'est la conséquence d'une déficience. Pour la surdité par exemple, une personne sourde profonde ne pourra communiquer à l'oral du fait de son problème auditif. L'incapacité atteint la personne porteuse de la déficience.

Le désavantage est un synonyme de handicap. C'est la répercussion de l'incapacité (niveau de la personne) sur la société. Le désavantage social résulte, pour l'individu, d'une déficience ou d'une incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal. Le handicap peut être : une dépendance physique ou économique, d'intégration sociale ou de mobilité par exemple. Dans le cas d'une surdité, c'est un handicap d'intégration sociale.

La surdité : une spécificité

Le handicap provoqué par une surdité est particulier, il est invisible. Sans le marqueur du handicap qu'est la prothèse auditive ou l'implant cochléaire, on ne peut le détecter à première vue.

Un handicap dépend de l'entourage

L'attitude de l'entourage influence le handicap : une attitude trop protectrice des parents n'est pas favorable au bon développement de l'enfant. Une attitude trop laxiste n'est pas idéale non plus. Cet enfant porteur de surdité a besoin d'une attention spécifique qui ne procède évidemment ni de la surprotection, ni de l'abandon.

b. Schéma corporel et surdité

Nous avons vu que la structuration du schéma corporel est indépendante du langage. Elle est surtout due à des stimulations sensorielles (autres qu'auditives). Les enfants malentendants ou sourds ne devraient donc pas rencontrer de difficultés pour cette élaboration. De plus, ils vont mettre en place des mécanismes de compensation de ce handicap et investir davantage la vue, le toucher et la perception de vibration (   défaut de son). Un enfant présentant un handicap moteur, malformation d'un membre par exemple, pourrait présenter un schéma corporel affecté par cette particularité. La surdité étant un handicap invisible aux yeux des autres, nous pouvons imaginer qu'un enfant sourd dispose d'un schéma corporel tout à fait identique à celui d'un enfant normo entendant.

F.Bulot, étudiante en psychologie, a réalisé un mémoire s'intitulant « l'enfant sourd face à son corps » et a étudié les retentissements de la surdité sur le schéma corporel et l'image du corps. Son étude a été réalisée auprès de douze enfants (six sourds profonds et six enfants entendants)   g  s de 9 ans.

Elle s'est aperçue que les enfants sourds étaient plus performants dans la représentation du visage que les entendants, et que ces derniers avaient une meilleure représentation mentale du corps [11c]. Elle explique cette différence par un fonctionnement psychique différent et un mode de communication spécifique pour les sourds. Elle conclut en disant que la surdité a une incidence sur le schéma corporel, mais elle n'altère pas ce dernier sur sa dimension générique. Le schéma corporel est globalement sain grâce aux autres sens mis en éveil.

c. Image du corps et surdité

L'image du corps de l'enfant est comme nous l'avons vu, construite en fonction des éléments favorisés ou non par sa mère. Nous allons pour le reste de cette partie, nous placer dans le cas d'une dyade mère entendante/enfant sourd ou malentendant puisque comme citée ci-dessus, c'est cette dyade qui risque de poser problème, et celle qui nous intéresse dans cette étude.

Nous pouvons imaginer assez facilement que la découverte de la surdité de l'enfant, perturbe l'attention de la mère portée à cet enfant. Elle doit faire le deuil de l'enfant idéal, et n'est peut-être pas aussi à l'écoute, et valorisante qu'elle l'aurait été sans l'annonce du handicap de son enfant.

L'enfant va ressentir l'image de lui-même renvoyée par ses parents et son entourage. L'enfant est très sensible aux émotions de ses parents, et souvent il va sentir un changement de relation entre « l'avant diagnostic » et « l'après ». Avant, nous l'avons précisé dans une partie antérieure, la communication était naturelle et spontanée. Et suite au diagnostic, les parents ont du mal à s'adresser à lui (ils savent qu'il n'entend pas, et le manque de réaction de l'enfant peut aussi déconcerter la mère), et se remémorent, à chaque fois qu'ils communiquent avec lui, que leur enfant est handicapé.

Les choses sont vécues différemment si le dépistage néonatal est mis en place. Les parents vont être informés d'une suspicion de surdité très tôt, alors que l'enfant n'a que quelques jours. On ne peut alors pas parler de changement entre « un avant » et « un après » diagnostic, puisque c'est une suspicion, qui va être confirmée (ou non) par un diagnostic et il n'y a presque pas « d'avant » car l'enfant est nouveau né. Mais les parents sont inquiets, un malaise peut s'installer chez eux, et le nourrisson va le ressentir.

Cependant dans les deux cas que nous venons de voir, que l'enfant soit encore nourrisson ou plus grand, il sent l'inquiétude de ses parents. Bien sûr, chaque famille est différente, les parents n'ont pas tous les mêmes ressources psychiques pour faire face à l'annonce d'un handicap, et les conséquences sur l'image du corps de l'enfant ne seront pas les mêmes dans chaque famille.

Dans tous les cas, l'équipe pluridisciplinaire va se montrer à l'écoute des parents, et être très présente pour que ces derniers réinvestissent au plus vite la relation avec leur enfant et redeviennent psychologiquement actifs. Cet accompagnement permet de limiter la durée de rupture de communication et de limiter les retentissements de cette dernière sur l'enfant. Grâce au travail des professionnels, les parents parviennent à nouveau à considérer leur enfant comme un sujet, un être de « parole », et peuvent échanger avec lui pour le plaisir et non seulement pour le besoin comme c'était le cas dans la période qui a suivi le diagnostic. La relation va redevenir valorisante pour l'enfant.

Il arrive que l'enfant sourd ne connaisse que très tardivement son prénom, ses liens de filiation et de même, il n'a pas forcément conscience très tôt de sa surdité (D. Sadek-Khalil, 1997). Lors de rendez-vous de réglage d'un appareillage auditif, certains enfants pensent que « lorsqu'on est grand on n'a plus d'appareillage, comme papa ! ». Les explications nécessaires pour répondre à des affirmations telles que celle-ci ne peuvent être faites par les parents que si un moyen de communication solide est mis en place.

Les enfants sourds souffrent d'avantage du manque d'explication et de communication que de leur surdité pour construire leur image du corps. Le malaise ressenti par les parents suite à l'annonce de la surdité, l'absence de réponse à des interrogations comme les liens de filiation, les prénoms ou encore sur le handicap porté par l'enfant ont des répercussions sur l'image du corps de l'enfant.

II. SURDITE ET APPAREILLAGE AUDITIF

1. La surdité

La surdité est un affaiblissement ou une perte complète de l'ouïe [8].

Elle peut donc être partielle, nous parlerons alors « d'hypoacousie » et de « malentendant », ou complète, nous parlerons alors de « cophose » et de « sourd ». Ce mot est fréquemment employé à tort pour parler de quelqu'un touché par une surdité totale ou presque.

Dans cette partie, nous ferons une présentation des différentes surdités, et des solutions prothétiques pour pallier au mieux à la déficience auditive.

■ Les degrés et les types de déficiences auditives

Il existe deux examens complémentaires pour mesurer l'audition d'un patient. L'audiogramme tonal qui mesure la quantité de l'audition et l'audiogramme vocal, qui va évaluer la compréhension du sujet et qualifier son audition.

Nous allons nous attarder dans ce paragraphe à l'audiogramme tonal qui permet de classer les surdités en plusieurs degrés.

Pour contrôler ou mesurer l'audition au niveau quantitatif, on utilise un audiomètre, pour effectuer une audiométrie tonale. Un audiogramme représente le résultat de ce test. Plusieurs types de courbes peuvent figurer sur un audiogramme, une d'entre elle illustre le seuil de perception du sujet, elle représente l'état de son audition et permet de savoir s'il est atteint de surdité et, si c'est le cas, dans quelle mesure.

Le BIAP (Bureau International de l'Audiophonologie) propose un classement des surdités selon leur type, avec les répercussions provoquées par chaque surdité.

L'audition est considérée comme normale, lorsque la courbe audiométrique est située entre 0 et 20 dB.

Il existe quatre degrés de surdité :

- La perte auditive légère, entre 21 et 40 dB,
- La perte auditive moyenne, entre 41 et 70 dB,
- La perte auditive sévère, entre 71 et 90 dB,
- La perte auditive profonde, entre 91 et 119 dB,
- On parle ensuite de cophose, qui correspond à la déficience auditive totale, pour toute surdité supérieure à 120 dB.

Un enfant présentant une déficience auditive légère, entre 20 et 40 dB de perte, ne va pas être gêné pour la compréhension de la parole. Dans les milieux calmes, la voix à intensité normale (60 dB) va être perçue normalement. Par contre dans les milieux bruyants, il peut éprouver des difficultés à tout comprendre (en classe par exemple puisque le bruit de fond est

souvent conséquent). Il va devoir alors se concentrer pour comprendre ce qui va lui demander un surcroît d'attention. Lorsqu'il commence à parler, des problèmes articulatoires peuvent être constatés sur certaines syllabes. Par contre, l'enfant entend la grande majorité des objets sonores de son environnement, il bénéficie donc d'un éveil auditif quasiment normal.

On distingue deux types de surdités moyennes, la déficience auditive moyenne de premier degré, entre 40 et 55 dB de perte, et la déficience auditive de second degré, entre 56 et 70 dB [19].

L'enfant atteint de surdité moyenne de premier groupe perçoit la voix mais a des difficultés à la comprendre dans les milieux bruyants. Il développe rapidement des compensations pour l'aider dans sa compréhension, notamment avec la vue ; il a tendance à regarder son interlocuteur et à s'appuyer sur la communication non verbale : les mouvements de corps, les mimiques et la lecture labiale.

La déficience auditive de second groupe est caractérisée par une perception de la voix à intensité normale mais l'individu ne la comprend pas sans aide visuelle ou technique (appareillage auditif). La compensation visuelle est encore plus utilisée que chez les enfants atteints de surdité moyenne de premier groupe. L'enfant a une perception de son environnement réduite aux sons forts.

L'enfant atteint de perte auditive sévère, entre 70 et 90 dB de perte, ne perçoit pas la voix à intensité normale. Parfois il l'entend à forte intensité mais dans aucun cas il ne la comprend. L'enfant n'oralise pas spontanément car sa perception du langage est en quelque sorte « floue ». Il perçoit dans son environnement uniquement les sons très forts, et met en place, pour pallier à son sens auditif déficient, des compensations visuelles.

La déficience auditive profonde, entre 90 et 120 dB de perte est la surdité la plus importante. Si la perte est supérieure à 120 dB, on parle de cophose, il n'y a alors plus de perception du monde sonore. Un enfant atteint de surdité profonde ne perçoit pas la voix, même si elle est criée. Il n'entend que les bruits extrêmement forts tels que le décollage d'un avion, une alarme incendie, ou une ambulance.

Ce type de surdité est souvent dépisté tôt puisque l'enfant ne réagit à aucun bruit de la vie courante. L'entourage peut remarquer par exemple qu'il sursaute quand quelqu'un apparaît dans son champ visuel. En effet, l'enfant n'a accès à la communication qu'avec la vue dans ce type de situation, où l'odeur et le toucher ne peuvent apporter d'information utile.

■ Surdité de transmission et de perception

Une surdité de transmission est caractérisée par le fait que le son n'est plus transmis ou mal transmis par le conduit auditif externe (oreille externe), le tympan ou les osselets (oreille moyenne) à l'oreille interne. Cette surdité diminue le son perçu.

Une surdité de perception est due à une lésion des cellules sensorielles de la cochlée ou à une atteinte du nerf auditif. C'est l'oreille interne qui présente une anomalie.

Une surdité mixte est une surdité de transmission conjuguée avec une surdité de perception.

Pour déterminer si la surdité est de perception ou de transmission, une otoscopie va être réalisée pour observer si le tympan est normal, et observer la présence éventuelle d'un liquide dans la caisse tympanique. Une audiométrie en conduction aérienne (CA) puis en conduction osseuse (CO) vont être également réalisées. Une audiométrie en CO permet de tester directement l'audition à partir de l'oreille interne du sujet. Par exemple, si la CO est normale (entre 0 et 20 dB), et que la CA présente une surdité, un problème au niveau de l'oreille moyenne est présent, cela caractérise une surdité de transmission.

■ Surdité congénitale et acquise

Une surdité congénitale (génétique ou non) est une surdité touchant un enfant dès sa naissance.

Une surdité acquise, au contraire de la surdité congénitale, apparaît plus tard dans la vie d'enfant, ou à l'âge adulte. Elle peut être prénatale (infectieuse ou virale), néonatale (médicaments ototoxiques, hypertension artérielle), postnatale (méningite bactérienne, traumatisme sonore).

2. L'appareillage auditif

L'appareillage auditif, quel qu'il soit amplifie les sons naturels pour permettre au sujet atteint de déficience auditive de mieux percevoir son environnement sonore.

Dans cette partie nous allons nous intéresser à l'aide auditive conventionnelle et à l'implant cochléaire.

a. Le mode d'appareillage

■ L'appareillage auditif conventionnel

Un appareil auditif conventionnel capte le son à l'aide d'un microphone, l'amplifie et le restitue au malentendant par l'intermédiaire d'un écouteur. Nous ne rentrerons pas dans les détails techniques de traitement du signal.

L'aide auditive est délivrée, adaptée et réglée par un audioprothésiste sur prescription médicale obligatoire. Le professionnel assurera également des contrôles de l'appareillage auditif réguliers pour veiller à son bon fonctionnement et il effectuera des audiométries pour vérifier l'état de l'audition de son patient et la qualité de la correction prothétique.

L'audiométrie infantile demande de l'expérience puisqu'elle est basée sur l'observation de l'enfant en réponse à un stimulus.

■ L'implant cochléaire

Pour les surdités profondes, l'aide auditive peut manquer de puissance pour permettre la compréhension de la parole par la personne déficiente auditive. L'implant cochléaire est un appareillage qui peut prendre le relai pour permettre au patient malentendant d'évoluer dans un monde sonore malgré sa surdité importante.

L'implant cochléaire est constitué d'une partie externe et d'une partie interne.

La partie externe est composée d'un microphone, du processeur, de l'alimentation et d'une antenne. La partie interne est constituée d'un récepteur et d'une porte électrode.

Le microphone capte le son, le processeur transforme le signal sonore en impulsions électriques et le restitue à la partie interne par l'intermédiaire de son émetteur (ou antenne). Le récepteur placé sous la peau, reçoit l'information de l'émetteur par onde radio. Le récepteur transmet les impulsions électriques à la cochlée par l'intermédiaire d'un porte électrode. Cette dernière stimule directement la cochlée située dans l'oreille interne.

Cet appareillage spécifique est proposé aux sujets atteints de surdité de perception bilatérale sévère ou profonde dont les résultats prothétiques réalisés avec un appareillage conventionnel ne sont que médiocres ou nuls. Un essai d'appareillage conventionnel est systématiquement réalisé avant un projet d'implantation.

La proposition d'une implantation cochléaire est réalisée par le médecin ORL. Ce dernier va s'entourer d'une équipe pluridisciplinaire composée au minimum d'un orthophoniste, d'un psychologue, et d'un audioprothésiste. Ce dernier va intervenir dans les échanges même s'il n'est pas considéré comme faisant partie de l'équipe à proprement parler, puisqu'il travaille en tant qu'intervenant extérieur dans les lieux où sont constituées les équipes ; à l'hôpital ou au CAMSP (Centre d'Action Médico Social Précoce). De plus, la dimension commerciale de son activité le différencie des autres membres de l'équipe.

Un bilan médical ORL complet, audio prothétique, orthophonique et enfin psychologique doivent être effectués. Chaque professionnel membre de l'équipe pluridisciplinaire réalise un bilan « pré-implantation » et se réunit pour mettre en commun les résultats et étudier la faisabilité du projet d'implantation.

Nous ne développerons pas les différents bilans, mais ces différents examens permettent de mesurer la motivation du futur candidat et/ou de son entourage, son aptitude à s'adapter à une « nouvelle façon d'entendre », et à s'assurer également qu'au niveau de l'anatomie et de la physiologie l'intervention chirurgicale est techniquement réalisable.

Dans le même temps, une information sur l'implant cochléaire est donnée de façon régulière et précise au candidat. S'il s'agit d'un enfant, l'information est donnée à son entourage. Les différents professionnels sont habilités à répondre aux demandes du patient ou de son entourage.

La pose d'un implant cochléaire nécessite une opération chirurgicale intrusive. Un porte-électrodes (transducteur de sortie) va être placé dans la cochlée. Ce geste chirurgical est irréversible, puisque la cochlée ne pourra être utilisée de façon naturelle après cet acte. Il est donc primordial de s'assurer de la faible réserve cochléaire, et de la motivation du patient avant d'entreprendre l'implantation.

Chez l'enfant, lors de la découverte d'une surdité, il est important pour le médecin ORL et pour l'audioprothésiste d'être rapides et efficaces dans la recherche des seuils d'audition et du gain prothétique, car plus l'implantation est précoce et meilleurs sont les résultats. Le but étant de permettre à l'enfant de grandir avec le moins de retard possible dans ses acquisitions et son langage.

b. Un travail d'équipe

■ L'équipe pluridisciplinaire

En France, il n'existe pas, à l'exception de quelques régions, de dépistage systématique de la surdité à la naissance. La plupart des enfants sont adressés au service ORL par suspicion de surdité de la part des parents, de l'institutrice, d'un professionnel de la santé (orthophoniste, médecin généraliste..) ou d'une personne de l'entourage. Il est important de contrôler l'audition de l'enfant dès la suspicion. Plus l'enfant est pris en charge tôt, moins le handicap a le temps de s'installer et de provoquer des retards de développement.

Le lieu de notre étude était la Champagne Ardenne où un dépistage systématique de la surdité a été mis en place en 2003. Les enfants sont donc rarement dirigés vers le service ORL par des parents ou professionnels puisque la prise en charge s'est effectuée directement à la maternité. Les seuls cas d'enfants qui sont dirigés vers un service ORL plus tard sont : ceux qui présentent une surdité évolutive, ceux qui proviennent d'autres régions ou encore ceux qui ont présentés un test valide (faux négatif) lors du dépistage alors qu'ils présentaient déjà une surdité.

Les enfants déficients auditifs sont donc pris en charge globalement plus tôt, grâce à ce dispositif, et les retards de développement sont limités.

C'est le médecin ORL qui pose le diagnostic de surdité. Il va s'occuper de mettre en place une équipe pluridisciplinaire autour de l'enfant. C'est aussi le médecin ORL qui peut prescrire un appareillage auditif s'il n'y a pas de possibilité chirurgicale pour remédier à cette surdité.

Les intervenants de l'équipe pluridisciplinaire travaillent ensemble auprès de l'enfant et sa famille pour chercher ensemble le moyen de communication le plus efficace et approprié. Le but étant de permettre à l'enfant d'accéder à un mode de communication le plus rapidement possible. Cette communication participe activement à son développement personnel, autant psychosocial qu'affectif.

La communication est souvent améliorée par l'orthophoniste avec pour support le français oral et le français signé (les signes accompagnent la parole pour renforcer le travail mnésique). Nous l'avons vu, le travail de l'orthophoniste auprès de l'enfant sourd est primordial. Il permet à l'enfant de découvrir, d'investir et enfin d'être pleinement actif dans la communication orale. Le professionnel va donner les moyens à l'enfant de s'exprimer puis de maîtriser la langue orale. L'orthophoniste voit l'enfant régulièrement, et il va pouvoir informer régulièrement l'équipe pluridisciplinaire de la progression de l'enfant.

L'équipe va régulièrement se réunir pour faire le point des évolutions de l'enfant, et prendre diverses décisions telles que la proposition d'un implant cochléaire aux parents.

Les parents prennent la décision du mode de communication de leur enfant sourd après un avis éclairé de l'équipe pluridisciplinaire. Ils peuvent choisir une éducation oraliste (nécessitant un appareillage auditif ou un implant cochléaire) avec éventuellement du français signé, ou du LPC (Langage Parlé Complété) pour permettre un accès au langage oral de

manière ludique. Ils peuvent également faire le choix de mettre en place une communication uniquement gestuelle, en LSF (Langue des Signes Française).

L'épanouissement et le développement harmonieux de la personnalité de l'enfant sont au cœur des préoccupations de l'équipe pluridisciplinaire.

Nous n'avons rencontré lors de notre étude que des enfants dont les parents ont choisi une éducation oraliste.

■ Le rôle de l'audioprothésiste

L'audioprothésiste intervient sur prescription médicale du médecin ORL. Chez l'enfant, l'indication de l'appareillage est toujours stéréophonique sauf s'il existe une contre-indication. Celle-ci est souvent liée à l'état local du conduit auditif externe ; malformation du conduit auditif, conduit auditif trop exigü par exemple ou liée à une distorsion du signal provoquant une compréhension unilatérale inexploitable. Dans ces différents cas, seule une oreille est appareillable. Par ailleurs, certains enfants présentent une surdité unilatérale et seule l'oreille déficiente sera appareillée.

Le métier d'audioprothésiste se situe à la charnière de la technique et de l'avenir r educatif.

L'audioprothésiste s'occupe de l'adaptation et du suivi de l'appareillage auditif de l'enfant et de toute l'éducation prothétique de ce dernier et de son entourage.

Dans un premier temps il va effectuer un bilan audiométrique de l'enfant (cf. difficultés liés à l'âge p34) pour mesurer et quantifier la perte auditive.

L'audioprothésiste présente les appareils auditifs compatibles, à la fois avec l'anatomie de l'oreille, la perte auditive et l'âge du jeune malentendant.

Une explication sur les bénéfices que l'enfant pourra en retirer ainsi que sur les contraintes liées au port de l'appareillage est ensuite réalisée.

Une explication sur la manipulation des appareils auditifs et sur la mise en place de ces derniers est réalisée pour que les parents puissent être les plus autonomes possibles avec ces nouveaux accessoires de vie.

L'audioprothésiste précise aux parents l'importance de mettre les aides auditives le plus souvent possible à leur enfant, car c'est le seul moyen d'éduquer la fonction auditive. Gr ce à ces appareils, le jeune patient va découvrir de nombreux sons de la vie quotidienne dont la signification lui sera, au départ, étrangère. Les aides auditives vont amplifier la parole mais aussi les bruits. Il explique aux parents qu'il va falloir qu'ils aident l'enfant à associer une signification aux bruits perçus, pour qu'ils ne soient pas perturbateurs et effrayants pour l'enfant mais qu'ils prennent sens. Le travail de compréhension de la parole viendra ensuite.

L'audioprothésiste va pratiquer des audiométries régulières de l'enfant pour surveiller une éventuelle évolution de son audition et pouvoir ainsi quantifier l'apport de l'appareillage auditif. Dans certains cas de surdité profonde, l'audioprothésiste doit être particulièrement efficace et rapide. En effet, il doit se prononcer assez vite sur l'audition de son jeune patient et sur l'efficacité de l'appareillage, en particulier pour déterminer si la question d'une implantation cochléaire se pose.

L'audioprothésiste peut également s'occuper du réglage des implants cochléaires des jeunes patients. Ces réglages se déroulent dans un centre où des poses d'implant cochléaires sont réalisées. Il ne peut effectuer des réglages d'implants dans son cabinet privé. Il intervient alors en tant que vacataire à l'hôpital ou dans des instituts privés.

Pour que l'enfant puisse progresser et profiter pleinement de ces outils technologiques, que sont ses aides auditives ou son implant cochléaire, un suivi orthophonique doit être mis en place. Il est essentiel que les parents comprennent sa fonction. C'est le médecin ORL ou l'équipe pluridisciplinaire qui explique à la famille l'intérêt de ces séances.

Ce professionnel va éduquer l'audition de l'enfant, il va effectuer un travail de reconnaissance des sons dans un premiers temps pour lui permettre ensuite de les produire à son tour, et peu à peu d'utiliser le langage oral.

L'audioprothésiste travaille en binôme avec l'orthophoniste qui voit l'enfant régulièrement ; pour s'assurer de la qualité des réglages et pour éventuellement les rectifier en tenant compte des observations de l'orthophoniste.

Si l'audioprothésiste se rend compte que les résultats prothétiques de l'enfant sont insuffisants du fait d'une faible audition résiduelle, il doit interpeller rapidement le médecin ORL sur la nécessité d'une implantation.

Nous allons voir par la suite les enjeux d'un appareillage auditif, et les difficultés d'appareillage liées à l'âge de l'enfant.

c. Enjeux de l'appareillage

Les enjeux principaux d'un appareillage chez un jeune enfant sont, nous l'avons souligné, l'établissement de la communication, son développement et l'acquisition du langage. Un appareillage auditif n'est mis en place que dans le cas du choix de l'éducation oraliste.

■ Cas d'une surdité légère

Dans le cas de la découverte d'une surdité légère (les problèmes d'oreille moyenne étant été écartés), l'appareillage auditif n'est pas mis en place de façon systématique. L'enfant touché par une surdité légère ne va pas rencontrer de problème dans des milieux calmes avec un ou deux interlocuteurs. Par contre, l'enfant va devoir monopoliser son attention pour comprendre son ou ses interlocuteurs dans des situations bruyantes.

Si l'on découvre chez un enfant de quelques mois une surdité légère, il n'est pas urgent de l'appareiller ; un suivi sera mis en place pour contrôler son audition et son éventuelle évolution. Le jeune enfant évolue dans un milieu généralement calme et lorsque quelqu'un s'adresse à lui, il est seul à parler et face à lui.

Lorsque l'enfant grandit, ou si la surdité est découverte chez un enfant à l'âge de la scolarisation, un appareillage auditif pourra être mis en place. En effet, à cet âge l'enfant va se trouver de façon régulière dans des situations plus compliquées au niveau de la compréhension. La situation de classe par exemple est difficile pour un malentendant. L'institutrice parle en général avec un bruit de fond (enfants qui discutent, bruits divers), et l'enfant malentendant va éprouver des difficultés à comprendre les dires de l'institutrice. On peut également rencontrer des situations de débat où les élèves intervenants se situent à divers

endroits, ce qui rend la lecture labiale impossible, et l'enfant malentendant se retrouvera en difficulté.

L'appareillage auditif avec des programmes directionnels par exemple ou des systèmes adaptés spécifiques tel que les systèmes FM peuvent faciliter de façon considérable la compréhension de l'enfant. Ce type d'appareillage évitera à l'enfant de devoir focaliser toute son attention sur son interlocuteur.

■ Cas d'une surdité moyenne

En cas de surdité moyenne de premier degré, l'appareillage auditif doit être mis en place rapidement après le diagnostic de la surdité pour une stimulation sonore de l'enfant. Il va lui permettre d'acquérir le langage avec le moins de retard et de problèmes articulatoires possible.

Dans le cas de la surdité moyenne de second groupe, le langage n'est pas spontané sans appareillage et rééducation orthophonique, il est donc souhaitable de commencer ces types de prise en charge dès que possible pour permettre à l'enfant d'accéder à une communication orale.

■ Cas d'une surdité sévère

Si une surdité sévère est découverte chez un enfant, une prise en charge avec une équipe pluridisciplinaire rapide est nécessaire pour que l'enfant puisse être éveillé au monde sonore ainsi qu'à la communication orale. L'appareillage doit être contrôlé pour s'assurer qu'il délivre suffisamment de gain pour permettre à l'enfant d'évoluer positivement dans son environnement.

■ Cas d'une surdité profonde

En cas de surdité profonde, l'appareillage et la prise en charge pluridisciplinaire sont primordiaux pour que l'enfant accède à une perception sonore. Le suivi de l'enfant est nécessaire puisque les appareils auditifs sont au maximum de leur possibilité pour corriger une surdité de ce type et des bilans réguliers doivent montrer si le gain apporté est suffisant. Si ce n'est pas le cas, une implantation cochléaire doit être évoquée avec les parents et l'entourage de l'enfant, pour lui permettre une oralisation pas toujours envisageable avec un appareillage auditif conventionnel.

Nous avons vu qu'il est indispensable d'être rapide et efficace pour un appareillage auditif d'une surdité profonde, tandis que pour une surdité légère cela peut attendre quelques mois car l'enfant profite tout de même efficacement du monde sonore avec son audition résiduelle.

d. Difficultés liés à l'âge

■ Audiométrie et réglages

Le réglage des aides auditives des nouveaux nés est délicat.

Il est difficile de connaître précisément le profil de la surdité (type, degré) de l'enfant : les audiométries infantiles subjectives sont délicates car l'attention des jeunes patients est limitée dans le temps. Nous allons d'abord expliquer les différentes audiométries qu'on peut réaliser en fonction de l'âge de l'enfant, nous verrons ensuite la difficulté que provoque une

audiométrie par conduction osseuse, et enfin comment on peut effectuer une audiométrie vocale.

Nous allons maintenant expliquer les particularités des audiométries subjectives, c'est-à-dire faite avec la participation de l'enfant (active ou passive), réalisées en champ libre ou au casque, en conduction aérienne.

Pour l'audiométrie tonale, si l'enfant a quelques mois, on réalise une audiométrie comportementale. Cette audiométrie est basée sur l'observation de l'enfant en réponse à un stimulus sonore émis par un babymètre ou un jouet sonore qualifié en fréquence. Les mouvements de l'enfant peuvent être subtils : arrêt respiratoire, clignement des yeux. Ce sont des seuils de réactions et non de perception qui sont mesurés. On ne peut connaître et vérifier les seuils d'un jeune enfant en une seule séance de test car son attention est limitée dans le temps. L'expérience devra être renouvelée plusieurs fois pour connaître des seuils audiométriques (de réaction).

Entre 7 mois et 2 ans, il est possible de faire participer l'enfant aux audiométries. On utilise la Réaction d'Orientation Conditionnée (ROC) et on entreprend alors avec l'enfant un conditionnement. C'est une sorte de jeu pour l'enfant ; dès qu'il perçoit un son il doit se tourner vers la source sonore où une récompense visuelle apparaît. La participation ne dure qu'un temps, on ne teste que quelques fréquences par séance.

A partir de 2 ans, l'enfant est pleinement actif dans le test auditif, c'est la Réaction d'Orientation et d'Investigation (ROI). Lorsqu'il entend un son, il a pour consigne d'appuyer sur un bouton qui met en route un train ou déclenche une séquence d'une vidéo.

Lorsque l'enfant a passé l'âge de participer à cette audiométrie comportementale, il bénéficie d'un test classique identique à celui des adultes.

De plus, les enfants font très régulièrement des otites et leur surdité peut donc être transitoire et/ou évolutive, car provoquée par la pathologie. Certaines surdités fluctuantes doivent être appareillées car si elles sont importantes, il faut contrôler leur évolution. Pour cela, on utilise la conduction osseuse. C'est un test délicat, puisqu'il faut que l'enfant accepte de porter l'arceau sur lequel se trouvent le vibreur et le casque pour le masquage controlatéral en bruit blanc. Il faut également qu'il puisse bien comprendre la consigne et ne réagir qu'à la perception du stimulus en vibration osseuse. Un test de cette sorte est réalisable lorsque l'enfant est âgé de 3 ans minimum.

Une audiométrie vocale est utile pour confirmer les résultats obtenus lors de l'audiométrie tonale. Elle nécessite du vocabulaire et une concentration suffisante, et peut être réalisée au plus tôt vers 2 ans. Elle est effectuée en champ libre et avec un support d'imagerie dans un premier temps. L'enfant va entendre l'audiométriste énoncer des mots ou des questions telles que « où est le chien ? » et l'enfant a pour consigne de désigner l'image correspondant au mot entendu.

Lorsque la réalisation de ce test est possible, on peut obtenir un tracé de la compréhension de l'enfant oreille nue, ou du gain prothétique vocal. On mesure ainsi la qualité de l'audition (avec ou sans appareillage).

Pour déterminer et confirmer les seuils d'audition (tonal et vocal) obtenus lors des audiométries, il est préférable d'effectuer des tests réguliers. De cette manière, l'enfant s'habitue à ce genre de test, et répond de plus en plus précisément. Pour les nouveaux nés, où seul l'audiogramme tonal comportemental est possible, cela permet de vérifier que les mouvements obtenus sont bien une réaction aux stimuli sonores.

Tous les tests que nous venons de voir sont subjectifs. Parfois ils sont très compliqués à réaliser, les réponses à ces différents tests ne sont pas cohérentes, et il paraît nécessaire de les vérifier avec un test objectif. Cet examen est également utilisé par le service ORL, lorsqu'une surdité est suspectée, c'est un outil de diagnostic de la surdité chez l'enfant.

Ce test objectif, appelé Potentiels Evoqués Auditifs (PEA) permet de mesurer l'audition sans la participation de l'enfant. Ce test s'effectue sous anesthésie générale dans la plupart des cas pour l'enfant. Il nous permet de connaître le seuil auditif de ce dernier, mais dans une bande fréquentielle relativement étroite : 2000 à 4000 Hz.

Avec les points (une intensité correspond à une fréquence) des deux audiogrammes obtenus (lorsque c'est possible), et le PEA réalisé, on peut réaliser un réglage efficace et non nocif pour les oreilles des patients. Il s'agit de stimuler au mieux le sens de l'audition de l'enfant pour faciliter son éveil global, sans mettre trop de puissance dans des oreilles fragiles : on vise un maximum d'efficacité et d'innocuité.

■ Une coopération des parents nécessaire

Lors d'un appareillage d'une personne adulte, elle seule est responsable de son éducation prothétique, elle peut observer les bénéfices qu'elle tire de son appareillage et peut décider de porter ses aides auditives ce qui n'est pas le cas pour l'enfant.

L'appareillage auditif est le signe qui rend visible la surdité. Pour les parents, cette visibilité n'est pas forcément facile à accepter, elle soulève des inquiétudes quant à l'insertion de leur enfant à l'école, dans ses loisirs ou dans son avenir affectif et professionnel.

Quand l'audioprothésiste présente les appareillages envisageables pour leur enfant à ses parents, ils les trouvent souvent « trop gros ». L'audioprothésiste demande aux parents la couleur de l'appareil qu'ils souhaitent, ils répondent très souvent « le moins voyant possible ». Alors que si les parents laissent l'enfant choisir, des couleurs telles que le bleu ou le rose peuvent l'emporter.

Peu importe la taille réelle et la couleur, c'est la représentation subjective que les parents se font de l'appareillage qui compte.

Certains parents ont du mal à supporter l'idée que leur enfant porte des appareils auditifs. Ils ont conscience que leur enfant en a besoin, mais ne veulent absolument pas que cela se voit. Ils refusent l'idée que le handicap de leur enfant soit affiché aux yeux de tous (et peut-être même aux leurs). On peut trouver un exemple qui illustre cette difficulté dans les prises de vue photographique familiales : de façon très régulière, l'enfant est photographié sans son appareillage auditif.

Il est très important que malgré cette difficulté, les parents réussissent à mettre les aides auditives à leur enfant. Sans cela, il ne pourra progresser rapidement et évoluer dans le

monde sonore de façon satisfaisante. Il est nécessaire que les parents comprennent l'enjeu pour qu'ils passent outre l'esthétisme.

Il est également indispensable que les parents emmènent leur enfant consulter un orthophoniste régulièrement. L'appareillage ne suffit pas, nous l'avons vu, pour qu'un enfant malentendant ou sourd interprète le monde sonore qui l'entoure, intègre le langage oral et parle correctement.

Un appareillage peut ne pas être une réussite s'il est insuffisamment porté ou si la rééducation orthophonique ne se fait pas. Dans ces deux aspects, c'est le comportement des parents qui est déterminant.

e. L'enfant polyhandicapé

Les enfants porteurs de déficience auditive peuvent également présenter un ou plusieurs autres handicaps tels que des problèmes de déficiences visuelles, des maladies génétiques ou encore un autisme. Ces différents handicaps associé(s) peuvent limiter les capacités d'acquisition de la parole et du langage chez l'enfant sourd mais aussi compliquer les audiométries.

La consigne du test audiométrique présentée peut être difficile à intégrer pour les enfants. Il va falloir laisser le temps à l'enfant pour qu'il puisse se l'approprier. De plus, l'attention et la coopération des enfants polyhandicapés sont parfois très difficiles à obtenir (dans le cas d'un autisme par exemple), et dans de nombreux cas elles sont limitées en durée. Il va falloir de nombreuses séances pour obtenir un audiogramme fiable.

Le professionnel choisit un test audiométrique adapté à l'âge mental du jeune patient. Un handicap de type visuel, par exemple, peut aussi compliquer le test du ROC, puisque l'enfant ne va pas toujours percevoir la récompense visuelle. Il faudra alors adapter le test spécialement à l'enfant, afin d'obtenir sa participation pour obtenir son audiogramme.

Comme nous venons de le voir, les audiométries sont délicates. Les réglages des aides auditives basées sur les audiométries, sont également difficiles à réaliser. L'audioprothésiste va modifier les réglages pas à pas en fonction des audiométries. Comme pour l'enfant sourd sans handicap associé le professionnel va viser un maximum d'efficacité et d'innocuité.

L'appareillage d'un enfant polyhandicapé exige de l'audioprothésiste beaucoup de patience et de tact car les enfants peuvent alterner des phases de progression et des phases de régression.

Le professionnel doit rester positif et se montrer rassurant pour la famille qui a parfois tendance à être découragée face aux variations de participation de leur enfant aux tests audiométriques ainsi qu'à la rééducation. Il est important également que le professionnel explique l'importance de l'appareillage auditif aux parents qui sont souvent débordés de rendez-vous médicaux et peuvent minimiser l'utilité de rendez-vous paramédicaux supplémentaires.

3. Ethique et appareillage

Les questions d'éthique sont très présentes lorsqu'on aborde la définition de la surdité, celle de l'implantation cochléaire et même parfois celle de l'appareillage auditif.

Il y a différentes façons d'appréhender la surdité d'un individu notamment lorsqu'elle est pré-linguale. En effet, plusieurs choix d'éducation s'offrent aux parents d'un enfant naissant avec une surdité profonde. Ils doivent faire le choix entre une éducation « oraliste » (rendue possible par l'appareillage auditif classique ou l'implant cochléaire) ou « gestuelle » (pas d'appareillage mais un langage gestuel), ce choix a des incidences non négligeables sur l'insertion de l'enfant dans la société.

Nous allons approfondir l'éthique de l'implant cochléaire.

Cette question se pose également pour l'appareillage auditif conventionnel mais les discussions sont moins présentes, vraisemblablement en raison du fait que l'implantation nécessite une intervention chirurgicale et a un caractère beaucoup plus invasif et irréversible que dans le cas de l'aide auditive conventionnelle.

L'implant cochléaire peut être proposé à l'adulte sourd profond suite à une surdité évolutive (le langage est acquis) ou à un enfant présentant une surdité sévère ou profonde bilatérale pré-linguale. Il est important de distinguer ces deux groupes. Dans le premier cas, c'est la personne adulte qui décide de sa propre implantation sous l'éclairage de l'équipe pluridisciplinaire qui l'entoure, mais dans le deuxième cas c'est l'entourage du jeune sourd qui décide pour lui.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'implantation chez un enfant présentant une surdité pré-linguale doit être réalisée rapidement (avant 18 mois) afin d'éviter des retards dans l'apprentissage du langage. On profite alors d'un cerveau jeune et en plein développement capable d'identifier et de comprendre le monde sonore autour de lui presque à la manière d'un enfant entendant. Mais il va de soi que cette donnée ne permet pas à l'enfant de décider de son implantation. Evidemment, ce sont ses parents qui prennent cette décision pour lui.

Les parents entendant choisissent très souvent une éducation oraliste. L'essai d'un appareillage auditif, ainsi que des séances d'orthophonie sont alors mis en place. Mais si la réserve cochléaire de leur enfant s'avère insuffisante pour espérer de bons résultats avec des aides auditives classiques, il faut envisager la possibilité de l'implant cochléaire.

Ils éprouvent des difficultés face à cette décision d'implanter leur enfant. La question du choix d'éducation est revue à cette occasion ; l'équipe pluridisciplinaire présente à la famille le choix de l'éducation gestuelle ou orale avec les avantages et inconvénients de chacune d'elle. L'intervention chirurgicale est, aux yeux des parents, un frein majeur puisque c'est une opération intrusive qui présente toujours un risque. De plus, cette intervention touche à la tête ce qui a un côté effrayant pour l'entourage. Enfin, plus globalement, elle touche à l'intégralité du corps de l'enfant.

L'implantation est un choix très personnel, elle n'est pas adoptée par tous. Certains parents préfèrent choisir la méthode gestuelle et apprennent eux même le langage des signes mais dans la majorité des cas, la décision de l'implantation est prise.

Le point de vue des parents entendants est souvent le même que celui des médecins (sans pour autant considérer que l'ensemble des médecins adopte un mode de pensée homogène sur cette question, mais le choix oraliste est majoritairement en vigueur dans le milieu médical). Leur enfant est porteur d'une incapacité et l'implantation est un bon moyen de pallier à cette incapacité. Elle est le vecteur d'intégration de leur enfant vers le monde des entendants qui est le leur. Les parents portent dans cet implant cochléaire leur espoir de communiquer par la voix avec leur enfant, et de minimiser son handicap. Ils peuvent avoir l'illusion que l'intervention fera de lui un être « normal » car il percevra les sons.

Les critiques de la communauté sourde sont très présentes dans le cas de l'implantation d'un enfant. Les associations de personnes sourdes ne voient pas la surdité comme « quelque chose qui doit être guéri » ou « quelque chose à corriger ». C'est pour eux une particularité à affirmer. Mais la question peut se poser : « Est-ce éthique de considérer une infirmité comme une qualité négative ? » [20]

D'après J.Giot, linguiste, pour les sourds, les entendants imaginent le monde des sourds à leur image, mais ignorent, voire refusent de découvrir combien ce monde dispose de sa propre langue, sa culture, ses codes sociaux, ses frustrations, ses appartenances, ses joies et ses rêves [21].

Pour les malentendants, il faut accepter cet enfant sourd avec sa différence, lui permettre d'accéder au monde des sourds en lui enseignant la langue des signes et en aucun cas lui imposer une chirurgie invasive non nécessaire à la survie chez un enfant sain. Pour la communauté sourde, un enfant doit être éduqué pour utiliser ses talents et ses capacités dans la facilité avec le langage gestuel au lieu de focaliser son attention sur son manque (sa surdité) avec une éducation oraliste [20].

Enfin, l'implant cochléaire rend des personnes sourdes entendants et il représente à leurs yeux une menace pour leur culture sourde et notamment pour leur langue : la langue des signes. L'histoire a trop longtemps méconnu et nié cette culture minoritaire et ce débat ouvert par les sourds prend encore un peu écho dans notre monde d'entendants.

Tous les sourds ne sont pas de cet avis sur les implants cochléaires. Certains parents sourds décident d'implanter leur enfant né sourd. Ils souhaitent pour lui un avenir différent du leur avec, notamment la promesse d'une intégration professionnelle et sociale plus facile, et une meilleure socialisation dans le monde des entendants. On peut tout de même constater qu'aujourd'hui la reconnaissance et l'intégration des personnes sourdes dans la société est limitée, et cette dernière a encore beaucoup de progrès à faire.

Comme nous l'avons vu, des associations de personnes sourdes critiquent l'implant cochléaire et revendiquent leur différence avec leur culture, leur langue et leur façon de vivre. Mais si, comme nous l'avons vu, dans le cas où un enfant naît sourd de parents sourds, la dyade mère enfant n'est pas perturbée (cf. dyade mère sourde et enfant sourd p 21), grâce au langage gestuel qui permet une communication au sein de la famille.

Dans une famille entendant où un enfant naît sourd, la situation est différente, une rupture de communication apparaît alors et il est compréhensible que des parents entendants souhaitent que leur enfant interagisse avec eux selon leur mode de communication (le langage

oral). Pour la famille entendante la surdité est perçue comme un handicap puisqu'elle empêche une communication efficace.

Tout est question de point de vue, et chaque cas est singulier. Il faut respecter les décisions personnelles de chacun, sans négliger de poser la question de la controverse de cet appareillage. Indubitablement, cette question se pose ou se posera à l'enfant et sa famille. Il nous importe donc de les guider dans le choix qui leur conviendra au mieux, dans le respect de leurs convictions, de leurs valeurs, et surtout du bien de l'enfant.

III. DESSIN

1. Définition

Le dessin est un jeu éducatif qui participe au développement de l'enfant. C'est une activité fondatrice qui permet d'installer des habiletés perceptives, graphomotrices et symboliques utiles. Cette activité est cependant limitée dans le temps. René Baldy, professeur de psychologie et spécialiste de développement cognitif étudié à travers le dessin, écrit « Les petits dessinateurs dessinent pour montrer qu'ils sont grands et les grands s'arrêtent pour montrer aux autres qu'ils ne sont plus des petits et se l'imposent à eux-mêmes » [22a].

a. Il traduit un état affectif

Le dessin est considéré par F. Dolto comme un « instantané de l'état affectif » du patient. L'enfant fait une sorte de compte rendu de son émotion présente dans son dessin. Il permet au receveur de son dessin d'approcher son humeur du jour.

Le dessin vu dans le détail enregistre la vie émotionnelle de l'enfant à un moment précis. Dans son tout, le dessin représente une vue d'ensemble de la personnalité [23].

L'enfant se dévoile à travers son dessin, il exprime des choses qu'il ne parviendrait pas à exprimer avec des mots à l'oral. J. Royer, psychiatre et pédopsychiatre, explique « On peut dire « je t'aime » ou « j'ai mal », mais pas comment on aime ou « comment on a mal ». Et c'est ce « comment » que le dessin apporte en plus, à la parole » [24a]. Elle explique aussi que lorsque l'enfant fait un dessin « il déverrouille son album secret, ouvre le grand livre d'images où se dessine sa vie, ... et vous tend une page » [24b].

b. L'inconscient dans le dessin

F. Dolto écrit que « les dessins sont, comme les rêves et les fantasmes d'adultes, des témoignages de l'inconscient » [5k].

Elle considère le dessin comme « un autoportrait inconscient ». Le dessin est un moyen pour le psychanalyste d'accéder à l'inconscient de son patient. Il est interprété par ces professionnels toujours avec le support des explications de leur patient. Nous avons vu dans la partie sur l'image du corps un exemple illustratif de la théorie où, à travers du dessin, F. Dolto accède à l'image inconsciente du corps d'une de ces patientes (cf. partie image du corps dans le dessin p 42).

« L'enfant, en dessinant, traduit au-delà de ce qu'il pense être, ce qu'il ressent à un instant T. Il exprime ses craintes, ses angoisses, ses satisfactions en donnant un contenu à son dessin » [25a]. Dans cette citation de A. Vinay, maître de conférence en psychologie clinique, on voit apparaître les deux versants de la projection ; les sentiments et l'inconscient du patient.

Dans l'idée « d'autoportrait inconscient », on voit apparaître une certaine projection de l'enfant ; nous allons maintenant voir, ce qu'est un dessin projectif.

2. Un dessin projectif

En psychanalyse, la définition d'une projection est «le fait pour une personne d'attribuer à autrui un sentiment qu'elle éprouve mais qu'elle refuse d'accepter » [26]. Lorsqu'on parle de dessin projectif, c'est une projection des sentiments, de ce que vit l'auteur du dessin, sur la feuille de papier.

Tout dessin d'enfant est projectif. Si, par exemple, un enfant dessine ses parents, il va systématiquement se représenter à travers eux. Il situe tout d'où il est, et comme il le ressent.

Il existe des épreuves projectives, où l'enfant est mis dans une situation où les conditions favorisent ses réactions de projections.

M. Porot, professeur honoraire de Clinique psychiatrique et de Psychologie médicale, reconnaît qu'« un test projectif est bon s'il permet d'obtenir d'un sujet une projection de sa personnalité globale, consciente et inconsciente » [27a]. Il spécifie que le dessin de la famille, par exemple correspond très bien à ces exigences. Il explique qu'il faut un matériel standardisé pour pouvoir ensuite analyser les personnalités des enfants à travers leurs dessins en les comparant à ceux d'autres sujets.

Les deux citations suivantes proviennent de l'ouvrage de D. Anzieu, « les méthodes projectives », elles vont permettre de présenter les caractéristiques de ces tests projectifs.

« Les épreuves projectives jouent leur rôle de test : elles proposent des situations dont les variables sont définies, l'objet de la recherche étant la réaction du sujet et les moyens qu'il va trouver pour y répondre » [28a]. Les variables définies sont la consigne, le matériel mis à disposition de la personne testée, ce qui est intéressant est la façon dont la personne va réagir face aux conditions imposées.

« Les tests projectifs amènent le sujet à produire un protocole de réponses telles que la structure de ce protocole corresponde à la structure de sa personnalité. Les caractéristiques fondamentales de celles-ci se trouvent conservées dans celui-là » [28b]. Cette autre citation montre une autre caractéristique du test projectif, la personne va réagir au test en fonction de ce qu'elle est, et de façon représentative de sa personnalité. Analyser les réponses d'une personne à un test projectif, va permettre d'approcher la personnalité de cette dernière.

3. Image inconsciente du corps et schéma corporel dans le dessin

Des grilles d'analyse de dessin s'intéressent à l'intelligence du patient. C'est le schéma corporel qui va être analysé, on peut par exemple citer celle de Goodenough, professeur et chercheur en psychologie. Elles vont présenter des items d'éléments qui peuvent être présents dans le dessin. On va observer si les yeux sont présents, les oreilles etc. Ces grilles cherchent à savoir si l'enfant a conscience de l'enveloppe qui « contient » le corps humain en quelque sorte.

On peut les opposer aux grilles d'analyse qui étudient plutôt les proportions des éléments dessinés, comme celle de J. Royer. Ces grilles étudient donc plutôt l'image du corps et donc le corps ressenti du patient et même la personnalité de l'enfant auteur du dessin.

Le lien entre la taille et l'image du corps est illustrée par l'exemple de la fillette de F. Dolto [51]. L'auteur cite dans son ouvrage « l'image inconsciente du corps », une consultation psychologique d'une jeune fille.

Seule avec son psychanalyste, la fillette dessine un grand vase avec pleins de fleurs (que F Dolto interprète, dans ces circonstances comme son image du corps) et indique le niveau d'eau à l'aide d'un trait. Lorsque sa mère la rejoint dans le bureau de consultation, la fille dessine un petit vase avec des leurs fanées sans niveau d'eau.

L'image du corps de la fillette diffère en fonction de la présence ou de l'absence de sa mère dans le bureau. Ce mécanisme est inconscient (le schéma corporel est donné ici par les fleurs, puisque le vase, élément contenant, n'est pas modifié). Si les éléments sont présents dans les deux dessins, c'est la façon dont ils existent et la place qu'on leur donne qui changent. L'enfant, quand elle est sans sa mère, se vit épanouie et se représente dans une certaine valeur narcissique et lorsque sa mère est à côté d'elle, la jeune fille se sent dévalorisée et effacée. Son narcissisme est touché.

Nous voyons que dans cet exemple le schéma corporel correspond aux éléments dessinés, à la forme du dessin, alors que l'image inconsciente correspond à la taille des éléments dessinés.

Si un enfant dessine un bonhomme tout petit dans un coin de la feuille d'un trait très léger, L. Corman, médecin psychiatre, va en déduire que l'auteur du dessin est plutôt timide, replié sur lui-même [27b]. Au contraire, si un bonhomme est dessiné d'un tracé ample, sur une bonne partie de la feuille, le dessinateur sera considéré comme quelqu'un d'extraverti. L'explication faite est très schématique mais c'est une première approche des supports d'analyse des dessins.

4. Le dessin est un langage

Le dessin est un langage. Tout comme les mots, le dessin utilise des symboles pour représenter le monde. Comme l'enfant apprend au fur et à mesure de son développement à parler, il apprend à dessiner par étapes. Lorsqu'il apprend des mots, il apprend dans le même temps à symboliser des éléments de son environnement par le dessin [29a].

L'homme paléolithique se servait déjà de l'écriture de manière symbolique, il représentait ses activités de la vie quotidienne et tentait de représenter le monde qui l'entourait. La trace écrite était déjà porteuse de sens et présentait une autre forme de langage.

Au même titre que la langue française par exemple, le dessin est un système de signes socialement codifiés. « Il est composé d'un assemblage de signifiants graphiques, respectant une syntaxe qui acquiert un sens global différent de celui de chaque signe » [22b]. Un même élément, ou « signifié », peut être figuré avec des « signifiants » différents. Au même titre que le langage et que l'écriture, l'enfant a un vocabulaire (composé de signifiants) d'abord limité, qui va se diversifier avec sa croissance [22b].

Voici quelques signifiants qui peuvent être utilisés pour représenter le nez :



Pour produire un acte de langage ou un geste, trois phases sont nécessaires à leur réalisation. La première phase est la représentation mentale de l'acte à accomplir, puis suit la transmission de la zone motrice à la zone musculaire effectrice. La dernière étape est la réalisation du geste par une mise en mouvements des muscles et articulations concernées.

En ce qui concerne la réalisation d'un dessin, le même travail est à effectuer. J.R. Searle, professeur de philosophie spécialiste en philosophie du langage, parle « d'intention préalable » qui correspond à « je vais dessiner » et « d'intention action » concrétisée par la préhension du crayon pour dessiner [30]. Il faut tout d'abord élaborer une représentation mentale du dessin avant de le réaliser.

« Comme tout langage le dessin comporte un fond et une forme » [24c]. La forme est en quelque sorte la signature de l'auteur. Le dessin est un langage extrêmement personnalisé. René Baldy, professeur de psychologie à l'université Paul Valéry de Montpellier (spécialiste de développement cognitif étudié à travers le dessin), précise que le dessin est d'abord impersonnel et au fur et à mesure il évolue en se personnalisant. Les dessins d'un même enfant sont reconnaissables [22c].

Le dessin est un compromis entre l'acte et la parole. Il s'apparente plus à l'écriture qu'à la verbalisation. C'est une sorte d'écriture naturelle (elle ne nécessite pas d'appareillage spécifique) [24c], et au même titre que l'écriture, le dessin laisse une trace, Philippe Wallon, médecin psychiatre, écrit : « Le dessin est en fin de compte une trace, celle laissée par le déplacement de la main sur un support » [31a]. R. Baldy explique que l'écriture de la danse est le geste, mais contrairement à la danse, c'est la trace laissée sur le support qui est importante dans le dessin, et non pas le geste du dessinateur [22d].

A. Vinay dit « Tout dessin laisse une trace, trace de soi dans un moment particulier de sa vie, trace de soi dans l'histoire de l'homme, trace mnésique dans le sentiment d'avoir existé un jour et marqué son entourage par une production émanant de la réalité ». On voit apparaître dans cette citation les différents niveaux concernés par la trace du dessin, le niveau individuel, celui de la société, et enfin un niveau à l'échelle de l'histoire humaine.

5. L'évolution du dessin

« Il va de soi que le dessin des enfants varie avec leur âge, leurs capacités motrices et intellectuelles, leur sens des symboles, leur possibilité de figuration » écrit Annie Anzieu, psychanalyste [32]. Nous allons détailler les éléments qui interviennent dans l'évolution des dessins de l'enfant au cours de son développement.

Les premiers tracés de l'enfant sont faits entre 9 mois et 2 ans. Cela dépend des conditions de vie, de l'environnement familial, et du type de stimulation et d'éveil de l'entourage. L'enfant découvre qu'un geste peut laisser une trace, on parle de premier stade du dessin c'est le « barbouillage ». Ensuite, vient le « gribouillage ». L'enfant est alors intéressé par cette trace laissée sur le support, il découvre le matériel et l'effet qu'il produit sur la feuille avant de pouvoir se concentrer sur le résultat. A cet âge, il n'y a pas d'intension

et pas de contrôle visuel du geste. A 18 mois, le regard va suivre le mouvement mais ne va pas encore le guider.

La transition du gribouillage vers le dessin s'effectue sous la stimulation de l'entourage [22d]. Les éléments qui constituent les dessins se diversifient et les formes deviennent de plus en plus complexes quand l'enfant grandit. A 18 mois, l'enfant peut faire des traits verticaux, à 2 ans des traits horizontaux par exemple. L'enfant apprend également au cours de son développement à réaliser des formes géométriques élémentaires. Il acquiert le vocabulaire graphique nécessaire à la réalisation des dessins. Vers 3 ans, il sait dessiner un cercle ou une croix, et apprend à fermer son cercle vers 3 ans et demi ou 4 ans. C'est le début de l'anthropomorphisme (tendance à attribuer aux objets naturels, aux animaux et aux créations mythiques des caractères propres à l'homme), et du coloriage grossier.

Entre 4 et 6 ans, le coloriage est réalisé à bon escient. On peut déceler le sexe du bonhomme avec l'aide du contexte. Le sexe n'est pas visible sur les dessins mais ils laissent deviner les organes génitaux, J. Royer parle « d'actes manqués ».

On passe alors du bonhomme têtard au bonhomme « intermédiaire » grâce à des progrès techniques. Puis on passe ensuite au bonhomme conventionnel « fil » puis « tube ».

Entre 6 et 9 ans, le dessin devient une scène, une histoire. L'enfant raconte une histoire dans ses dessins, il peut en faire plusieurs pour l'illustrer. Les thèmes se diversifient et sont différents chez les garçons et les filles. Les garçons commencent à dessiner des dinosaures ou extra-terrestres, ou des supers héros, tandis que les filles dessinent plutôt des princesses, des princes ou des châteaux [29b]. Les proportions sont de plus en plus respectées et les détails se multiplient.

A 9 ans, l'enfant dessine ce qu'il voit, il utilise la perspective. Il tient compte de la disposition des objets tels qu'il les perçoit. Ce souci de réalisme conduit un grand nombre d'enfants à se détourner de la réalité, n'ayant pas suffisamment de technique ils connaissent la frustration d'obtenir un dessin non conforme à leur niveau d'attente [29c].

6. Les étapes du dessin du bonhomme

Le dessin du bonhomme se modifie lorsque l'enfant grandit. René Baldy [22f] distingue six types de bonhomme qui correspondent à des âges différents. Des illustrations correspondant à chaque type de bonhomme sont présentes en annexe II.

- Le bonhomme rond

C'est l'embryon du dessin du bonhomme. Il est représenté par un cercle, comme un « tout ».

- Le bonhomme « en pièce détachée »

Le bonhomme est une « énumération graphiques de toutes les parties ». L'enfant dessine les éléments graphiques qui constituent le bonhomme sans structure. Il dessine les parties du corps sans le « tout ».

- Le bonhomme têtard (4 ans)

L'être humain est représenté « par une surface plus ou moins circulaire et quelques filaments » [31b]. Le bonhomme est constitué d'un cercle avec parfois deux antennes ou plus. Lorsqu'elles sont au nombre de deux, on peut imaginer que ce sont les jambes mais souvent elles sont plus nombreuses à la manière d'un soleil. On retrouve dans tous les deux cas le « tout ».

- Le bonhomme têtard recherche tronc désespérément

C'est un bonhomme qui correspond à une transition entre un bonhomme têtard et un bonhomme plus évolué appelé conventionnel. On peut voir à ce stade les deux antennes correspondant aux jambes, mais le personnage dessiné ne possède pas de tronc, on parle de « tronc fantôme ».

On peut rencontrer deux types de bonhomme : le bonhomme à structure « tête-tronc », ou à structure « tronc-jambes » (Osterrieth et Cambier en 1976).

- Le bonhomme « conventionnel additif »

Le bonhomme conventionnel fil (4 ans et 3 mois) connaît à ce stade une figure humaine correctement assemblée. L'enfant sait placer les parties du corps et les nommer verbalement. Le vocabulaire graphique est le même mais il est juxtaposé.

Le bonhomme conventionnel « tube » (4 ans et 6 mois) suit. On voit apparaître un double trait pour les membres inférieurs et supérieurs.

- Le bonhomme « contour » (6 ans et 6 mois)

Le bonhomme est dessiné d'un trait. Les formes ne sont plus ajoutées les unes aux autres. Il y a une figure contenant comme le cercle du « tout » au départ de l'évolution du bonhomme, un seul trait oppose l'intérieur du bonhomme à l'extérieur de celui-ci.

Le bonhomme contour peut à présent s'animer. Il peut être dessiné de profil, de dos ou en mouvement. Pour réaliser cela l'enfant doit renoncer à une partie des éléments caractérisant son personnage. Pour le dessiner de profil, il doit par exemple ne pas dessiner un œil et la moitié de la bouche. Ces dessins apparaissent vers 8 ans.

Au cours de son développement, l'enfant va marquer graphiquement de plus en plus de détails qui vont caractériser l'identité du bonhomme. Son âge, sa catégorie sexuelle ainsi que sa tenue vestimentaire vont pouvoir être identifiés dès l'âge de 4 ans. René Baldy parle de « carte d'identité du bonhomme » [22g].

La taille des personnages augmente avec l'âge également. Le bébé sera dessiné plus petit que l'enfant ou que l'adulte par le jeune dessinateur.

Les détails du bébé et de l'adulte sont différents ; le bébé est dessiné avec un « doudou », un biberon et/ou un pyjama, alors que l'adulte (de taille plus grande) aura une moustache, un chapeau ou des chaussures à talon, ou des bijoux pour la femme.

Plus l'enfant grandit, et plus la proportion de bonhommes habillés augmente dans ses dessins. Les vêtements sont de plus en plus détaillés également.

7. Schéma récapitulatif de l'évolution du dessin : Du barbouillage au dessin créatif

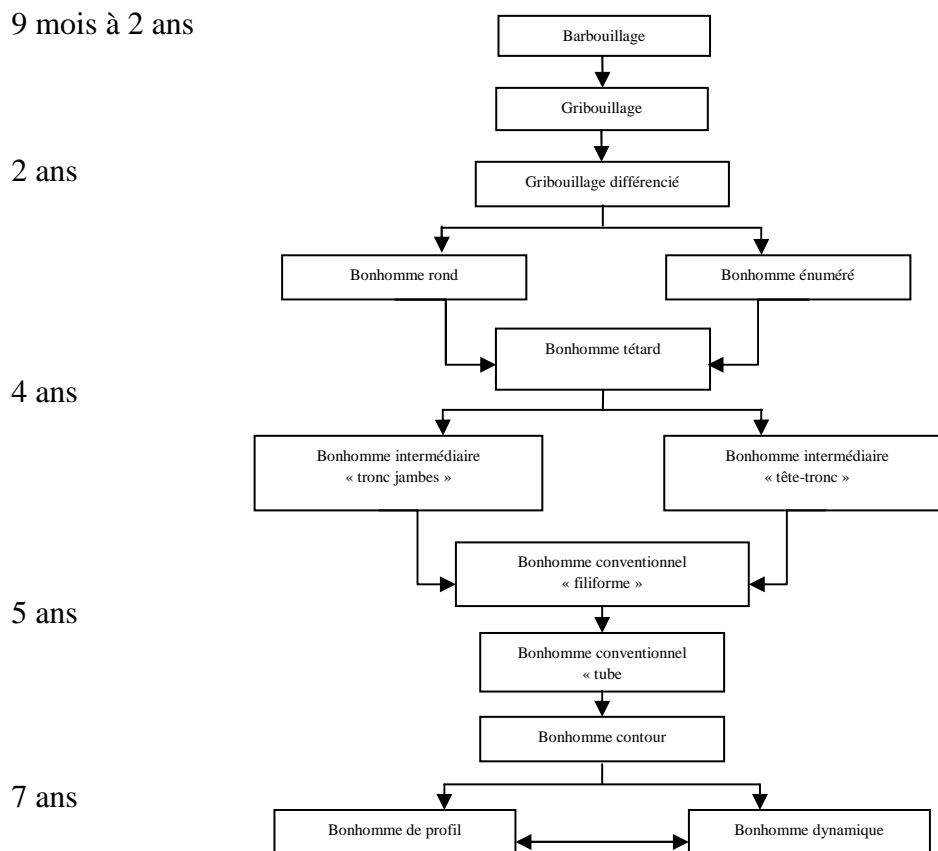


Figure 1 : du gribouillage au dessin créatif

Ce schéma permet de synthétiser tout ce que nous avons détaillé dans cette partie en précisant un âge pour chaque étape du dessin du bonhomme [22h].

8. Evaluation du dessin

Le dessin peut être considéré comme un test d'intelligence ou de personnalité. Nous allons présenter différents tests qui font partie de l'histoire de l'analyse des dessins d'enfants. Nous approfondirons l'analyse de J.Royer, psychologue, que nous utiliserons dans notre étude. Voici plusieurs tests classés dans un ordre chronologique.

« Le psychologue est un « interprète » qui s'efforce de traduire le contenu d'un message, en langue étrangère, dans la langue usuelle » [24d]. Il existe plusieurs méthodes de traduction. Les auteurs ne considèrent pas le dessin de la même manière, et trouvent dans ces derniers des éléments différents.

Claparède 1907

Psychologue suisse, M. Claparède met au point un test où l'enfant doit représenter un personnage puis un second de l'autre sexe. Celui du même sexe que lui a une valeur relative à l'enfant et l'autre peut être associé à l'entourage de l'enfant. Son analyse n'est pas basée sur une cotation, mais sur l'expérience. Il met en évidence qu'il existe une corrélation entre le

succès scolaire et l'aptitude aux dessins, d'après P. Wallon, docteur en psychologie et psychiatre [31].

Goodenough 1926

Il a décrit et étalonné un test de développement intellectuel. Son analyse attribue une note au dessin et traduit le niveau intellectuel du sujet suivant le degré de perfection, l'équilibre général, la richesse des détails avec lesquels son bonhomme est dessiné. Goodenough s'aperçoit que la moyenne des notes évolue en fonction de l'âge. Plus les enfants sont grands plus la moyenne des notes est élevée.

Machover 1949

K.Machover, psychologue, a repris le test de Goodenough et a fait un test de personnalité pour mettre en lumière le niveau socio affectif de l'enfant. La consigne est de dessiner successivement deux personnages de sexe différents. Des items sont relatifs à la communication sociale et à la cognition, d'autres sont relatifs à l'identité et à l'image de soi, et les derniers renvoient à l'intelligence sociale et aux représentations spatiales [33].

Koppitz 1968 (31)

Ses travaux combinent l'approche émotionnelle et l'approche cognitive. Il observe trente indicateurs émotionnels sur un dessin de figure humaine et les note en points positifs ou en points négatifs.

Royer 1977

L'auteur se détache de l'idée d'intelligence. Son test prend en compte l'ensemble de la personnalité de l'enfant. Sa grille de notation permet d'observer en détail la tête du personnage, le schéma corporel, les vêtements et la couleur.

9. Dessin et déficience auditive

B. Virole, psychanalyste et écrivain français, a remarqué que les sourds ont de grosses difficultés à passer du détail à la généralisation et à acquérir une vue d'ensemble. Il observe également une négligence des proportions et de la coordination motrice par les enfants sourds [34]. La difficulté d'avoir une vue d'ensemble peut tout à fait expliquer les problèmes de proportions des dessins d'enfants sourds.

Il a aussi constaté sur le dessin du bonhomme d'enfants sourds, une apparition des détails du visage et des mains plus précoce et avec plus de détails que ceux des enfants entendants.

On peut l'expliquer par un rapport à la communication différent. En effet, les enfants sourds (privé en partie ou intégralement de l'audition) sont plus attentifs au côté visuel de la communication que les entendants pour pallier au mieux à leur sens déficient.

B. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I. PROBLEMATIQUE

L'objectif de ce mémoire est de répondre à la problématique :

« Le port de l'appareil auditif et de l'implant cochléaire modifie-il l'image du corps de l'enfant ? »

Nous allons, pour conduire l'étude, nous baser sur des hypothèses qui ont été élaborées afin de répondre à cette problématique. Nous n'explorerons qu'une partie de l'image du corps, pour répondre aux hypothèses posées.

Certaines hypothèses concernent directement l'appareillage, et d'autres concernent tout ce qui accompagne ce dernier, réalisé par l'équipe pluridisciplinaire, c'est-à-dire l'éducation (ou la rééducation) auditive dans un but d'oralisation.

Il est important de rappeler que l'image inconsciente du corps, n'est accessible qu'à travers le dessin mais aussi les dires de l'enfant qui l'accompagne. Cette exigence requiert une compétence spécifique en matière de conduite et d'entretien individuel.

Dans cette étude, nous n'allons pas analyser les dessins en profondeur, nous en serions bien incapable car une future audioprothésiste conduit cette étude et n'est en aucun cas un psychologue ou un psychanalyste et n'a donc pas l'expertise requise. La parole de l'enfant était libre pendant qu'il réalisait ses dessins, et que l'on notait ce qu'il disait. A la séance d'analyse, ces propos étaient présentés à l'équipe d'analyse.

Nous allons nous contenter de répondre à nos hypothèses, mais nous ne pourrons pas affirmer les résultats mais les considérer comme des propositions d'interprétation. Il faudrait pour valider tous les résultats réalisés des études complémentaires avec des spécialistes de la question.

II. HYPOTHESES

Pour cela nous allons émettre des hypothèses qui nous aiderons à guider nos recherches pour répondre au mieux à cette problématique.

1. Hypothèse de départ

Il n'y a pas de raison que l'enfant malentendant appareillé ou sourd implanté, qui n'a pas de trouble moteur ou de handicap corporel associé représente différemment le bonhomme dans sa globalité qu'un enfant normo entendant.

2. Hypothèse 1

L'hypothèse 1 concerne l'appareillage auditif et les oreilles des personnages dessinés par les enfants.

a. Hypothèse 1a

Les enfants dessineront leurs appareils auditifs ou leur implant cochléaire sur leur autoportrait. L'appareillage est le marqueur de leur handicap, la différence visible entre eux et leur entourage. Il aura donc tendance à dessiner cette particularité au personnage qui le représente.

b. Hypothèse 1b

Les oreilles des malentendants et enfants implantés seront plus présentes et plus grosses que celles dessinées par les enfants normo entendants puisqu'une attention particulière des adultes (médecins ORL, orthophoniste, audioprothésiste et parents) est portée sur cette partie du corps.

3. Hypothèse 2

La bouche, qui sert d'indice à la compréhension avec la lecture labiale, aura une importance plus grande pour les enfants implantés et malentendants que pour les enfants entendants.

4. Hypothèse 3

Nous pourrions également penser que les mains seront plus détaillées et plus visibles chez les enfants malentendants ou implantés du fait de l'aide à la compréhension qu'elles peuvent apporter, mais aussi du fait du déploiement et de la précision gestuelle que nécessite le langage gestuel. Le travail d'apprentissage de reconnaissance et de production du geste est appris par les orthophonistes.

5. Hypothèse 4

Elle concerne la taille de la tête des personnages dessinés par les enfants.

a. Hypothèse 4a

La tête des personnages représentés par les enfants malentendants et implantés sera surdimensionnée du fait du surinvestissement de cette partie du corps dans la communication des enfants malentendants (les expressions du visage qui servent d'indice dans la communication).

b. Hypothèse 4b

La taille de la tête des personnages dessinés par les enfants implantés sera plus grosse que celles dessinées par les enfants appareillés et normo entendants puisque l'attention particulière des parents se fait sur cette partie du corps et non sur les oreilles.

6. Hypothèse 5

Le handicap de surdité, marqué par l'appareillage, a des répercussions sur l'image du corps et donc sur la taille des personnages.

a. Hypothèse 5a :

Les « personnages autoportraits » seront plus petits que les « personnages bonhommes » pour les enfants malentendants et implantés.

b. Hypothèse 5b :

Les personnages dessinés par les enfants implantés et malentendants seront plus petits que ceux des normo entendants.

7. Hypothèse 6

Des signes de communication entre les personnages seront visibles entre les membres de la famille chez les enfants malentendants et appareillés qui sont d'avantages vigilants au côté visuel de la communication que les normo entendants.

8. Hypothèse 7

L'enfant malentendant ou implanté peut se considérer comme différent de ses parents, du fait de son appareillage. Il présente des difficultés à s'identifier à ces derniers et l'image du corps des parents et de l'enfant sera différente sur le dessin de la famille.

9. Hypothèse 8

Les enfants implantés et appareillés ont conscience de porter un appareillage auditif du fait des multiples interventions et intervenant autour de lui.

C. CONTRIBUTION

PERSONNELLE, ETUDES

Dans cette partie, nous verrons comment a été choisie la population qui a participé au test, puis le protocole que nous avons suivi pour les deux séances de dessin, et enfin la technique et l'analyse des dessins.

I. POPULATION TESTEE

L'étude a été réalisée auprès d'enfants nés en 2001, 2002 ou 2003: Les enfants rencontrés avaient donc tous 6, 7 ou 8 ans. Cette fourchette d'âge a été choisie, en raison de l'usage fréquent du dessin chez les enfants, et de la qualité d'élaboration des documents produits.

A l'origine, nous voulions rencontrer des enfants plus jeunes, mais le dessin du bonhomme n'aurait pas été assez évolué pour mettre en évidence ce que nous souhaitons.

Trois groupes d'enfants ont été formés :

- Le premier groupe est constitué d'enfants appareillés présentant une surdité bilatérale moyenne de deuxième degré selon le BIAP [19] c'est à dire une perte supérieure ou égale à 56 dB. L'abréviation que nous utiliserons pour parler de ce groupe est « EA ».
- Le deuxième est constitué d'enfants portant un implant cochléaire. L'abréviation sera ici « EI »
- Le troisième est le groupe témoin, il est constitué d'enfants normo entendants. L'abréviation que nous utiliserons est « EN ».

Cette recherche porte sur 7 enfants appareillés, 6 enfants implantés, et 12 enfants normo entendants.

1. Groupe des enfants appareillés

EA1 : garçon de 6 ans et 1 mois

EA2 : garçon de 6 ans et 1 mois

EA3 : fille de 6 ans et 6 mois

EA4 : garçon de 6 ans et 11 mois

EA5 : garçon de 8 ans

EA6 : garçon de 8 ans et 3 mois

EA7 : garçon de 8 ans et 4 mois

L'âge moyen du groupe des enfants appareillés est 7 ans et 1 mois.

L'audiogramme ainsi que la surdité moyenne de chaque enfant est présente en annexe III. Elles sont toutes supérieures à 56 dB.

2. Groupe des enfants implantés

EI1 : fille de 6 ans et 4 mois

EI2 : fille de 6 ans et 6 mois

Implantée à droite en octobre 2007, scolarisée en CLIS (Classe d'intégration scolaire) pour déficients auditifs

EI3 : fille de 7 ans et 1 mois

Implantée à droite en octobre 2006, scolarisée en école primaire ordinaire.

EI4 : fille de 7 ans et 3 mois

Implantée à droite en novembre 2007, scolarisée en CLIS pour déficients auditifs.

EI5 : fille de 7 ans et 11 mois

Implantée à gauche en novembre 2005, scolarisée en école ordinaire.

EI6 : fille de 8 ans et 3 mois

Implantée à gauche en novembre 2007, scolarisée en école ordinaire.

L'âge moyen des enfants implantés est 7 ans et 2 mois.

Remarques :

- Pour les enfants implantés, la compréhension des consignes a été plus difficile. On a utilisé parfois des gestes de français signés pour aider à l'explication des consignes et à l'échange. Le vocabulaire parfois très restreint de certains enfants a induit une simplification de la consigne. Les notions de « bonhomme » et de « famille » ont parfois du être expliquées. La consigne du dessin du bonhomme a alors été transformée en « tu dessines une fille ou un garçon », et la consigne de la famille a été traduite par tu dessines « un papa, une maman et des enfants ».

- Certains enfants implantés portent une aide auditive controlatérale. Nous ne tiendrons pas compte de cette dernière dans cette étude, nous prêterons attention à l'implant uniquement.

3. Groupe témoin des enfants normo entendants

EN1 : garçon de 6 ans et 6 mois

EN2 : garçon de 6 ans et 6 mois

EN3 : fille de 6 ans et 11 mois

EN4 : fille de 7 ans et 1 mois

EN5 : garçon de 7 ans et 7 mois

EN6 : fille de 7 ans et 11 mois

EN7 : fille de 8 ans

EN8 : garçon de 8 ans et 1 mois

EN9 : garçon 8 ans et 3 mois

EN10 : fille de 8 ans et 6 mois

EN11 : garçon de 8 ans et 8 mois

EN12 : fille de 8 ans et 10 mois

L'âge moyen des enfants normo entendants est 7 ans et 7 mois.

Nous partons du principe qu'aucun enfant n'a de trouble associé dans ce groupe. Nous n'avons pas effectué d'audiogramme à chacun d'entre eux, nous ne pouvons donc écarter la présence de surdité légère ou moyenne de façon sûre. Les institutrices des enfants qui ont participés à cette étude, n'ont en tout cas, décelé aucune suspicion de surdité chez leurs élèves.

4. Caractéristiques de la population testée

Les enfants sélectionnés pour participer à cette étude sont tous nés de parents entendants, et bénéficient d'une éducation oraliste (parfois accompagnée de Français Signé). Ils sont tous suivis par une équipe pluridisciplinaire quand ils sont atteints d'une déficience auditive.

Nous voulions également éviter un autre biais en excluant de l'étude les enfants présentant un trouble associé. Malheureusement, il fut difficile de trouver des enfants implantés qui correspondent à tous ces critères, nous avons donc décidé de faire participer à ces tests deux enfants présentant une aréflexie légère.

La population testée est en faible nombre, et n'est pas forcément très représentative de la population générale. L'âge des enfants est relativement varié en vue du peu d'enfants rencontrés. Un autre inconvénient est que les enfants implantés ne sont que des filles, et les enfants appareillés sont 6 garçons sur 7 enfants, les enfants normo entendants sont, eux, en proportion égale filles/garçons.

Les groupes ont des âges moyens différents, la différence moyenne d'âge des enfants appareillés et implantés n'est pas significative mais on peut remarquer que les enfants normo entendants sont plus âgés que les deux autres groupes. L'idéal aurait été d'avoir une fourchette d'âge beaucoup plus resserrée, avec des âges moyens identiques pour les trois groupes, pour que les enfants en soient au même stade développement du dessin. Il faudrait également avoir une population sans aucun troubles associés, et avoir des proportions égale en fille/garçons. C'est au départ ce que nous espérions, mais le faible nombre de candidats potentiels pour l'étude ne nous a pas permis de faire des choix de ce type. Nous avons donc dû revoir nos critères de sélection pour pouvoir rencontrer au mois 6 enfants dans chaque groupe.

Au regard du faible nombre d'enfants testés, et des biais présentés par notre population, nos résultats ne pourront être considérés comme ceux d'une étude statistique mais comme une première sélection d'hypothèses. Pour valider les résultats, il faudrait mener à nouveau cette étude auprès d'un grand nombre d'enfants, d'une population plus homogène. Cela pourrait faire l'objet d'une étude ultérieure.

II. PROTOCOLE

Nous allons maintenant présenter les conditions dans lesquelles se sont déroulées les séances de dessin. Nous allons détailler le matériel standardisé, les conditions de passation du test, et les consignes.

1. Matériel standardisé

Pour pouvoir analyser et comparer les dessins, le matériel doit être standardisé : tous les enfants doivent avoir accès au même matériel.

Pour dessiner, l'enfant peut utiliser un crayon de papier, une gomme et neuf crayons de couleur : rouge, orange, jaune, vert, bleu, violet, rose, marron, et noir.

Une feuille 21x29,7 est présentée à l'enfant verticalement pour le dessin du « bonhomme » et « l'autoportrait » et la feuille de même dimension est présentée horizontalement pour le dessin de la « famille inventée ». Ces sens de feuille ont été choisis pour permettre à l'enfant d'avoir le plus de place possible. Que ce soit en hauteur pour dessiner un seul personnage pour les deux premières consignes, ou en largeur pour pouvoir dessiner plusieurs personnages.

Deux enfants (EN4 et EI6) ont retourné leur feuille pour les dessins des personnages. EN4 l'a retourné pour le dessin de lui-même et EI6 l'a retourné pour ses deux dessins.

2. Conditions de passation

a. Formulaire de consentement

Pour faire passer un test à des mineurs, il faut obtenir l'autorisation de leurs parents.

Un formulaire de consentement a été systématiquement distribué aux parents afin de les informer de l'objet de l'étude sans être trop précis de façon à ce que les parents n'influencent pas les réponses de leur enfant aux tests. Seul le thème général de l'étude était indiqué « la façon dont l'enfant vit son corps », et les parents savaient que l'étude consistait à deux séances des dessins.

Il était spécifié que l'étude était anonyme, et les coordonnées du testeur y figuraient pour permettre aux parents d'avoir plus de détails s'ils le souhaitaient (dans la limite d'une possible influence de l'enfant).

Un coupon était à remplir par les familles. Il fut adapté pour chaque lieu dans lequel des dessins ont été réalisés (cf. annexe IV). Pour que les parents puissent avoir un retour sur l'étude, il a été dit à ces derniers qu'un exemplaire de ce mémoire serait à leur disposition dans les trois lieux où les enfants ont participé à l'étude.

b. Unité de lieu

Elle n'a pu être respectée du fait du faible nombre d'enfants pouvant participer à l'étude. Le groupe des enfants malentendants appareillés a dessiné dans le centre d'audioprothèse de son audioprothésiste. Le groupe des enfants implantés a été rencontré dans leur Centre d'Audiophonologie Infantile, et enfin les normo entendant ont réalisé leur dessin dans leur établissement scolaire (école primaire élémentaire). Dans les trois cas, les établissements étaient connus des enfants.

Cette absence d'unité de lieu peut avoir des incidences sur la passation pour ce qui concerne les enfants appareillés. Ils venaient au rendez-vous de leur audioprothésiste et dessinaient ensuite sur le même lieu. On peut émettre l'hypothèse que ce lieu, largement connoté à leurs yeux, pouvait influencer leurs représentations par une mise en avant de leur surdité. Les enfants implantés rencontrés dans le centre d'audiophonologie où ils viennent régulièrement pour des rendez-vous divers (orthophonie, enseignement spécialisé), pouvaient eux aussi associer le dessin à ces diverses disciplines. Le fait d'avoir été à l'école réaliser les tests n'est pas non plus idéal puisque les enfants sont dans une certaine forme d'esprit. Par exemple, certains enfants ont demandé si le dessin était noté.

c. Deux séances de dessin

La réalisation des dessins est proposée à l'enfant au cours de deux séances.

Ce choix a été fait puisque l'enfant a une attention limitée. Malheureusement, pour des raisons pratiques (enfants habitant loin du point de rendez-vous) il n'a pas été possible de respecter ces conditions pour quelques enfants. Dans ce cas, les trois dessins ont été réalisés au cours de la même séance.

d. Choix du nombre d'enfants participant à l'étude

Pour les groupes des enfants implantés et appareillés, nous souhaitions rencontrer une dizaine d'enfants pour chaque groupe. Il a été difficile de trouver des enfants qui remplissent les critères choisis : l'âge (entre 6 et 8 ans inclus), la surdité (surdité supérieure à 55 dB pour les enfants appareillés) et d'appareillage auditif (appareillage bilatéral pour les enfants appareillés et implantés pour le groupe des enfants implantés). Nous avons donc proposé le test à tous les parents des enfants qui remplissaient tous les critères, et réalisés le test lorsque l'accord parental était donné.

Pour les enfants normo entendants, la donnée n'était pas la même. Tous les enfants de CP, CE1 et CE2 remplissaient l'unique critère de l'âge. Dans chaque classe, après la première séance de dessin, où chaque élève a participé, les élèves ont organisé un tirage au sort pour le dessin de la famille. Cette façon de procéder a été décidée avec les institutrices pour éviter les jalousies et éviter que ce soit à nous de choisir les élèves en fonction de leur dessin.

Nous aurions pu imaginer rencontrer individuellement chaque enfant des trois classes pour la deuxième séance de dessin. Pour des raisons pratiques de temps de passation de test, et de gêne occasionnée pour le déroulement des enseignements, cela n'a pas été possible.

Nous souhaitions que notre groupe témoin comporte plus d'individus que nos autres groupes, mais en même temps qu'il ne soit pas trop conséquent pour que l'analyse des dessins puissent se faire dessin par dessin. Nous avons donc décidé de constituer un groupe de douze enfants, soit quatre enfants de chaque classe. Les enseignantes se sont montrées favorables à ce choix.

e. Une passation individuelle mais parfois collective

Les séances de dessins se sont passées en individuel. Les enfants étaient reçus seuls dans une salle avec le matériel standardisé.

A l'école primaire, la première séance (dessin du bonhomme et autoportrait) a été réalisée en petit groupe de six enfants. Ce choix a été fait pour une question d'organisation. Pour ne pas frustrer les enfants et les parents des élèves qui avaient répondu favorablement à la demande de participation de leur enfant à l'étude (par le formulaire de consentement), nous avons décidé avec les institutrices de prendre les enfants par petits groupes. La passation du test était comme un atelier dessin dans la journée des écoliers.

L'inconvénient des petits groupes est la copie du dessin du voisin, et les échanges oraux qui ont lieu au sein d'un groupe. On avait interdit aux enfants de se parler, mais cette consigne n'a pas toujours été respectée. Cette donnée sera prise en considération pour l'analyse des dessins. Idéalement, il aurait fallu rencontrer chaque enfant individuellement.

Les deuxièmes séances de dessin avec les élèves de l'école primaire se sont déroulées en individuel comme le prévoyait le protocole. Les dessins des bonhommes et autoportraits réalisés par les enfants n'ayant pas été tirés au sort, n'ont pas été conservés pour l'étude.

f. Enoncé de la consigne

La consigne du dessin était donnée à l'enfant, on s'assurait ensuite qu'il l'avait comprise. Si l'enfant hésitait dans les premières minutes, ne commençait pas son dessin, ou posait tout simplement la question de la signification de la consigne, nous déclinions la consigne avec des mots plus simples (cf. consignes). La reformulation de la consigne était plus fréquente pour les enfants implantés.

Pendant le dessin, l'enfant est livré à lui-même, lorsqu'il pose des questions, on l'incite à trouver une solution seul. On lui explique que c'est un dessin, il fait « comme il veut ».

g. Un temps illimité

Les enfants bénéficiaient du temps qu'ils souhaitaient pour dessiner.

Certains ont mis moins de vingt minutes pour faire les trois dessins, et pour d'autres il a fallu plus d'une heure et demie. Deux enfants n'ont pas pu finir de colorier leur dessin pour des raisons pratiques, l'un à l'école primaire en fin de journée et l'autre pour un rendez-vous orthophonique.

3. Les consignes

a. Le dessin du bonhomme

Lors de la première séance de dessin, il est demandé à l'enfant de dessiner un « **bonhomme** ».

La consigne précise est la suivante:

« **Sur cette feuille, tu vas dessiner un bonhomme, ce n'est pas la peine d'aller vite et travaille le mieux possible** ».

Ce dessin a lieu lors de la première prise de contact avec l'enfant. Cette consigne met à l'aise les enfants, et nous permet de considérer ce dessin comme un personnage sur lequel il peut y avoir des identifications mais qui représente en fait un personnage quelconque.

Le dessin d'un bonhomme a ceci de spécifique qu'il est à la fois le dessin de l'autre universel et le dessin de soi tel que le corps est perçu [25b]. L'enfant qui dessine un bonhomme va s'exercer à la ressemblance mais également à la différence.

Nous considérerons le dessin du bonhomme comme le « dessin de l'autre universel » même si l'enfant se projette dans chaque dessin qu'il réalise. La consigne aurait pu être « dessine un bonhomme » la suite de la consigne sert uniquement pour mettre en confiance l'enfant.

b. L'autoportrait

Si l'enfant s'appelle Paul par exemple, la consigne est la suivante : « **Dessine Paul** ».

Au départ de la recherche, le projet de consigne pour ce dessin était « Dessine-toi ». Mais la consigne « Dessine Prénom » a finalement été choisie puisque le pronom possessif « toi » risquait de poser des problèmes de compréhension puisqu'il n'est pas toujours connu des enfants de 6 ans, mais aussi des enfants implantés qui peuvent présenter des retards de langage donc des difficultés de compréhension.

Demander à l'enfant de se dessiner lui-même, nous permet d'observer, une fois le dessin réalisé, les différences d'image du corps entre ce personnage qui le représente et celui du bonhomme. C'est la représentation de l'autoportrait qui est le lieu de toutes les projections et mécanismes de défense également. Ce personnage est-il très différent du premier ?

Il est arrivé pour un enfant (EA4) qu'à la présentation de la deuxième consigne, il explique « qu'il venait de se dessiner lors du précédent dessin ». Dans ce cas, l'examineur en tient compte dans ses annotations puisque cela signifie que l'enfant s'est projeté dans le dessin du bonhomme.

c. Le dessin de la famille

Lors de la deuxième séance la consigne est "**Dessine une famille que tu inventes**".

Cette consigne a été choisie pour observer les différences entre les personnages composant cette famille. Nous aurions pu choisir des consignes telles que « dessine ta famille » ou « dessine une famille » mais nous avons finalement choisi la famille inventée puisqu'elle permet de limiter les mécanismes de défense. L'enfant se sent plus libre avec une consigne telle que celle-ci et, L. Corman explique dans ce sens que la « projection des sentiments subjectifs se trouverait facilitée si l'on donne une consigne plus vague » [27c].

Nous n'exploiterons pas les résultats comme le font les psychologues lors d'un suivi thérapeutique sur les liens dans la famille en détail, mais nous nous contenterons d'analyser les images du corps des personnages en les comparant les uns aux autres. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique l'enfant se projette sur un des personnages et nous verrons de quelle manière il construit son dessin.

Une fois les dessins des trois groupes réalisés, nous nous intéresserons aux différences entre le dessin du bonhomme et l'autoportrait en comparant les images du corps des deux personnages, pour répondre à la question « Les enfants appareillés et implantés se considèrent-ils différents des autres ? Si oui comment ? ». Cette question sera analysée aussi au travers du dessin de la famille en comparant les personnages entre eux. On s'attardera dans ce cas à une différence intra individuelle.

Ensuite, nous comparerons les résultats des enfants appareillés et implantés entre eux mais surtout par rapport au groupe témoin constitué par des enfants normo entendants. Cette

analyse nous informera sur la question posée : « l'image du corps de l'enfant est-elle modifiée par l'appareillage auditif ou l'implant cochléaire ? Et dans quelle mesure ? ». Nous mettrons dans ce cas en évidence, les différences inter individuelles.

Le protocole Corman du dessin de la famille est utilisé [27d]. Il consiste à laisser dessiner l'enfant et à lui poser ensuite des questions.

L'enfant est interrogé tout d'abord sur son degré de satisfaction de sa création. On demande à l'enfant d'expliquer le contexte dans lequel sont les personnages. Voici l'intitulé exact des questions

« Cette famille que tu as imaginé, tu peux me la raconter ? Où sont-ils ? que font-ils ? ».

Des détails sont demandés à l'enfant on l'interroge ;

« Quel est le personnage le plus heureux ? Le moins heureux ? »

« Quel est le personnage le plus gentil ? Le moins gentil ? ».

On pose ensuite une question sur le personnage qu'il préfère dans son dessin et enfin on lui demande de s'identifier à un des personnages de son dessin « si tu faisais partie de cette famille, qui serais-tu ? ». Cette dernière question nous permettra de répondre à nos hypothèses. On considérera le personnage cité comme la représentation de l'enfant, s'il ne se représente pas dans son dessin de la famille.

A la mise en place de l'étude nous pensions nous servir de ces résultats. Finalement, les réponses à ces questions ont juste servi à provoquer un dialogue avec l'enfant, et ont permis de le mettre à l'aise pour lui poser les dernières questions que nous allons voir maintenant.

Lorsque tous les dessins sont terminés, ils sont tous les trois présentés à l'enfant et deux questions lui sont posées :

- « Est-ce que tous les personnages de tes dessins entendent ? »
- « Est-ce que certains des personnages portent un appareil auditif ou un implant cochléaire ? »

Ces deux dernières questions nous permettront de savoir si l'enfant a conscience de son appareillage.

Pendant que l'enfant dessine, son attitude est observée. Certains enfants sont très actifs ; ils posent des questions sans arrêt, parlent pour expliquer ce qu'ils font, d'autres au contraire sont très concentrés. Les comportements étaient les mêmes pour les séances individuelles où collectives.

On note aussi l'ordre d'apparition des traits, des couleurs, si l'enfant gomme ou veut recommencer, tous ces éléments sont soigneusement observés pour être ensuite pris en compte dans l'analyse des dessins.

III. TECHNIQUE D'ANALYSE DES DESSINS

1. Les grilles de lecture des dessins

Nous utiliserons une grille pour les dessins des bonhommes et pour les autoportraits et une seconde adaptée pour les dessins des familles.

Les grilles d'analyse que nous allons utiliser sont inspirées de la grille de lecture de J. Royer (1977), qui considère à la fois des aspects globaux et analytiques.

Ce choix a été fait puisque nous nous intéressons à l'image du corps, et non pas au niveau d'intelligence comme certains auteurs de grilles d'analyse. Cette grille est par ailleurs très reconnue par les professionnels concernés par le sujet.

Dans notre étude, nous n'allons conserver que certains aspects analytiques de cette grille. En effet, nos recherches sont précises, c'est un mémoire d'audioprothèse et non de psychologie, nous nous limiterons à l'image du corps, et même à des points précis de celle-ci. Il ne s'agit en aucun cas d'analyser chaque dessin dans le détail, ce travail pourrait être extrêmement intéressant mais ce n'est pas l'objet de cette étude.

a. Grille des dessins des bonhommes et autoportraits

Notre grille de lecture nous permettra de nous intéresser, en fonction des groupes, à :

- l'attitude de l'enfant pendant la réalisation de son dessin,
- la taille des personnages représentés,
- le rapport de la taille du personnage, à la taille de sa tête,
- le rapport entre la taille de la tête et la taille de la bouche,

Mais aussi aux :

- aux éléments de la tête du personnage, notamment les détails du visage,
- aux détails des bras et des mains,
- aux oreilles des bonhommes, et à leur taille par rapport à leur tête,
- et enfin aux remarques diverses observées ou dites au cours de la séance de dessin.

(Elle est présente en annexes V, VI, et VII)

b. Grille d'analyse des dessins de la famille

La grille ressemble à celle des dessins des bonhommes et autoportraits (cf. annexes V, VI et VII). Dans les dessins de la famille, nous allons observer la composition de la famille, et si la présence ou non de l'enfant dans cette famille. La consigne choisie « dessine une famille que tu inventes » laisse le choix à l'enfant de représenter une autre famille que la sienne. S'il dessine sa propre famille, il peut aussi décider de ne pas se représenter.

Nous allons nous pencher sur les différences observées entre le personnage qui représente l'enfant et ceux qui représentent les parents. Dans notre protocole, nous demandons à l'enfant « s'il faisait partie du dessin quel personnage serait-il ? ». Pour répondre à cette question, l'enfant désigne un des personnages qu'il a dessiné. Ce personnage va être considéré dans notre test comme s'il s'était dessiné lui-même. On va pouvoir alors le comparer aux dessins des parents.

Nous mesurons les tailles des différents personnages de la famille, les rapports taille du personnage/tête, tête/bouche, nous regardons si l'enfant a dessiné des oreilles à ses personnages, et enfin, les différents signes de communication entre les personnages.

2. Relevés des mesures

Une fois tous les dessins terminés (cf. dessins en annexe IX, X et XI), des relevés de certains éléments sont faits pour remplir la grille d'analyse et pouvoir valider ou réfuter les hypothèses émises auparavant.

Nous avons choisi d'exprimer les mesures sous la forme de rapports pour que les chiffres soient significatifs. La disparité des tailles des personnages représentés ne nous permet pas de pouvoir comparer des simples mesures des oreilles, de la bouche ou de la tête. Utiliser un rapport est pour nous, un moyen de pondérer la mesure.

Pour exprimer les rapports nous avons fait le choix de mettre la mesure à priori la plus grande sur la plus petite. Par exemple, pour s'intéresser à la taille de la bouche, le numérateur correspond à la taille de la tête et le dénominateur à la taille de la bouche. Ce qui implique que plus le chiffre obtenu est petit et plus la bouche est grande.

Lorsque nous faisons le rapport de la taille du personnage et de la taille de la tête, les mesures sont effectuées dans la verticalité du bonhomme. En ce qui concerne le rapport tête/oreilles, les mesures sont également faites verticalement.

Enfin, pour le rapport de la taille de la tête et de la bouche, les mesures sont réalisées horizontalement (de même si le bonhomme est penché, nous nous adaptons).

Une mesure de surface aurait été plus parlante et plus juste, mais elle est beaucoup plus compliquée à réaliser, les enfants ne dessinent pas de façon géométrique, nous avons donc décidé de faire les relevés que dans une dimension.

3. Analyse des résultats

Celle-ci a été faite avec une équipe composée d'une psychologue, d'une orthophoniste et d'un audioprothésiste. Ces trois professionnels travaillent avec des enfants appareillés et implantés. La psychologue et l'orthophoniste font partie d'une équipe pluridisciplinaire d'implantation dans un service ORL. Une première présentation des dessins a d'abord été réalisée, et ensuite nous nous sommes concentrés sur les grilles de lecture pour mettre en commun des observations et les expériences de chaque professionnel. Ce fut un travail très enrichissant. Le fil conducteur de cette séance était de répondre aux hypothèses.

La présentation des résultats va être détaillée par hypothèse. Un rappel de chaque hypothèse sera fait au début de chaque analyse pour faciliter la lecture.

a. Hypothèse de départ

Nous avons discuté lors de l'élaboration de ce projet avec une psychologue et une orthophoniste de cette donnée avant de commencer. Elles ont expliqué que le dessin évolue

avec le langage et que la conception et la représentation sont plus tardives lorsqu'il y a une déficience auditive. Par contre la déficience n'a pas d'incidence majeure sur le dessin de l'enfant.

L'évolution du dessin du bonhomme est le même pour les enfants malentendants que pour les enfants entendants, mais il peut être légèrement en retard pour les enfants déficients.

Pour répondre à cette hypothèse, nous faisons uniquement une observation globale des dessins. Les dessins recueillis présentent des bonhommes qui possèdent tous une tête, des yeux, un corps et des jambes par exemple. Seul un enfant implanté ne s'est pas représenté sous une forme classique de bonhomme. C'est probablement un mécanisme de défense qui s'est mis en place, puisqu'il a su représenter les autres personnages de façon classique.

Si nous avions voulu étudier la représentation des enfants implantés et appareillés, et donc le schéma corporel de leur bonhomme, nous aurions peut-être trouvé des éléments intéressants, mais ce n'est pas notre but dans ce travail.

b. Hypothèse 1 : la présence et la taille des oreilles

Rappel de l'hypothèse 1a :

Les enfants dessineront leurs appareils auditifs ou leur implant cochléaire sur leur autoportrait. L'appareillage est le marqueur de leur handicap, la différence visible entre eux et leur entourage. Il aura donc tendance à dessiner cette particularité au personnage qui le représente.

■ Observation

Nous avons pour répondre tous les dessins des enfants, les bonhommes, les autoportraits ainsi que les dessins de la famille. Aucun enfant n'a dessiné de personnage qui porte des appareils auditifs ou un implant cochléaire spontanément. Et seul un enfant, EA4 a dessiné des appareils auditifs au personnage qui le représente dans le dessin de la famille, après qu'on lui ait posé les questions « Est ce que certains des personnages portent des appareils auditifs ou un implant cochléaire ? ».

■ Interprétation

On peut imaginer que ces outils de vie font entièrement partie d'eux et qu'ils ne pensent pas à leurs appareils lorsqu'ils dessinent. On peut aussi penser que pour eux leurs appareils sont confondus dans leurs oreilles, nous verrons à travers l'étude de l'hypothèse 1b si cette supposition est confirmée.

Certains parents ont du mal à accepter que leur enfant porte des appareils auditifs ou un implant, ils manifestent ainsi leur difficulté à accepter la surdité et par voie de conséquence le handicap de leur enfant. Ces parents ne leur mettent pas toujours les appareils auditifs, ou l'implant en société pour cacher ce handicap aux yeux des autres. On peut remarquer que souvent, l'enfant déficient auditif ne porte pas son appareillage sur les photos de famille par exemple (selon les dires de l'orthophoniste). L'enfant peut avoir compris qu'il ne faut pas montrer ses appareils et du coup il ne les dessine pas.

■ Conclusion

L'hypothèse 1a est réfutée d'après les observations faites sur les dessins. L'appareillage auditif ne figure pas sur les dessins des enfants implantés et appareillés. On ne

sait pas si c'est la conséquence d'une acceptation totale ou d'une sorte de pression des parents qui vise à ne pas montrer les appareils.

Rappel de l'hypothèse 1b
 Les oreilles des malentendants et enfants implantés seront plus présentes et plus grosses que celles dessinées par les enfants normo entendants puisqu'une attention particulière des adultes (médecins ORL, orthophoniste, audioprothésiste et parents) est portée sur cette partie du corps.

Pour cette hypothèse, les données que nous allons prendre en compte sont la présence et la taille des oreilles des bonhommes et autoportraits.

Voici le tableau récapitulatif des grilles de lectures correspondant aux 3 groupes :

Tableau 1 : la présence et la taille des oreilles (hypothèse 1)

Groupe		EI	EA	EN
Bonhomme	Nombre de dessins du groupe où les oreilles sont présentes	1 sur 6 dessins 16% dessinent des oreilles	2 sur 7 dessins 28% dessinent des oreilles	3 sur 12 dessins 25% dessinent des oreilles
	Nombre de rapports tête/oreilles dont la valeur est inférieure à 5	1 sur 1 100%	1 sur 2 50%	1 sur 3 33%
Autoportrait	Nombre de dessins du groupe où les oreilles sont présentes	2 sur 6 dessins 33% dessinent des oreilles	4 sur 7 dessins 57% dessinent des oreilles	6 sur 12 dessins 50% dessinent des oreilles
	Nombre de rapports tête/oreilles dont la valeur est inférieure à 5	1 sur 2 50%	2 sur 4 50%	2 sur 6 33%

■ La présence des oreilles

La première chose que l'on peut observer est une similitude entre les trois groupes. L'enfant dessine plus souvent les oreilles au personnage qui le représente, qu'à son bonhomme. Le pourcentage des oreilles présentes double dans chaque groupe.

On aurait pu penser soulever une différence entre ses trois groupes du fait d'un investissement particulier de cette partie du corps pour les enfants implantés et appareillés, mais ce n'est pas le cas ici.

Si l'on étudie les pourcentages des oreilles présentes, non plus entre le dessin du bonhomme et celui de l'autoportrait dans un même groupe, mais entre les trois groupes, on peut s'apercevoir que les oreilles sont moins souvent dessinées par les enfants implantés que par les enfants normo entendants. Dans le dessin du bonhomme on obtient 16% chez les EI contre 25% chez les EN, et dans les dessins d'autoportrait, on a des oreilles dessinées dans 33% des dessins des EI contre 50% des dessins des EN.

Nous pouvons donc réfuter la partie de l'hypothèse 1 qui concerne la présence des oreilles plus fortes dans le groupe des enfants implantés que dans notre groupe témoin.

Si l'on regarde à présent les résultats obtenus pour le groupe des enfants appareillés, on peut à l'inverse remarquer que les oreilles sont plus représentées par les enfants appareillés que par les enfants normo entendants (28% des EA contre 25% des EN pour le dessin du bonhomme, et 57% des EA contre 50% des EN).

Cette observation nous permet de valider la partie de l'hypothèse 1 en mettant en évidence une présence plus accrue des oreilles dans le groupe des enfants appareillés.

■ La taille des oreilles

En ce qui concerne la taille des oreilles du personnage, exprimée sous la forme d'un rapport de la taille de la tête sur la taille des oreilles, on observe une différence. Nous avons pris comme référence le chiffre 5 obtenu comme rapport tête/oreilles, pour choisir une limite. Nous avons relevé le nombre de rapport inférieur à 5 dans chacun des groupes.

Le nombre de rapports inférieurs à 5 est le plus élevé dans le groupe des enfants implantés, et le moins élevé dans le groupe des enfants normo entendants. Cela signifie que les oreilles dessinées par les enfants implantés sont en général plus grosses que celles dessinées par les enfants appareillés et normo entendants. Celles des enfants appareillés sont plus petites que celles des enfants implantés mais plus grosses que celles dessinés par les enfants normo entendants.

Cette comparaison permet de valider la partie de l'hypothèse 1 qui concerne la taille des oreilles des personnages dessinés par les enfants.

■ Interprétation

Après avoir souligné ces observations, la discussion à la séance d'analyse est centrée sur l'interprétation de ces résultats obtenus.

Enfants implantés

En ce qui concerne les enfants implantés, nous avons pensé que leur attention est peut-être focalisée ailleurs que sur leurs oreilles, ce qui expliquerait qu'elles soient moins présentes sur les dessins.

L'implant touche l'oreille mais se trouve dans la boîte crânienne, nous verrons avec l'étude de l'hypothèse 4b, si la tête des personnages dessinés par les enfants implantés est plus grosse que celles dessinées par les autres enfants du fait de l'attention particulière des adultes sur cette partie du corps et non sur les oreilles.

Le geste en français signé « d'écoute » est fait en direction de l'oreille, ce geste est souvent utilisé autour de l'enfant implanté, que ce soit par les parents ou par les professionnels de l'audition. Mais l'observation des enfants par les professionnels, montre que les enfants implantés lorsqu'ils effectuent ce geste à leur tour n'est pas fait en direction de l'oreille comme le font les enfants appareillés, il est dans la zone de l'oreille mais approximatif. Après réflexion, il est vrai que les enfants implantés n'entendent pas avec leurs oreilles, mais le micro de l'implant qui capte le son est derrière l'oreille. Les porteurs d'implant sont également très attentifs à tout ce qu'ils perçoivent par vibration, et on ne peut pas affirmer que l'écoute soit associée à l'oreille, le capteur auditif des normo entendants.

Enfants appareillés

Les résultats obtenus pour les enfants appareillés sont en faveur de notre hypothèse 1. Les oreilles sont le centre d'intérêt du médecin ORL, de l'audioprothésiste et de l'orthophoniste. Elles sont aussi un sujet de préoccupation des parents. Pour l'enfant appareillé c'est une partie du corps surinvestie. Cela pourrait expliquer que les enfants appareillés dessinent souvent cette partie du corps.

■ Remarques

La représentation de l'oreille peut être associée à une attention particulière des adultes comme elle est considérée dans l'hypothèse 1. La non-représentation des oreilles peut donc être considérée comme une partie du corps qui n'est pas particulière et qui peut être oubliée dans le dessin du bonhomme.

Comme nous l'avons vu dans l'interprétation de la précédente hypothèse, les parents peuvent avoir fait comprendre à l'enfant (directement ou indirectement) qu'il faut cacher ses appareils mais par la même occasion, ses oreilles déficientes, et du coup l'enfant ne les dessine pas.

Une autre remarque que l'on peut faire concerne les dessins d'appareillage auditif, aucun enfant ne s'est dessiné avec son appareillage, que ce soit un implant ou des aides auditives. Seuls deux enfants ont dessiné leurs appareillages mais pas de façon spontanée, ils l'ont dessiné suite à la question « qui entend ? Qui porte un appareil ? ».

Cette observation pourrait aller dans le sens de la remarque précédente, ce n'est pas quelque chose à montrer mais plutôt à cacher. Les enfants ne mettent pas cette différence sur le papier, ils le savent, en parlent mais ne représentent pas leurs appareils.

■ Conclusion

Pour confronter notre hypothèse 1 aux résultats observés sur les dessins des enfants, nous pouvons valider cette hypothèse pour les enfants appareillés mais nous ne pouvons que la valider en partie pour les enfants implantés.

Bien sûr, les résultats obtenus sont à nuancer, puisque nous venons de le voir notre hypothèse de départ peut-être contestée. Nous avons orienté nos recherches en fonction de notre hypothèse mais le fait que les enfants implantés dessinent peu leurs oreilles peut être interprété comme le fait que la zone de perception auditive ne se trouve pas au niveau des oreilles, qu'ils souhaitent ne pas les montrer, ou qu'ils ne ressentent pas de surinvestissement de cette partie du corps de la part des adultes. Nous saurons avec l'étude de l'hypothèse 4b, si pour les enfants implantés, à l'image des oreilles pour les enfants implantés, c'est la tête qui est la partie du corps concernée par cette attention particulière.

Ce que nous soulevons à la suite de nos observations est une proposition d'interprétation.

c. Hypothèse 2 : la taille de la bouche

Rappel de l'hypothèse 2

La bouche, qui sert d'indice à la compréhension avec la lecture labiale, aura une importance plus grande pour les enfants implantés et malentendants que pour les enfants entendants.

Les mesures auxquelles nous allons être attentifs pour répondre à cette hypothèse est le rapport taille de la tête sur la taille de la bouche dans les dessins des bonhommes et autoportraits.

Voici le tableau récapitulatif des données des grilles de lectures :

Tableau 2 : la taille de la bouche (hypothèse 2)

Groupes		EI	EA	EN
Bonhomme	Moyenne des rapports tête/bouche	1,98	2,62	2,87
Autoportrait		2,18	3,33 Si on enlève la valeur extrême (7), on obtient 2,72	2,98

■ Les rapports tête/bouche

Les valeurs chiffrées des moyennes des rapports tête/bouche des enfants implantés sont inférieures à celles des normo entendants. Ce qui signifie que les enfants implantés dessinent des bouches plus grosses que les enfants normo entendants.

Pour le groupe des enfants appareillés, les données ne sont pas les mêmes. La moyenne est moins significative dans la mesure où les valeurs des rapports pour les autoportraits sont très différentes les unes des autres. Nous avons effectué une moyenne pondérée pour qu'elle soit plus proche de la réalité. Si l'on s'intéresse à cette moyenne pondérée et à la moyenne des rapports des bonhommes, on peut constater que les bouches dessinées par les enfants appareillés sont plus petites que celles des enfants implantés mais plus grosses que celles dessinés par les normo entendants.

Cette observation nous incite à valider notre hypothèse 2, qui spécifiait que les bouches dessinées par les enfants implantés et appareillés étaient de taille plus importante que celles représentées par les enfants normo entendants.

■ Interprétation

Les orthophonistes travaillent avec les enfants malentendants et sourds profonds (appareillés ou non) sur la reconnaissance des sons, puis sur la compréhension et la production de la parole. Ils apprennent aux enfants à utiliser les indices d'expression du visage et de lecture labiale pour comprendre leur interlocuteur. Certains enfants qui ont une surdité congénitale progressive, ou une surdité acquise développent cette faculté comme compensation naturelle à leur déficit auditif. D'autres enfants présentant une surdité congénitale importante dès la naissance, ne peuvent développer la lecture labiale de manière efficace puisque c'est une lecture qui demande de connaître le lexique utilisé au départ. Ils n'ont pas suffisamment de vocabulaire pour pouvoir reconnaître les mots sur les lèvres.

Le travail d'apprentissage de la lecture labiale, effectué par l'orthophoniste, représente un véritable travail pour l'enfant, et cette recherche d'indice demande beaucoup de concentration de la part du déficient auditif. Les enfants peuvent être petits, et c'est un exercice strict qui demande de la rigueur. Les orthophonistes expliquent que certains enfants ne supportent plus le signe « regarde » en direction de la bouche.

Nous n'avons pas différencié les enfants qui présentaient une surdité congénitale (évolutive ou non) de ceux présentant une surdité acquise dans notre étude. Mais l'utilisation spontanée ou précédée d'un apprentissage de la lecture labiale peut être une explication à la représentation d'une bouche de taille plus importante par les enfants implantés et par les enfants appareillés.

Nous pouvons toujours discuter notre hypothèse, puisque la bouche n'est pas uniquement un outil d'indice à la communication. On pourrait imaginer que l'enfant puisse dessiner une grande bouche à un personnage parce qu'il est extrêmement bavard ou parce qu'il adore manger.

■ Conclusion

Nous pouvons valider notre hypothèse 2, d'après nos résultats obtenus.

Nous nous intéressons toujours à nos hypothèses pour essayer d'y répondre, mais les réponses obtenues sont toujours discutables dans la mesure où le nombre d'enfants rencontrés est faible et où l'on peut toujours trouver d'autres explications aux réponses obtenues.

d. Hypothèse 3 : la présence des mains

Rappel de l'hypothèse 3 :

Nous pourrions également penser que les mains seront plus détaillées et plus visibles chez les enfants malentendants ou implantés du fait de l'aide à la compréhension qu'elles peuvent apporter, mais aussi du fait du déploiement et de la précision gestuelle que nécessite le langage gestuel. Le travail d'apprentissage de reconnaissance et de production du geste est appris par les orthophonistes.

■ Observation

Pour répondre à cette hypothèse, nous souhaitons observer si les enfants dessinaient des mains à leur personnage et relever les détails ces dernières, combien il y a de doigts, la taille des mains par exemple.

En pratique, nous nous sommes rendu compte que de nombreux stades sont présents dans les dessins recueillis, mains boules, mains avec 2 ou 3 doigts puis avec 5 doigts.

Les mains dessinées sont très différentes les unes des autres, et il est très difficile de choisir des critères pour valider ou non notre hypothèse. Nous sommes confrontés à des problèmes de représentation mentale et de dessin. Les enfants n'ont certainement pas une représentation claire des mains et ils ne peuvent donc pas les dessiner avec facilité et fidélité.

Notre hypothèse 3 ne va donc pas pouvoir être vérifiée ou réfutée puisque nous ne trouvons pas de critère pour y répondre de façon précise dans les dessins d'enfants. Nous allons transformer notre hypothèse en :

Les enfants appareillés et implantés dessinent de façon plus fréquente les mains des personnages que les enfants normo entendants du fait du surinvestissement de cette partie du corps dans la communication des enfants malentendants mais aussi du fait du déploiement et de la précision gestuelle que nécessite le langage gestuel.

Nous appellerons cette nouvelle hypothèse 3, l'hypothèse 3 bis. Cette dernière pourra être étudiée avec les dessins collectés.

Voici de tableau issu de la grille de lecture des dessins :

Tableau 3 : la présence de mains (hypothèse 3 bis)

Groupes		EI	EA	EN
Bonhomme	Présence des mains	5 sur 6 83%	5 sur 7 71%	11 sur 12 91%
Autoportrait		4 sur 5 80%	6 sur 7 85%	9 sur 12 75%

La première remarque que l'on peut faire suite à la grille d'analyse des dessins, est la forte présence des mains. Elles sont représentées par tous les groupes avec une fréquence similaire. Nous pouvons constater que les enfants appareillés ont un peu moins dessiné des mains à leur personnage, mais on ne peut pas considérer cette donnée comme significative. Les pourcentages sont très proches les uns des autres.

On ne mesure pas de différence significative entre les trois groupes, **les données relevées ne nous permettent pas de valider l'hypothèse énoncée auparavant. Notre hypothèse 3 bis est réfutée.**

■ Interprétation

L'hypothèse peut être discutée puisque nous nous intéressons à l'aide à la communication orale qu'apportent les mains, mais les mains servent aussi à écrire, et c'est un sens qui nous sert quotidiennement dans toutes nos activités quotidiennes.

■ Conclusion

Nous réfutons notre hypothèse 3 bis, la taille des mains n'est pas plus importante chez les enfants appareillés et implantés que chez les enfants normo entendants. Il n'y a pas de surinvestissement de cette partie du corps malgré l'utilisation du langage gestuel chez les enfants implantés et chez certains enfants appareillés d'après l'analyse des dessins. Les résultats obtenus pour l'hypothèse 3 bis ne nous permettent pas de prouver le rôle de la main dans la communication pour les enfants appareillés et malentendants.

Nous pouvons émettre un petit bémol à cette conclusion puisque nous n'avons pas pu étudier notre hypothèse 3 de départ.

e. Hypothèses 4a et 4b : la taille de la tête

■ Hypothèse 4a : un surinvestissement de la tête pour les enfants malentendants et sourds dus à une communication à indices sur le visage

Rappel de l'hypothèse 4a

La tête des personnages représenté par les enfants malentendants et implantés sera surdimensionnée du fait du surinvestissement de cette partie du corps dans la communication des enfants malentendants (les expressions du visage qui servent d'indice dans la communication).

Nous allons maintenant nous intéresser à notre quatrième hypothèse, en observant les différences entre la taille de la tête des différents groupes.

Voici le tableau récapitulatif des rapports taille du personnage sur la taille de la tête :

Tableau 4 : la taille des visages (hypothèse 4a)

Groupes		EI	EA	EN
Bonhomme	Moyenne des rapports taille du personnage/tête	3,56	4,38	5,16 Sans les deux valeurs hautes de EN5 et EN11 on obtient 3,92
Autoportrait		3,60	4,64	3,33

Remarques:

La moyenne calculée pour les rapports « taille/tête » des bonhommes dessinées par les enfants normo entendants est de 5,16 mais deux valeurs sont très éloignés du reste du groupe, on décide donc de calculer une moyenne pondérée. Celle-ci est de 3,92.

Nous rappelons la signification du rapport, plus le chiffre obtenu est petit, plus la taille de la tête est importante.

Nous pouvons observer que la moyenne des tailles de la tête des personnages dessinés par les enfants implantés, correspond à des têtes plus grosses que celle des enfants appareillés. Les valeurs obtenues pour la moyenne des rapports « taille/tête » des personnages dessinés par les normo entendants sont proches de celles obtenues pour les enfants implantés.

Par contre, les valeurs des enfants appareillés sont différentes des deux autres groupes. Les chiffres sont plus grands, donc les têtes dessinées par les enfants appareillés sont plus petites que les celles dessinées par les autres enfants.

Ces observations nous permettent de réfuter l'hypothèse 4a. La taille de la tête n'est pas surdimensionnée dans les dessins des enfants appareillés et implantés si l'on compare leurs données à celles des normo entendants.

Cette hypothèse est d'autant plus invalidée pour les enfants appareillés, car ce sont eux qui dessinent les têtes plus petites à leurs personnages.

Il faudrait effectuer une nouvelle recherche sur un plus grand nombre d'enfants, pour pouvoir répondre à cette hypothèse. Notre test n'est pas spécifique, nous n'analysons pas de façon précise le visage, et peut-être qu'en faisant dessiner aux enfants seulement des portraits de bonhomme, nous aurions eu plus d'éléments pour répondre à la communication par le visage. **Nous pouvons tout de même réfuter notre hypothèse, la tête des personnages des enfants appareillés et implantés n'est pas plus grosse que celle des entendants.**

- Hypothèse 4b : une tête surdimensionnée pour les enfants implantés du fait de l'attention particulière des parents

Rappel de l'hypothèse 4b

La taille de la tête des personnages dessinés par les enfants implantés sera plus grosse que celles dessinées par les enfants appareillés et normo entendants puisque l'attention particulière des parents se fait sur cette partie du corps et non sur les oreilles.

Si l'on se contente de comparer le groupe des enfants implantés et appareillés, on s'aperçoit de façon claire que les têtes des enfants implantés sont plus grosses. Mais les tailles des têtes des enfants implantés sont similaires à celles dessinées par les enfants normo entendants.

On pourrait valider notre hypothèse si l'on compare les résultats des enfants implantés à ceux des enfants appareillés, mais la réfuter si l'on compare les résultats à ceux des enfants normo entendants.

Nous pouvons nuancer ces observations, l'attention particulière des parents se fait peut-être sur la tête chez les enfants implantés et non sur les oreilles comme le proposait notre hypothèse mais nous ne pouvons pas l'affirmer puisque les tailles de têtes sont semblables à celles des normo entendants.

L'opération de pose de l'implant cochléaire fait souvent peur aux parents, puisqu'elle touche à la tête, et souvent pour les parents, elle touche au cerveau. Un des points travaillé par l'équipe pluridisciplinaire est d'expliquer aux parents que c'est une opération qui ne touche que l'oreille. Elle touche la cochlée, qui est l'oreille interne mais en aucun cas le cerveau.

Les résultats obtenus montrent que finalement, la tête des enfants implantés n'est pas surdimensionnée, et donc pas surinvestie de la part des parents. C'est un point qui est plutôt positif car il montre que l'enfant fait bien la différence entre sa tête et son oreille. Il restitue le handicap à sa place. C'est une façon d'interpréter les résultats.

Conclusion

L'hypothèse 4b est réfutée, la tête des dessins des enfants implantés n'est pas plus grosse que celles dessinées par les enfants appareillés et entendants, l'attention particulière des parents ne se fait donc pas particulièrement sur la tête des enfants implantés comme nous l'avions imaginé.

f. Hypothèse 5 : la taille des personnages

Rappel de l'hypothèse 5

Le handicap de surdité, marqué par l'appareillage, a des répercussions sur l'image du corps et donc sur la taille des personnages.

Hypothèse 5a : Les « personnages autoportraits » seront plus petits que les « personnages bonhommes » pour les enfants malentendants et implantés.

Hypothèse 5b : les personnages dessinés par les enfants implantés et malentendants seront plus petits que ceux des normo entendants.

■ Hypothèse 5a :

Pour étudier l'hypothèse 5, nous allons observer le tableau récapitulatif des tailles des personnages relevés sur les dessins collectés. Dans ce tableau figure des lignes de comparaison entre le bonhomme et l'autoportrait dessiné par chaque enfant. On compare en fait pour un même enfant, la taille de son bonhomme et de son autoportrait.

Tableau 5 : taille des personnages (hypothèse 5a)

Groupes	EI	EA	EN
Bonhomme plus grand que l'autoportrait	2 sur 5	0 sur 6	1 sur 12
Autoportrait plus grand que bonhomme	2 sur 5	2 sur 6	4 sur 12
Pas de différence significative	1 sur 5	4 sur 12	7 sur 12

Pour les enfants implantés, pour deux enfants sur cinq le bonhomme est le plus grand des personnages et dans deux autres c'est l'autoportrait qui est le plus grand.

Nous ne pouvons donc pas valider l'hypothèse 5a, qui précise que « les personnages autoportraits sont plus petits que les personnages bonhommes pour les enfants malentendants et implantés », que pour les enfants implantés.

En ce qui concerne les enfants appareillés, le bonhomme n'est jamais considéré comme plus grand que l'autoportrait, et l'autoportrait est le personnage le plus grand pour deux enfants sur six. Globalement, nous pouvons remarquer que l'autoportrait n'est jamais plus petit que le bonhomme dans le groupe des enfants appareillés. L'hypothèse 5a n'est pas non plus validée pour les enfants appareillés.

L'hypothèse 5a est réfutée d'après les observations faites sur les dessins des bonhommes et des autoportraits.

■ Hypothèses 5b

Ce tableau présente les moyennes des tailles des personnages en fonction du groupe.

Tableau 6 : taille des personnages (hypothèse 5b)

Groupes		EI	EA	EN
bonhomme	Moyenne de la taille des personnages	8,55	10,41	14,49
autoportrait		9,70	13,98	17,42

Ce sont des moyennes que nous avons calculé, il est toujours délicat d'interpréter des moyennes de résultats de petits groupes, nous en avons conscience.

Le tableau est clair, les personnages dessinés par les enfants implantés sont plus petits que ceux dessinés par les enfants appareillés, qui sont eux-mêmes plus petits que ceux dessinés par les normo entendants.

Ces données nous permettent de valider notre hypothèse 5b.

Interprétation

Il est délicat d'interpréter ces résultats d'autant plus que nous le faisons sans les paroles de l'enfant.

On peut imaginer qu'un enfant qui représente son personnage grand, le fait parce qu'il a confiance « en soi », et a une certaine assurance, mais on peut également penser qu'il le fait par égocentrisme du fait d'une fragilité particulière ou d'une place centrale dans la famille. Un enfant peut également se représenter grand, parce que tout simplement tout le monde est grand dans sa famille. Il est difficile de répondre à cette hypothèse sans avoir discuté avec les enfants avant leur dessin.

Il en est de même pour les personnages de petite taille représentés sur les dessins. Cela peut signifier que l'enfant est timide, craintif, mais on peut trouver d'autres raisons à cette petite taille.

Conclusion

Les données recueillies nous permettent de valider notre hypothèse 5b, les personnages dessinés par les enfants implantés et malentendants sont plus petits que ceux des normo entendants, et nous pouvons imaginer que c'est le retentissement du handicap sur l'image du corps. Cependant, nous ne pouvons affirmer ces résultats, puisqu'il peut y avoir d'autres explications aux personnages de petites tailles dessinées par les enfants déficients auditifs.

g. Hypothèse 6 : la communication entre les personnages

Rappel de l'hypothèse 6

Des signes de communication entre les personnages seront visibles entre les membres de la famille chez les enfants malentendants et appareillés qui sont d'avantages vigilants au côté visuel de la communication que les normo entendants

Pour étudier l'hypothèse 6, nous souhaitons observer des éléments dans le dessin de la famille qui relataient une communication entre les différents personnages et comparer les dessins des groupes entre eux.

Nous souhaitons regarder précisément :

- un éventuel contact physique entre les personnages, avec une proximité des personnages,
- le regard tourné vers un autre personnage du dessin,
- une expression des yeux,
- la présence de sourire ou non sur le dessin.

Nous nous sommes rendu compte en analysant les dessins que cette hypothèse était très difficile à étudier. Les yeux par exemple sont dessinés de façons très différentes d'un enfant à un autre, et il est difficile de fixer le critère « regard vers un autre personnage » ou « expression des yeux ». Cela se traduit finalement plus par une impression de communication que des faits objectifs à chercher sur les dessins. Il en est de même pour la proximité entre les personnages, comment définir ce critère de façon claire ? Certains personnages sont proches les uns des autres et se donnent la main, dans ce cas nous avons une réelle impression

d'échange entre les personnages, d'autres sont au contraire très éloignés, mais comment fixer une limite qui nous permettrait de détecter une communication ou non entre les personnages.

Le critère du sourire paraît facile à étudier, si nous nous contentons de la présence ou l'absence de sourire pour identifier une communication, presque toutes les familles en ont. Mais même les sourires sont variés, il y a des « sourires timides », des « sourires en coin » des « grands sourires jusqu'aux oreilles ».

Nous faisons face à la question de la grande diversité entre les dessins, et n'ayant pas trouvé de critères clairs, nous avons décidé de ne pas répondre à cette hypothèse.

Nous estimons ne pas pouvoir étudier l'hypothèse 6.

h. Hypothèse 7 : l'identification de l'enfant à ses parents

Rappel de l'hypothèse 7

L'enfant malentendant ou implanté peut se considérer comme différent de ses parents, du fait de son appareillage. Il présente des difficultés à s'identifier à ces derniers et l'image du corps des parents et de l'enfant sera différente sur le dessin de la famille.

Souvent, les parents d'enfant déficient auditif, évoquent avec l'un ou l'autre des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire, une difficulté pour eux de se projeter et se reconnaître dans leur enfant (cf. nouvelle organisation de la famille p 23).

Ce sentiment est accompagné de peur pour l'avenir par rapport au handicap de leur enfant, comment va-t-il avoir une vie sociale ? Comment va-t-il s'intégrer à l'école ? Comment va-t-il trouver un travail ?

Pour répondre à cette hypothèse, nous relevons dans chaque dessin de la famille, les rapports personnage/tête, tête/bouche, et la présence des oreilles (cf. annexe V, VI, et VII). Ensuite, nous relevons les différences entre les personnages qui représentent l'enfant, et ceux qui représentent les parents au sein de chaque dessin de la famille.

Certains enfants se représentent dans le dessin de la famille ; lorsque nous leur demandons qui sont les personnages, ils nous énoncent les noms ou place dans la famille et se situent dans leur dessin. D'autres ne se dessinent pas et décrivent leur famille inventée comme « C'est le garçon, la petite fille, la maman et le papa » par exemple. Dans ce cas, nous allons considérer le personnage auquel l'enfant s'identifie dans les réponses aux questions, comme étant lui-même pour la suite de nos observations.

En ce qui concerne les rapports taille du personnage/tête, lorsque le résultat du rapport obtenu chez le personnage qui représente l'enfant se situe en valeur numérique entre ceux des parents, on ne considère pas de différence significative. Si le résultat du rapport est inférieur, ou supérieur d'une valeur numérique d'au moins 3, par rapport à ceux des parents, on le considère comme différent.

Pour les rapports tête/bouche, les valeurs sont très proches, nous relèverons seulement la présence ou l'absence de la bouche. Par exemple, si l'enfant se dessine sans bouche et dessine les autres personnages avec une bouche, on considèrera la différence significative.

Nous observons la présence ou l'absence des oreilles dans les dessins, et non plus leur taille comme nous l'avons fait dans l'hypothèse 1.

Nous allons considérer qu'une seule différence significative suffit pour valider l'hypothèse pour chaque dessin de la famille.

Voici le tableau récapitulatif des détails observés dans les dessins de famille, que nous venons d'énoncer :

Tableau 7 : identification de l'enfant à ses parents (hypothèse 6)

Groupes		EI	EA	EN
Différence significative (entre le personnage qui représente l'enfant et ceux des parents) du rapport :	Personnage/tête	1 sur 6 EI4 (enfant a une tête plus petite)	2 sur 7 : EA6 (enfant a une tête plus petite) EA7 (enfant tête a une plus grande)	2 sur 12 EN2 et EN12 (enfant tête plus grande)
	Tête/bouche	1 sur 6 EI6 (l'enfant a une bouche, les parents n'en ont pas)	0 sur 7	0 sur 12
Oreilles présentes que chez les enfants ou parents :		1 sur 6 EI4 (l'enfant a des antennes et la maman des oreilles)	0 sur 7	1 sur 12 EN8 (seul le papa a des oreilles, la maman n'en a pas)

■ Observations

Les résultats obtenus pour les rapports tête/bouche et sur l'observation des oreilles sont plus explicites que ceux résultant des rapports personnage/tête.

Un enfant implanté (EI6) s'est dessiné avec une bouche, il a par contre dessiné les autres personnages sans bouche.

Si nous regardons les oreilles des personnages, nous pouvons observer une différence nette, l'enfant implanté EI6 ne s'est pas dessiné avec des oreilles comme ses autres personnages mais avec des sortes d'antennes. Un normo entendant s'est dessiné avec des oreilles mais dans le couple parental, seul son père en possède.

Les résultats obtenus des rapports « taille du personnage/tête », sont moins parlant. Cinq enfants ont dessinés une tête au personnage qui les représente différente de celles des parents dessinés : un enfant implanté, deux enfants appareillés et deux enfants normo entendants. Il est toujours délicat de choisir une valeur qui délimite les résultats significatifs de ceux qui ne le sont pas. Nos résultats sur ses rapports sont à prendre avec une certaine réserve.

■ Remarque

Il faudrait réaliser une autre étude pour pouvoir répondre de façon claire à cette hypothèse avec une population plus nombreuse et un test spécifique à l'identification.

■ Conclusion

Les résultats obtenus pour les oreilles et la bouche, nous permettent de valider l'hypothèse pour deux enfants implantés.

Il est par contre délicat de la valider à partir de chiffres (pour lesquels il est difficile de poser une limite pour les résultats obtenus) sur les rapports taille du personnage/tête pour laquelle cinq enfants valideraient cette hypothèse.

i. Hypothèse 8 : conscience de porter l'appareillage auditif

Rappel de l'hypothèse 8
 Les enfants implantés et appareillés ont conscience de porter un appareillage auditif du fait des multiples interventions et intervenant autour de lui.

Nous avons expliqué dans le protocole les deux questions posées à l'enfant une fois que ces trois dessins étaient réalisés pour répondre à l'hypothèse 8. Nous les rappelons ici :

- « Est-ce que tous les personnages de tes dessins entendent ? »
- « Est-ce que certains des personnages portent un appareil auditif ou un implant cochléaire ? »

Nous avons fait des tableaux qui récapitulent toutes les réponses des enfants par groupe. Ces questions nous servaient à analyser si les bonhommes qu'a représentés l'enfant ont un appareillage auditif comme lui ou non. Nous partons toujours du principe de projection de l'enfant dans son dessin. L'appareillage auditif et l'implant cochléaire n'ont jamais été dessinés, nous voulons savoir s'ils en portent tout de même ou non.

Voici un exemple de tableau :

Tableau 8 : réponse aux questions des enfants implantés

Groupes		EI1	EI2	EI3	EI4	EI5	EI6
Bonhomme	Le personnage entend ?	Oui	Pas de réponse pour des raisons de compréhension	Oui	Oui	Oui	Oui
	Il porte des appareils	Oui		Non	Non	Non	Non
	Il porte un implant cochléaire	Oui		Oui	Oui	Oui	Non
Autoportrait	Le personnage entend ?	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui
	Il porte des appareils	Oui		Non	Non	Non	Non
	Il porte un implant cochléaire	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui
Famille	Les personnages entendent ?	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui
	Appareils ?	Oui elle seule, pas les autres		Non	Non	Non	Non
	Implant ?	Oui elle seule		Oui toute la famille	Oui, elle seule	Oui, elle seule	Oui, elle seule

Pour chaque groupe d'enfant nous avons posés les mêmes questions, comme le prévoyait le protocole. Mais nous n'allons pas nous intéresser aux réponses aux questions sur l'appareil auditif si l'enfant est implanté, mais seulement à sa réponse sur le port de l'implant cochléaire et vice versa.

Nous allons présenter les résultats que nous obtenons en fonction des groupes.

■ Groupes d'enfants implantés

Les réponses aux questions sont unanimes, tous les autoportraits des enfants implantés portent un implant cochléaire. Et quatre bonhommes sur cinq en portent également.

Tous les bonhommes, les autoportraits ainsi que les membres de la famille entendent. Pour quatre enfants sur cinq, les réponses aux questions sur les personnages de la famille sont

conformes à la réalité : seul le personnage qui représente l'enfant est porteur d'un implant cochléaire. Dans l'autre cas, tous les personnages de la famille en portent un.

■ Groupes d'enfants appareillés

(cf. le tableau en annexe VI)

Pour deux enfants sur sept, le bonhomme n'entend pas et n'a pas d'aide auditive, et l'autoportrait entend et a des appareils auditifs. Pour ces deux enfants, les personnages de la famille entendent, et seul le personnage qui représente l'enfant porte un appareillage auditif.

Pour deux autres enfants, le bonhomme entend mais n'a pas d'appareillage auditif, par contre l'autoportrait entend également mais en possède un. Dans le dessin de la famille, tous les personnages entendent et seul le personnage représentant l'enfant a un appareillage auditif.

Pour les trois autres enfants, les réponses sont différentes. Nous allons donc juste détailler les réponses communes aux trois enfants. Leur autoportrait entend mais n'a pas d'appareillage, et les membres de la famille entendent tous.

■ Groupes d'enfants normo entendants

(cf. tableau en annexe VII)

D'après les enfants implantés, leurs personnages entendent tous, et ne portent pas d'appareillage auditif. Seul le bonhomme de EI12 (qui est une princesse) porte des appareils auditifs.

■ Interprétation

Les personnages dessinés par les enfants normo entendants, c'est-à-dire les enfants du groupe témoin, n'ont pas d'appareillage auditif, comme nous aurions pu l'imaginer.

Les réponses à ces questions dépendent de la façon dont l'enfant a compris le mot « entendre ». Ce n'est pas un mot simple, il prête à confusion. Pour certains enfants il peut vouloir dire comprendre par exemple.

Pour les enfants implantés ce mot est plus clair, car sans leur implant, ils ne distinguent que très peu de son (cette expérience est réactualisée quotidiennement), et avec, le monde sonore leur est accessible.

Cette explication pourrait expliquer les résultats obtenus lors des questions.

Les enfants implantés répondent tous que le personnage autoportrait porte un implant cochléaire, on peut en déduire qu'ils ont conscience de porter cette appareillage.

Pour les enfants appareillés, il est plus compliqué d'en saisir le sens. Sans les aides auditives, du fait de son audition meilleure, l'enfant perçoit plus de sons qu'un enfant sourd profond. Son appareillage auditif l'aide à entendre mieux mais sans, il entend tout de même.

Certains enfants associent le fait d'entendre à leur appareillage auditif, car ils mettent en œuvre un dispositif inconscient de projection sur les autres ; eux entendent (mieux) avec leurs aides auditives, donc ils considèrent que c'est le cas pour tout le monde. D'autres enfants, disent que leur personnage n'a pas d'appareil. On peut imaginer que l'enfant s'identifie aux personnes de son entourage qui ne portent pas d'appareil et se sent comme eux. On peut aussi l'interpréter comme une sorte de rejet de cet appareillage (mimétisme d'apparence).

On peut tout de même remarquer que la plupart des enfants appareillés (4 enfants sur 7) disent que le personnage auquel ils s'identifient (autoportrait et personnage qui le représente dans le dessin de la famille) porte des appareils auditifs. **On peut l'interpréter comme le fait qu'ils ont conscience de porter cet appareillage auditif.**

■ Conclusion

D'après les résultats obtenus, la plupart des enfants appareillés et tous les enfants implantés ont conscience, de porter un appareillage auditif. La question que l'on peut se poser maintenant est : « le perçoivent-ils comme une différence ? ». La réponse à celle-ci ne peut être donnée dans cette étude, mais il serait intéressant de pouvoir y répondre dans une étude ultérieure plus spécifique.

L'étude de cette neuvième hypothèse, concerne l'image du corps de l'enfant, mais plutôt dans sa partie préconsciente ou consciente, du fait qu'elle soit basée sur les dires de l'enfant et non sur l'analyse de son dessin.

L'hypothèse 9 est validée, les enfants implantés et appareillés ont conscience de porter un appareillage auditif.

4. Conclusion générale des tests

Il nous semble important de rappeler ici les hypothèses validées ainsi que les particularités d'image du corps de chaque groupe d'enfants.

a. Rappel des hypothèses validées

Pour résumer, les hypothèses validées sont ;

- Une partie de l'hypothèse 1. Les résultats montrent que quand elles sont représentées dans les dessins, les oreilles chez les enfants appareillés et implantés sont plus grosses que celles des normo entendants et elles sont les plus présentes chez les enfants appareillés.
- L'hypothèse 2, les bouches dessinées par les enfants implantés et appareillés sont plus grosses que celles dessinées par les enfants normo entendants. Ce sont les enfants implantés qui dessinent les bouches les plus grosses.
- L'hypothèse 5b ; les personnages représentés par les enfants appareillés et implantés sont plus petits que les autres. Cette hypothèse est difficile à affirmer, nous l'avons expliqué dans la partie qui traite les résultats.
- L'hypothèse 7, deux enfants implantés ne s'identifient pas à leurs parents d'après leur dessin, ce qui permet de valider cette hypothèse.
- L'hypothèse 8, la majorité des enfants appareillés, et tous les enfants implantés ont conscience de porter un appareillage auditif.

On peut voir, d'après les résultats obtenus à nos hypothèses de départ, que l'appareillage provoque des modifications de l'image du corps de l'enfant. Ces modifications ne sont pas toujours les mêmes pour les enfants appareillés et implantés.

b. Les caractéristiques de chaque groupe

■ Caractéristiques communes aux deux groupes d'enfants : implantés et appareillés

Les caractéristiques de modification d'image du corps communes aux enfants implantés et aux enfants appareillés sont :

- La taille de la bouche des personnages représentés est plus grande que celle du groupe témoin. Nous l'expliquons par l'utilisation de la lecture labiale (enseignée par la rééducation orthophonique, ou apprise spontanément par l'enfant). On peut donc en déduire, d'après l'hypothèse réalisée au départ que cet indice de compréhension prend une importance pour ces enfants.
- La taille des bonhommes est plus petite chez les enfants appareillés et implantés. Les enfants déficients auditifs appareillés sont moins sûr d'eux que les autres du fait de leur handicap, toujours marqué par cet appareillage auditif.
- Une conscience de l'appareillage auditif. Même si les enfants n'ont pas dessiné leur appareillage, ils ont, pour la plupart d'entre eux, conscience de le porter.

■ Particularités des enfants implantés

Pour les enfants implantés, les oreilles apparaissent moins souvent sur leurs dessins que sur ceux du groupe témoin, mais lorsqu'elles sont présentes leur taille est plus importante.

Les enfants implantés dessinent peu des oreilles à leurs personnages, on peut l'interpréter, comme nous l'avons dit comme une partie du corps « à cacher » du fait du marqueur du handicap (l'appareil est particulièrement imposant), mais aussi l'attention des adultes n'est pas sur leurs oreilles.

On aurait pu imaginer que l'attention soit reportée sur la tête, ce qui n'est pas vérifié (hypothèse 4b).

Ce résultat nous est apparu comme positif puisqu'il témoigne de la juste place de l'appareillage : l'implant cochléaire touche l'oreille et non directement la tête, et encore moins le cerveau de l'enfant. Les oreilles de taille plus importante sont peut-être le signe de l'intégration par l'enfant de cette considération.

L'attention de l'entourage est peut-être reportée sur la bouche, car les parents attendent de l'enfant le langage. Notre hypothèse 2 va dans le sens d'une indication à la communication, mais l'attention des parents et de l'orthophoniste n'est peut-être pas indifférente aux représentations des grandes bouches des enfants implantés.

Deux enfants sur les six ne s'identifient pas, d'après nos résultats, à leurs parents. C'est une supposition délicate, comme nous l'avons dit nous avons juste les dessins pour en témoigner, et il faudrait approfondir cette hypothèse. Ce résultat souligne, d'après notre hypothèse, qu'il y aurait une difficulté réelle à s'identifier à ces parents non porteurs du handicap, et de l'appareillage. En écrivant ceci, nous écartons bien sûr tout problème familial qui pourrait exister, nous en avons conscience.

■ Particularités des enfants appareillés

Les enfants appareillés dessinent des oreilles de façon plus fréquente et elles sont plus grosses que celles dessinées par le groupe témoin. Nous l'avons interprété comme le résultat

d'une attention particulière des professionnels et de l'entourage sur cette partie du corps de l'enfant. Les oreilles sont surinvesties pour les enfants appareillés.

5. Discussions et ouvertures

Ces résultats peuvent nous pousser à penser qu'il est important de s'intéresser à cette question. Ce mémoire sert en quelque sorte de révélateur de ces éléments. On ne peut rien affirmer, puisque la population n'est pas homogène, le nombre de sujets testés est réduit, donc les recoupements faits ne peuvent être généralisés à grande échelle.

Il faudrait, comme nous l'avons dit, refaire ces tests avec des échantillons de populations plus importants et représentatifs pour pouvoir généraliser les résultats obtenus. La proportion filles/garçons devra alors être respectée, la fourchette d'âge plus resserrée et aucun enfant qui présente de trouble associé ne pourra participer.

On pourrait aussi réaliser cette étude à plusieurs âges et suivre l'évolution d'un même groupe d'enfants. Cela permettrait d'observer l'évolution des images du corps des enfants implantés et appareillés et de les comparer avec les enfants normo entendants.

Un travail sur les adolescents serait intéressant également, mais il faudrait utiliser un support différent, puisque le dessin n'est plus approprié à l'âge de l'adolescence. On pourrait penser à un questionnaire, voire un support multimédia.

Il serait également préférable que la personne qui fait passer le test connaisse le français signé et le langage des signes, pour permettre une meilleure communication avec les enfants en cours d'apprentissage du langage oral. Cela permettrait de répondre plus précisément aux questions des enfants. Un dessin libre pourrait être proposé à l'enfant pour lui permettre de se familiariser avec le passeur de test.

En plus des consignes déjà établies, il pourrait y avoir des tests plus spécialisés concernant par exemple l'identification aux parents, pour valider les résultats.

La question qui se pose à présent est la suivante ; « Faut-il s'occuper de cette modification de l'image du corps ? Si oui, qui doit s'emparer de cette question dans l'équipe pluridisciplinaire ? ». Cela pose la question des frontières des métiers de chacun au sein de cette dernière et de la prise en charge de l'enfant déficient auditif. Est-ce au psychologue de s'en charger ? Au psychomotricien ? Faut-il modifier la prise en charge actuelle ?

L'image du corps est un concept psychanalytique qui doit normalement être appréhendé ou piloté par un psychanalyste. Mais il n'y en a pas dans une équipe pluridisciplinaire et on imagine assez difficilement qu'il puisse y en avoir un, hormis sous la forme d'une intervention épisodique comme cela se pratique dans certains milieux de travail médico-social (groupe d'aide, groupe de suivi, groupe de contrôle).

Le psychomotricien s'intéresse au corps et aux expériences sensorimotrices, il pourrait être sollicité plus régulièrement pour les enfants qui portent un appareillage auditif. Actuellement, il s'occupe uniquement des enfants appareillés et implantés présentant une surdité avec des troubles associés. Mais son travail touche plus à l'éducation sensorimotrice qu'à l'image du corps à proprement dit.

Enfin, le psychologue clinicien pourrait s'en charger.

Si l'on s'intéresse maintenant au dessin, on pourrait imaginer qu'il serve davantage dans la prise en charge de l'enfant. En effet, le dessin est un outil pertinent puisqu'il est un moyen de communication particulièrement investi par l'enfant. Grâce à lui, on peut comprendre où l'enfant se situe dans son intégration du handicap et de sa prise en charge. Il pourrait être un support d'échange de l'équipe pluridisciplinaire.

La question du rôle de l'audioprothésiste se pose. Est-il simplement responsable de la mise en place de cet appareillage, de ses réglages et de la satisfaction des patients ? Où doit-il également se préoccuper des incidences de l'arrivée de cet appareillage auditif dans la vie de l'enfant et de sa famille ? Ces questions sont bien sûr valables dans le cadre d'un appareillage auditif classique au sein du laboratoire de l'audioprothésiste mais aussi pour l'implant cochléaire, sur le lieu du réglage.

A l'issue de ce travail, nous pensons que l'audioprothésiste pourrait être directement concerné par ces résultats dans sa pratique quotidienne. Actuellement, il s'intéresse particulièrement à la façon dont les parents gèrent l'appareillage de l'enfant et des difficultés d'ordre matériel qu'ils rencontrent et aborde inévitablement le registre psychologique de l'appareillage. Nous pensons qu'il devrait accompagner spécifiquement les parents et les enfants sur les conséquences de l'appareillage au sein de cette famille. Il pourrait se pencher davantage sur ce que les parents ressentent à la vue de leur enfant muni de cet outil et sur l'acceptation du handicap.

Il ne s'agit pas de transformer l'audioprothésiste en psychologue mais de lui permettre d'appréhender comme il se doit cette dimension incontournable de l'appareillage, dans le but d'améliorer son efficacité.

Des séances de dessin, du type de notre test pourraient être organisées pour mesurer, de façon simple l'image du corps de l'enfant. Cela pourrait être un support d'échange privilégié entre l'audioprothésiste et son jeune patient. Ce serait l'occasion pour le professionnel de mesurer la place de cet appareillage, au travers du dessin comme de la discussion qui l'accompagne.

Les parents, pourraient, quant à eux remplir un questionnaire, qui aborderait des questions sur l'acceptation mais aussi les ressentis induits par cet appareillage. Ce questionnaire pourrait être utilisé à plusieurs moments clés de la prise en charge, pour évaluer l'évolution d'acceptation de cet appareillage. Ce questionnaire pourrait être l'objet d'un nouveau sujet de mémoire pour cibler les questions les plus pertinentes ainsi que les étapes de la prise en charge les plus judicieuses pour le proposer.

Les parents d'enfants implantés ont la possibilité de se rencontrer dans les centres d'implantations, mais cela n'existe pas, à notre connaissance, pour les parents d'enfants appareillés. Le centre d'audioprothèse pourrait être ce lieu de rencontre de parents d'enfants appareillés. On pourrait également imaginer que les rencontres de parents se fassent dans un lieu plus neutre, par exemple dans une association de parents d'enfants déficients auditifs. Cela permettrait de ne pas se limiter à la clientèle d'un seul audioprothésiste.

Des audioprothésistes pourraient intervenir pour des conférences dans des soirées à thèmes dont l'association serait demandeuse.

Si l'audioprothésiste est témoin d'une difficulté particulière d'acceptation globale de l'appareillage de l'enfant par celui-ci ou par sa famille, une proposition de suivi thérapeutique auprès d'un psychologue ou psychanalyste pourrait être envisagée. Cette coopération est déjà pratiquée par certains audioprothésistes mais pourrait être davantage promulguée. Nous pensons qu'il est important de sensibiliser les audioprothésistes à cette question pour permettre un résultat optimal de rééducation de l'enfant.

CONCLUSION

Conformément aux travaux réalisés dans le cadre de cette étude, et sous réserve des biais liés à ses limites, nous pouvons affirmer d'une part, que l'appareillage, accompagné de la rééducation orthophonique en vue d'une oralisation modifie l'image du corps de l'enfant et d'autre part, qu'il importe que l'audioprothésiste s'empare des questions posées par cette modification.

L'image du corps n'est qu'un des éléments qui révèlent l'incidence de l'appareillage chez l'enfant. D'autres seraient sans doute à explorer et à prendre en compte dans une prise en charge ; on peut penser par exemple à l'estime de soi. Nous allons nous contenter de nous intéresser ici à l'image du corps.

Si le médecin spécialiste ORL est le prescripteur de l'appareillage auditif, c'est l'audioprothésiste, responsable du choix, de l'adaptation et du contrôle permanent d'efficacité des aides auditives, qui en est le professionnel référent. L'éducation prothétique, comprenant l'accompagnement humain et psychologique est également de son ressort.

L'audioprothésiste dispose des compétences techniques de programmation des aides auditives mais également relationnelles puisqu'il appareille une personne et non seulement ses oreilles. Les compétences techniques sont indispensables au professionnel mais insuffisantes car il doit savoir s'adapter à chacun de ses patients dans un contexte majeur puisque ces derniers sont confrontés à un handicap sensoriel.

Ce travail de mémoire concerne le suivi de l'appareillage d'un enfant où la dimension humaine est particulièrement importante. Il concerne le sujet appareillé mais également son entourage, élément incontournable et indispensable de la prise en charge.

Si le déficient auditif est un enfant, l'audioprothésiste doit être capable de l'accompagner avec ses parents, dans la mise en place de l'appareillage auditif, et de les former à sa bonne utilisation quotidienne. Cela permet à l'enfant de profiter au mieux du monde sonore et d'accumuler le moins de retard de développement possible. Il doit veiller aussi bien à l'acceptation de l'appareillage qu'à celle de la surdité de l'enfant par son entourage.

Lorsque l'audioprothésiste s'occupe de la prise en charge d'enfant déficient auditif, il intervient souvent dans une équipe pluridisciplinaire. Nous pensons que ce mémoire réévalue sa place au sein de cette dernière.

Actuellement dans certaines structures, l'audioprothésiste est encore vu comme un intervenant et non comme un acteur à part entière de cette équipe. Ceci du fait de sa situation géographique d'une part, car il ne travaille pas dans les structures comme les CAMSP ou à l'hôpital à plein temps et d'autre part parce qu'il est considéré comme un acteur commercial. Dans d'autres lieux, l'audioprothésiste est parfaitement intégré à l'équipe.

Nous avons vu que les questions d'image du corps, entre autres, n'étaient pas abordées, à notre connaissance par les équipes pluridisciplinaires. L'audioprothésiste voit régulièrement

ses jeunes patients ainsi que sa famille pour divers rendez-vous concernant l'appareillage. Cela pourrait être l'occasion pour lui d'évaluer et de mesurer les difficultés rencontrées par ces derniers avec l'appareillage. Nous pensons alors à l'acceptation de l'appareillage au sein de la famille, mais également aux émotions provoquées par l'arrivée de cet appareillage par exemple.

Le développement de cette partie relationnelle nécessite sans doute certains supports comme le dessin, tel qu'il est proposé dans ce travail. Cet outil, pourrait être complété par des entretiens avec l'enfant autour de ce support mais aussi avec la famille à partir d'autres supports plus adaptés aux adultes.

L'audioprothésiste pourrait ainsi, par le recueil d'informations que consisterait le dessin alimenter la réflexion de l'équipe pluridisciplinaire dans la prise en charge de l'enfant déficient auditif. Cela lui permettrait de présenter en plus de son rapport technique d'appareillage comprenant les résultats audiométriques prothétiques de l'enfant, un rapport de prise en charge plus globale de la surdité avec les résultats des questionnaires, des dessins et des discussions provoquées par les différents supports utilisés.

Si l'audioprothésiste développe cette partie relationnelle du métier avec les outils cités (questionnaires et dessins par exemple), nous pensons qu'il investit pleinement son rôle de suivi et d'accompagnement de l'enfant et de sa famille, et prend alors un rôle central dans l'équipe pluridisciplinaire.

Nous avons parlé de l'enfant appareillé puisque l'appareillage auditif conventionnel est la pratique principale de l'audioprothésiste mais nous pouvons aussi évoqués les enfants implantés.

L'audioprothésiste peut rencontrer des enfants implantés au cours de sa pratique quotidienne si l'enfant porte également une aide auditive conventionnelle sur l'oreille controlatérale. Le professionnel pourrait alors utiliser ces outils pour mesurer l'acceptation du handicap et l'image du corps de l'enfant comme il le fait pour les enfants appareillés.

Nous avons vu que l'audioprothésiste peut être amené à effectuer des réglages d'implant cochléaire, donc en dehors de son centre d'audioprothèse. Les outils pourraient également être utilisés lors des séances de réglages d'implant cochléaire.

Nous avons conscience que les propositions que nous formulons demandent du temps à l'audioprothésiste, mais il nous semble qu'elles peuvent être intéressantes pour améliorer et adapter la prise en charge de l'enfant, et donc la réussite de l'appareillage auditif.

Personnellement, ces découvertes m'ont données envie d'investir cette piste de l'image du corps. Dans mon métier, j'envisage de prêter attention à cette question.

J'aimerais avoir un temps à consacrer aux enfants autour d'une réalisation de dessin. Je pense que c'est un véritable outil pour faire comprendre aux enfants la place de l'appareillage auditif et pour savoir comment il le considère. Cela me permettrait de mieux les connaître, c'est une activité ludique, mais également une possibilité d'échange.

Je vais réfléchir à la mise en place d'un questionnaire pour les parents, afin de mesurer l'acceptation de cet appareil dans la famille, en ciblant les difficultés qui peuvent être rencontrées. J'envisage de l'utiliser à différents moments de la prise en charge.

J'ai pour ambition de développer le côté relationnel dans mon futur métier. Il est à mes yeux primordial dans notre activité, et à motiver mon orientation.

BIBLIOGRAPHIE

1. **GEORGE, Badia.** *Le rôle du mouvement dans la genèse de la conscience de soi.* conférence à La Rochelle : programme comscience, 2000, p 4.

2. **BARRAL, Willy.** *Françoise Dolto, c'est la parole qui fait vivre. Une théorie corporelle du langage .* Paris : Gallimard, 1999, p 148.

3. **Salpêtrière, CHU-Pitié.** Quelques points de théorie, Schéma corporel et image du corps dans la relaxation. *Fondements théoriques et techniques de la relaxation.* [En ligne] <http://www.chups.jussieu.fr>.

4. **ANDRIEU, Bernard.** *Corps-Cognition-Cerveau.* [Document] Nancy : s.n., 2010.

5. **DOLTO, Françoise.** *L'image inconsciente du corps.* s.l. : Le seuil, 1984.

a) p 22

b) p 23

c) p 18

d) p 24

e) p 51 à 52

f) p 55

g) p 38

h) p 57

i) p 72

j) p 108

k) p 28

l) p 25

6. **MANBOUR, Pascaline.** Conscient, préconscient, inconscient. *Aide Psy.* [En ligne] [Citation : 07 08 2010.] <http://www.aidepsy.be/> .

7. **THOULON-PAGE, Chantal.** *La rééducation de l'écriture de l'enfant, pratique de la graphothérapie.* Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009, p 27.

8. **DICTIONNAIRE.** *Le petit robert.* 2010.

9. **LEFEBURE, Franchette.** *Le dessin de l'enfant, le langage sans parole.* s.l. : Masson, 1994, p 17 à 18.

10. **ALLARD, Claude.** *Psychothérapie et image du corps chez l'enfant.* s.l. : Masson, Paris, 1990.

11. **BULLOT, Frédérique.** *L'enfant sourd face à son corps.* Reims : Cité Universitaire de Reims, 1999/2000. Maître de psychologie Clinique et Pathologie.

a) p 15

b) p 20

c) p 49

12. **ANDRIEU, Bernard.** *L'image du corps.* <http://www.staps.uhp-nancy.fr/bernard/cours/imageducorps.pdf>, p 2.

13. **ROLLOT, Jérémie.** *Soigner le membre fantôme ?* s.l. : Corps, 2006. Vol. 1, p 108.

14. **BOUCHER, Dominique.** *cours sur Le travail de deuil.* Nancy : s.n., 2008.

15. **PERRIN-LAMY, Thérèse.** *cours sur la surdité de l'enfant.* Nancy : s.n., 2008.
16. **VANZO, Jean-Marc.** *cours L'audioprothèse et la communication.* Nancy : s.n., 2010.
17. **PAPILLON, Myriam.** *Des liens corps et langage chez l'enfant déficient auditif, le représentation du bonhomme.* Nantes : s.n., 2000/2001. Mémoire orthophoniste.
18. **Intégration scolaire et partenariat.** Les décisions de la CDAPH : Nomenclature et handicap. [En ligne] Septembre 2005. <http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/>.
19. **BIAP.** Recommandation biap 02/1 bis. *Site web du BIAP.* [En ligne] 1 mai 1997. <http://www.biap.org/recom02-1.htm>.
20. **Institut National des Sciences Appliquées (INSA).** les implants cochléaires. *L'éthique et son rôle.* [En ligne] <http://eurserveur.insa-lyon.fr>.
21. **GIOT, Jean.** *Ethique et implant cochléaire, que faut-il réparer ?* s.l. : Presses Universitaires de Namur, 2006.
22. **BALDY, René.** *Dessine-moi un bonhomme, dessin et développement cognitif.* Paris : édition In Press, 2008.
- a) p 80
 - b) p 22
 - c) p 67
 - d) p 30
 - e) p 42
 - f) p 68
 - g) p 129
 - h) p 220
23. **ROUSSEAU Aurélie, BIREBENT Mathieu.** *Le dessin dans le développement à l'école primaire.* 2004/2005, p 7.
24. **ROYER, Jacqueline.** *Ques nous dient les dessins d'enfants ?* Paris : Journal des psychologues, 2005.
- a) p 196
 - b) p 197
 - c) p 13
 - d) p 71
25. **VINAY, Aubeline.** *Le dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent.* Paris : Dunod, 2007.
- a) p 11
 - b) p 29
26. projection. *The free dictionary by farlex.* [En ligne] 2010.
27. **CORMAN, Louis.** *Le test du dessin de la famille.* s.l. : PUF, 1961.
- a) p 16
 - b) p 26
 - c) p 17
 - d) p 19
28. **ANZIEU Didier, CHABERT Catherine.** *Les méthodes projectives.* Paris : PUF-Le psychologue, 1961.
- a) p 27

b) p 17

29. **LEUBA, Charlotte.** *Dessin et langage, Une étude de l'intérêt de dessin dans la rééducation du langage oral d'enfants sourds ou dysphasiques.* Nantes : Université de Nantes, 2006/2007. Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état d'orthophoniste.

a) p 21

b) p 30

c) p 32

30. **SEARLE, John Rogers.** *L'intentionnalité. Essai de philosophie des états mentaux.* Paris : les éditions de minuit, 1985, p 108.

31. **WALLON, Philippe.** *Le dessin de l'enfant.* s.l. : Presses Universitaires De France-PUF, 2001.

a) p 6

b) p 45

32. **ANZIEU Annie, BARBEY Louise, BERNARD-NEZ Jocelyne, DAYMAS Simone.** *Le travail de dessin en psychothérapie de l'enfant.* 2002 : dunod, p 5.

33. **TAROUENSAD, Rania.** *Exploration de la personnalité des enfants sourds prélinguaux en rapport à la relation communicationnelle parentale.* Reims : Université de Reims Champagne Ardennes, département psychologie, 2003, p 49.

34. **VIROLE, Benoît.** *Psychologie de la surdité.* s.l. : de boeck, 2006.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Du gribouillage au dessin créatif.....	47
Figure 2 : Le bonhomme tétard.....	92
Figure 3 : Le bonhomme « tête-tronc »	92
Figure 4 : Le bonhomme « tronc jambe ».....	92
Figure 5 : Le bonhomme « recherche tronc »	92
Figure 6 : Le bonhomme « conventionnel tube »	92
Figure 7 : Le « bonhomme conventionnel fil »	92

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : la présence et la taille des oreilles (hypothèse 1).....	63
Tableau 2 : la taille de la bouche (hypothèse 2)	66
Tableau 3 : la présence de mains (hypothèse 3 bis).....	68
Tableau 4 : la taille des visages (hypothèse 4a).....	69
Tableau 5 : taille des personnages (hypothèse 5a).....	71
Tableau 6 : taille des personnages (hypothèse 5b)	71
Tableau 7 : identification de l'enfant à ses parents (hypothèse 6).....	74

Les tableaux suivants apparaissent en annexe :

Tableau 8 : réponse aux questions des enfants implantés.....	75
Tableau 9 : grille de lecture des bonhommes des enfants implantés	98
Tableau 10 : grille de lecture des autoportraits des enfants implantés	99
Tableau 11 : grille de lecture des familles des enfants implantés.....	100
Tableau 12 : grille de lecture des bonhommes des enfants appareillés	101
Tableau 13 : grille de lecture des autoportraits des enfants appareillés.....	102
Tableau 14 : grille de lecture des familles des enfants appareillés	103
Tableau 15 : grille de lecture des enfants normo entendants	104
Tableau 16 : grille de lecture des autoportraits des enfants normo entendants	105
Tableau 17 : grille de lecture des familles des enfants normo entendants.....	107
Tableau 18 : réponse aux questions des enfants implantés.....	109
Tableau 19 : réponse aux questions des enfants appareillés	110

ANNEXES

I.	DESSIN OU L'IMPLANT EST REPRESENTÉ.....	91
II.	LES ETAPES DE DESSIN DU BONHOMME.....	92
III.	AUDIOGRAMMES DES ENFANTS APPAREILLES.....	93
IV.	FORMULAIRES DE CONSENTEMENT.....	96
V.	GRILLES DE LECTURE DES ENFANTS IMPLANTES.....	98
VI.	GRILLES DE LECTURE DES ENFANTS APPAREILLES.....	101
VII.	GRILLES DE LECTURE DES ENFANTS NORMO ENTENDANTS.....	104
VIII.	REPONSES AUX QUESTIONS.....	109
IX.	DESSINS DES ENFANTS IMPLANTES.....	111
X.	DESSINS DES ENFANTS APPAREILLES.....	117
IX.	DESSIN DES ENFANTS NORMO ENTENDANTS.....	124

Avant de lire les annexes une petite explication est nécessaire.

Sur certains dessins, les enfants avaient écrits leur prénom ou des prénoms de leur famille. Pour des raisons d'anonymat, nous les avons remplacés par des carrés gris proportionnels à la taille de leurs écritures.

Les dessins d'enfants sont toujours présentés de la même façon. En haut à gauche c'est le dessin du bonhomme, en haut à droite l'autoportrait et en bas le dessin de la famille.

Dans les grilles de réponses aux questions, les cases grisées correspondent aux réponses qui intéressent la partie que l'on traite.

Les audiogrammes oreille droite (OD) et oreille gauche (OG) ainsi que la surdité moyenne de chaque oreille sont présents dans les annexes.

I. DESSIN OU L'IMPLANT COCHLEAIRE EST REPRESENTE



II. LES ETAPES DE DESSIN DU BONHOMME



Figure 2 : le bonhomme têtard



Figure 3 : le bonhomme « tête-tronc »



Figure 4 : le bonhomme « tronc jambe »



Figure 5 : le bonhomme « recherche tronc »



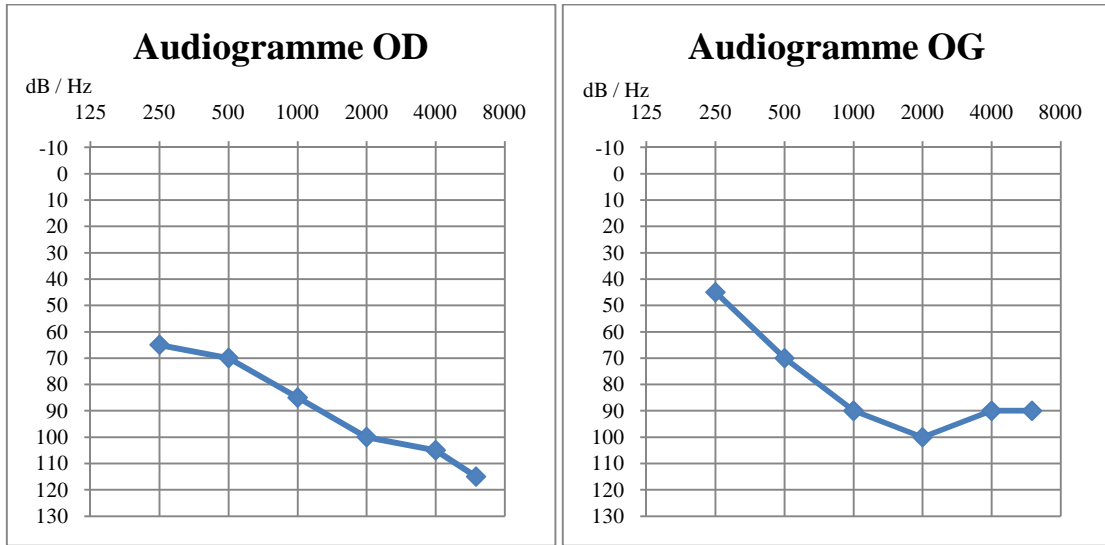
Figure 6 : le « bonhomme conventionnel fil »



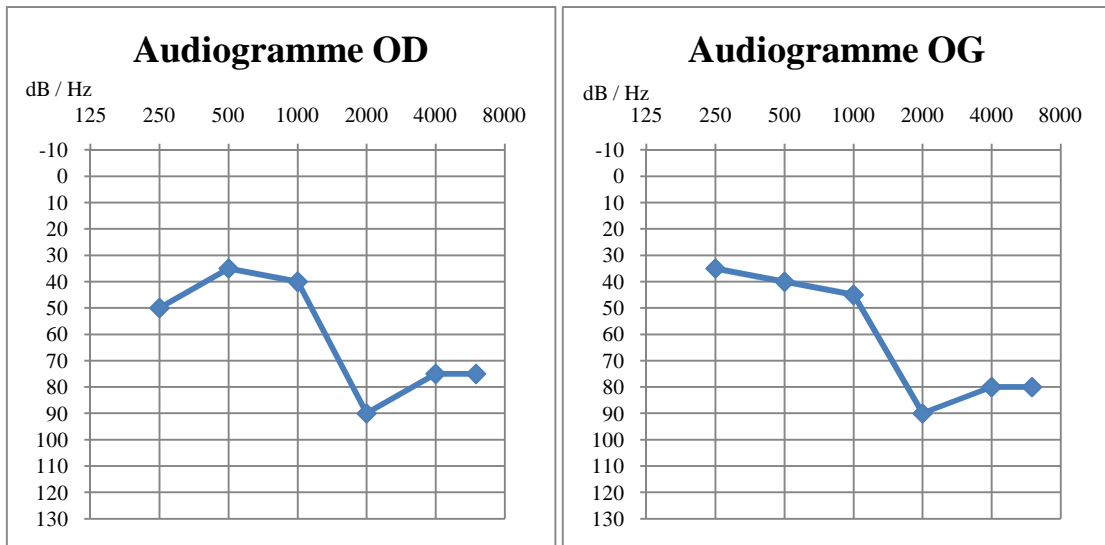
Figure 7 : le bonhomme « conventionnel tube »

III. AUDIOGRAMMES DES ENFANTS APPAREILLES

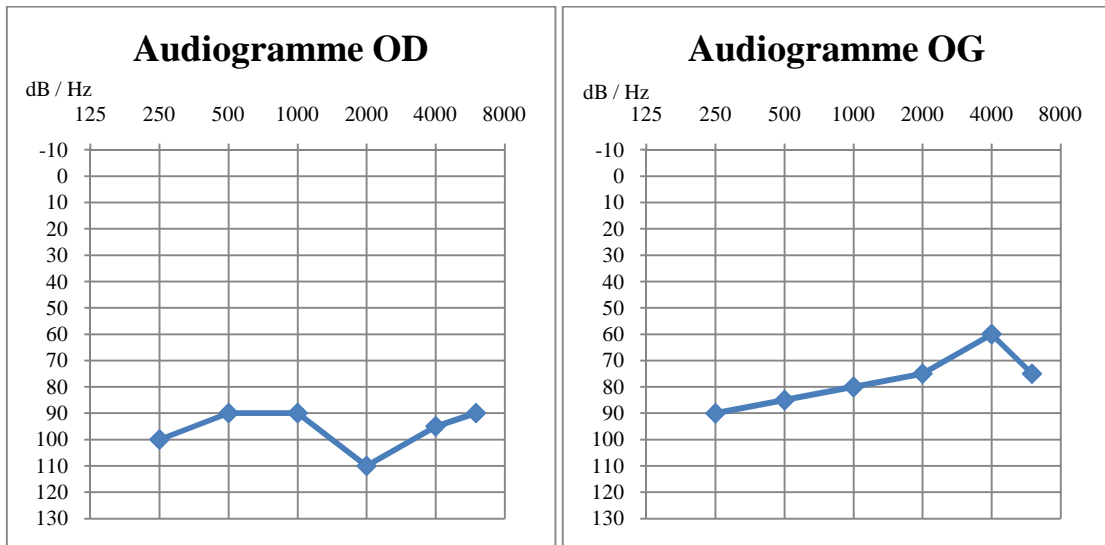
EA1, surdité moyenne OD : 90dB et surdité moyenne OG ; 87,5dB



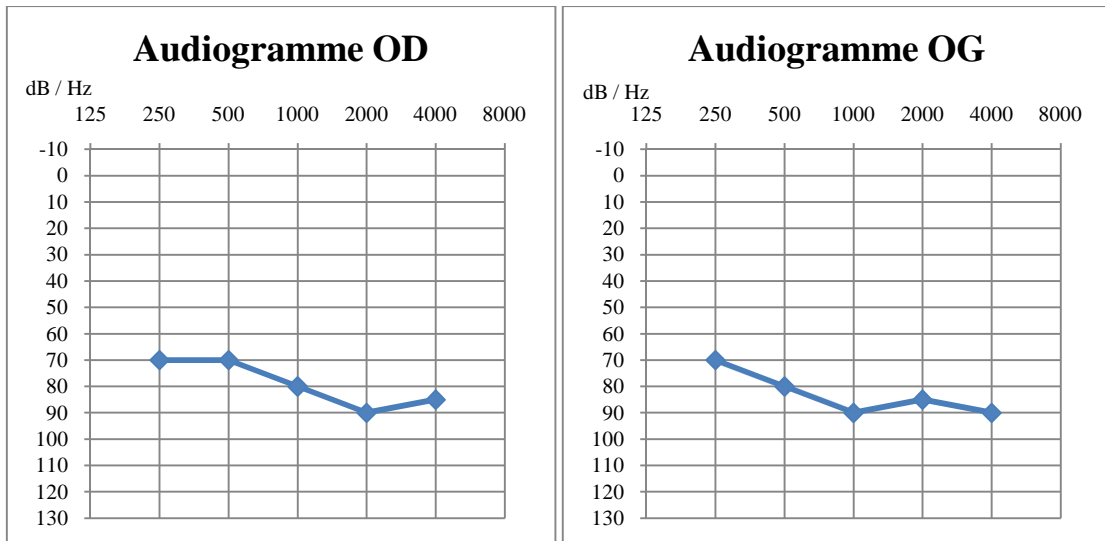
EA2, surdité moyenne OD : 60 dB et surdité moyenne OG : 63,5 dB



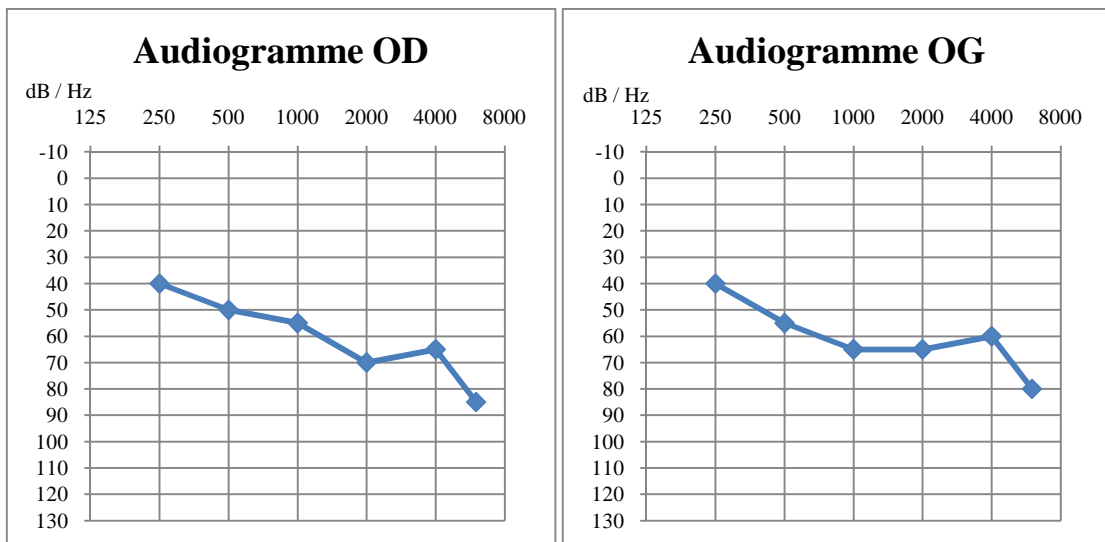
EA3, surdité moyenne OD : 96,2 dB et surdité moyenne OG : 75dB



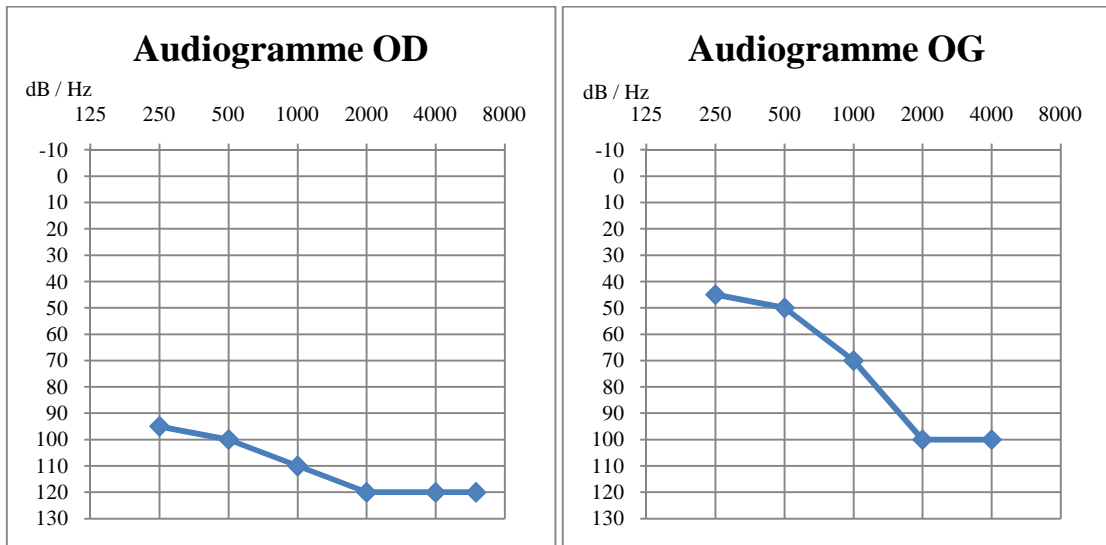
EA4, surdité moyenne OD : 81,2 dB et surdité moyenne OG : 86,2 dB



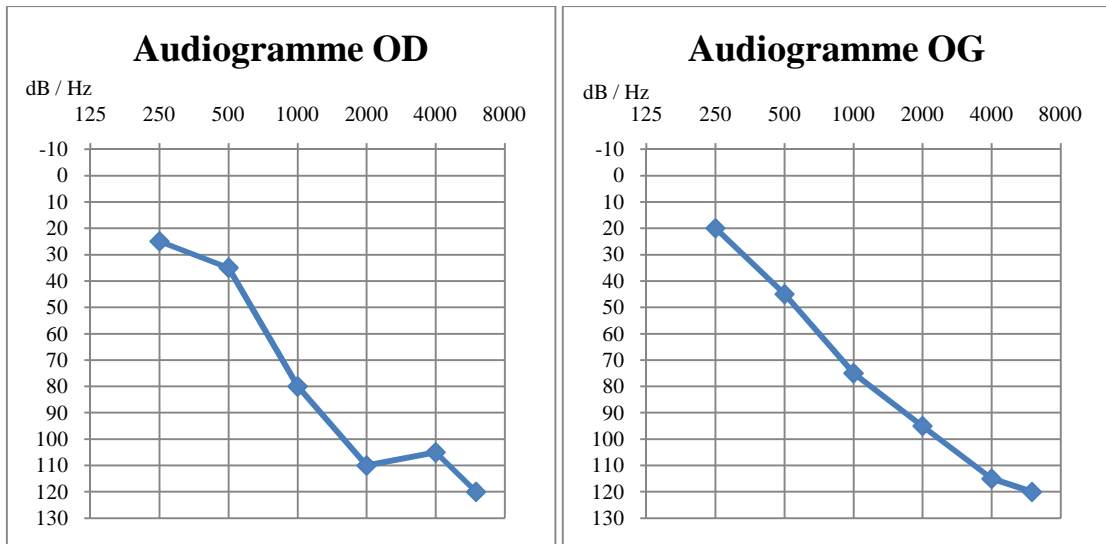
EA5, surdité moyenne OD : 60 dB et surdité moyenne OG : 61,25



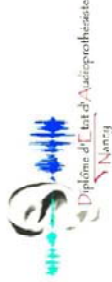
EA6, surdité moyenne OD : 112,5 dB et surdité moyenne OG : 80dB



EA7, surdité moyenne OD : 82,5 dB et surdité moyenne OG : 82,5 dB



IV. FORMULAIRES DE CONSENTEMENT



Université Henri Poincaré de Nancy
Faculté de Pharmacie
Diplôme d'Etat d'audioprothésiste
5 rue Albert Lebrun
54001 NANCY cedex

Formulaire de consentement

Actuellement étudiante en troisième année de Diplôme d'Etat d'Audioprothésiste, j'effectue un mémoire de fin d'étude sur la façon dont l'enfant « vit son corps » sous la direction de M.Xavier Debrulle, audioprothésiste.

Dans le cadre de cette recherche, je souhaite rencontrer des enfants de 6 à 8 ans.

La réalisation de dessins sera proposée à votre enfant sous forme de deux ateliers, durant chacun une demi heure environ.

Tous les renseignements fournis seront confidentiels et seront exclusivement utilisés de façon anonyme à des fins de recherche.

Pour me contacter pour de plus amples renseignements, je me tiens à votre disposition aux coordonnées suivantes :

Camille Macé, par téléphone : 0619829151, ou par mail maccamille@gmail.com

Si vous acceptez que votre enfant participe à ce programme de recherche, veuillez remplir le coupon suivant et me le remettre

Une fois la recherche achevée, un exemplaire de ce mémoire sera disponible au laboratoire de M.Xavier Debrulle (cours Langlet à Reims) pour vous permettre d'en prendre connaissance si vous le souhaitez.

Camille Macé

Je soussigné M. Mme NOM : _____ Prénom : _____
accepte que mon enfant NOM _____ Prénom : _____
participe au programme de recherche en audioprothèse de Camille Macé.

Date _____
Signature du responsable légal _____



Université Henri Poincaré de Nancy
Faculté de Pharmacie
Diplôme d'Etat d'audioprothésiste
5 rue Albert Lebrun
54001 NANCY cedex

Formulaire de consentement

Actuellement étudiante en troisième année de Diplôme d'Etat d'Audioprothésiste, j'effectue un mémoire de fin d'étude sur la façon dont l'enfant « vit son corps » sous la direction de M.Xavier Debrulle, audioprothésiste à Reims.

Dans le cadre de cette recherche, je souhaite rencontrer des enfants de 6 à 8 ans.

La réalisation de dessins sera proposée à votre enfant sous forme de deux ateliers, durant chacun une demi heure environ.

Tous les renseignements fournis seront confidentiels et seront exclusivement utilisés de façon anonyme à des fins de recherche.

Pour me contacter pour de plus amples renseignements, je me tiens à votre disposition aux coordonnées suivantes :

Camille Macé, par téléphone : 0619829151, ou par mail maccamille@gmail.com

Si vous acceptez que votre enfant participe à ce programme de recherche, veuillez remplir le coupon suivant et le remettre à Madame Claudine Loiseau ou un autre membre de l'équipe du centre d'audiophonologie infantile.

Une fois la recherche achevée, un exemplaire de ce mémoire de recherche sera disponible au centre d'audiophonologie infantile pour vous permettre d'en prendre connaissance si vous le souhaitez.

Camille Macé

Je soussigné M. Mme NOM : _____ Prénom : _____
accepte que mon enfant NOM _____ Prénom : _____
participe au programme de recherche en audioprothèse de Camille Macé.

Date _____
Signature du responsable légal _____



Université Henri Poincaré
Faculté de Pharmacie
Diplôme d'Etat d'audioprothésiste
5 rue Albert Lebrun
54001 NANCY cedex

Formulaire de consentement

Actuellement étudiante en troisième année de Diplôme d'Etat d'Audioprothésiste, j'effectue un mémoire de fin d'étude sur la façon dont l'enfant « vit son corps » sous la direction de M. Xavier Dabaille, audioprothésiste.
Dans le cadre de cette recherche, je souhaite rencontrer des enfants de 6 à 8 ans.

La réalisation de dessins sera proposée à votre enfant sous forme de deux ateliers se déroulant à l'école de Plesnois.

Tous les renseignements fournis seront confidentiels et seront exclusivement utilisés de façon anonyme à ces fins de recherche.

Pour me contacter pour de plus amples renseignements, je me tiens à votre disposition aux coordonnées suivantes :

Camille Macé, par téléphone : **0619829151**, ou par mail camillemac@nancy.fr

Veuillez remplir le coupon suivant attestant de votre accord ou refus de la participation de votre enfant au programme de recherche et le remettre à l'enseignant de votre enfant, ou me le déposer dans ma boîte aux lettres ;

Camille Macé
1 rue de la fontaine
57140 Plesnois

Une fois la recherche achevée, un exemplaire de ce mémoire sera disponible à l'école pour vous permettre d'en prendre connaissance si vous le souhaitez.



Je soussigné(e) M. Mme (NOM, Prénom) _____ (cochez votre réponse)

accepte

n'accepte pas

que mon enfant (NOM, Prénom) _____ participe au programme de recherche en audioprothèse de Camille Macé.

Date

Signature

V. GRILLES DE LECTURE DES ENFANTS IMPLANTES

Tableau 9 : grille de lecture des bonhommes des enfants implantés

		EI1	EI2	EI3	EI4	EI5	EI6
Attitude		Concentrée, souriante et timide	Appliquée et concentrée	Très agitée, bavarde, concentration difficile, beaucoup de commentaires	Besoin approbation	Besoin approbation, d'encouragement	Très calme, concentrée
Dimension :	Taille personnage	7,3	24,5	5	4,7	4,3	5,5
	Taille personnage/tête	4,29	2,22	2,94	2,35	5,37	4,23
	Tête/bouche	3,33 Bonhomme souriant	1,57 Bonhomme souriant	2,38 Bonhomme souriant	2,33 Pas de sourire	1,66 Bonhomme souriant	0,66 Bonhomme souriant
Tête		Schématique, sourire	Détaillée, sourcils grand sourire	schématique	Peu détaillé	Absence de nez schématique	Absence de nez, très schématique
Tronc		Rattaché directement à la tête, rectangulaire	Large, cou carré,	Gros et haut	Petit et allongé, boutons	Petit et fin, simple trait	Deux cercles
Membres	Bras	Fins, simple trait	Double trait large, court	Double trait	Longs et gros	Simple trait, arqués	fins
	Mains	En étoiles, 5 doigts	2 et 3 doigts	Boule, petites	Boules, doigts non distincts	/	boules
Oreilles		Présentes,	/	/	/	/	/
Dimension tête/oreille		2,8					
Remarques				Bonhomme de neige			Bonhomme de neige

Tableau 10 : grille de lecture des autoportraits des enfants implantés

		EI1	EI2	EI3	EI4	EI5	EI6
Dimension :	Taille personnage	8,3	21,8	8		2,2	8,2
	Taille personnage/tête	3,19	2,27	5,33		3,14	4,10
	Tête /bouche	2,14 Personnage souriant	1,71	2,25 Personnage souriant		2,33 Personnage souriant	2,16 Personnage souriant
Tête		Schématique, sourire	Détaillé, sourcils, grand sourire	Très schématique		Absence de nez, schématique	Absence de nez
Tronc		Rattaché directement à la tête, rectangulaire	Large, cou carré	Long, grand		Absence de tronc, un point qui est l'origine des bras, et jambes	Triangulaire
Membres	Bras	Fins, simple trait	Double trait	Longs attachés au tronc		Longs, arqués	Trait simple
	Mains	En étoiles, 5 doigts	Pas de séparation avec le bras	Doigts peu dissociés		/	En forme de fleurs
Oreilles Dimension oreille/tête		présentes 2,8	Présentes, boucles d'oreilles 5,5	/		/	/
Remarque par rapport au dessin du bonhomme		Identique, seule la couleur change, le bonhomme est rose, alors que son deuxième bonhomme est rouge	Oreilles en plus, sourcils en moins, et pantalon au lieu de la jupe	Le même dessin, sauf que dans le premier, le bonhomme de neige est dessiné en premier, ici c'est l'inverse		Bonhomme plus petit moins détaillé mais toujours très schématique, environnement absent ici	Le bonhomme était un bonhomme de neige, l'autoportrait est une fille, couleurs vives pour la tête

Tableau 11 : grille de lecture des familles des enfants implantés

		E11	E12	E13	E14	E15	E16
Composition de la famille		Maman, papa, E11	Papa, maman, I.	Papa, maman, E13	E14, L, H, maman	Papa, maman, M. et E15 (de haut en bas)	Maman, papa, C. et E16
Enfant présent sur le dessin ?		Oui, dessiné en 2ème	Non	Oui, dessiné en 3ème	Oui, dessiné en 4ème	Oui dessiné en 4ème	Oui
Taille des personnages, Qui est le plus grand ?	Enfant	5,9	/	7,7	3,5	1,7	7,1
	Autres personnages	4,6 (papa), 6,2 (maman)	13,9 (papa) 13,1 (maman) 10,6 (I.)	7 (papa) 7,3 (maman)	2 (maman) 20,1 (H.) 1,7 (L.)	3,2 (papa) 1,8 (maman) 2,1 (maxime)	6,8 (maman) 6,1 (papa) 7,9 (C.)
Dimension taille du personnage/tête	Enfant	3,93		6,41	5,83	3,4	4,73
	Parents	3,87 4,6		4,29 5,38	2,5	3,55 3	4,85 5,81
Dimension tête/bouche	Enfant	2		1,33	2	1	2
	Parents	2 2,5		1,83 1,33	2,66	1,14 2	Les parents n'ont pas de bouche
Présence Oreilles	Enfant	Oui	/	Non	Non (antennes)	Non	Non
	Autres personnages	Oui	Oui (2 sur 3)	Non	Oui	Non	Non
Signes de communication entre les personnages		Pas vraiment, même si environnement	Les bras sont à l'horizontal, les yeux de la mère direction du père	Se donnent presque la main	Non, les personnages sont éparpillés dans la feuille	Non, famille énumérée, personnages superposés	Sont tous proches

VI. GRILLES DE LECTURE DES ENFANTS APPAREILLES

Tableau 12 : grille de lecture des bonhommes des enfants appareillés

		EA1	EA2	EA3	EA4	EA5	EA6	EA7
Attitude		concentré	Très rapide, pas d'hésitation	Timide, concentrée	Au départ, s'assure que sa maman ne verra pas le dessin. Besoin approbation pendant la séance	Très concentré s'applique	Très rapide, observe l'examineur, a besoin d'approbation	Timide
Dimension :	Taille personnage	10	5,9	12,1	10,2	5,4	24,6	4,7
	Taille personnage/tête	4,16	5,36	2,28	6	4,15	4,55	3,91
	Tête/bouche	2,4 Bonhomme souriant	1,62 Bonhomme souriant	5,4 Bonhomme souriant	2,16 Bonhomme souriant	3,25 Sourire timide	1,90 Bonhomme souriant	1,66 Pas de sourire
Tête		Sourire Yeux ronds	Large sourire Yeux, nez ronds	Grosse, éléments qui composent le visage petits	Détaillée, yeux, nez bouche (double trait) et lunettes	Détails, cils, rouge à lèvres ?	Grand sourire, yeux et nez discret	Absence de nez, un seul œil visible
Tronc		petit	Ovale	Grand	Gros rond	Forme complexe, rectangle dans un rond	Cou très fins, tronc fin	Grand cou, petit tronc, rectangulaire
Membres	Bras	Courbés vers le bas	Simple trait, horizontaux	Droits, vers le haut	Bras absent	Vers le bas	larges	Très bas, horizontaux
	Mains	Boules, grosses	/	Petites, dessinées comme des moufles	Forme de nuage	Pas de séparation mains/bras	Très grandes, à 3 doigts	/
Oreilles Dimension oreille/tête		/	/	/ (ajout après la question)	Présentes 2,57	/	Présentes, dernier élément ajouté, 8,83 (très petites)	/
Remarque		Rapide	Bonhomme très schématique, change de couleur à chaque trait		Se regarde régulièrement, se dessine lui-même, veut un crayon bleu clair pour la couleur exacte de son pull	S'applique, prend le temps de choisir la couleur adaptée		La consigne n'est pas comprise, il fait à nouveau un dessin une fois la consigne réexpliquée

Tableau 13 : grille de lecture des autoportraits des enfants appareillés

		EA1	EA2	EA3	EA4	EA5	EA6	EA7
Dimension :	Taille personnage	10,5	5,1	11,8	10,2	6,2	26,5	27,6
	Taille personnage/ tête	4,15	3,92	2,18	4,43	3,44	5,76	8,60
	Tête/bouche	7 Pas de sourire	2,16 Personnage souriant	4,2 Sourire en « coin »	2,8 Personnage souriant	2,75 Sourire timide	1,84 Personnage souriant	2,60 Personnage souriant
Tête		Pas de sourire, schématique	Très schématique, ronds pour yeux et nez et trait simple pour bouche	Yeux ronds, « sourire en coin »	En forme d'œuf, détaillée, yeux, nez bouche (double trait) et lunettes	Détails des éléments du visage, nez évolué, cils visibles, sourire discret	Yeux ronds, nez simple, grand sourire	Schéma Ronds pour yeux, nez et bouche double trait
Membres	Bras	Légèrement courbés vers le bas	Horizontaux, simple trait	Grand bras vers le haut	/	Le long du corps	Très larges, à l'horizontal	Bras droit court et bras gauche à « rallonge »
	Mains	Main droite présente uniquement	/	Schématiques, comme des moufles	Attachées directement au pull	Bien visibles, 5 doigts	Grosses à 3 doigts	A peine distinctes
Oreilles		/	Présentes	Présentes	Ajoutées suite aux questions	Présentes	Présentes	/
Dimension oreille/tête			3	13		5	7,5	
Remarque par rapport au dessin du bonhomme		Les personnages se ressemblent, l'autoportrait, couleurs plus vives mais pas de mains	Les 2 personnages sont les mêmes, très schématiques. L'autoportrait a deux grandes oreilles en plus du premier.	Personnages quasiment identiques, autoportrait a moins de couleurs vives	Les 2 personnages sont identiques, le deuxième est tout de même un peu moins gros que le premier	L'autoportrait a des oreilles en plus par rapport au bonhomme. Le sexe de l'autoportrait, celui du premier n'est pas explicite	Les deux personnages se ressemblent, seuls les vêtements changent	L'autoportrait est beaucoup plus grand que le bonhomme, et il a un bras à rallonge

Tableau 14 : grille de lecture des familles des enfants appareillés

		EA1	EA2	EA3	EA4	EA5	EA6	EA7
Composition de la famille		2 enfants , R, EA1, A, beau père, maman.	Papa, maman, grand frère, frère	EA3, maman	Maman, EI4, papa	Papa, maman, grand garçon, bébé	Tonton, mamie, papa, EA7, A.	Maman, papa, N . U. et EA6
Enfant présent sur le dessin ?		Oui, dessiné en 4eme	Non, serai le 3eme personnage (grand frère)	Oui, dessiné en premier	Oui, dessiné en 3eme	Non Serai le 3eme personnage (grand garçon)	Oui	Oui, dessiné en premier
Taille des personnages,	Enfant	2,8	Identification : 4,1	4,5	3,2	Identification 4,4	17,3	3,4
	Autres personnages	4,5 (maman) 4,4 (beau père) 4,9 et 3,6 pour les enfants R et A 4,1 et 3,9 pour les enfants ajoutés après	4,7 (papa) 4,5 (maman) 4 (frère) 3,7 (grand frère)	4,9 (maman)	5,1 (maman) 3,8 (papa)	6,3 (papa) 6,7 (maman) 4,4 (grand frère) 2,3 (bébé)	18,2 (tonton) 18 (mamie) 17,9 (papa) 17,8 (A.)	5,5 (papa) 5,2 (maman) 3,7 (U.) 4,2 (N.)
Dimension Taille du personnage/ tête	Enfant	5,6	3,41	3,46	2,9	4,88	11,53	4,85
	Parent	3,75 4,88	2,61 4,09	4,08	3,4 4,75	4,46 4,5	7,16	7,42 7,85
Dimension Tête/bouche	Enfant	2	1,57	Pas de bouche	2	2	1,2	1,16
	Parents	2,66 3	2,42 1,42	Pas de bouche	1,6 2,6	2,6 2,75	1,71	1,33 1,75
Présence Oreilles	Enfant	Non	Non	Non	Oui et appareils visibles ajoutés suite à la question	Oui Cf remarque	Oui	Non
	Autres personnages	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non
Signes de communication entre les personnages		Sont tous rassemblés	Sont tous serrés mais personnages schématiques	Pas d'élément du visage, mais personnages proches	Sont tous rassemblés	Sont alignés, pas de lien apparent	Se tiennent la main	Sont alignés, pas de lien apparent
Remarques		Suite, à la consigné détaillée, il demande s'il doit se dessiner lui-même Il est peu souriant	Bonhommes schématiques	Petite famille, sans beaucoup de vie	Il explique que sa maman a mal au ventre	Quand EI5 arrivent à dessiner le grand garçon, il dessine les oreilles et se rend compte que les autres personnages n'en ont pas, il les ajoute		

VII. GRILLES DE LECTURE DES ENFANTS NORMO ENTENDANTS

Tableau 15 : grille de lecture des enfants normo entendants

		EN1	EN2	EN3	EN4	EN5	EN6	EN7	EN8	EN9	EN10	EN11	EN12
Attitude		Calme, concentrée	Calme et concentré	Parle beaucoup	Très discrète, concentrée	Concentré	concentrée	Distraite, et concentrée	Rapide, « fait le clown »	« Fait le clown » très distrait	Appliquée, concentrée	concentré	distraite
Dimension :	Taille personnage	4,8	13,7	15,9	4,4	8,1	23,2	8,2	19,8	22,2	12,5	22,4	18,7
	Taille personnage/tête	3	4,56	1,85	2,75	10,12	4,29	5,12	3,73	2,24	3,20	12,44	8,5
	Tête/bouche	3,33	2,43	4,3	3,2	1,75	2,04	2,50	2,20	1,81	6,00	3,00	1,92
Tête		Schématique, ovale	Simple, schématique, absence de nez	Eléments du visage tout petits, le bonhomme à l'air triste, peu de détail	Schématique, absence de nez	Peu détaillée, yeux et nez rond, bouche double traits	Grosse tête et petits yeux et nez, grande bouche, éléments peu détaillés	Pau détaillé, absence de nez, cils	Détaillée, double sourcils, dents visibles dans le sourire	Carré, robot, yeux carrés, bouche rectangulaire	Très détaillée, cils, sourcils, pommettes, bouche détaillée	Peu détaillé,	Détaillée, rouge à lèvres, cils, bouche bien dessinée
Membres	Bras	A l'horizontale, asymétrique	Très fins, simple trait	Vers le bas	Vers le bas	Très courts et fins	Très fins	Ouvert, à l'horizontale	Pas à la même hauteur, fins	/	Orientée vers le sol	Arqués vers le bas	Courbés vers le bas
	Mains	Doigts rattachés aux bras, 4 doigts	En étoiles, 5 doigts	Petites, peu visibles, 3 doigts	Petites mais distinctes, 4 et 5 doigts	Très discrètes, mains boules	Pars de séparation mains/bras, 5 doigts	Paumes vers nous	Petites, 5 doigts	/	Petite et détaillée, une paume face à nous, l'autre dos à nous	5 doigts, petites	Petites à 3 doigts
Oreilles Dimension oreille/tête		Présentes 4,25	/	/	/	/	/	/	/	??	Présentes, 10 très petites, boucles d'oreilles	Présentes, 9, 8	/
Remarque		Décide de dessiner sa voisine	Dessine au crayon de couleur tout de suite	Pose des questions, « on peut faire un short ? »...	Demande si l'on peut faire le trait du sol	Commence par dessiner les jambes		Demande si l'on peut poser des questions au voisin					Demande si l'on peut dessiner une princesse

Tableau 16 : grille de lecture des autoportraits des enfants normo entendants

		EN1	EN2	EN3	EN4	EN5	EN6	EN7	EN8	EN9	EN10	EN11	EN12
Dimension :	Taille personnage	26,5	12,6	14,7	4,6	/	25,6	8,8	20,9	27,2	20,2	22,1	8,5
	Taille personnage/tête	3,35	5,04	2,33	2,55		4,12	6,28	2,27	1,85	2,46	2,16	4,25
	Tête/bouche	4,18	2,72	7,11	2,22	1,42	1,71	2,33	1,92	1,67	3,81	3,96	2,22
Tête		Grosse, éléments schématiques	Très simple,	Grand visage et petits éléments, visage triste, pas de sourire	Schématique, absence de nez	Détails importants des dents, yeux ronds	Grosse tête, petits éléments du visage	Détaillée, carré, cils, sourcils, sourire, le regard est dirigé vers la gauche du personnage	Taille importante, très peu détaillée, « sourire en coin »	Très grosse, peu de détail	Détaillée, sourcils, bouche détaillés, lunettes	Ronde et grosse, éléments du visage schématique, absence de nez	Détaillée, cils et sourcils, grain de beauté
Tronc		Un carré et un rond, fin	Large, rectangulaire	Court et peu large	Rectangle large, rattaché au cou	/	Large, évasé vers le bas	Trapèze	Large, attaché à la tête	Rectangle rattaché à la tête	Fin et long	Large évasé vers le bas	Triangulaire, en haut cou fin
Membres	Bras	A l'horizontal, asymétrique	Très fins, simple trait	Petits, vers le bas	Vers le bas	/	Vers le bas	Courts, ouverts	A l'horizontal, bars droit plus long que le gauche	/	Fins	Larges et vers le haut, accueillant	Court, vers le bas
	Mains	Doigts rattachés aux bras, 5 doigts	en étoiles, 5 doigts	Discrètes, petites à 3 doigts	Petites distinctes, 5 doigts	/	Petites, 5 doigts	/	Petites, 5 doigts	/	Très petites, une paume vers nous et une paume dos à nous	5 doigts rattachés à la paume de la main	Très petites, peu distinctes
Oreilles Dimension oreille/tête		présentes 5,2	Présentes, 4,16	Présentes, 9,14 Boucles d'oreilles	/	/	/	/	/	/	Présentes, 16,2 Très petites	Présentes 7,92	Présentes 3,5
Remarque par rapport au dessin du bonhomme		Beaucoup plus grand, et coloré	Les deux bonhommes se ressemblent, plus de détails sur l'autoportrait	Son autoportrait est plus triste que le bonhomme, pas de couleur	Très semblable, l'autoportrait est moins féminin	Comparaison difficile puisque autoportrait que la tête	Très semblable au premier, niveau taille, tenue vestimentaire	Pas de mains, posture presque identique, mais l'autoportrait	Tête de taille supérieure mais beaucoup moins détaillée	Ressemble plus à un humain que bonhomme robot	Personnage autoportrait plus gros	L'autoportrait paraît un enfant alors que bonhomme paraît adulte.	Le bonhomme est une princesse imposante, maquillée.. Autoportrait

		it niveau visage différence pieds					it n'est pas « stable »				Autoportrai t plus schématicqu e.	t plus petit et réaliste avec beaucoup de détails
--	--	--	--	--	--	--	----------------------------	--	--	--	--	---

Tableau 17 : grille de lecture des familles des enfants normo entendants

		EN1	EN2	EN3	EN4	EN5	EN6	EN7	EN8	EN9	EN10	EN11	EN12
Composition de la famille		Papa, maman, et 27 enfants	Petit garçon, maman, papa et petite fille	Sœur, EN3, maman, papa, bébé	Maman,, EN4, papa et le chien	Maman, enfant, papa	Maman, papa, fille, garçon	Maman, petit frère, papa, grand frère	Papa, maman, frère et sœur	Fils, maman	Frère, maman, papa, sœur, EN10	Papa, maman, fils, fille et chien	Fille, père, mère
Enfant présent sur le dessin ?		Non Serai le premier de la 2eme ligne (le mieux dessiné dit-il)	Non, Petit garçon car « lui ressemble un peu »	Oui, Dessiné en 2eme	Oui, Dessiné en premier	Non, Serai l'enfant	Non, Serai la petite fille car a « le même âge »	Non, Serai le grand frère car « il est sage et le grand frère »	Non, Serai le frère	Non, Serai le fils qui a 8 ans	Oui, Dessiné en 5eme	Non, Serai le fils	Non, La petite fille
Taille des personnages, Qui est le plus grand ?	Enfant	Identification 3,4	Identification 5,4	7,4	2,3	Identification 8,7	Identification 6,9	Identification 7,1	Identification 5,6	Identification 4,9	4,1	Identification 7,2	Identification 8,1
	Autres personnages	6,2 (papa) 4,3 (maman) Entre 1,7 et 6,1 pour les autres	11,2 (papa) 9,1 (maman) 5,2 (garçon) 5,8 (fille)	7,5 (maman) 6,4 (papa) 6 (sœur) 4,2 (bébé)	3,6 (maman) 4,4 (papa)	12,2 (papa) 10,6 (maman) 8,7 (enfant)	9,9 (maman) 10,2 (papa) 7,1 (fille) 6,9 (garçon)	6,6 (maman) 6,2 (papa) 4,3 (grand frère) 2,1 (petit frère)	10,1 (papa) 6,8 (maman) 5,7 (frère) 4,3 (sœur)	6,3 (mère) 4,9 (fils)	8,3 (maman) 8,1 (papa) 4,2 (sœur) 3,9 (frère)	10,7 (papa) 9,7 (maman) 8,8 (fille) 7, » (garçon)	12,4 (papa) 11 (maman) 8,2 (fille)
Dimension Taille du personnage/ tête	Enfant	2,42	3,92	4, 93	1,64	6,69	4,92	6,83	2,8	7	3,41	5,14	7,36
	Parents	2,13 3,58	7,44 8,27	4,57 5	2 3,38	5,88 9,38	5,5 6,37	6,88 7,33	3,15 3,23	6,3	3,85 3,95	7,13 10,77	9,16 11,25
Dimension Tête/bouche	Enfant	3	2,33	4,33	2,75	2,75	2	2	3	1,4	2,66	2	1,83
	Parents	3,6 3,6	2,62 3	5,6 3	2 2,25	2,25 2,15	1,57 2,14	2,25 2,25	3,16 3,22	1,42	2,5 3,6	2,75 4	2,16 2,4
Présence Oreilles	Enfant	/	/	Non	Non, mais boucles d'oreille	Non	/	non	/	/	Oui	/	/
	Autres personnages	Oui, ils en ont tous sauf un	Non	Non	La maman a des boucles d'oreille également	non	Oui, en ont tous	Non	Seuls le papa et le frère n'en ont (que personnage sexe masculin)	Non	Oui, et la sœur et la maman ont des boucles d'oreilles	Oui, tous	Oui, tous
Signes de communication entre les personnages		Non, ils n'ont pas de bras	Les bras les uns vers les autres, tous à proximité	Non, personnages éparpillés	Non, sont éloignés	Le garçon est devant la mère, famille rassemblée	Oui, par les regards et les bras	Le bébé est sur le dos de la maman, bras vers autres personnages	Pas vraiment, bras uniquement, personnages tristes	Non, pas clairement, mais environnent	Le papa tient la maman par la taille, les regards et les dessins,	Les bras tendus vers les autres, regards	Sont rassemblés devant le château

										signes de communication		
Remarques	On va l'appeler « la famille sans bras ! »	Prend le temps de réfléchir, calme	Déçue à la fin car « les bonhommes sont de travers »	Son dessin lui plaît, à la question « qui préfères-tu » elle répond « moi »	Dessine les jambes en premier		« on est 5 dans la famille, j'ai préféré faire 4 c'est plus rapide », s'identifie à un garçon	Enfant timide,	Pose beaucoup de questions, s'applique			Prince et princesse devant un château, comme le bonhomme (princesse)

VIII. REPONSES AUX QUESTIONS

Tableau 18 : réponse aux questions des enfants implantés

	EI1	EI2	EI3	EI4	EI5	EI6	
Bonhomme	Le personnage entend ?	Oui	Pas de réponse pour des raisons de compréhension	Oui	Oui	Oui	Oui
	Il porte des appareils	Oui		Non	Non	Non	Non
	Il porte un implant cochléaire	Oui		Oui	Oui	Oui	Non
Autoportrait	Le personnage entend ?	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui
	Il porte des appareils	Oui		Non	Non	Non	Non
	Il porte un implant cochléaire	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui
Famille	Les personnages entendent ?	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui
	Appareils ?	Oui elle seule, pas les autres		Non	Non	Non	Non
	Implant ?	Oui elle seule		Oui toute la famille	Oui, elle seule	Oui, elle seule	Oui, elle seule
Remarques				Dit à la fin des questions « j'ai un implant, je n'entends pas sans »	A la question, sui entend dans cette famille, elle répond oui et accompagne sa réponse du geste de l'implant	« Si je l'enlève, je n'entends pas »	

Tableau 19 : réponse aux questions des enfants appareillés

		EA1	EA2	EA3	EA4	EA5	EA6	EA7
Bonhomme	Le personnage entend ?	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
	Il porte des appareils	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non
	Il porte un implant cochléaire				Non			
Autoportrait	Le personnage entend ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Il porte des appareils	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non
	Il porte un implant cochléaire				Oui			
Famille	Les personnages entendent ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Appareils ?	Oui lui pas les autres personnages	Non	Oui, elle seulement	Oui ; lui seulement	Oui, lui seulement	Oui, uniquement lui	Oui, seulement lui
	Implant ?							

Questions « Est-ce que tout le monde entend, et est-ce que les personnages portent des appareils auditifs ? »

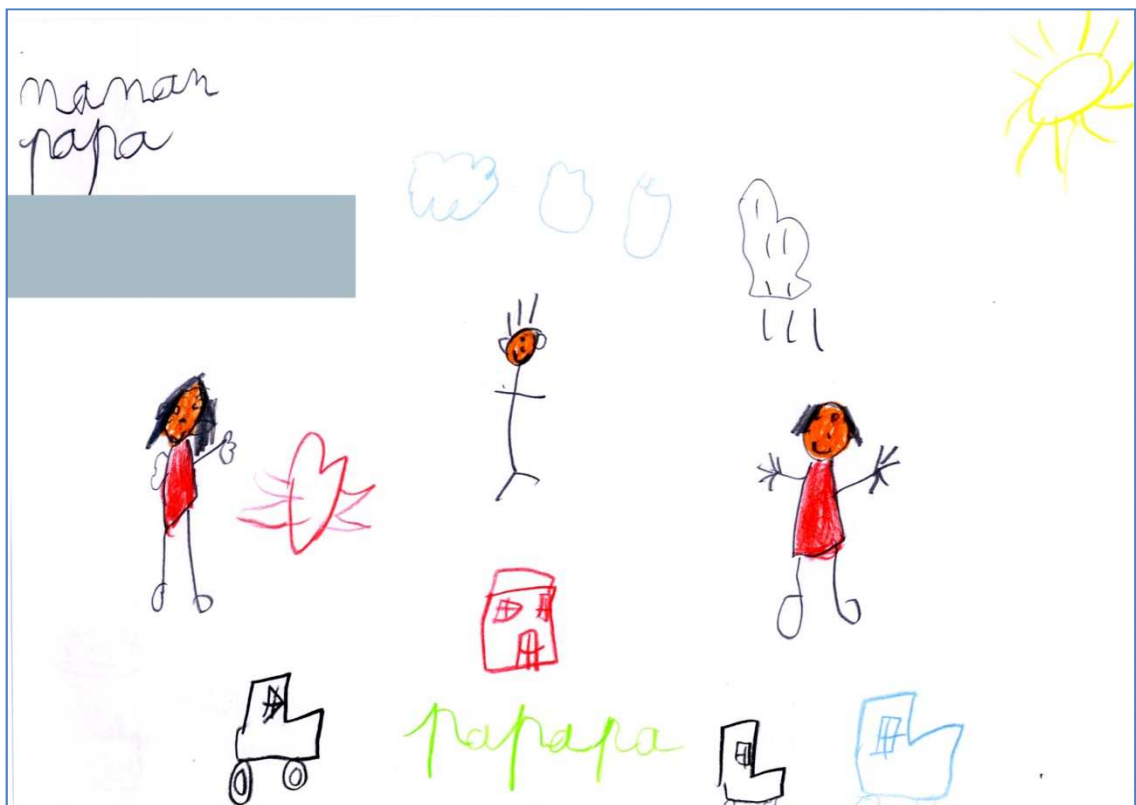
Tous les enfants du groupe témoin, répondent que les personnages entendent et n'ont pas d'appareil auditif, à l'exception d'EN12 qui dit que sa princesse porte des appareils.

Réflexions face aux questions « mon papi il en a parce qu'il est un peu sourd » EN4

« Ils n'ont pas d'appareils car ils sont pauvres et il n'y a pas de docteur » EN9 (dessin de la famille)

IX. DESSINS DES ENFANTS IMPLANTES

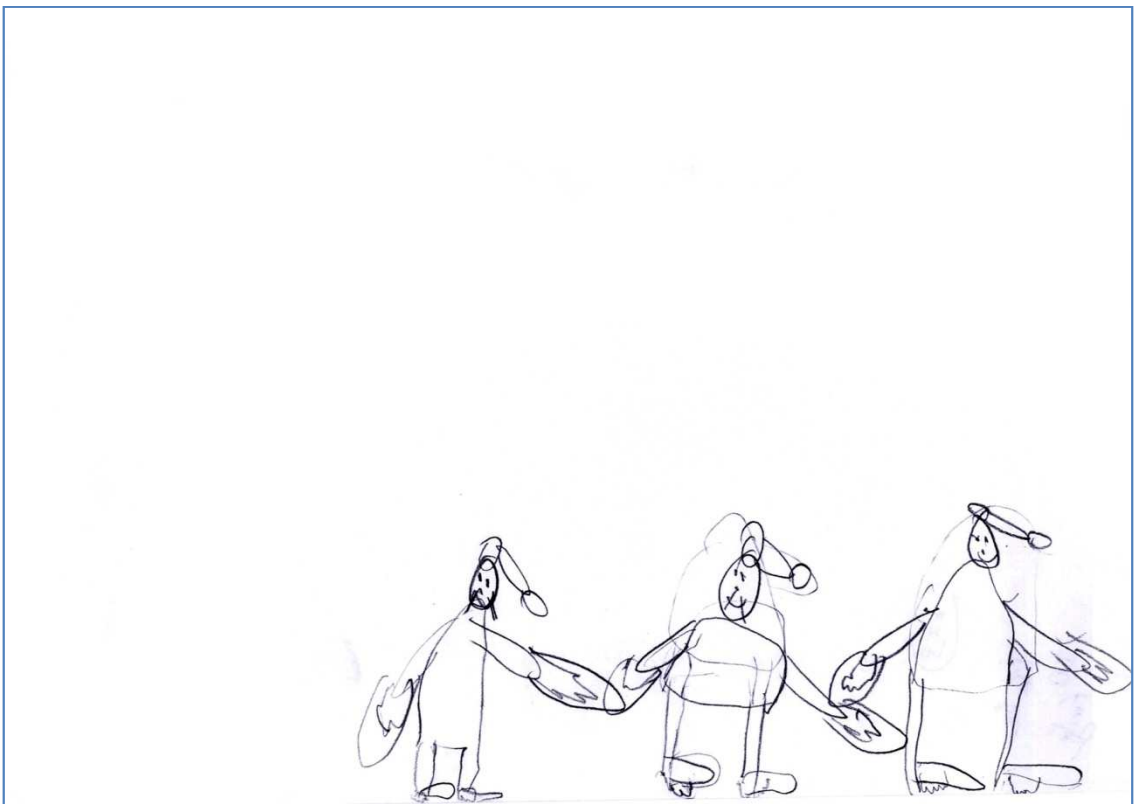
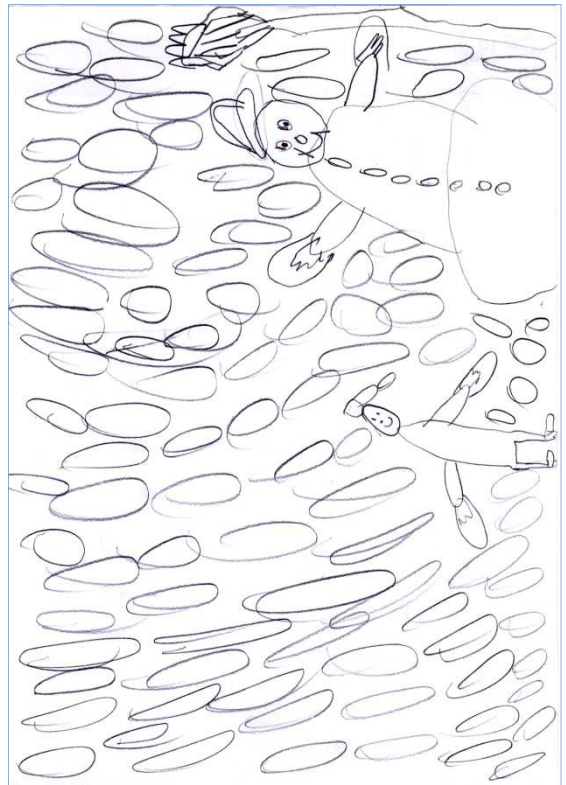
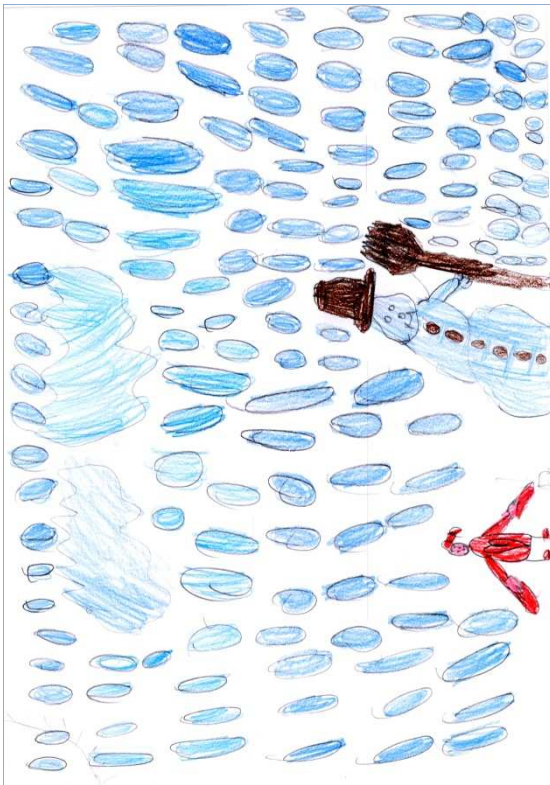
EI1



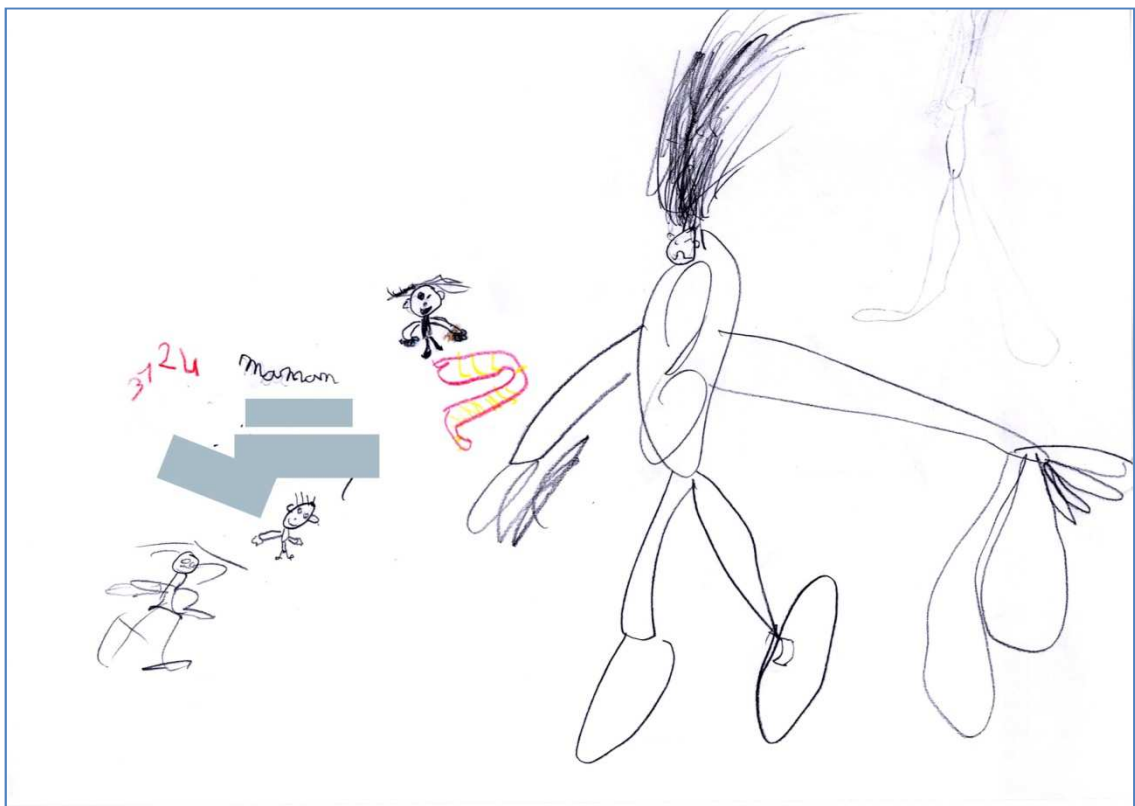
EI2



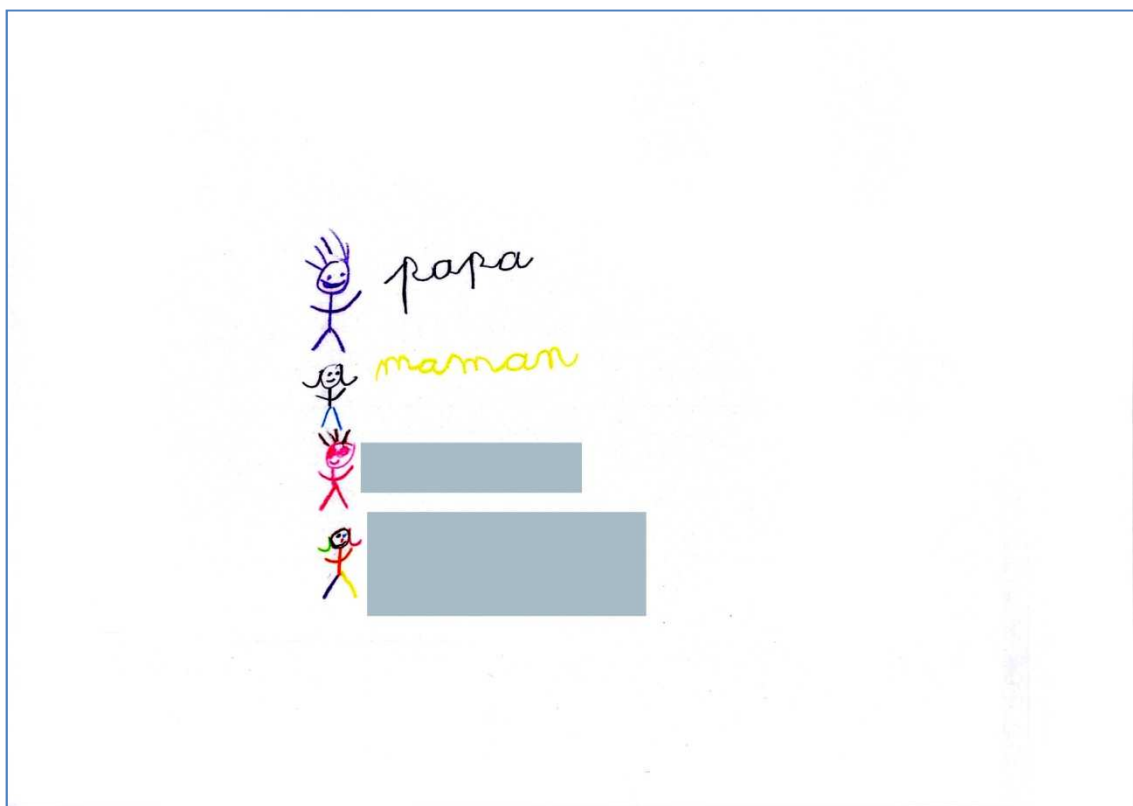
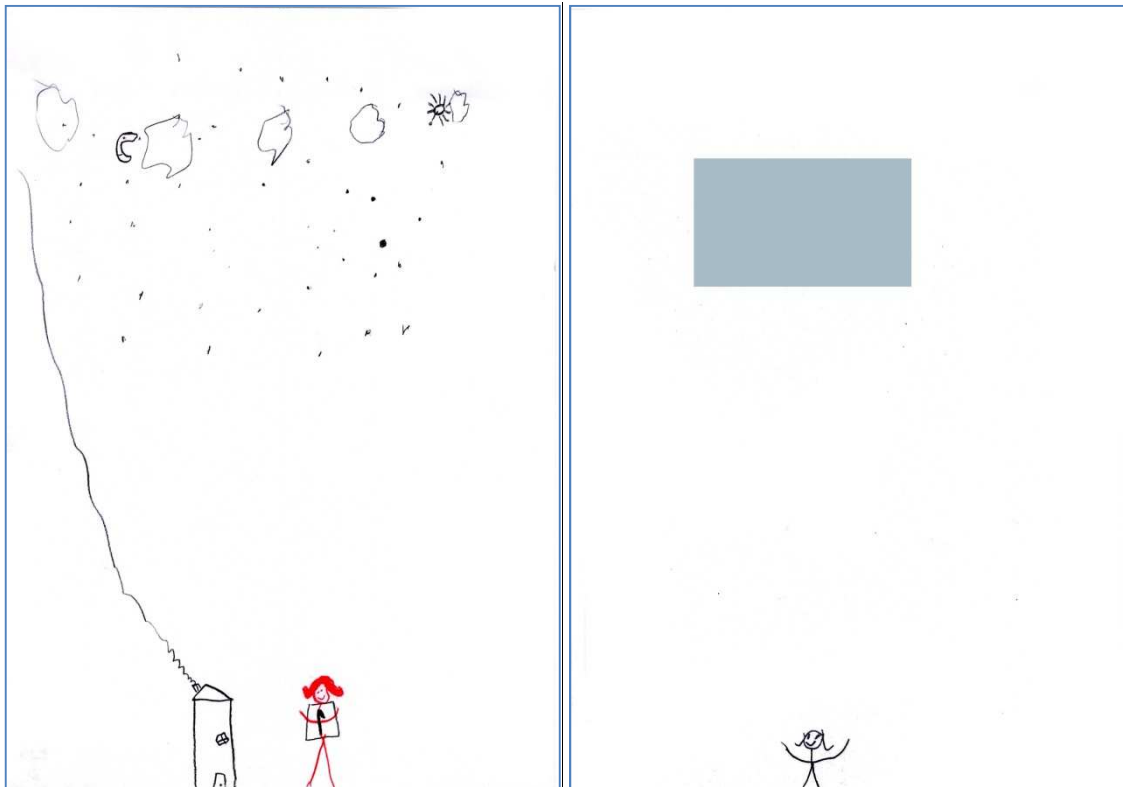
EI3



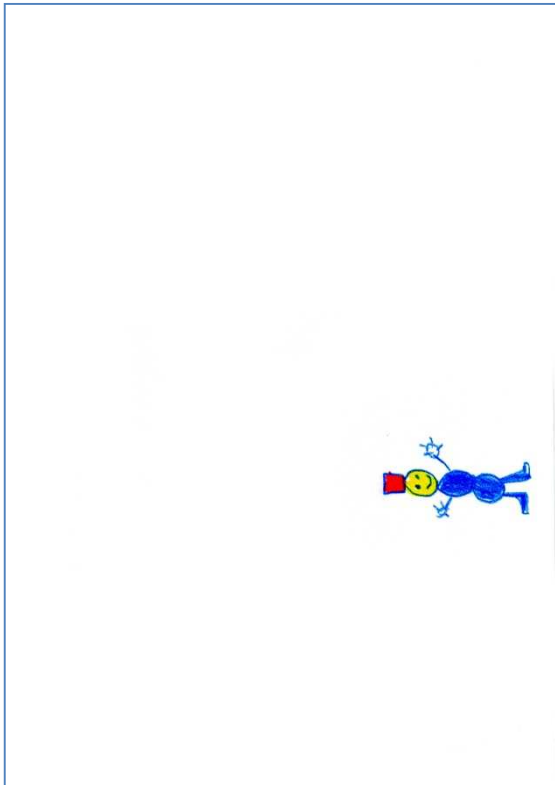
EI4



EI5



EI6

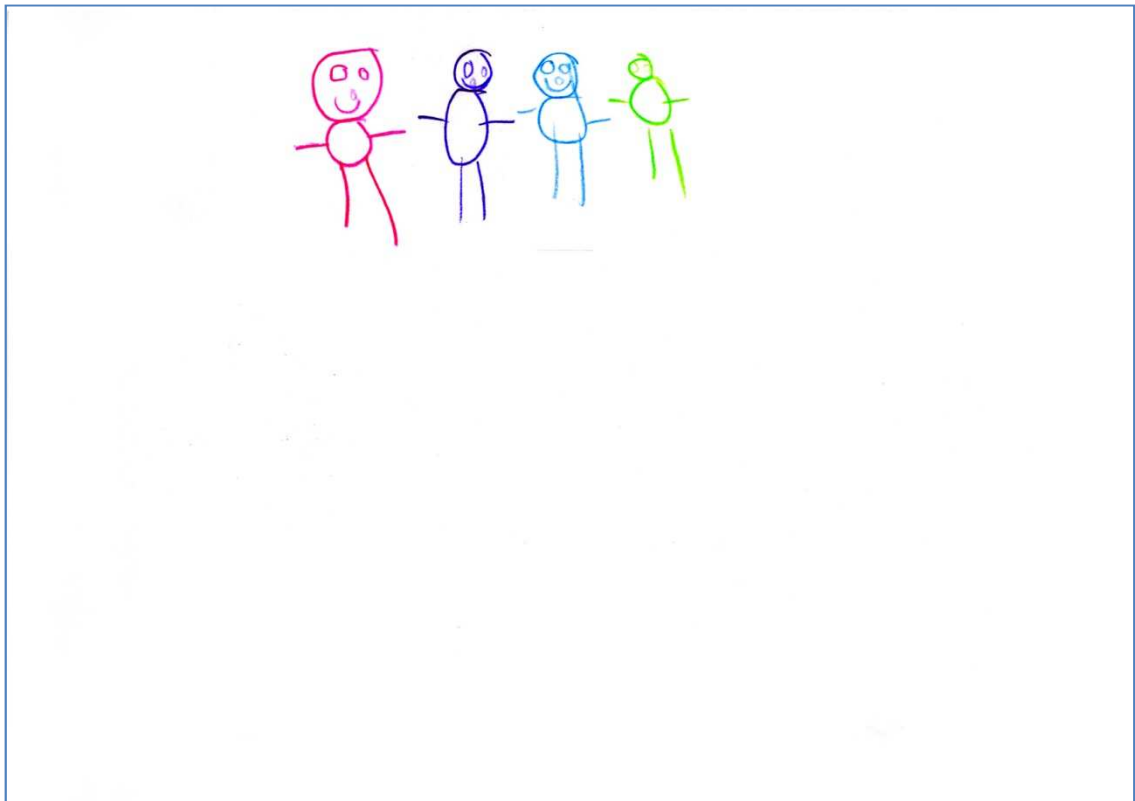
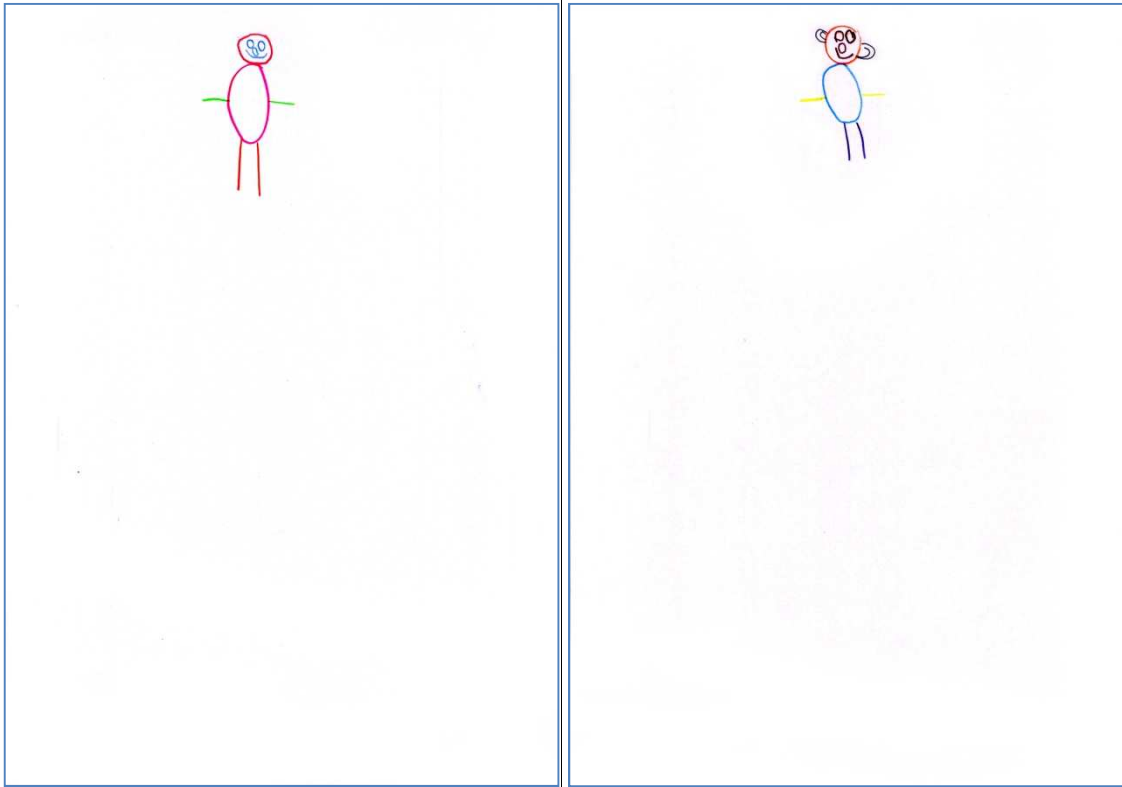


X. DESSINS DES ENFANTS APPAREILLES

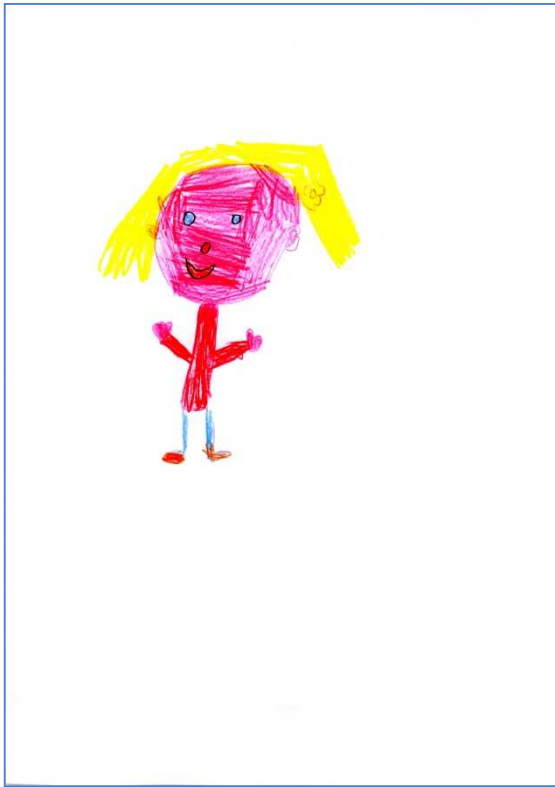
EA1



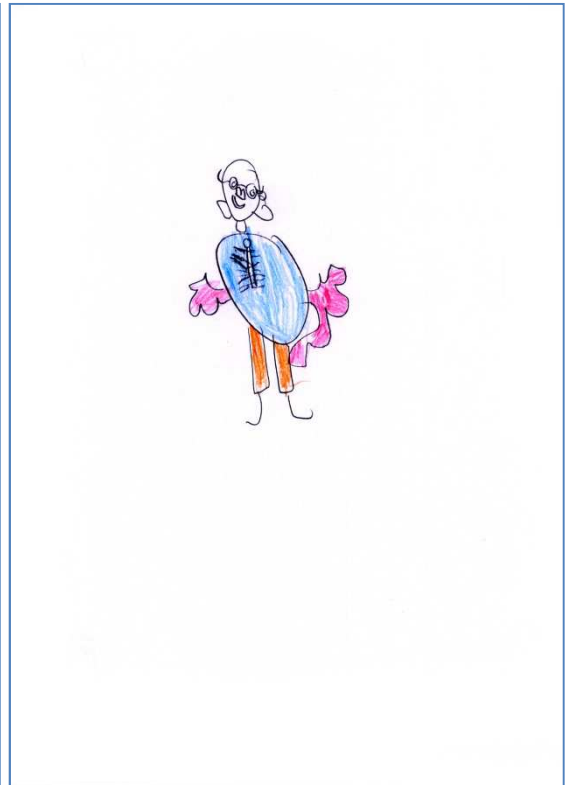
EA2



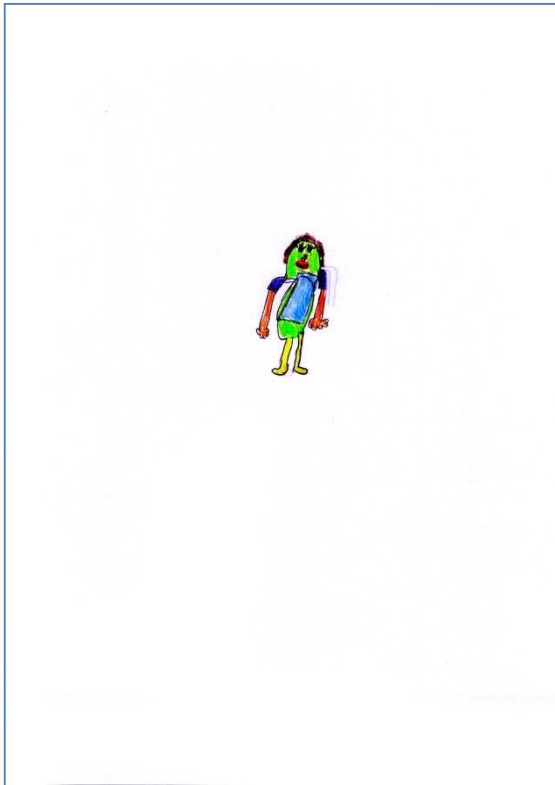
EA3



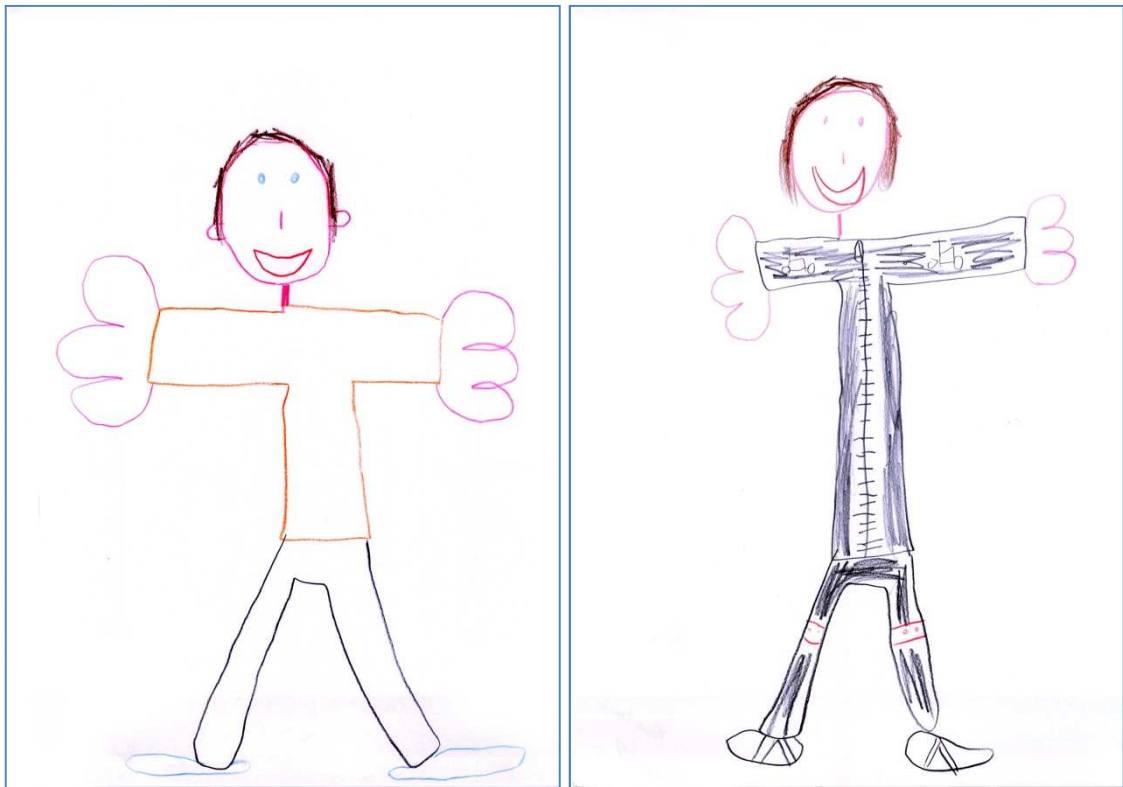
EA4



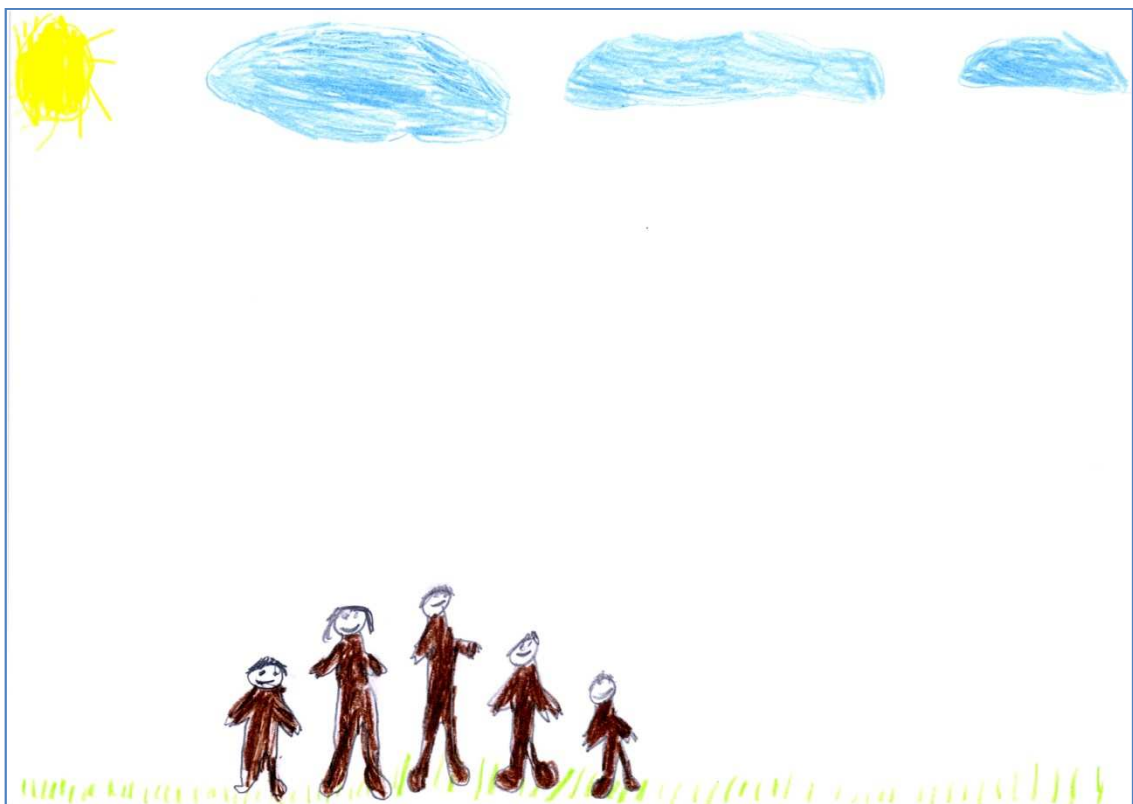
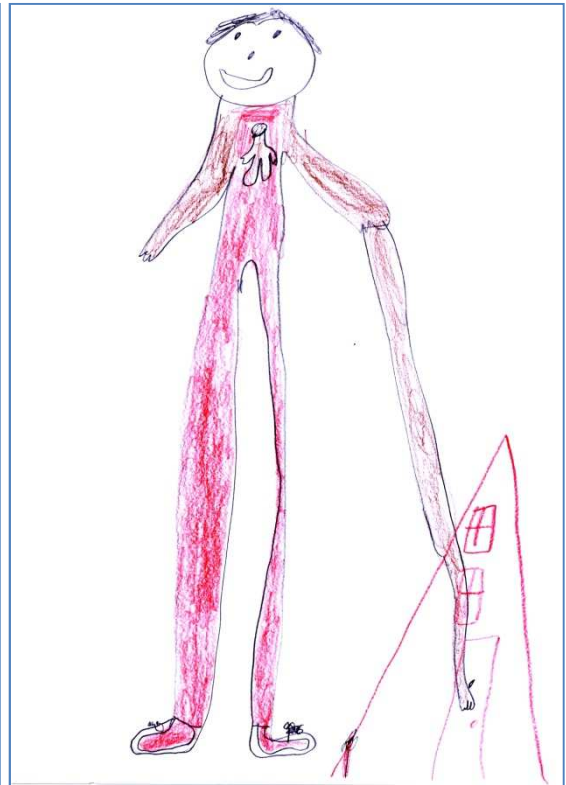
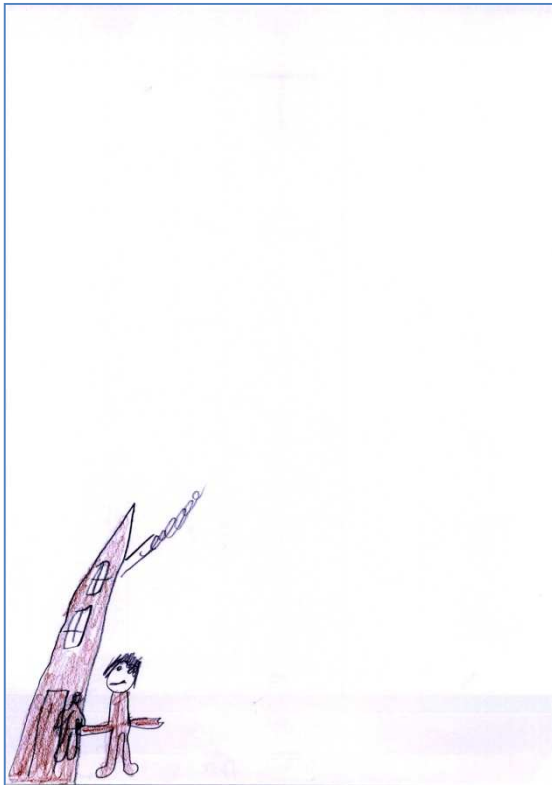
EA5



EA6

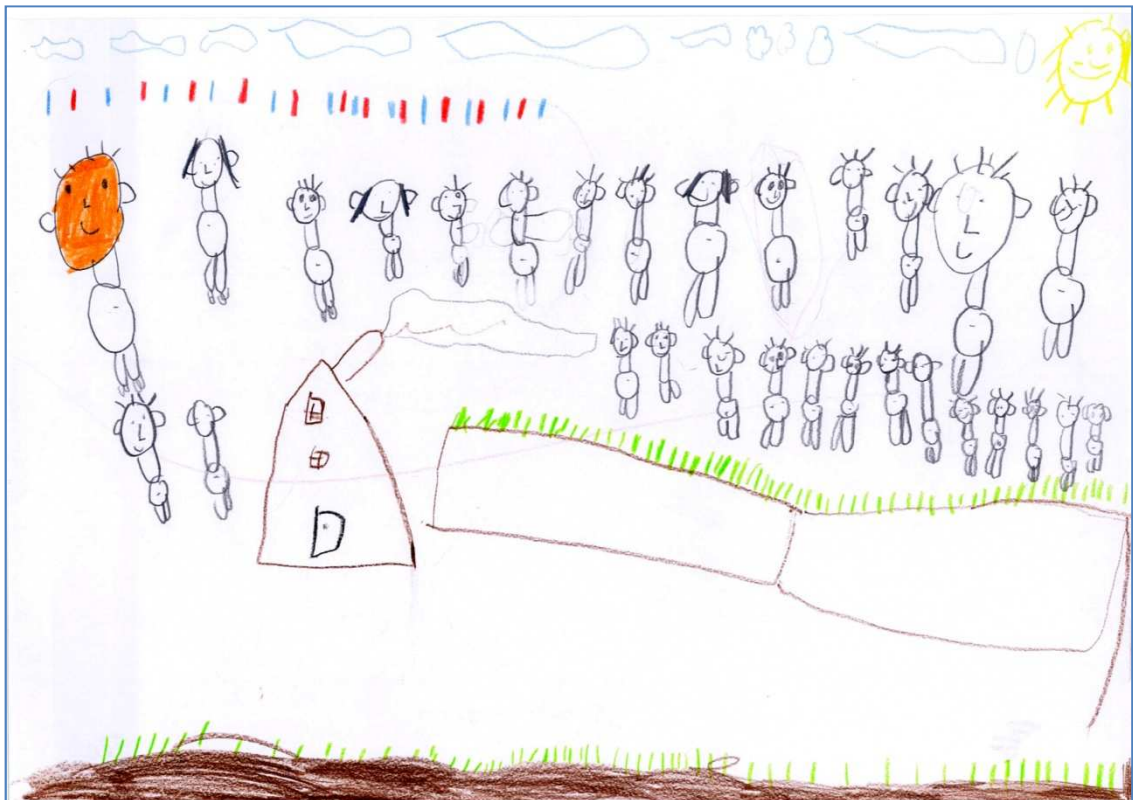
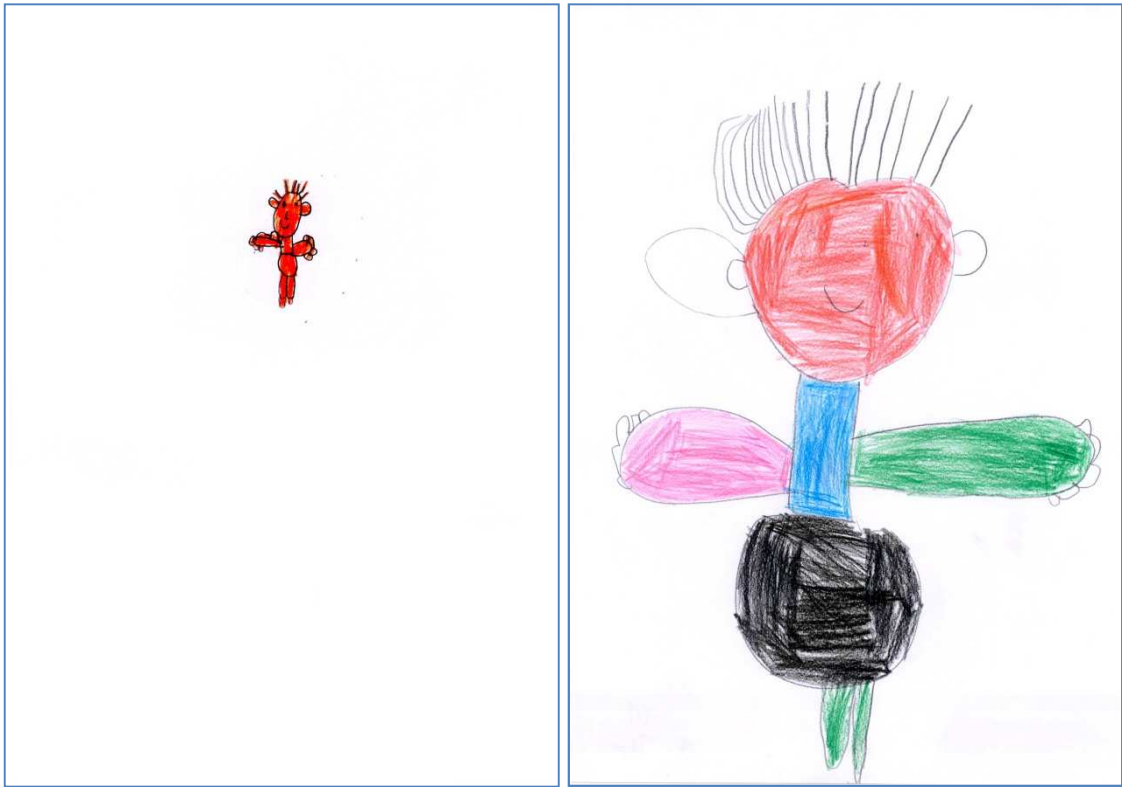


EA7

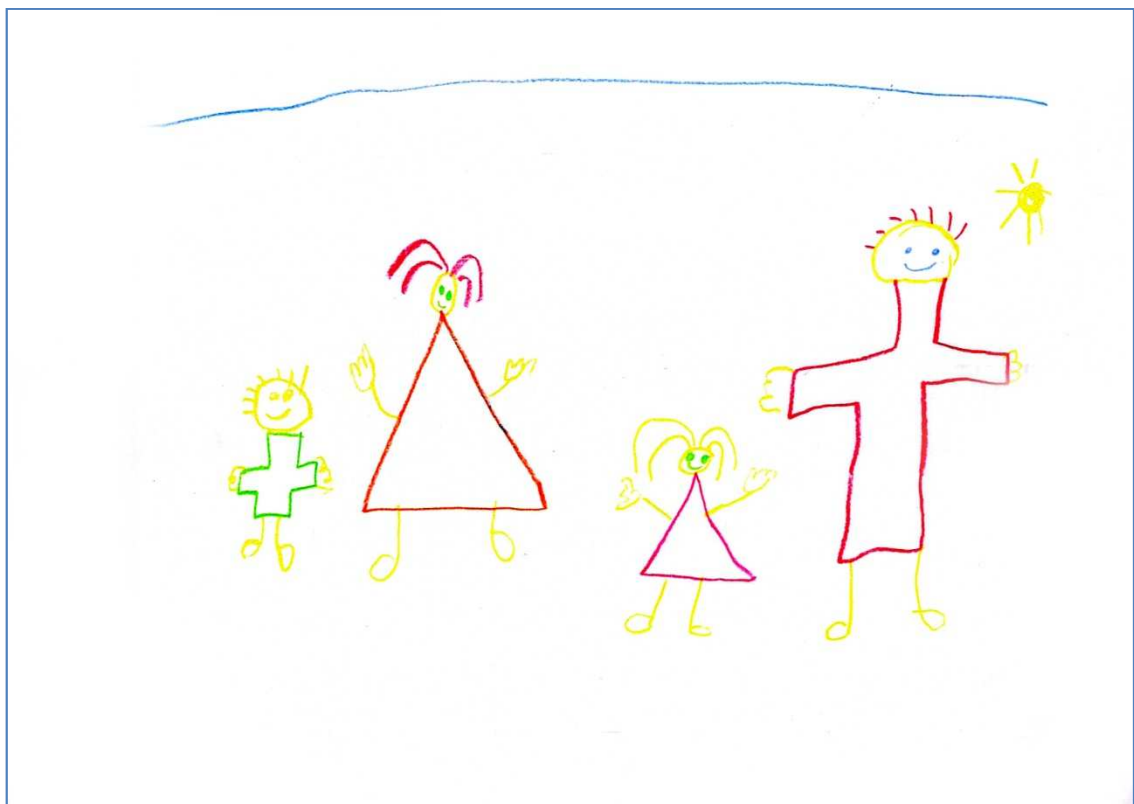
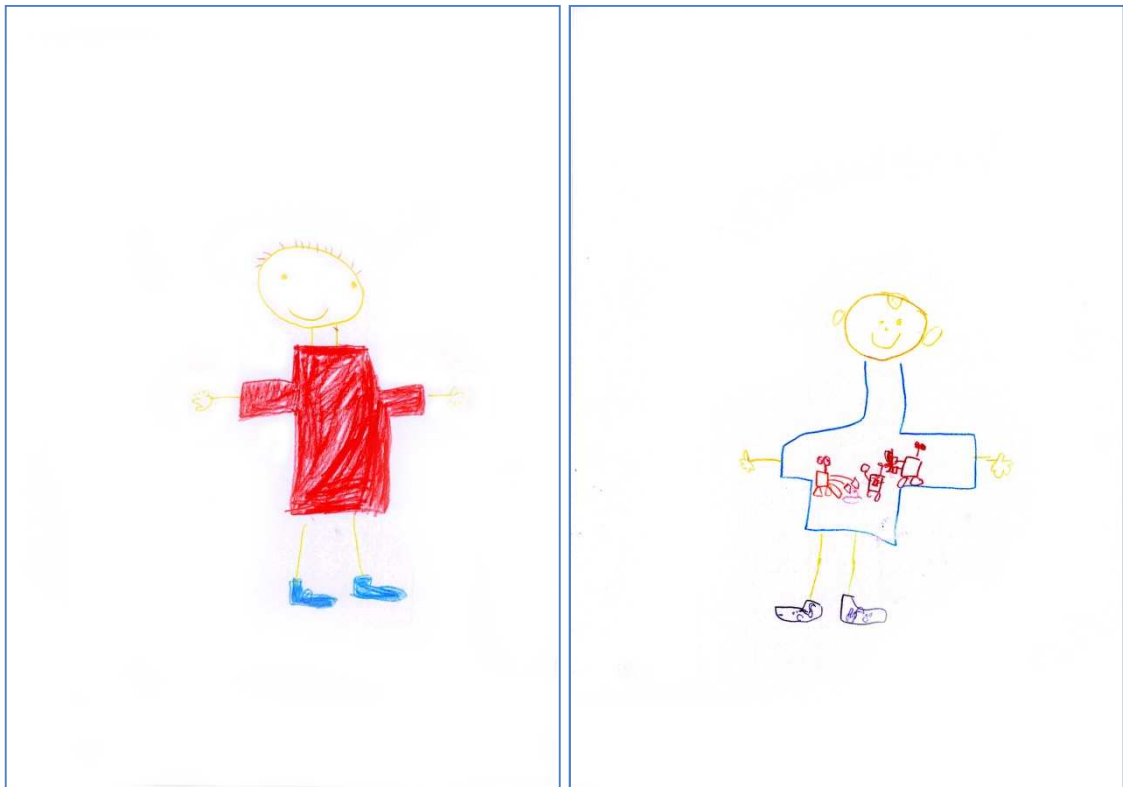


XI. DESSINS DES ENFANTS NORMO ENTENDANTS

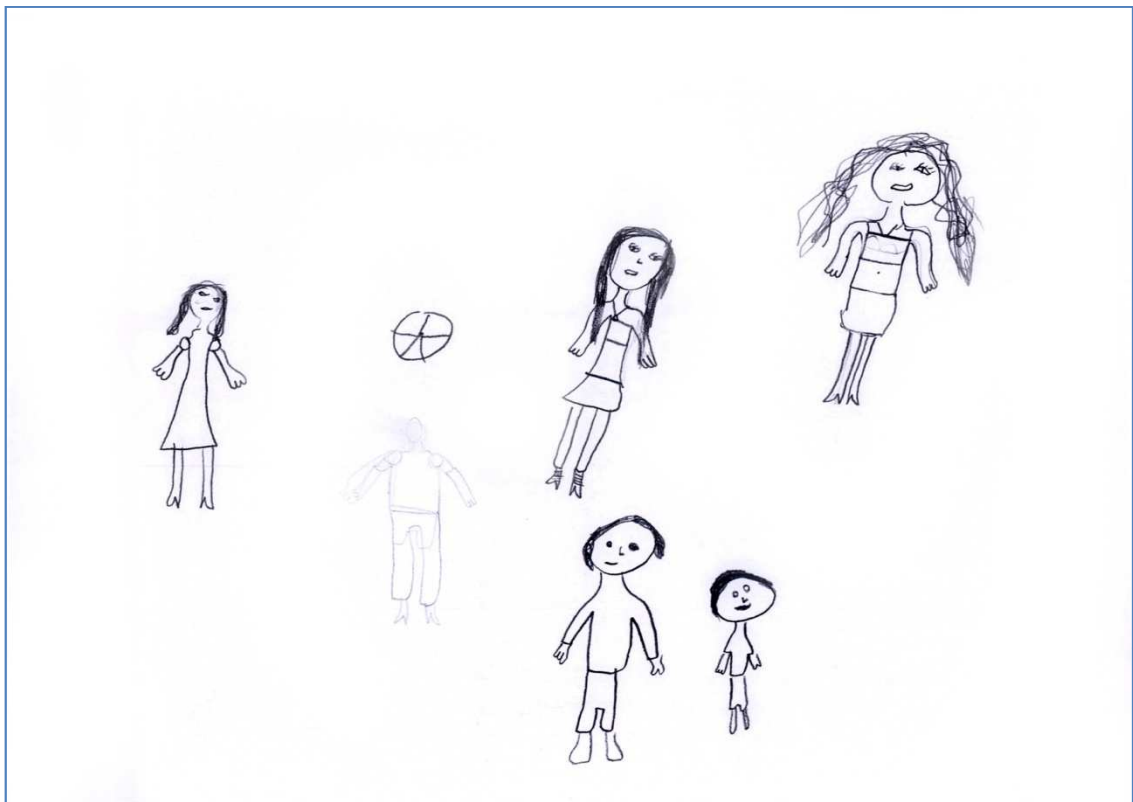
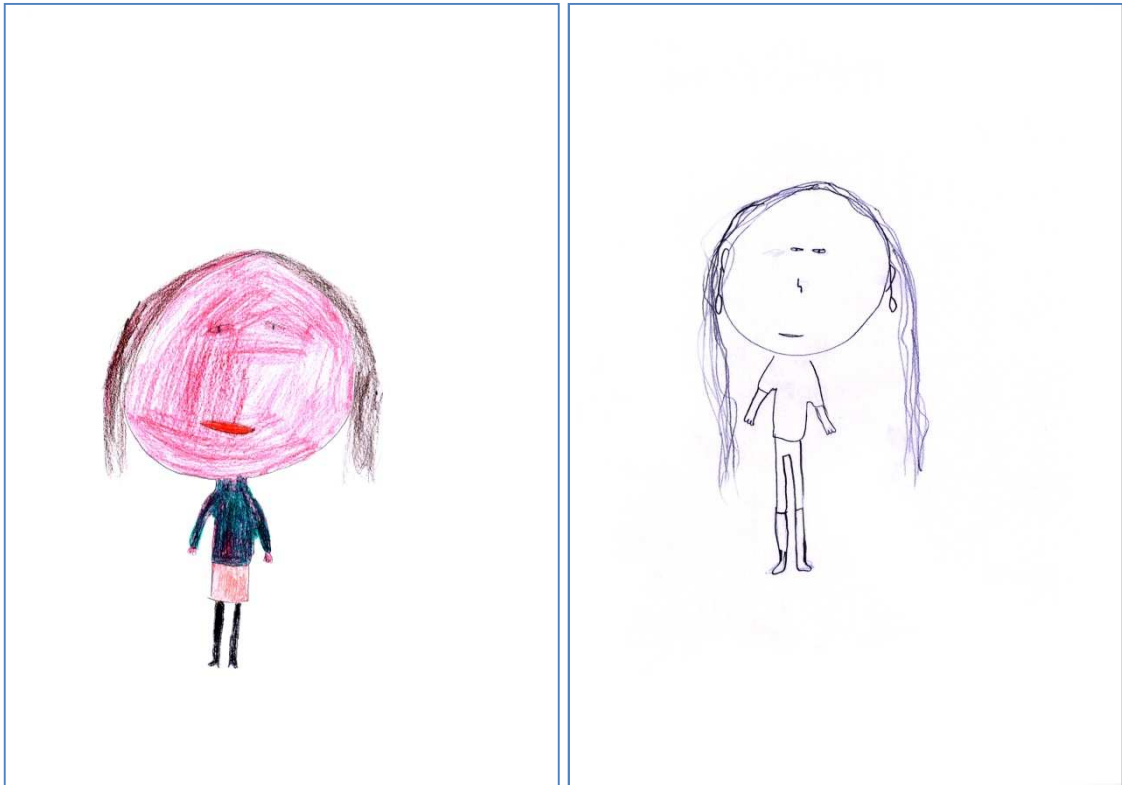
EN1



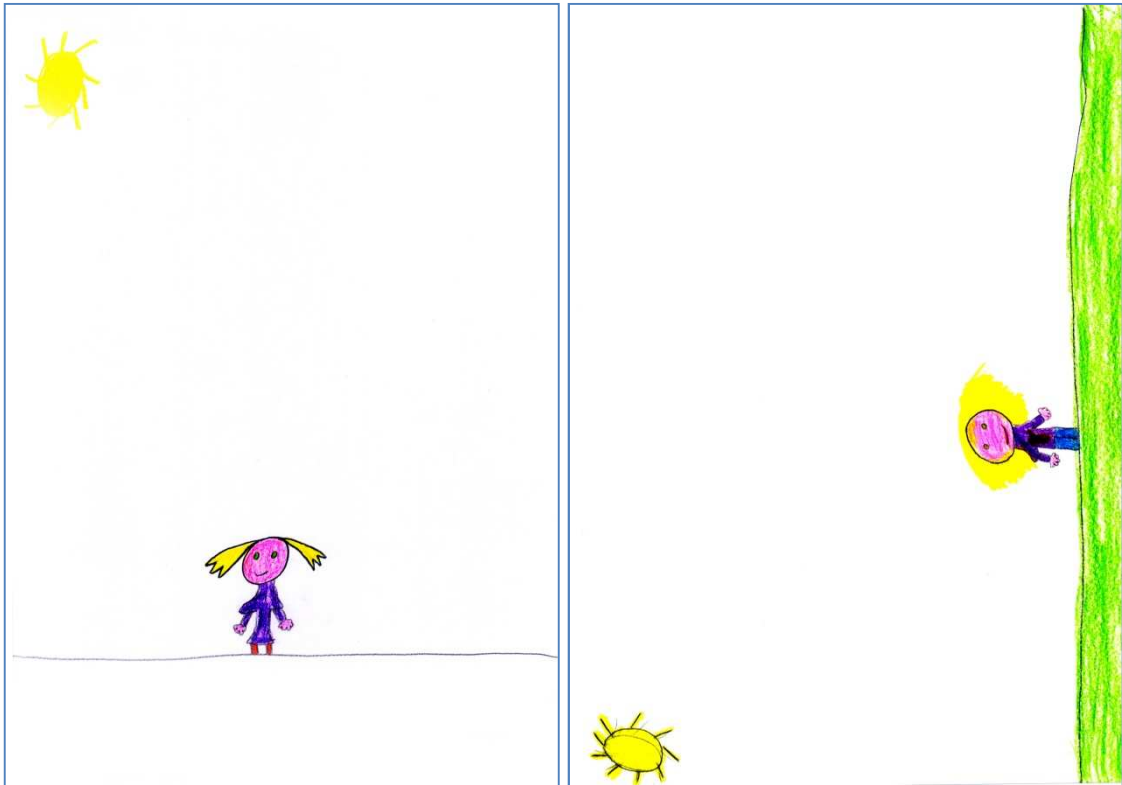
EN2



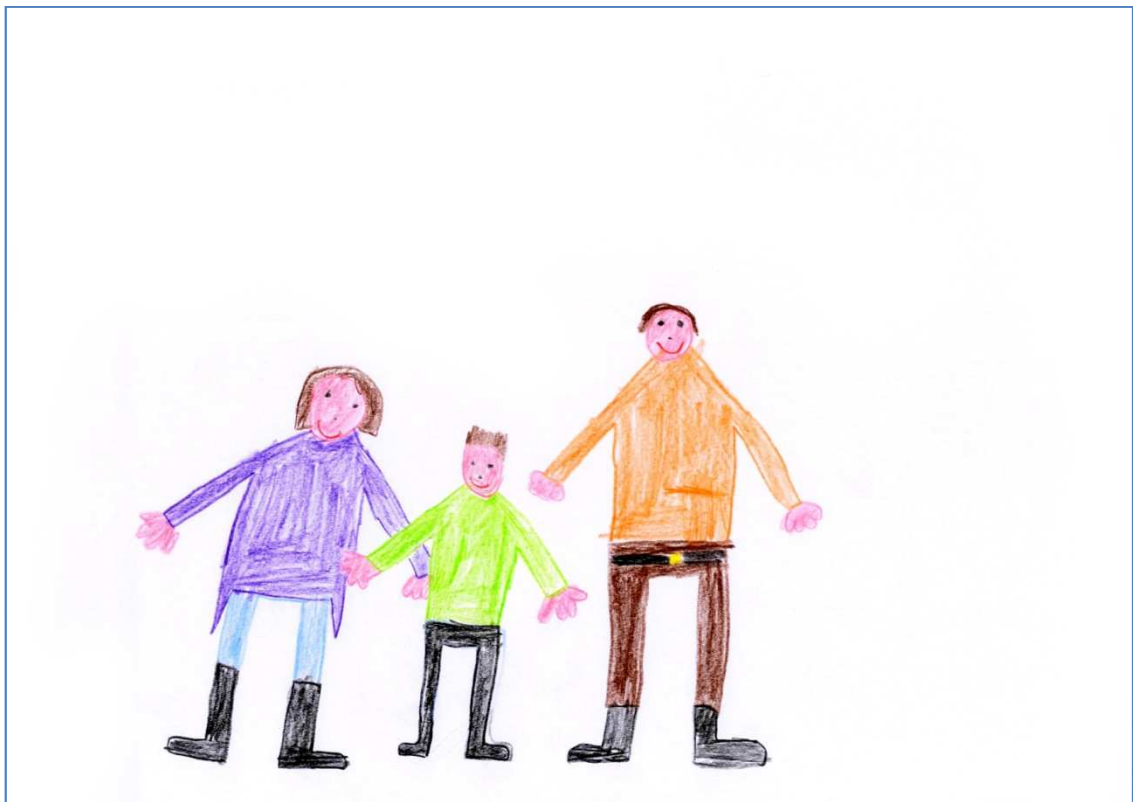
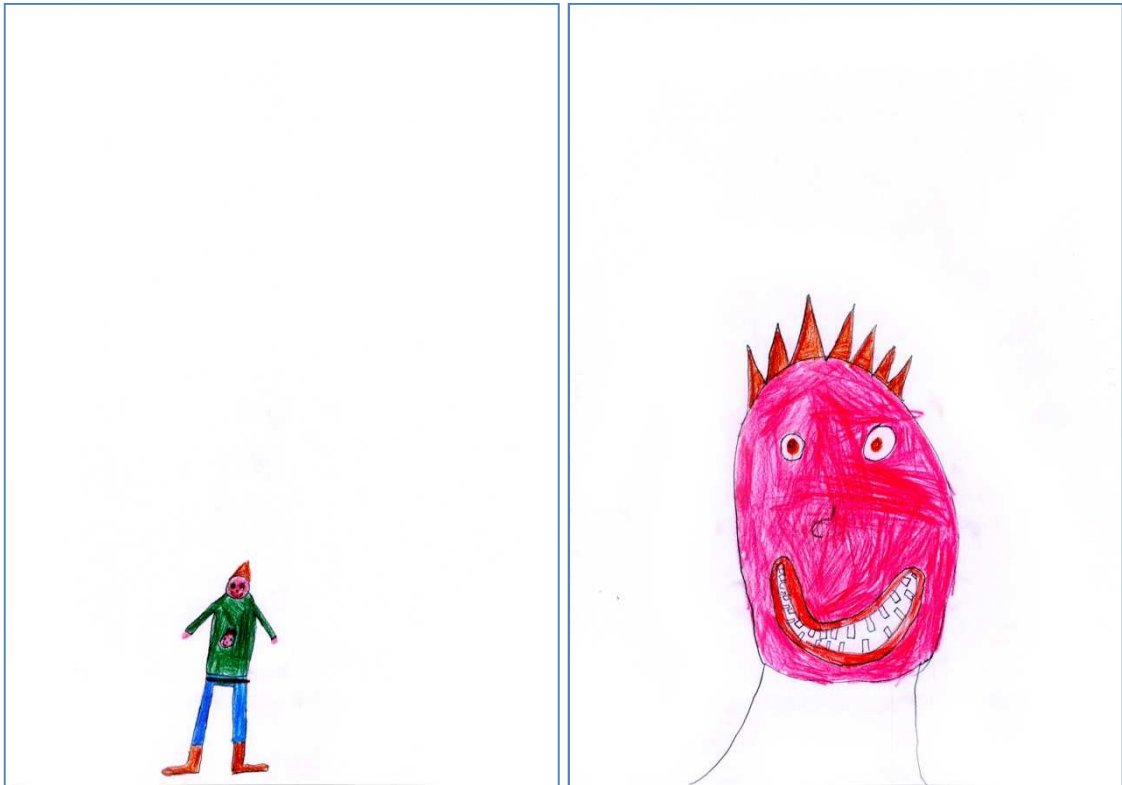
EN3



EN4



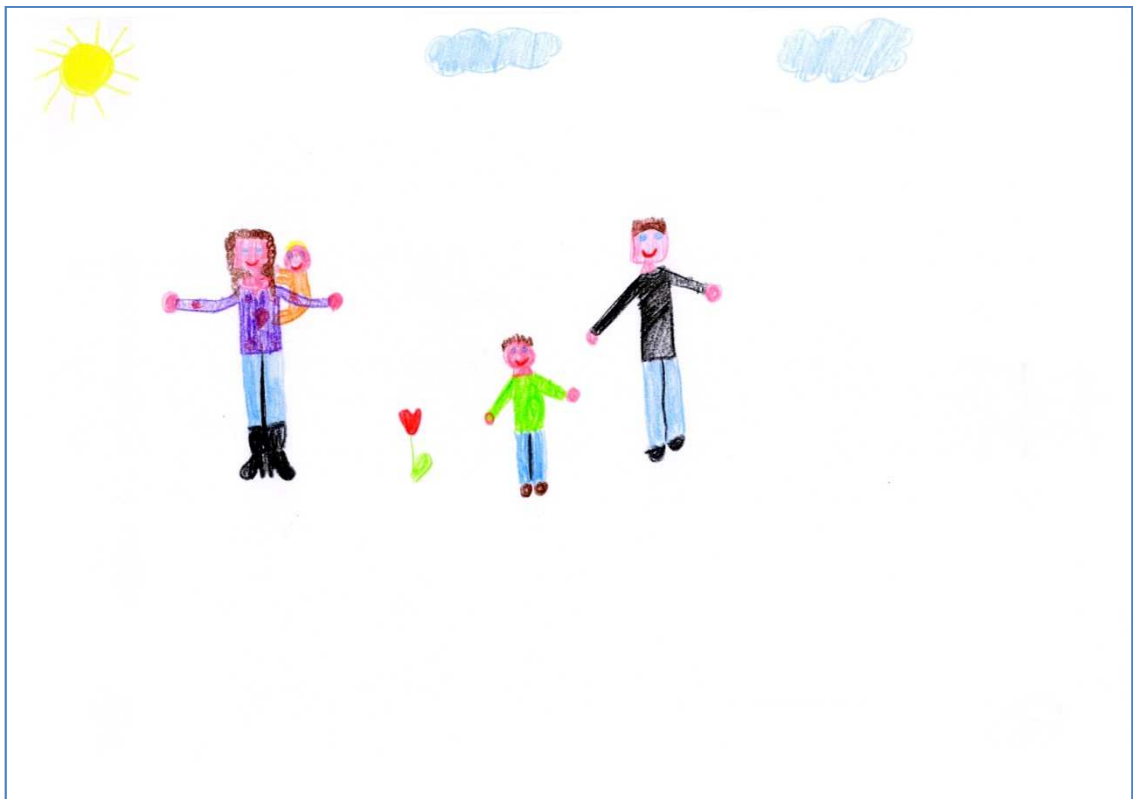
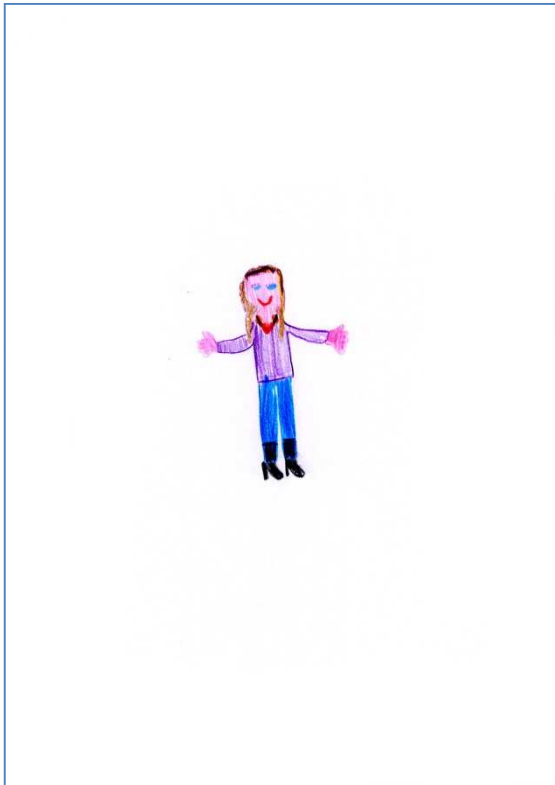
EN5



EN6



EN7



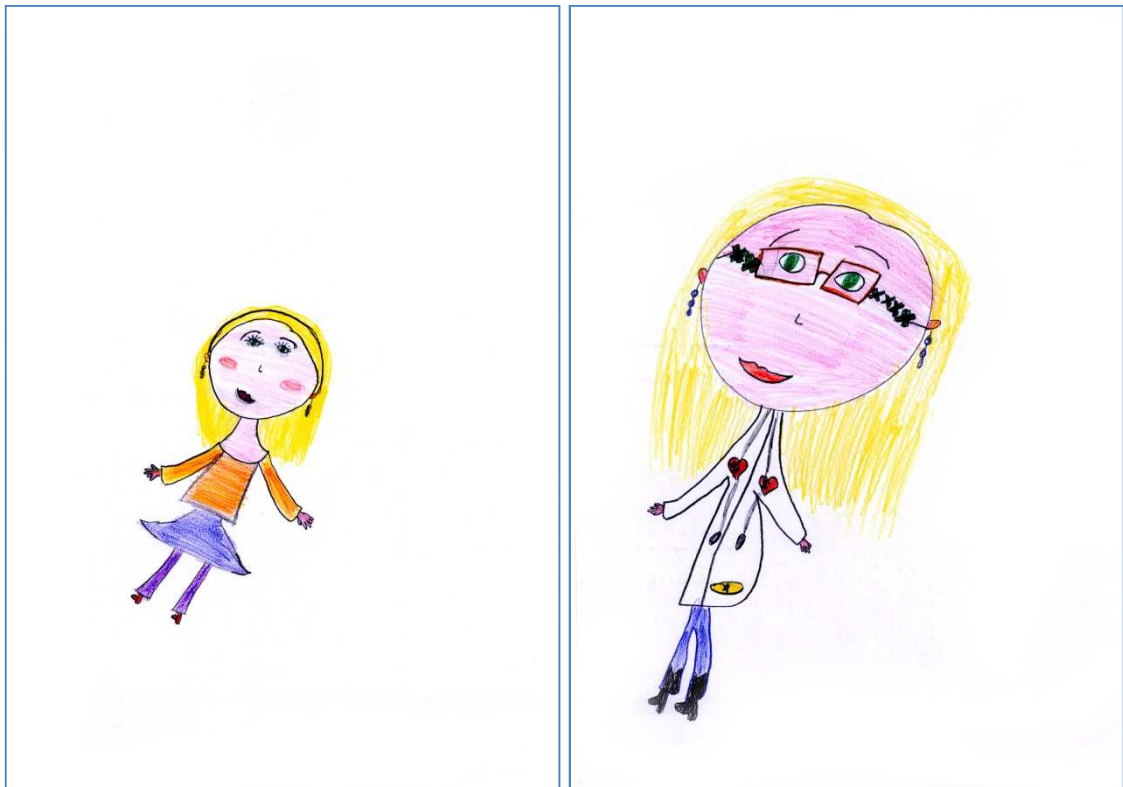
EN8



EN9



EN10



EN11



EN12

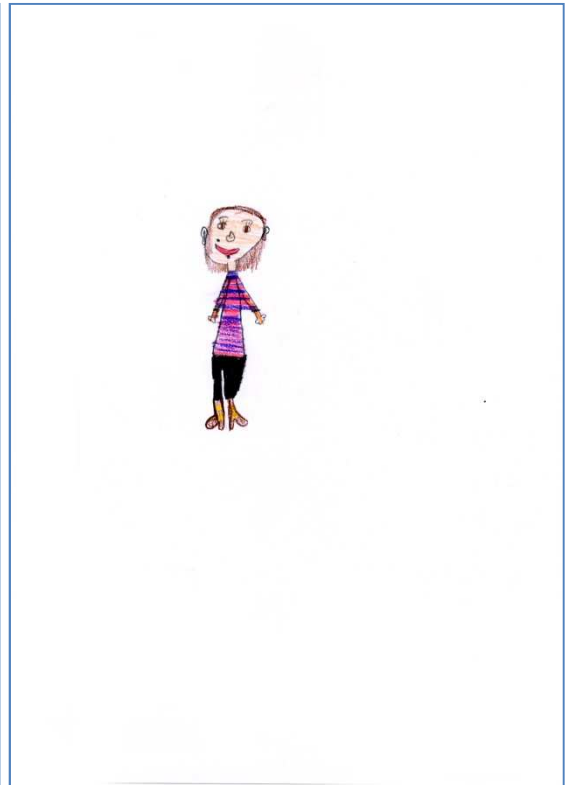


Image du corps de l'enfant appareillé et implanté

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat d'Audioprothésiste
Camille Macé 2010

Résumé

Ce mémoire propose d'étudier l'image du corps de l'enfant appareillé (aide auditive conventionnelle) et implanté (implant cochléaire). Des travaux avaient été réalisés sur la surdité, mais pas sur l'appareillage. Dans cette étude, nous nous sommes intéressés aux conséquences de l'appareillage sur l'image du corps.

La problématique de cette étude est « le port de l'appareillage auditif et de l'implant cochléaire modifient-il l'image du corps de l'enfant ? ». Nous avons tenté d'explorer comment l'enfant « se vit » avec son appareillage, au travers de sa représentation lorsqu'il se dessine.

L'étude a été réalisée auprès de 25 enfants âgés de 6 à 8 ans et répartis en trois groupes : les enfants porteurs d'aides auditives conventionnelles, les enfants implantés et les enfants normoentendants (groupe témoin). Des hypothèses de travail ont conduit l'interprétation des dessins, nous nous sommes intéressés à la présence d'appareillage auditif, ou encore, à la taille des oreilles des bonhommes.

Conformément aux travaux réalisés dans le cadre de cette étude, nous pouvons affirmer au travers de l'étude des représentations des bonhommes par les enfants, que l'appareillage modifie l'image de leur corps. Au-delà des résultats concernant l'image du corps, nous pensons que ce travail pose la question des frontières du métier d'audioprothésiste. Il nous semble qu'il est de sa responsabilité de développer son intérêt pour les diverses conséquences de l'appareillage chez ses patients. En investissant davantage le côté relationnel de son métier (notamment en s'occupant de l'image du corps de l'enfant), il prend ainsi un rôle central dans l'équipe pluridisciplinaire.

Mots clés

Image du corps
Corps de l'enfant
Enfant appareillé
Enfant implanté
Appareil auditif
Aide auditive
Implant cochléaire