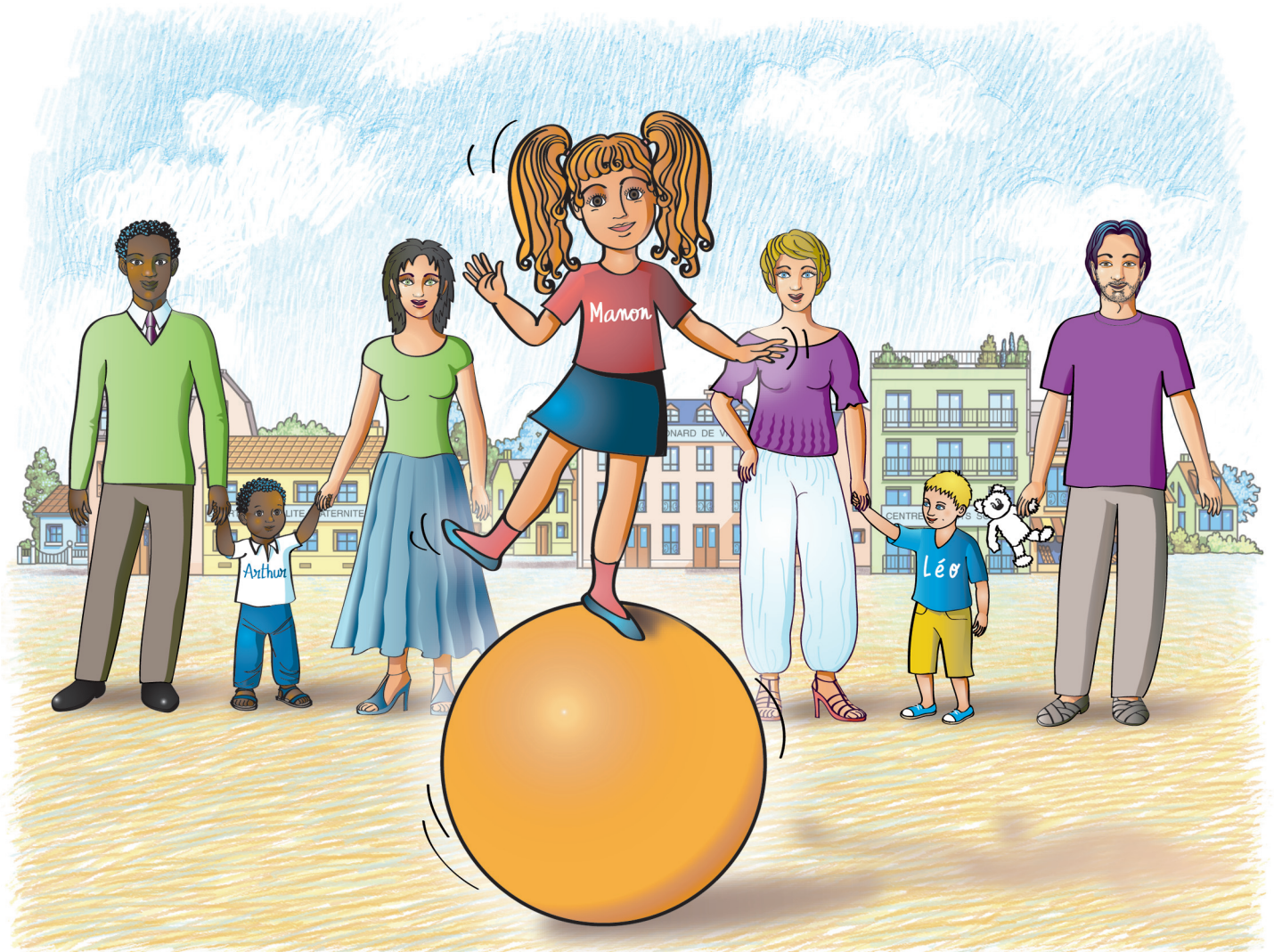
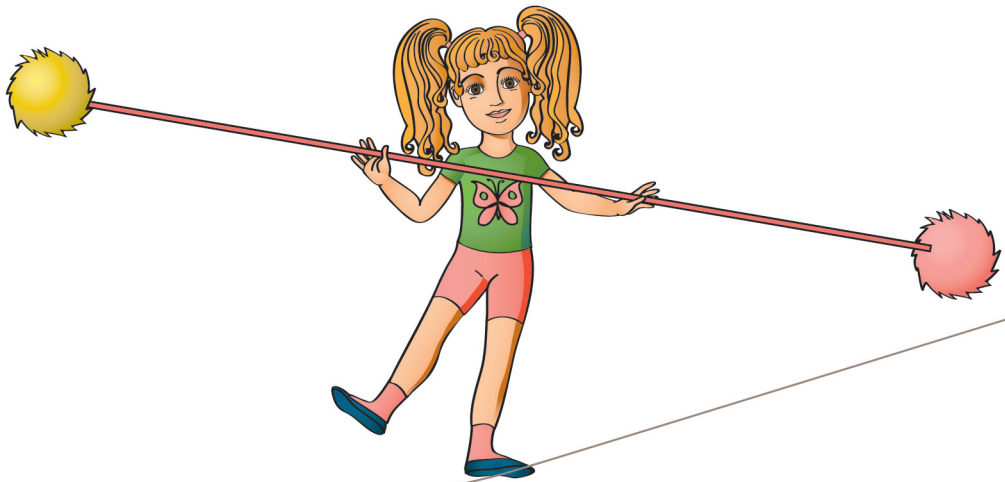


Troubles de l'équilibre chez l'enfant



Comprendre et aider au quotidien



Avant-propos

L'information concernant la surdité est l'un des piliers des actions d'ACFOS (Action Connaissance Formation pour la Surdité). ACFOS s'adresse aux professionnels, aux personnes sourdes et aux familles d'enfants sourds en particulier. Après sa participation au guide pratique à l'usage des parents : « *La surdité de l'enfant* » et l'édition du livret pour les enfants sourds : « *C'est quoi la surdité ?* », ACFOS propose aujourd'hui un livret concernant les troubles de l'équilibre de l'enfant.

Pourquoi élargir son champ de prédilection qu'est la surdité vers l'équilibre ?

La fréquence des troubles vestibulaires associés à la surdité de l'enfant est de connaissance relativement récente. L'exploration de l'appareil vestibulaire est de plus en plus souvent incluse dans le bilan du jeune enfant sourd. On estime que 20 % des surdités profondes sont associées à une aréflexie vestibulaire* et 40 % à un déficit partiel.

Mais une atteinte vestibulaire peut également être observée chez l'enfant en dehors de toute notion de surdité, même si cela est beaucoup moins fréquent.

Pourquoi transmettre l'information à travers un livret à l'adresse des familles ?

Le succès des premiers livrets a montré que ce support didactique et illustré, toujours disponible, est une aide précieuse et un soutien pour les familles. Il aide les parents au quotidien à comprendre les réactions de leur enfant et à s'y adapter. C'est également un lien entre parents et professionnels qui n'avaient pas jusqu'alors de support d'information concernant l'équilibre à leur remettre. Ce document peut illustrer des explications et des conseils, aider à mémoriser les informations et susciter des questions.

Des professionnels, spécialistes et pionniers dans le diagnostic et la prise en charge de ces troubles, ont suggéré à ACFOS la création de ce livret. Ils se sont largement investis pour porter le projet à son terme et nous les en remercions vivement.

Nous espérons que ce livret apportera une information simple et juste, proposant des comportements adaptés face à des situations parfois déroutantes.

Nous souhaitons à ce livret, réalisé grâce au soutien financier de l'Inpes et de GPMA (prix Atout Soleil 2011), le même succès que celui de nos précédentes éditions.

ACFOS

Sommaire

Avant-propos	p. 1
Introduction	p. 3
Le vestibule...	p. 4-5
et l'équilibre	p. 6-7
Développement psychomoteur de l'enfant	p. 8
Déficits vestibulaires	p. 9
Conséquences observées	p. 10-14
Principes de base de la compensation	p. 15
Des conseils adaptés au quotidien	p. 16-20
Quelques jeux pour faciliter la compensation	p. 21-25
Lexique	p. 26-27
* : indique les mots définis dans le lexique	
Auteurs	p. 28

Introduction

Ce livret s'adresse d'abord aux parents mais aussi à l'entourage de jeunes enfants ayant un trouble vestibulaire.

Il est le fruit d'une collaboration de professionnels qui travaillent sur les troubles de l'équilibre chez l'enfant. En conjuguant leurs expériences, ils se proposent d'aider les parents à mieux comprendre ce qu'est le vestibule et quelles incidences un dysfonctionnement de cet organe peut avoir sur le développement et la vie quotidienne de leur enfant.

L'enfant sans information vestibulaire présente un retard dans ses acquisitions motrices car il doit trouver des repères et des solutions différentes pour construire son équilibre, stabiliser son regard et son corps.

Sans une compensation efficace de ses difficultés, l'enfant aura du mal à accéder à certains apprentissages : représentation de son propre corps et de l'espace qui l'entoure, interactions et communication, écriture, lecture...

Si spontanément il trouve des moyens, parfois mal adaptés, de contourner ses difficultés cela peut donner lieu à des comportements déroutants et souvent mal interprétés par son entourage.

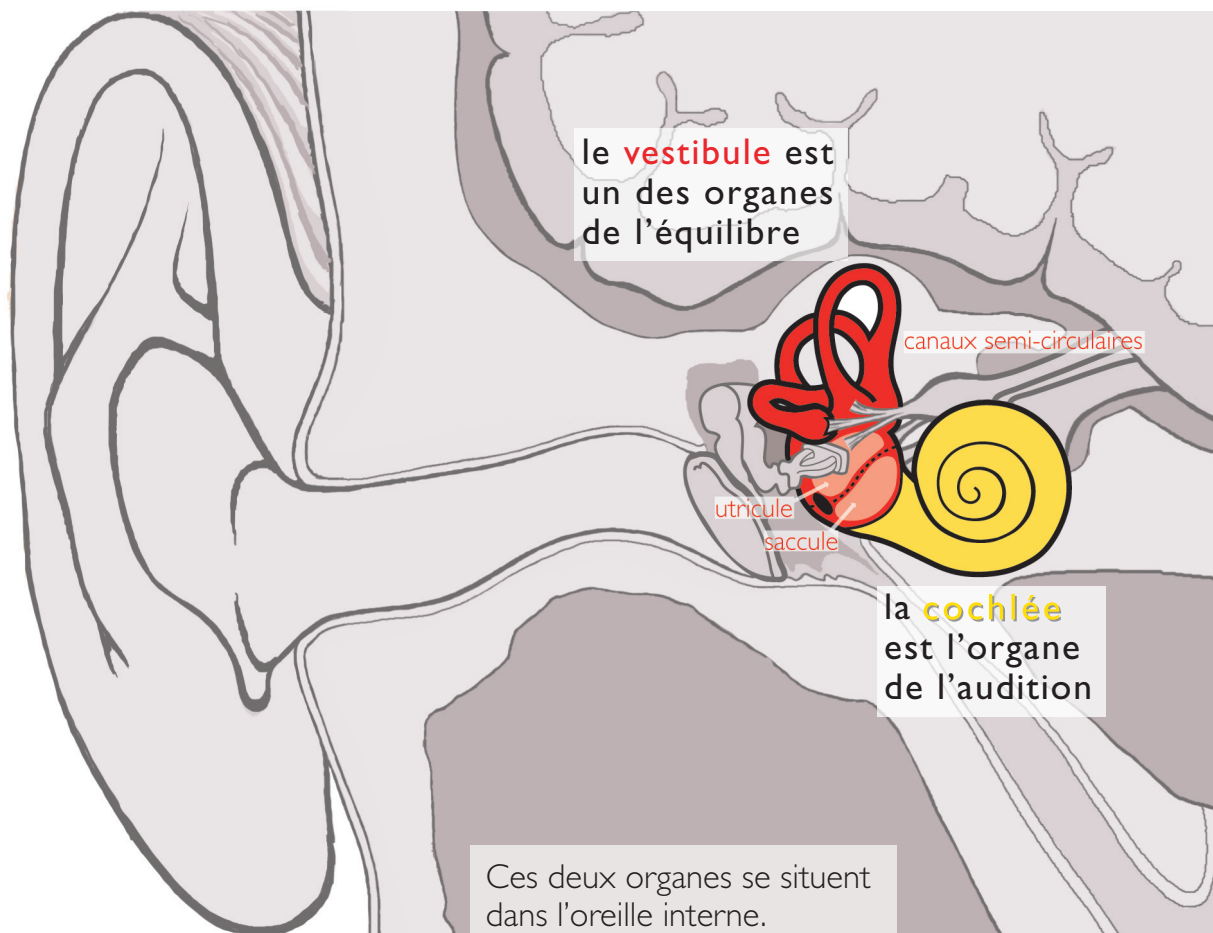
Une fois le diagnostic établi, comment aider l'enfant ?

L'objectif de ce livret est d'utiliser les situations quotidiennes (repas, toilette, change, jeux d'éveil, sorties...) en les adaptant de manière ludique, pour lui permettre de stabiliser au mieux son corps et de développer ses capacités d'attention et d'apprentissages.

Ces conseils ne sont pas exhaustifs et ne remplacent pas l'échange entre parents et professionnels qui s'occuperont de l'enfant sur ce plan. Il est nécessaire que l'enfant soit accompagné suffisamment tôt par un service spécialisé, un psychomotricien* et/ou un kinésithérapeute compétents en rééducation vestibulaire.

Chaque enfant a sa manière de réagir et de mettre en place des stratégies qui lui sont propres. Il faut savoir respecter son rythme et sa créativité et s'adapter régulièrement aux différentes étapes de son évolution.

Le vestibule...



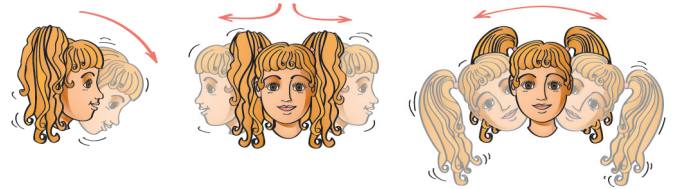
Le vestibule est un organe sensoriel méconnu, pilier de l'équilibre, 6^{ème} sens caché dans l'oreille interne. Cette cavité creusée dans l'os de la base du crâne constitue un véritable labyrinthe abritant à la fois l'appareil de l'audition (ou cochlée en forme d'escargot) et l'appareil vestibulaire (appelé vestibule). Cette situation commune dans l'oreille interne explique pourquoi de nombreuses pathologies (génétiques, infectieuses, traumatiques) peuvent toucher à la fois l'audition (surdité) et l'appareil vestibulaire (troubles de l'équilibre).

Le vestibule est un détecteur des mouvements de la tête et de sa position quand le corps bouge

Il abrite plusieurs sortes de **récepteurs** qui vont répondre aux différents types de mouvements de la tête dans les trois plans de l'espace :

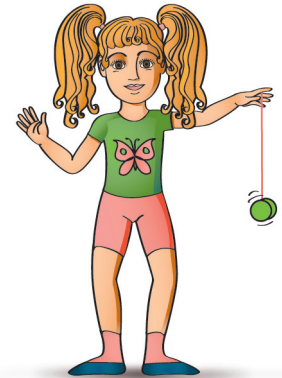
- pour les **canaux semi-circulaires** :

- lever, baisser la tête (dire "oui"),
- tourner la tête de droite à gauche (dire "non"), se retourner,
- pencher la tête sur le côté.



- pour les **organes otolithiques** (utricule et saccule) :

- glisser, basculer et tanguer,
- percevoir la pesanteur (gravité), comme le montre un fil à plomb. C'est notamment à partir de cette perception de la gravité que se construit la notion de verticale et de repères spatiaux.



Ces informations de mouvements reçues par le vestibule sont envoyées vers le cerveau :

- pour commander les mouvements des yeux dans le but de **stabiliser la vision** lorsque la tête bouge. Ceci permet lors des mouvements de ralentir le défilement de l'environnement et de ne pas voir tout basculer,
- pour contracter les muscles du cou et du dos afin de **stabiliser la tête et le tronc dans l'axe du corps**. Cet axe sert de référence pour moduler, organiser et contrôler les mouvements de nos membres dans notre environnement.

Ces deux réflexes facilitent le maintien de l'équilibre.

... et l'équilibre

Plusieurs informations sensorielles permettent le maintien de l'équilibre. Elles proviennent :

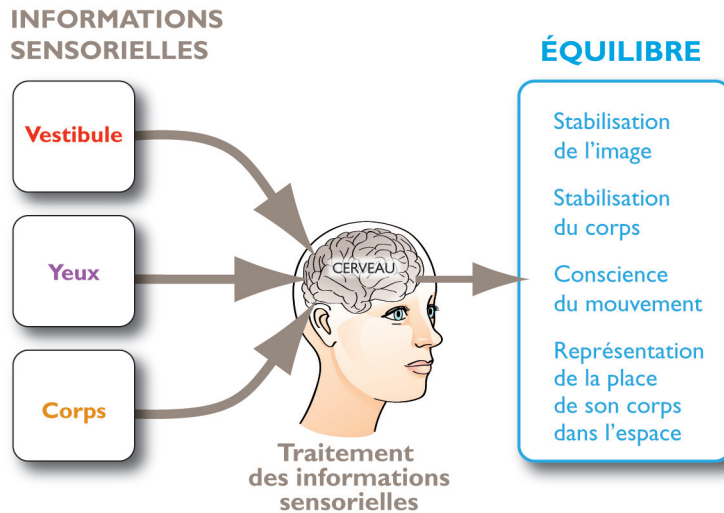
- du **vestibule**,
- des **yeux**,
- de l'ensemble du **corps** : toucher, pression au niveau de la peau, tension au niveau des muscles, des tendons et des articulations appelées informations somesthésiques* et proprioceptives*.

Le système de l'équilibre va intégrer toutes les informations de mouvement et de position des différentes parties du corps. Il permet de répondre à toute perturbation de notre équilibre, volontaire ou involontaire, par des actions motrices adaptées au niveau de la **posture** (rétablissement de l'équilibre après un faux pas) ou du **regard** (garder la vue stable lorsque l'on se retourne).

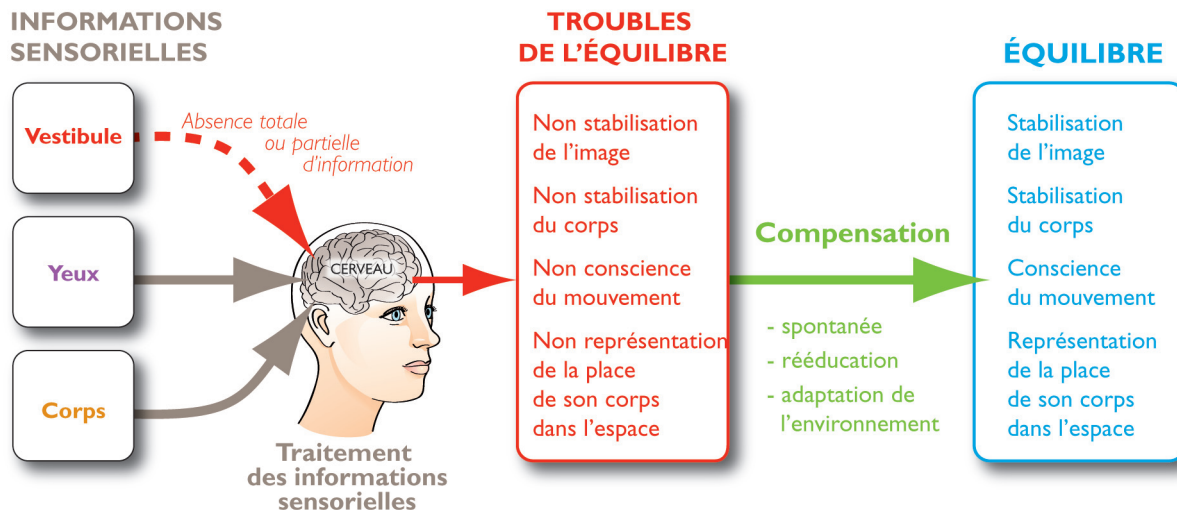
C'est sur la stabilisation du tronc et des yeux que sont basés les examens d'évaluation de l'appareil vestibulaire, mais également la rééducation.



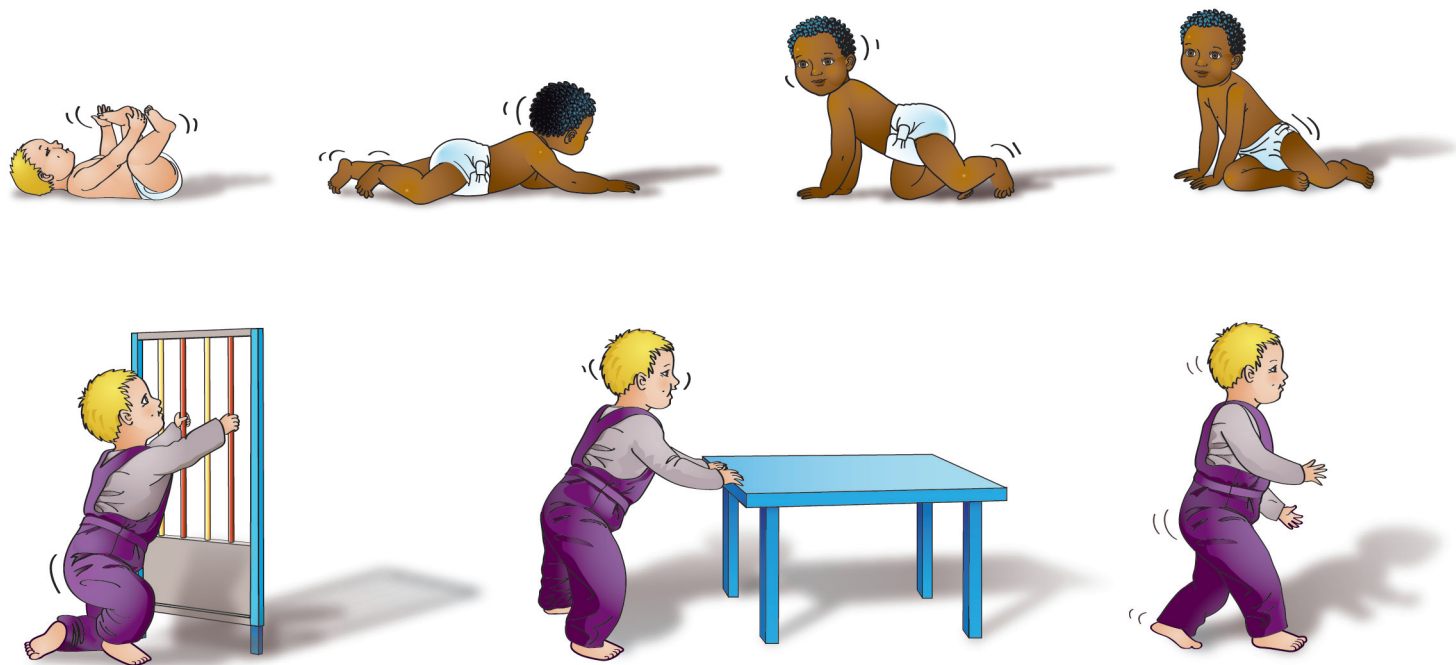
Fonctionnement normal du vestibule



Dysfonctionnement du vestibule



Développement psychomoteur de l'enfant



Un enfant sans problème neurologique, sensoriel ou moteur apprend progressivement à contrôler sa posture et ce jusqu'à 12 ans. Il s'appuie notamment sur les informations vestibulaires pour permettre le redressement de l'axe corporel (tenue de tête), les retournements autour de cet axe (retournement dos-ventre), la verticalisation (4 pattes, s'asseoir, se mettre debout) et la marche (avant 18 mois).

L'enfant présentant une atteinte vestibulaire partielle ou totale passera par les étapes classiques du développement psychomoteur, mais il le fera plus lentement dans la mesure où il ne dispose pas de l'intégralité des informations sensorielles.

Déficits vestibulaires

Déficit total : absence complète de toute information vestibulaire (aréflexie*)

Dès la naissance ou acquis durant la première année

Toutes les étapes d'acquisition du contrôle postural* et moteur sont retardées. L'enfant n'a pas de référence de verticalité, ni de détection instantanée des mouvements. Dès qu'il tourne la tête, le monde vacille autour de lui.

Après l'acquisition des premiers pas (comme ce peut être le cas après une méningite)

Le retentissement sur le développement posturo-moteur* ne sera pas aussi important. L'enfant pourra s'appuyer sur les acquisitions qu'il avait faites auparavant. Cependant, il devra réapprendre à stabiliser sa tête et son corps et repasser par les étapes classiques du développement.

Déficit partiel : certaines informations vestibulaires sont plus ou moins préservées

Les conséquences ne sont pas toujours évidentes à repérer. Dans ce cas, l'enfant aura un développement quasi normal jusqu'à ce qu'il fasse ses premiers pas seul.

Le cerveau exploite les réponses vestibulaires même faibles et partielles pour compenser le déséquilibre.

Cela peut se traduire chez l'enfant par :

- un léger retard dans l'acquisition du contrôle postural,
- des chutes répétées, inexplicables.

Déficit fluctuant : les informations vestibulaires peuvent varier, parfois subitement, ou se détériorer dans le temps, comme dans le cas de certaines malformations de l'oreille interne.

L'enfant a alors des difficultés à se tenir debout, présente des nausées et des vomissements qui peuvent être pris pour un épisode de gastroentérite. Ces épisodes sont souvent éprouvants pour l'enfant et son entourage.

Conséquences observées



Retard du contrôle postural et du développement psychomoteur

L'absence d'information vestibulaire entraîne une hypotonie* de l'axe tête-cou-tronc. L'enfant met plus de temps à tenir sa tête. Il a du mal à se redresser quand il est allongé sur le ventre. La maîtrise du passage à la station assise puis à la station debout est laborieuse.

« Mon bébé de 3 mois est encore tout mou. Il a du mal à relever la tête pour nous regarder »

« J'ai remarqué que mon bébé préfère nettement être sur le dos que sur le ventre. Il fatigue très vite dans cette position »

Marche retardée, incertaine, chutes

En l'absence d'information vestibulaire, la marche autonome sera rarement acquise avant 19 mois. Les chutes seront fréquentes, souvent spectaculaires, car l'enfant ne perçoit pas assez vite les rotations rapides de son corps et n'a pas le temps de mettre ses mains en avant pour se protéger.

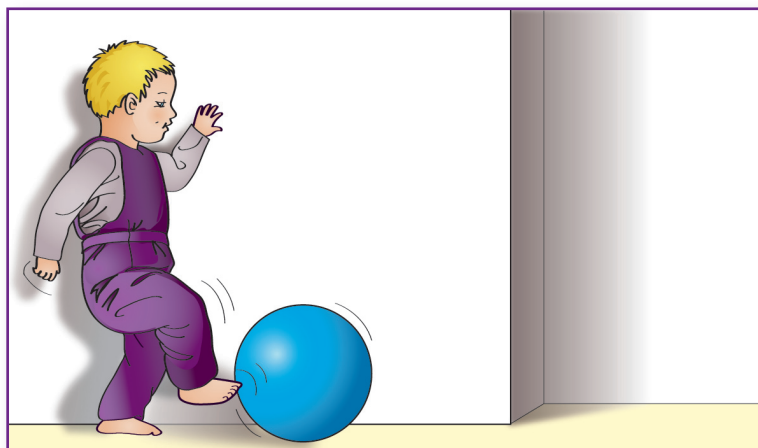
Les premiers pas sont une étape délicate car il faut maîtriser le déséquilibre à chaque pas.

Pour compenser ses difficultés, l'enfant garde au maximum ses appuis, ce qui limite son autonomie et sa capacité d'exploration.

« Mon bébé se relève bien en se tenant à une table basse ou en s'appuyant contre un mur, mais il n'ose pas se lancer pour faire ses premiers pas »

« Mon enfant a besoin de s'appuyer sur un mur pour marcher ou frapper dans un ballon »

« La marche est hésitante, il écarte les jambes. Il tombe beaucoup »



Inconfort dans les mouvements rapides

Plus il est petit, moins l'enfant peut anticiper ces mouvements (bercements, balancements, rotations, retournements). Il ne sait pas encore utiliser son regard et ses appuis pour compenser.

Pour lutter contre la déstabilisation permanente beaucoup d'enfants "bloquent" leur tête et se raidissent.

Dans la vie quotidienne, et plus encore en **situation de groupe**, l'environnement est généralement en mouvement. L'enfant ne peut pas prendre des repères visuels fixes pour se stabiliser et accéder à toutes les informations dont il aurait besoin. Par exemple pour suivre un camarade au milieu des autres, pour repérer le ballon, éviter les obstacles.

Quand les informations sont trop nombreuses, l'enfant peut être en difficulté pour répondre à une consigne. Il peut alors paraître "absent". Le mouvement peut au contraire l'exciter. Il est débordé par la situation. Son agitation est une façon de traduire son mal-être. Si le corps n'est pas stable, maintenir l'attention est difficile.

Les jeux du jardin public peuvent au départ l'effrayer car il ne se sent pas encore prêt à maîtriser des situations complexes comme grimper sur un filet, glisser sur un toboggan, se balancer, risquer de se faire bousculer... L'accompagner progressivement le rassurera.

Réactions d'évitement

L'inconfort ressenti dans certaines situations induit généralement des réactions d'évitement souvent mal interprétées par l'entourage.

Ainsi pour les activités sportives, l'enfant sans information vestibulaire sera vite en difficulté et moins performant que les autres enfants.

L'impact psychologique (dévalorisation, désinvestissement, agressivité) peut être important et doit être pris en compte.

« Mon bébé n'aime pas quand je le balance, le retourne, lui fait gigoter ses jambes. Il détourne son regard, râle... »

« En récréation, mon enfant a du mal à participer; il s'isole, il regarde fixement les autres enfants autour de lui »

« Mon enfant proteste quand on va au parc, il n'a pas l'air d'apprécier ces sorties »

« Il n'est pas attentif, passe d'une activité à l'autre, s'excite, bouge beaucoup. A l'école, son comportement empire et peut poser problème »

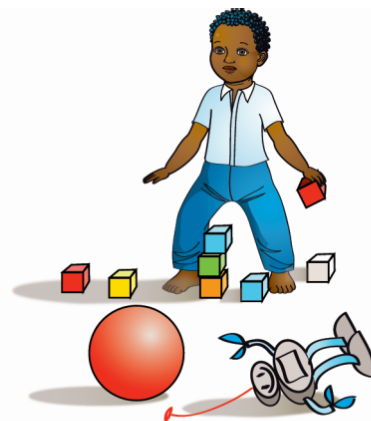
Beaucoup d'énergie dépensée, fatigabilité, défaut d'attention globale pour les apprentissages, notion de "double tâche"

Sans information vestibulaire, l'enfant déploie une grande énergie pour surmonter l'instabilité de la tête et du tronc. Ceci le rend très fatigable et peu attentif à des tâches d'apprentissage. Il lui est difficile d'avoir à la fois à stabiliser son corps, en cherchant des appuis physiques et visuels, et en même temps d'être disponible pour des activités telles que l'exploration manuelle, le dessin, la lecture ou l'écriture. Il a en permanence plusieurs tâches à effectuer.

« Mon enfant a souvent le regard dans le vague, il s'arrête de jouer, semble "déconnecté" »

Mauvaise représentation de l'espace

Sans référence de verticalité, l'enfant a plus de mal à situer les différentes parties de son corps et à se représenter ce qu'est le haut, le bas, l'avant, l'arrière. Se repérer dans l'espace devient plus complexe et se répercute sur les activités de dessins, de construction, de puzzle, d'écriture...



Spontanément l'enfant cherche de lui-même des solutions à son inconfort et à ses difficultés

Recherche d'informations proprioceptives

En priorité, l'enfant cherche à renforcer ses appuis (dos, mains, pieds). Quand il commence à se déplacer, l'appui au sol est important.

Pieds nus, l'enfant peut mieux ressentir les différents types de sols (moquette, carrelage, parquet, pelouse).

Dans le sable ou sur des terrains accidentés (graviers, pente...), il est déstabilisé. Il n'a pas encore les moyens de gérer la situation et se sent en danger.

« Mon enfant refuse de mettre ses jolies chaussures toutes neuves, spéciales "premiers pas". Par contre il adore être pieds nus »

« Il pleure quand on l'emmène à la plage »

Utilisation du regard pour stabiliser le corps

Dès qu'il le peut, l'enfant utilise son regard pour stabiliser sa tête et son corps. Cela explique que ces enfants ne soient pas attentifs quand on s'adresse à eux lorsqu'ils sont debout ou lorsqu'ils marchent ("double tâche").

Cette attention visuelle indispensable détourne et accapare leur vigilance. Ce défaut d'attention diminue leurs capacités à prendre dans leur entourage les informations pertinentes dont ils ont besoin pour comprendre un discours, une consigne, ou pour explorer une scène. De plus la précision de la vision est fortement diminuée lors des mouvements de la tête. Ils se montrent alors souvent maladroits.

Dans un lieu nouveau, l'enfant perd les repères visuels qu'il a l'habitude d'utiliser chez lui pour s'aider dans ses déplacements.

Dans l'obscurité, l'enfant n'a plus de repères visuels. Il ne peut compter que sur ses sensations tactiles et proprioceptives pour se stabiliser.



« Mon enfant se montre souvent maladroit et n'apprécie pas tellement les jeux de construction ou demandant une précision fine (puzzles, perles, découpages...) »

« Mon enfant a peur dans le noir, il ne veut pas se lever la nuit pour aller aux WC. Il n'est pas à l'aise quand on marche dehors le soir et qu'il fait déjà nuit »



Et pour l'enfant sourd : des conséquences particulières

Chez un enfant sourd, l'existence d'un déficit vestibulaire peut aggraver les conséquences de la surdité sur la communication et le développement du langage oral ou signé.

« Pourquoi mon enfant sourd a du mal à me regarder quand je m'adresse à lui ? »

Pourquoi ?

- L'instabilité du regard lors des mouvements de la tête et du corps ne lui permet pas de capter des informations provenant de sources différentes.
- Il lui est difficile de maintenir son attention visuelle sur des enchaînements rapides de gestes ou des mouvements des lèvres nécessaires à l'utilisation de la L.S.F. (Langue des Signes Française*) et de la L.f.P.C. (Langue française Parlée Complétée*) en soutien de la lecture labiale (L.L.),
- La mauvaise perception de la verticale et des orientations du corps complique l'analyse des signes que l'enfant reçoit mais aussi leur production (inversion droite/gauche, avant/arrière quand on est face à son interlocuteur).

Il faut prendre conscience que l'enfant sourd devra réaliser des **efforts incessants** pour surmonter ces difficultés. Il faut donc tenir compte de la fatigue engendrée : faire des pauses et veiller aux appuis et à l'installation de l'enfant.



Principes de base de la compensation

Sans information vestibulaire l'enfant, pour maintenir son équilibre, doit renforcer les deux autres entrées sensorielles :

- **la vision** : recherche de repères fixes pour stabiliser le regard et le corps,
- **la proprioception** : recherche d'appuis stables et sécurisants.

Penser à faire contrôler régulièrement la vue de votre enfant

Elle doit être la meilleure possible pour qu'il puisse compter dessus pour se stabiliser. La faire corriger si nécessaire est primordial.

Créer des conditions d'éclairage adaptées

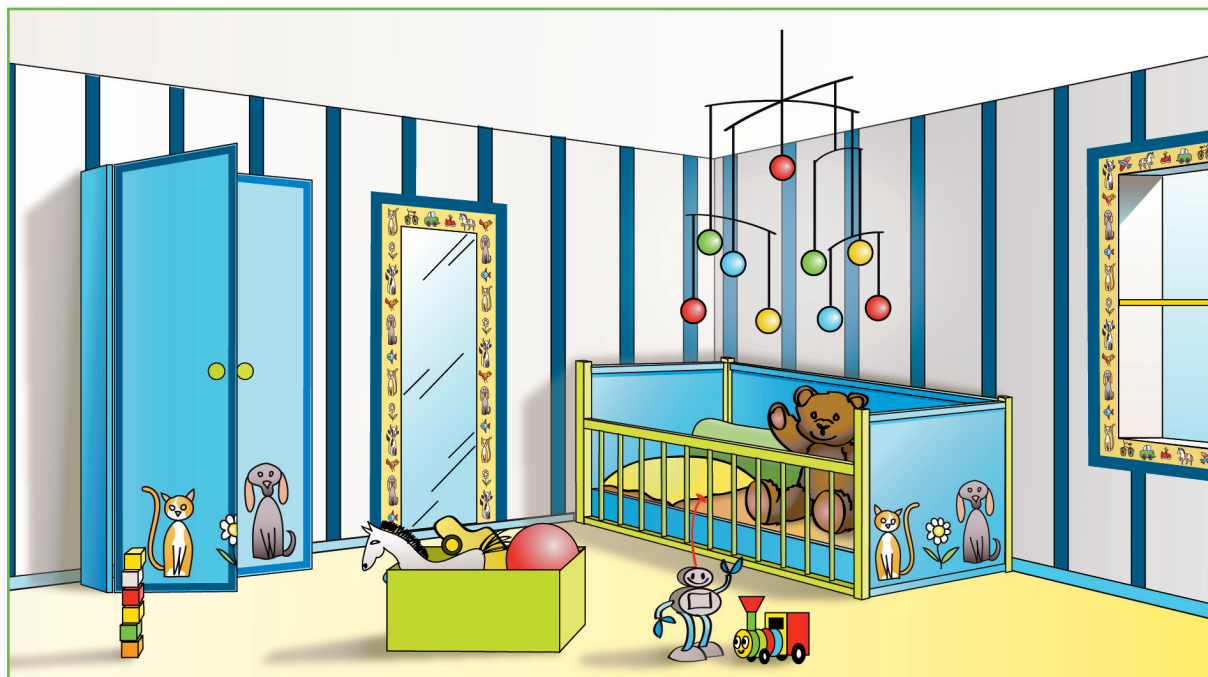
Éviter l'obscurité complète (pose de veilleuses, lampes, détecteurs de présence...).

Des conseils adaptés au quotidien

Renforcer les références visuelles de verticale et d'horizontale dans son environnement

L'enfant a du mal à ressentir dans son corps ce qu'est la verticale, le haut, le bas, l'avant, l'arrière. En structurant visuellement et artificiellement son espace, il peut plus facilement prendre des repères et intégrer la notion de verticalité. Par exemple :

- frise murale de couleurs contrastées,
- posters,
- contours de porte et de fenêtres foncés,
- mobile au dessus du lit,
- grand miroir,
- éviter les irrégularités du sol (tapis...).



Inciter l'enfant à regarder des repères fixes lors des changements de position

Lors des mouvements (balancements, rotations, retournements), l'enfant perd ses repères. Il n'a pas le temps de fixer son regard. Ce qu'il voit bascule trop vite.

Penser à ralentir vos mouvements et inciter l'enfant à regarder une cible fixe. Il pourra ainsi anticiper le mouvement et ne plus se laisser emporter par le défilement de l'environnement visuel.

- Pour le tout-petit, attirer son regard sur celui de l'adulte ou sur un repère fixe juste avant de le mobiliser (bercements, prise dans les bras, retournement lors du change).
- Pour l'enfant plus grand, à la maison comme à l'extérieur, lors de ses déplacements (marche, course, volte-face...), habituer l'enfant à fixer un repère dans son environnement.



« J'ai remarqué que mon bébé pleure beaucoup et je n'arrive pas à le calmer quand je le berce.

Quand je le prends un peu vite dans mes bras, il semble avoir peur, et peut se mettre à pleurer. Je suis parfois perdue et ne sais plus quoi faire »

« Mon enfant court sans regarder où il va, tombe souvent... en récréation particulièrement »



Une bonne installation est primordiale

L'enfant fait un effort permanent pour maintenir la stabilité de son corps au détriment de l'attention qu'il devrait déployer pour écouter, regarder et apprendre.

Veiller à ce que le dos et la tête soient maintenus, en employant un mobilier adapté :

- transat enveloppant, "nid" de type coussin d'allaitement pour les tout-petits,
- table et chaise adaptées en taille, dossier haut, accoudoirs pour les plus grands, pieds au sol ou repose-pieds.

Veiller à se mettre au niveau de son regard quand on s'adresse à lui, l'installer confortablement sur vos genoux, dos bien calé contre vous pour regarder un album, manipuler des jeux (pâte à modeler, dessin...).

En position assise, veiller au contact des pieds avec le sol ou à défaut avec un marche pied.

En position debout, accepter que l'enfant puisse appuyer son dos contre un mur ou y poser sa main.

Moins il a d'effort à faire pour contrôler son corps et plus l'enfant pourra être attentif.



Renforcer les stimulations tactiles et proprioceptives dès le plus jeune âge


Les massages et caresses vont aider le bébé à développer une conscience plus fine des différentes parties de son corps. Le massage permet de détendre et d'apaiser le bébé, de le mobiliser en douceur pour qu'il découvre ses possibilités de mouvement dans un contexte rassurant. Nommer les parties du corps pendant ces échanges, éventuellement devant un miroir, aide à construire le schéma corporel*.

Favoriser les manipulations qui affinent ses sensations et renforcent ses capacités de préhension*, (presser, malaxer, étirer, écraser, rouler...) avec de la pâte à modeler, par exemple, pour préparer les futurs appuis dont il aura besoin pour se déplacer.

Favoriser la prise d'appuis des mains et des pieds

Respecter le besoin d'appuis manuels jusqu'à ce que l'enfant se sente capable de s'en défaire. Aider à utiliser les informations venant des pieds :

- **à la maison**, laisser l'enfant pieds nus ou avec des chaussons souples, antidérapants. L'enfant s'habitue à gérer dans un cadre sécurisant les différents types de sol (carrelage, moquette, tapis, parquet).
- **à l'extérieur**, des chaussures légères, en matière souple, lacées pour bien tenir aux pieds et avec des semelles les moins rigides possible : ceci permettra à l'enfant de bénéficier d'un maximum d'informations sur les mouvements et les contacts au sol de ses pieds.



« Mon enfant aime s'allonger par terre sans raison, ou pour jouer. Il aime rester calé dans le canapé et observe ce qui se passe autour de lui. Il se déplace même en rampant sur le dos ou sur le ventre pour aller chercher quelque chose, plutôt que de se lever »

Laisser l'enfant se mouvoir librement et expérimenter sa prise de risque

Plus il pourra exercer sa motricité en sécurité, expérimenter sa prise de risque, plus il pourra établir des stratégies pour spontanément stabiliser son corps et son regard.

- Ne pas hésiter à sortir l'enfant de son transat pour le laisser jouer, se déplacer sur un tapis, dans son parc, ramper, se retourner, grimper... sous surveillance.
- Inciter l'enfant à se relever et à se mettre debout en s'accrochant aux barreaux de son parc, de son lit, en s'appuyant sur un canapé ou une table basse, puis à se déplacer en conservant ses appuis. Penser à attirer son regard pour l'aider à se stabiliser.
- Proposer un petit camion-porteur où l'enfant est assis et donc plus rassuré. En poussant sur ses jambes, il prend conscience de ses appuis plantaires et gagne en autonomie.
- Encourager l'enfant à pousser un chariot un peu lourd (lesté) ou un gros carton quand il commence à marcher.
- Ne pas l'empêcher de porter un gros coussin ou un objet lourd dans ses bras quand il marche, ce qui lui permet de moduler son équilibre (prise de conscience de la gravité).

« Mon bébé se relève bien en se tenant à une table basse ou en s'appuyant contre un mur, mais il n'ose pas se lancer pour faire ses premiers pas. Comment l'aider ? »

L'escalier. Laisser l'enfant monter et descendre à 4 pattes ou sur les fesses tout le temps que cela lui est nécessaire. Se placer derrière lui dans la montée, devant lui dans la descente. Quand il commence à vouloir descendre debout l'inciter à s'appuyer sur le mur. L'idéal est de disposer d'une rampe continue ou de barreaux à sa hauteur pour qu'il puisse s'y tenir.

« Monter et descendre les escaliers sont des moments bien compliqués. Comment s'y prendre ? »

Aider l'enfant à se repérer dans l'espace

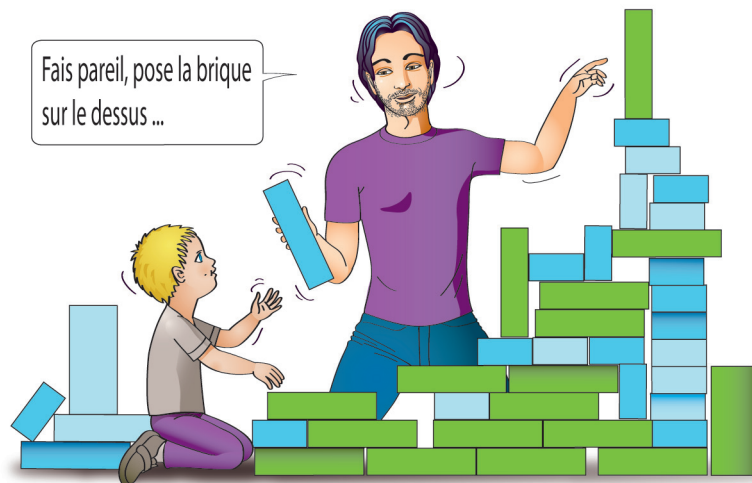
Nommer (à l'oral ou en signe, suivant le mode de communication) les différentes parties du corps en relation avec les notions de haut-bas, devant-derrrière, dessus-dessous, dedans-dehors, aide l'enfant à prendre des repères dans l'espace, à orienter un geste, placer un objet, et plus tard gérer l'espace du tableau, de la feuille où il dessine.

Et jouer !

Transformer un carton en maison, en tunnel... notions de dedans-dehors, fermé-ouvert.

Utiliser de grosses briques en carton ou en mousse pour faire des constructions. Donner constamment les orientations nécessaires.

Disposer un grand miroir durant ces jeux pour permettre à l'enfant de voir son corps en mouvement dans l'espace.



Le laisser faire des pauses

Votre enfant se fatigue vite ! Ralentir le rythme dans les échanges et lui donner le temps de répondre. Le laisser faire des pauses sans sollicitations. Lui offrir si possible du temps dans un lieu paisible pour se reposer.

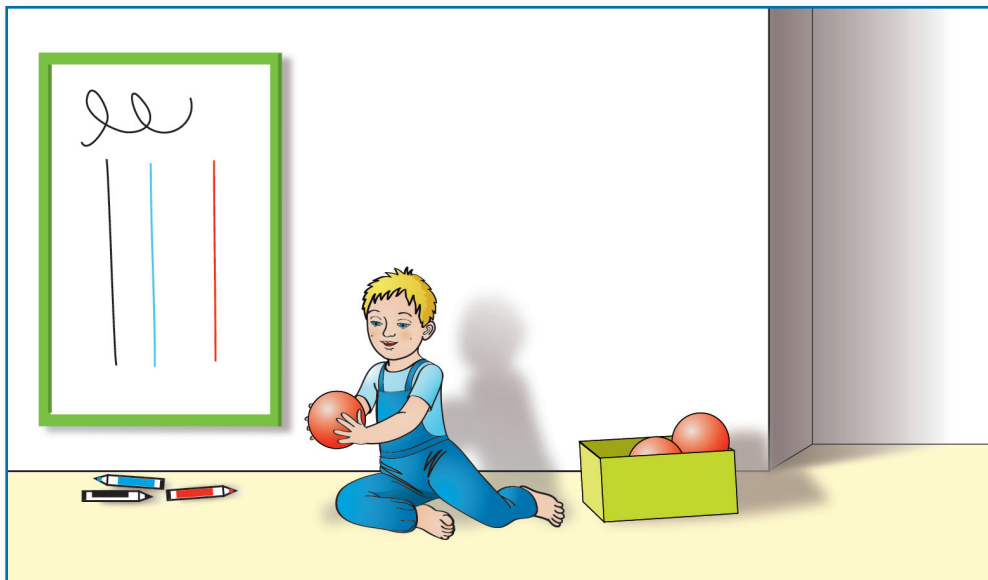
Quelques jeux pour faciliter la compensation

Tous les jeux ou activités qui conduisent l'enfant à se baisser, se relever, se retourner, suivre du regard et anticiper un mouvement en fixant une cible, aident à compenser les déséquilibres.

Grâce aux jeux, on peut aider l'enfant à surmonter ses difficultés dans certaines situations. S'il refuse, c'est qu'il n'est pas encore prêt ou qu'il ne sent pas en sécurité. Proposez-lui des appuis (s'asseoir, caler son dos...) ou de jouer plus tard !

Jeux de balles ou de ballons

Échanges de balles avec un adulte, assis face à face, l'enfant appuyé dos au mur si besoin. Faire rouler une balle jusqu'à l'enfant, en alternant lancé dans l'axe ou sur le côté pour que l'enfant quitte ses appuis pour l'attraper. Sans quitter des yeux la balle, celui-ci se penche pour la saisir. Soit il la relance vers l'adulte, soit il la dépose dans une caisse placée à côté de lui.

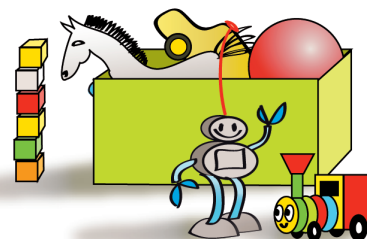


Objectif : poursuite visuelle et rotation autour de l'axe du corps.

Autre jeu : faire tomber des quilles avec une balle.

Activités de ramassage et de rangement

Ces activités développent la prise de repères visuels lors des rotations de la tête. Elles peuvent se pratiquer dès que l'enfant est suffisamment stable en position debout ou assis. Il sera encouragé à ranger ses jouets, vider le linge de la machine à laver ou du séchoir... Le poids des objets à ramasser ou à ranger favorisera l'équilibre.



Maintenir son équilibre sur un sol mou

Debout sur un matelas, dans un lit à barreaux, l'adulte commente à l'enfant les éléments d'un poster accroché à côté de son lit en l'incitant à pointer les détails. Si besoin, l'enfant peut se tenir.



Objectif : fixer le regard et maintenir son équilibre malgré un contact au sol déstabilisant.

Autre jeu : marcher dans l'herbe, dans le sable, sur un tapis mou.

Fixer son regard dans les déplacements

Dans un couloir par exemple, inviter l'enfant à aller chercher des objets et à les rapporter. Les déplacements peuvent se faire assis sur un camion porteur, en poussant un chariot, une petite poussette ou en courant vers une autre personne.



Objectif : organiser ses mouvements en se dirigeant vers une cible.

Autre jeu : tourner autour d'une table basse en faisant rouler une petite voiture, ou en cherchant à rattraper quelqu'un (jouer à chat).

Jeux avec des cibles mouvantes

Ces activités sont assez difficiles à exécuter. L'enfant au départ ne pourra le faire qu'en position assise. Il doit suivre les bulles de savon du regard puis essayer de les faire éclater.



Objectif : favoriser le contrôle et la coordination regard/geste sur des cibles dont le déplacement est aléatoire.

Autres jeux : faire des échanges avec un ballon de baudruche, jouer avec des balles rebondissantes lumineuses, jouer avec des rubans de gymnastique.

Il existe d'autres situations, refusées par l'enfant au départ, par exemple les balancements (bercements, balançoire, cheval à bascule...), les glissades sur un toboggan, les tourniquets, les galipettes... qui vont être très recherchées par l'enfant quand il maîtrisera mieux son équilibre.

Lexique

Aréflexie vestibulaire. Absence totale d'information vestibulaire (canales et otolithiques).

Bilan vestibulaire. Ensemble des tests effectués pour évaluer l'état de fonctionnement de l'appareil vestibulaire (fonction otolithique et canalaire). Il est effectué par un médecin dans un centre spécialisé. C'est ce bilan, aussi complet que possible, qui va permettre de définir le degré de l'atteinte vestibulaire.

Contrôle postural. Contrôle de la position du corps pour lutter contre la pesanteur et maintenir l'équilibre. C'est sur cette position de référence que le mouvement peut s'inscrire. La posture va servir d'ancrage pour l'élaboration et la réalisation de tout mouvement vers le monde extérieur (exploration, communication...).

L.f.P.C. : Langue française Parlée Complétée. Aide visuelle à la lecture sur les lèvres (Lecture Labiale L.L.). La personne qui parle ajoute des codes de la main au niveau du visage pour aider la personne sourde à différencier les phonèmes. Par exemple "main", "bain" et "pain" ont la même configuration sur les lèvres, le codage L.f.P.C. permet de différencier ces trois mots.

L.S.F. : Langue des Signes Française. Langue gestuelle des personnes sourdes en France. Langue visuelle avec sa grammaire et sa syntaxe propre. Chaque idée est traduite par un geste, une configuration des doigts, un positionnement dans l'espace et une mimique qui lui est associée.

Préhension. Action de prendre, de saisir.

Proprioception. Sensibilité profonde fournie par les récepteurs situés dans les articulations, les tendons, les ligaments, les muscles et qui indiquent dans quelle position sont placés les éléments de notre corps les uns par rapport aux autres.

Posturo-moteur. Posture : position de notre corps quand on reste immobile et quand on bouge et se déplace. Moteur : mouvements et activité motrice. L'un comme l'autre sont intriqués en permanence pour garder notre équilibre, puisque rester debout stable ou bouger et garder son équilibre requiert à la fois un maintien de la posture et des activités des différents muscles pour y arriver sans tomber (activité motrice des membres mais aussi des muscles des yeux qui stabilise la vision).

Psychomotricien. Il a le statut d'auxiliaire de médecine, comme les kinésithérapeutes, les orthophonistes, ou les infirmiers. Ses actes sont prescrits par un médecin et sont réglementés par le décret N° 88-659 du 6 mai 1988. Il établit au cours d'un bilan psychomoteur le niveau de développement de l'enfant, ses compétences sur le plan moteur (coordination, équilibre, motricité fine, graphisme), son organisation tonique et sa latéralité, son niveau d'organisation spatiale et temporelle, la représentation qu'il a de son corps (schéma corporel) et son adaptation comportementale. Il pourra ensuite proposer, le cas échéant, des objectifs de prise en charge adaptés aux besoins de l'enfant.

Psychomotricité. Le concept de psychomotricité est né au début du XX^e siècle du souci de prise en charge globale de la personne comme une unité du corps et de l'esprit. La thérapie psychomotrice utilise donc des techniques de médiation corporelle adaptées à l'âge et aux besoins des personnes accompagnées. Chez l'enfant, tout doit se faire par le jeu. C'est au travers de ses expériences sensorielles et motrices que l'enfant se développe, construit ses repères et sa personnalité.

Schéma corporel. Représentation que l'on se fait de son propre corps et de la place qu'il occupe dans l'espace. Cette représentation évolue avec l'âge, la croissance et repose notamment sur les afférences sensorielles et les expériences motrices. Interviennent ainsi les informations somesthésiques, visuelles et en partie vestibulaires pour ce qui est de l'inscription dans un référentiel spatial.

Somesthésie. Sensibilité du corps regroupant tous les récepteurs à la pression et à l'étirement situés soit en surface sous la peau (sensibilité superficielle) et indiquant le type de contact de la peau avec l'environnement (toucher, chaud-froid, pression au sol, etc.), soit en profondeur (sensibilité profonde qui comprend la proprioception et la sensibilité viscérale).

Tonus. État de tension des muscles permanent, involontaire et d'intensité variable. Il est la base de la posture et de l'activité motrice. Il est évalué au repos (tonus de fond), dans des situations de contrôle postural (tonus de soutien) et lors d'activités de coordination fine comme le graphisme (tonus d'action). Durant les premières années de vie, l'organisation tonique évolue. À la naissance, le bébé a naturellement une **hypotonie axiale** (dos mou et tête tombante) et une **hypertonie des membres** (bras et jambes ramenés en flexion). Progressivement, le tonus va se renforcer de la tête jusqu'aux pieds pour permettre à l'enfant de se redresser et de se mettre debout. Parallèlement, l'enfant perd sa raideur au niveau des membres pour gagner en mobilité et développer des mouvements de préhension volontaire.

Auteurs

Sylvette Wiener-Vacher, médecin ORL - (1)

Soline Lecervoiser, psychomotricienne - (2 et 3)*

Participations

Élisabeth Lasserre, psychomotricienne
et neuropsychologue - (3)*

Françoise Le Bolloch, psychomotricienne - (4 et 5)*

Sylvie Sansous, psychomotricienne - (6)*

Collaborations

Jeanne Cousin, médecin phoniatre, directrice - (3)

Marie-France Dubuc, psychomotricienne - (2)

1. *Unité d'évaluation oculomotrice et du vestibule, service ORL,
Hôpital Robert Debré, Paris 19^e*

2. *CEOP, Paris 15^e*

3. *Centre de Ressources Robert Laplane, Paris 13^e*

4. *CAMSP Espoir 93, Noisy le Sec 93*

5. *COD.A.L.I, Paris 15^e*

6. *École intégrée Danielle Casanova, Argenteuil 95*

* *Membre du groupe de travail et de recherche des
psychomotriciens de la surdité, du Centre de Ressources
Robert Laplane.*

Coordination  ditoriale

Acfos

Denise Busquet, médecin ORL-phoniatre

Bernard Azema, audioprothésiste

Françoise Breau, médecin pédiatre

Coraline Coppin, coordinatrice

Conception graphique et conseil rédactionnel

Dsmb communication - Paris

Mathieu Besson

Dominique Sfez

Illustrations

Olympia Angot

Financement

Acfos

Inpes

Association Groupement de Prévoyance
Maladie Accident (GPMA)



  Acfos - Mars 2012



11 rue de Clichy ● 75009 PARIS
Tél. 09 50 24 27 87 ● Fax 01 48 74 14 01
contact@acfos.org ● www.acfos.org

1^{ère} édition - 2012
ISBN : 2-9514262-8-3
EAN : 9782951426283