

Préconisations d'acfos concernant la détection et la prise en charge des troubles psychomoteurs de l'enfant sourd

SYNTHÈSE PRÉSENTÉE PAR LE PR FRANÇOISE DENOYELLE

UN "REGARD PSYCHOMOTEUR" POUR TOUS LES ENFANTS SOURDS, DÈS LE DIAGNOSTIC

Une grande partie des difficultés d'évolution des enfants sourds étant liée à des troubles psychomoteurs se surajoutant à la surdité, il est indispensable de prendre en compte la **globalité du corps de l'enfant**, de ne pas être centré uniquement sur l'oreille et l'acquisition du langage oral.

Un **regard psychomoteur** sur l'évolution de l'enfant est nécessaire dès sa première année ; il ne faut pas attendre l'expression claire de troubles psychomoteurs pour penser à des difficultés ou à un handicap associé à la surdité dans cette sphère du développement.

Quel que soit l'âge de l'enfant, cette attention portée au développement global permet :

- ♦ De rester attentif à l'**évolution globale de l'enfant**, même quand des bilans antérieurs ont été "normaux",
- ♦ De repérer les **signes d'alertes** afin de **déceler** à temps une difficulté dans ce domaine,
- ♦ De poser à bon escient l'indication de **bilans complémentaires** nécessaires,
- ♦ Enfin, en cas de troubles psychomoteurs avérés, de donner à l'enfant les **bonnes stratégies de compensation**.

Quel praticien est à même de faire cette observation ?

Cette observation globale peut dans l'absolu être réalisée par **tous les professionnels** (pédiatre, ORL, psychologue, orthophoniste, éducateur, etc.) en s'appuyant notamment sur une connaissance suffisante des étapes

du développement et en n'attribuant pas systématiquement ces signes à des troubles relationnels.

Le médecin qui établit le diagnostic et/ou l'orthophoniste qui démarre une prise en charge doivent pouvoir repérer tout dysfonctionnement. Par exemple, l'examen d'audiométrie comportementale constitue un contexte très favorable au repérage de difficultés de tous ordres, à tout âge et dès le diagnostic de surdité, s'il est pratiqué par un praticien averti.

La présence ponctuelle ou régulière au sein des équipes de rééducation (également souhaitée au niveau des CDOS) d'un **psychomotricien**, avant même qu'il intervienne pour un bilan ou une rééducation spécifique, permet de sensibiliser les différents professionnels, de leur apporter un éclairage plus spécifique et de les rendre plus attentifs à un certain nombre de signes d'alerte concernant le développement psychomoteur de l'enfant.

La situation se présente différemment lorsque le suivi rééducatif se fait en orthophonie libérale. Dans ce cas, l'enfant n'est pas suivi par une équipe pluridisciplinaire susceptible de porter ce regard croisé sur son évolution ; l'avis d'un psychomotricien est d'autant plus important.

Quoi qu'il en soit, il est souhaitable que ce regard psychomoteur soit porté par quelqu'un qui connaisse bien les conséquences du déficit auditif sur le développement de l'enfant et qui maîtrise les moyens de communication adaptés.

Un bilan **systématique** ne semble pas réaliste chez le nourrisson mais il est à réaliser dès qu'un enfant n'évolue pas comme la moyenne des enfants atteints d'une surdité isolée de même degré.

Il nous semble nécessaire que l'enfant et ses parents rencontrent régulièrement une équipe pluridisciplinaire dans le lieu de diagnostic ou le lieu de prise en charge. En effet, l'orthophoniste en libéral est dans une relation de proximité telle avec l'enfant et la famille qu'il lui est difficile de dire ses préoccupations et un "œil extérieur" régulier nous paraît indispensable.

UN ACCOMPAGNEMENT PSYCHOMOTEUR POUR LE BÉBÉ

Au-delà de cette attention particulière, le psychomotricien peut assurer un véritable "accompagnement de l'éveil psychomoteur" pendant la première année de vie.

Les intérêts de cet accompagnement précoce s'inscrivent plus dans une logique éducative et préventive que rééducative.

Il serait souhaitable qu'il soit systématique pour tous les enfants sourds en cas de dépistage précoce :

- ◆ Pour ne pas se centrer uniquement sur la surdité et permettre aux parents de voir que dans les autres domaines l'enfant va bien (ce qu'ils savaient quand le diagnostic était plus tardif),
- ◆ Pour valoriser auprès des familles les étapes de développement psychomoteur du jeune enfant avant la marche, les inciter à respecter et à favoriser la liberté de mouvement de leur enfant,
- ◆ Pour mettre en exergue les compétences de communication infraverbales et corporelles naturelles chez tous les petits, mais que les parents risquent de ne plus voir, étant dans l'attente des premières productions orales,
- ◆ Pour utiliser du langage mimogestuel dans un contexte qui n'est pas celui des séances d'orthophonie,
- ◆ Pour favoriser un développement global harmonieux de l'enfant, une relation positive à son corps, prélude à la prévention de l'apparition d'autres troubles.

Il s'agit là d'une démarche préventive pour éviter l'effet perturbateur d'un diagnostic précoce qui fausse le regard des parents sur l'éveil de leur enfant sourd qui le plus souvent sera normal.

Cet accompagnement psychomoteur peut être :

- ◆ Soit ponctuel, en parallèle de l'affinement diagnostique de la surdité (d'où l'importance qu'un psychomotricien fasse partie des équipes CDOS),
- ◆ Soit de façon plus rapprochée, dans le cadre d'une prise en charge par une équipe.

LE REPÉRAGE DE DIFFICULTÉS PSYCHOMOTRICES ÉVENTUELLES, À TOUT ÂGE

A toutes les étapes de la vie de l'enfant il est important :

- ◆ D'être attentif à la présence de difficultés psychomotrices,
- ◆ De s'alerter, puis
- ◆ De se donner les moyens de faire un diagnostic le plus précis possible,
- ◆ Pour aboutir à une prescription de prise en charge adaptée.

Si l'on est attentif, ces signes d'appel peuvent se repérer dans des situations de vie courante (en salle d'attente, dans les jeux spontanés des enfants, au travers des commentaires et récits des parents).

A ce niveau du repérage des signes d'alerte (=dépistage) tout professionnel peut intervenir par ses observations pertinentes et/ou en effectuant de petits tests simples à réaliser.

Comment déceler les signes d'alerte ?

- ◆ En disposant d'une "échelle" de développement normal. (Plaquette du BIAP "Vers le Langage" - Dépistage des retards de langage chez l'enfant de 3 mois à 3 ans - recommandation 24/1. Téléchargeable sur le site www.biap.org),
- ◆ En redoublant d'attention dans le cas de certaines étiologies (CMV, prématurité,...),
- ◆ En observant l'enfant dès les premières rencontres, quel que soit son âge, et en comparant son niveau de développement avec le niveau "normal" de l'enfant entendant du même âge.

Cette observation concerne :

- ◆ Le **comportement moteur** : retards significatifs du développement moteur, notamment pour la tenue assise ou la marche. Il peut s'agir d'une simple immaturité ou de troubles avérés vestibulaires ou neuromoteurs. Troubles du tonus, de la posture, maladresse dans les stratégies motrices qui paraissent peu harmonieuses, lentes ou brusques et peu efficaces, tentatives d'imitation gestuelles inadéquates, perte d'équilibre dans les rotations rapides, persistance de syncinésies importantes, etc.
- ◆ Le **comportement relationnel** : attention conjointe délicate à obtenir, fuite du regard, absence de pointage ou de présentation de l'objet intéressant à l'interlocuteur, etc. Même si ces comportements font penser à des problèmes relationnels d'ordre psycho-affectif, ils peuvent

relever d'un dysfonctionnement neuro-moteur et/ou visuel entravant la poursuite et la fixation oculaires, la coordination des mouvements de la main et de l'oeil orientés vers une cible. Rapide désintérêt pour l'activité proposée, fatigabilité, instabilité attentionnelle, impossibilité de rester assis, etc.

◆ Les **capacités d'apprentissage** : retards plus importants que ceux normalement attendus en cas de simple surdité sur le plan de la communication et du langage, lenteur des apprentissages, troubles du graphisme.

Quels que soient les signes observés, **un diagnostic précis ne pourra être posé qu'à l'issue d'un BILAN COMPLET** : vestibulaire, et/ou psychomoteur, et/ou orthoptique, réalisé de préférence par un professionnel connaissant les conséquences de la surdité.

Ces divers types de bilans peuvent être demandés en fonction des signes observés, mais sont souvent inséparables et devraient être systématiques chez ces enfants qui posent problème.

Certaines épreuves se retrouvent dans les **bilans psychologiques** souvent réalisés en première intention ; c'est le cas pour les épreuves de coordination motrice fine et posturale des baby-tests et toutes les épreuves graphomotrices.

Un examen systématique complet comportant ces différents bilans à l'entrée en maternelle serait idéal, mais il semble peu envisageable compte tenu du nombre de spécialistes susceptibles de le réaliser et des disponibilités réduites des enfants et de leur famille, déjà absorbés par les prises en charge orthophoniques et les autres rendez-vous, médicaux et prothétiques.

Le bilan vestibulaire

Il a une place particulière chez le jeune enfant sourd puisque les troubles vestibulaires sont beaucoup plus fréquents que chez l'enfant entendant. Il permet de savoir dans quel cadre on est, de ne pas attribuer à un problème neurologique central des troubles vestibulaires, d'orienter vers un syndrome de Usher.

Le diagnostic de déficit vestibulaire peut être porté dès que l'attention de l'enfant peut être captée (dès l'âge de 1 mois) et pour les explorations dès que l'enfant a des périodes de vigilance suffisamment longues pour permettre un état d'éveil pendant les tests (> 1 mois   2 mois d'âge).

Mais très peu de spécialistes sont compétents pour effectuer des bilans à cet âge, ce qui limite souvent les indications de bilans. **Un bilan systématique** chez l'enfant à

un âge plus avancé serait souhaitable et plus facile à réaliser.

Le bilan orthoptique

La vision étant le principal moyen de compensation du déficit auditif, il est important de vérifier son bon fonctionnement le plus précocément possible pour tous les enfants sourds. Un **bilan orthoptique** peut être effectué dès l'âge de 9 mois par les professionnels compétents, mais peu de praticiens sont à même de le réaliser actuellement.

LES MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE

En cas de trouble avéré, la r education est indispensable pour aider l'enfant à trouver plus rapidement les compensations nécessaires et permettre aux parents de mieux comprendre les particularités de l'enfant : lenteur de développement postural, difficulté de prise d'informations visuelles du fait de l'instabilité du regard, etc.

Il est également important de **valoriser** auprès des parents et des professionnels les **stratégies de compensations mises en place par les enfants** ; le coût énergétique d'une déficience psychomotrice chez un enfant sourd est particulièrement élevé puisque ses problèmes psychomoteurs entravent ses stratégies de suppléance.

La mise en place de cette prise en charge ne pose pas de problème quand une psychomotricienne est présente au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Dans le cas contraire, selon les réponses locales possibles, la prise en charge peut être assurée :

- ◆ Soit par un psychomotricien (une prescription explicite devrait permettre la prise en charge par la CDAPH des MDPH en cas de suivi libéral),
- ◆ Soit par un kinésithérapeute (compétent en r education vestibulaire, par exemple).

Le diagnostic des difficultés étant établi, la prise en charge peut être faite par un professionnel ne connaissant pas la surdité, mais en lien avec celui qui a fait les bilans.

Chez le jeune enfant

Lorsqu'un trouble psychomoteur est suspecté, la prise en charge doit débuter dès le plus jeune âge.

On peut par exemple proposer des massages en cas d'hypotonie ou d'hypertonie. Une prise en charge très précoce permet de guider un enfant dans l'acquisition de la marche.

Les conseils aux parents et/ou à l'orthophoniste sont aussi fort utiles ; par exemple, indiquer la façon de positionner l'enfant pour qu'il puisse compenser ses difficultés posturales plus aisément et ainsi mieux diriger son regard, ou pour le stimuler de façon appropriée compte tenu de son âge ou de ses particularités.

Il peut être intéressant de proposer rapidement (dès l'autonomie motrice) à tous les enfants un groupe (consigne, confiance en soi, détente, par opposition aux contraintes d'attention...), co-animé par un éducateur de jeunes enfants et un psychomotricien, pour favoriser l'acquisition des concepts de base, du schéma corporel,...

A tout âge

La prise en charge psychomotrice est obligatoire en cas de retards ou troubles avérés du développement psychomoteur ; elle doit débuter dès le diagnostic afin de minimiser les conséquences de ces troubles.

Mais un diagnostic complet de ces atteintes est indispensable ; en effet le psychomotricien doit avoir une idée très précise de l'objectif global et des sous-objectifs de sa prise en charge pour que celle-ci puisse être efficace.

Les exercices faits en motricité permettent aussi à l'enfant de mieux aborder les séances d'orthophonie grâce à une meilleure maîtrise corporelle (développement de la motricité fine, de la respiration, rythme corporel, aide à l'apprentissage de la lecture labiale, le graphisme, la LSF, le LPC...).

Dans le cas d'**atteinte vestibulaire** la prise en charge doit être démarrée aussitôt le diagnostic établi et elle doit être intensive (quotidienne dans l'idéal). La psychomotricité visera à développer les processus d'anticipation des mouvements et des changements de position en utilisant les informations visuelles et proprioceptives.

Elle peut être assurée par un kinésithérapeute ayant une compétence en rééducation vestibulaire ou un psychomotricien connaissant la surdité. ❖

*Pr Françoise DENOYELLE
ORL, PUPH
Hôpital d'Enfants Armand Trousseau, Paris
Présidente d'ACFOS*

N'oubliez pas nos rendez-vous de l'année 2008 :

COLLOQUE ACFOS VII

Thème : **Scolarisation et vie sociale des jeunes sourds**
28 et 29 novembre 2008
Espace Reuilly 21 rue Hénard 75012 Paris

FORMATIONS PROFESSIONNELLES 2008

- ♦ **L'annonce du diagnostic**
25 janvier 2008, Paris
- ♦ **A la découverte du bébé sourd et de sa famille**
07 et 08 février 2008, Paris
- ♦ **Les problématiques découlant d'un dysfonctionnement vestibulaire : les conséquences, les risques et les aides à la palliation**
13 et 14 mars 2008, Paris
- ♦ **Education précoce : prise en charge de l'enfant sourd avant 3 ans + analyse de pratique personnalisée**
17, 18 et 19 mars + 20 mars 2008, Paris
- ♦ **Le développement du langage oral et écrit chez le jeune enfant sourd**
05, 06 et 07 mai 2008, Paris
- ♦ **Séminaire de Psychomécanique du langage "La représentation linguistique du temps"**
02 et 03 juin 2008, Paris
- ♦ **Séminaire de Psychomécanique du langage "Le système du Genre et la genèse du Substantif"**
05 et 06 juin 2008, Paris
- ♦ **Implantation cochléaire de l'enfant. Bilan. Indications. Accompagnement familial. Rééducation.**
20 et 21 octobre 2008, Paris
- ♦ **L'annonce d'une maladie d'origine génétique**
6 novembre 2008, Paris
- ♦ **Le contrôle audio-phonatoire de l'enfant implanté et ses conséquences sur la rééducation de la parole**
04 et 05 décembre 2008, Paris

Retrouvez tous les détails sur :
www.acfos.org