

Rééducation chez le jeune enfant : quel contenu, quels outils au cours des 3 premières années ?

AGNÈS RUSTERHOLTZ, ORTHOPHONISTE, COD.A.L.I. , PARIS

Le SAPEP Codali reçoit des enfants sourds profonds de plus en plus jeunes depuis l'amélioration du dépistage précoce en Ile-de-France. L'équipe de ce service a acquis un savoir faire très performant dans l'accompagnement du bébé sourd et de sa famille et l'éventuelle décision d'une implantation cochléaire. A. Rusterholtz, orthophoniste ayant une longue expérience dans ce domaine, nous expose avec clarté et précision les fondements et la mise en œuvre de cet accompagnement.

Je vous présente aujourd'hui la réflexion des orthophonistes du SAPEP de COD.A.L.I. et je remercie tout particulièrement Mmes Catherine Cotté et Isabelle Legendre, qui m'ont aidée à préparer cet exposé.

La prise en charge au cours des trois premières années est un vaste sujet, étant donné le bouleversement provoqué par l'arrivée de plus en plus précoce des enfants au sein des services de soin. C'est pourquoi je parlerai essentiellement des stimulations du bébé de 0 à 1 an.

Le dépistage à J+2 nous amène à recevoir de très jeunes enfants, âgés de quelques mois, voire de quelques semaines, d'où la nécessité de reconsidérer nos pratiques. L'enjeu majeur de la prise en charge précoce est de maintenir la relation mère-enfant, de ne pas la dénaturer par des stimulations trop nombreuses ou inadaptées, ou encore de restaurer des liens qui pourraient être cassés, voire ne pas s'être installés. L'accompagnement parental occupe une place prépondérante, les parents sont placés au cœur de la prise en charge. La réhabilitation précoce de la fonction auditive permet de valoriser la période pré linguistique, soit le babillage.

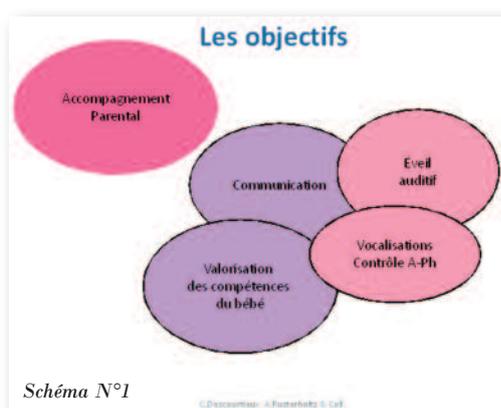
Le bébé sourd présente ensuite un développement linguistique proche de celui de l'enfant entendant, ses nombreuses compétences de communication peuvent être valorisées aux yeux de sa famille ; les stimulations deviennent ainsi plus naturelles. La perspective de trois années de suivi avant l'entrée à l'école permet de respecter, confortablement, les étapes du développement du jeune enfant.

Le suivi nécessite un travail pluridisciplinaire et interdisciplinaire. **En équipe ou en réseau**, médecin, psychologue, orthophoniste, psychomotricien, éducateur de jeunes enfants et assistante sociale accompagnent l'enfant et sa famille. Des liens sont indispensables avec les audioprothésistes, les centres d'implantation pédiatriques ainsi qu'avec les lieux de vie du bébé : nourrices, crèches, haltes-garderies. Si l'orthophoniste est l'interlocuteur principal, au cœur du dispositif, le psychomotricien y prend toute sa place, en raison de l'importance de la fonction vestibulaire. Les recherches des dix dernières années ont mis en évidence le rôle de l'équilibre, considéré comme un "sixième sens", aux yeux de certains. Le partenariat orthophoniste-psychomotricien permet de mettre en place, sur les lieux de prise en charge, comme au domicile, les meilleures conditions matérielles (positionnement dans l'espace, maintien corporel...) permettant de limiter la fatigue et le malaise de l'enfant.

ACCOMPAGNEMENT PARENTAL

L'orthophoniste transmet et partage avec les parents des connaissances techniques et spécifiques :

- ◆ Sensibilisation au développement global de l'enfant (moteur, visuel, auditif, affectif et cognitif) et à l'observation de ses compétences.



- ◆ Mobilisation de l'attention sur les différents signaux de communication du bébé.
- ◆ Attribution d'une intention communicative aux vocalisations du jeune enfant et imitations des productions vocales.
- ◆ Informations sur la surdité et ses conséquences, les appareillages et les projets éducatifs.
- ◆ Présentation des outils de communication : de la mimique expressive aux gestes signifiants et arbitraires (Signes, clés de la L.P.C.) afin que les parents les intègrent et se les approprient.
- ◆ Situations de communication à mettre en place pour une bonne dynamique du langage : désaccord, conflit, négociation, décision...

L'accompagnement parental, c'est aussi savoir s'adapter à chaque famille, présenter des "attitudes" de communication qui vont favoriser la réflexion et l'autonomie, dans la recherche d'une solution adaptée à chaque parcours (cf Attitudes de Porter). La dimension relationnelle est intimement liée à la technique. L'orthophoniste se remet en question, s'adapte en permanence, sans chercher à appliquer des recettes. Un réel partenariat est recherché entre le professionnel et le parent.

L'accompagnement parental est un subtil équilibre à trouver entre avancer dans la confiance et la réassurance, et respecter avec ses doutes le cheminement du parent (Chantal Descourtieux).

Charge à l'orthophoniste de développer des compétences d'écoute, d'empathie, de respect (choix éducatif de la famille, mode de vie...), de disponibilité (mettre de côté nos propres affects au profit des parents, disponibilité débordant parfois du cadre de la séance) et d'ouverture (s'ouvrir aux nouvelles technologies, savoir se remettre en question, accepter le regard et les points de vue de l'équipe pluridisciplinaire...).

La situation particulière de la prise en charge peut s'apparenter à la conduite d'entretien (nécessité de s'informer ou de se former). Les attitudes développées par le professionnel ont un effet sur la dynamique de la relation particulière, qui se joue à chaque séance. Quelques techniques, en particulier la définition des objectifs et des moyens, facilitent les relations.

La mise en place d'un **carnet d'accompagnement** se révèle un outil intéressant. Tiers dans la relation, il protège les familles, et permet de laisser une trace écrite des séances, en facilitant la réflexion et l'observation autour de l'enfant. Il permet également de faire le lien entre le père et la mère, qui - bien souvent - fonc-

tionnent et cheminent chacun à leur manière (cf. schéma N°2).



Les **ritualisations de communication**, l'utilisation de la **pause** et **l'attention conjointe** sont les fondements d'une communication de bonne qualité. **L'intentionnalité** précède les vocalisations, il faut la repérer, l'interpréter et y mettre du sens. Le dialogue s'établit dès lors que l'enfant ou le parent prend conscience de pouvoir agir sur l'autre.

Le **pointage, proto-impératif** dans un premier temps, démontre l'intérêt du jeune enfant pour l'objet ; ensuite le pointage **proto-déclaratif** atteste de l'intérêt pour les émotions et les ressentis de son interlocuteur. L'orthophoniste propose des modèles variés, des va et vient entre le Signifiant et le Signifié, et suscite l'évocation de l'objet absent, fonction principale du langage. Les activités faisant appel à la **polysensorialité** sont privilégiées.

VALORISATION DU BABILLAGE

Babiller, c'est utiliser des structures syllabiques CV contenant les éléments de la future organisation langagière, le rythme et la mélodie. Les éléments prosodiques, l'émergence d'énoncés à 2 éléments et l'allongement final sont des indicateurs fiables de l'entrée dans la syntaxe et d'un bon développement du langage. La LPC facilite l'accès à la syllabe, valorise les images labiales et développe le repérage visuel de suite d'éléments.

EVEIL AUDITIF

L'acceptation et le port de l'appareillage sont prioritaires. La **matérialisation** du handicap est parfois difficile à admettre par les familles, qui doivent être accompagnées et soutenues dans cette démarche. Les stimulations auditives précoces sont rapidement proposées, en raison de la plasticité cérébrale. Le bébé est

sensibilisé aux caractéristiques du son, puis **l'éducation auditive** à proprement parler se met en place (alerte, discrimination, reconnaissance et identification). Les bruits de l'environnement, instruments et jouets sonores sont présentés, et plus particulièrement la voix, parlée, modulée et chantée, qui constitue le matériel le plus approprié aux stimulations auditives du tout jeune enfant. La reprise du babillage constitue un matériel privilégié.

Une **écoute attractive** facilite l'acquisition du contrôle audio phonatoire. Naturel, inconscient et spontané chez l'enfant entendant, il demeure difficile voire inexistant chez l'enfant sourd profond. Grâce à l'implant cochléaire précoce, un réel contrôle audio-phonatoire devient possible chez le bébé atteint de surdité profonde, à condition qu'une éducation auditive ait été proposée dès le début du suivi orthophonique. Par la suite, l'intelligibilité s'en verra nettement améliorée.

EN PRATIQUE...

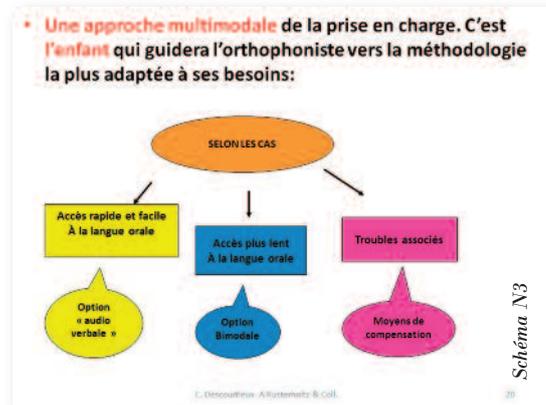
L'adulte est un **pourvoyeur de modèles**, en ce qui concerne la phonologie, l'articulation, les intonations et les productions vocales. Il reprend avec le plus de naturel possible les 1^{ères} émissions du tout petit, en voix parlée et en voix chantée. L'allongement syllabique, les imitations labiales et les jeux kinesthésiques sont valorisés (importance du toucher, du regard, de la parole rythmée), ainsi que les jeux phoniques et les 1^{ères} comptines. L'optimale de perception (place du phonème, caractéristiques acoustiques, rythme) est recherchée au service de la production.

Meilleure est la perception, meilleure sera la production (Denise Busquet).

Une **réhabilitation auditive** précoce de bonne qualité permettra par la suite au professionnel de s'appuyer sur l'audition, pour mettre en place un système phonétique complet. L'accès à la parole devient alors naturel, compte-tenu de la conscience phonétique développée, en particulier grâce à la L.P.C. Cet outil gardera toute sa place dans la rééducation, au sein d'exercices de correction et d'automatisation.

Dans le domaine linguistique, l'évolution doit être la plus proche possible de celle de l'enfant entendant. Des modèles linguistiques optimaux (Universaux de François) et syntaxiquement riches sont présentés. Les **parents** sont les mieux placés pour **imprégner** linguistiquement leur enfant, afin de faire vivre la langue. **L'orthophoniste**, quant à lui, est un **stimulateur** du langage.

Une fois ces bases mises en place, le jeune enfant poursuit son évolution vers une langue construite, selon la méthodologie la plus adaptée, celle-ci peut prendre diverses formes (cf. schéma N°3).



Pour conclure, l'implant cochléaire précoce a modifié la prise en charge du très jeune enfant sourd, lui permettant un développement langagier **plus spontané et naturel**, au service de son autonomie et d'une intégration sociale plus rapide. Toutefois, un **suiti orthophonique intensif** doit être poursuivi durant tout le cycle maternel. **La banalisation de la surdité est un risque** qui guette les parents tout comme les professionnels, lorsque le développement langagier est de bonne qualité. Les facteurs tels que l'audition en milieu bruyant, la localisation sonore difficile et la fatigabilité des enfants sont à prendre en compte. L'avenir réside très probablement dans les progrès apportés par la double implantation.

Je vous remercie de votre attention. ❖

Agnès RUSTERHOLTZ, Orthophoniste, Chef de service, Codali