PSYCHOMOTRICITE DE L'ENFANT MAL VOYANT

*BORLON A. */**, GENICOT R. */**, VINCKEN A. ***

RÉSUMÉ

L'enfant mal voyant a un développement psychomoteur plus lent que l'enfant normal car il doit pallier au manque d'information visuelle par le développement de ses sens supplétifs et intégrer ces diverses informations pour structurer son environnement.
Une prise en charge précoce par une équipe pluridisciplinaire incluant de façon importante les parents permettra cependant un développement harmonieux.

SUMMARY

The blind from birth has a slower psychomotor development than the normal child because he must palliate the deficiency of visual information by the development of suppletory senses and integrate these information to the structuration of environment.
An early assistance by a multidisciplinary team with an important participation of the family will however permit a harmonious development.

MOTS CLÉS

Malvoyance - Enfant - Psychomotricité

KEY WORDS

Low vision - Child - Psychomotricity

.....

* *Département d'Ophtalmologie - CHR Citadelle - LIEGE*
** *Centre Pouplin " La Lumière " - LIEGE*

received: 13.12.00
accepted: 30.01.01

L'enfant qui nait ou qui devient précocément mal voyant est privé d'une somme considérable d'informations venant de son environnement et de son entourage, que celles-ci soient spatiales, morphoscopiques, géométriques, symboliques, affectives.....
Nous sommes tous conscients que la voie visuelle est un des sens les plus sollicités dans le développement psychomoteur et affectif de l'enfant normal: le sourire de l'enfant qui répond à celui de sa mère et qui crée une relation d'amour et de confiance, est l'ébauche d'une communication sociale et affective où les mimiques faciales d'expression sont si importantes. C'est aussi le nourrisson qui saisit du regard l'objet qu'on lui présente et qui va mobiliser toute son attention vers ce hochet, ce qui va lui permettre de développer sa structuration spatiale et son schéma corporel personnel.
Toutes ces informations vont être absentes ou insuffisantes chez le petit amblyope. Il sera donc nécessaire de pallier à ce manque par, d'une part, la potentialisation des fonctions visuelles restantes et, d'autre part, par le développement des sens supplétifs.

La vision est un acte complexe qui ne s'arrête pas aux mesures optométriques que l'on peut pratiquer dans un cabinet de consultation. Elle est variable et modulable suivant les conditions d'environnement, d'intégration perceptivo-cognitive. Elle devient insuffisante lorsque pour une tâche déterminée, elle ne permet plus un contrôle visuo-moteur satisfaisant pour l'exécution de cette tâche, de cet apprentissage, puisque nous parlons d'enfants. Elle devra alors être suppléée par les autres sens, qu'ils soient tactiles, proprioceptifs, auditifs.

Nous ne nous adressons pas à des yeux qui fonctionnent mal dans le sens anatomique et pathologique du terme, mais à un être dans son entièreté, dans son espace de vie.
De cette façon, il semble nécessaire de définir la fonction visuelle en 3 dimensions:
a) *La capacité visuelle*:
l'acuité visuelle, le champ visuel, la motricité, la vision des couleurs, la vision binoculaire, la poursuite.
b) *L'environnement*:
l'éclairage, la luminosité, le contraste des objets, des lieux, de l'espace ambiant.
c) *Les conditions perceptives supplétives générales*:
- la motivation, l'intérêt pour la tâche
- le caractère et l'équilibre psychologique
- les capacités intellectuelles
- l'entourage social
- l'état de santé général, les handicaps associés.

Ces différents éléments doivent être pris en considération dans l'éducation de l'enfant malvoyant.

L'handicap visuel ayant été défini, démontré et constaté par les examens ophtalmologiques habituels, il sera d'abord, bien entendu, nécessaire qu'il soit intégré, assimilé, accepté, s'il l'est jamais, par les parents et l'entourage de l'enfant. Il est évidemment nécessaire d'impliquer de façon globale les parents dans le programme de guidance précoce: ils doivent en avoir compris sa nécessité, ses buts, ses moyens, son évolution. Ils doivent pouvoir trouver dans l'équipe de rééducation un appui à leurs efforts, une oreille attentive à leurs moments de doute, de désespoir. Leurs questions, leurs constatations par rapport à l'évaluation de leur enfant, leurs espoirs doivent pouvoir être formulés.

Ils continuent à suivre, à stimuler l'enfant en dehors des séances de rééducation: c'est eux qui éduquent leur enfant.
Le personnel rééducatif doit être bien informé des problèmes spécifiques de l'enfant, il doit être cohérent dans son action, dans les buts poursuivis.

L'enfant mal voyant a un développement psychomoteur plus lent que l'enfant normal: il marche plus tard, vers 22 à 25 mois, car son schéma corporel se développe plus lentement en raison des stimuli moins importants. Il n'a pas cette envie de découverte de l'environnement qui pousse le nourrisson à se lever. L'espace est pour lui plutôt source d'angoisse et de rejet. Souvent il parlera aussi plus tard.
Ces diverses constatations nous poussent à proposer une prise en charge rapide, dès que l'enfant et les parents sont prêts médicalement et psychologiquement. Une rééducation commencée tôt permet d'éviter une systématisation de

certaines attitudes non adaptées, de développer les sens supplétifs et visuels restants grâce à une restauration compensatoire d'origine centrale. L'enfant doit apprendre à se servir des autres sens lorsque la vue devient insuffisante dans une situation donnée.

Plusieurs grands axes doivent être abordés, entraînés, exercés dans cette rééducation. On doit parfois l'envisager de façon simultanée mais aussi en suivant le schéma de développement normal d'un enfant. Il ne faut pas vouloir brûler les étapes. Certains éléments doivent être acquis avant de pouvoir passer à l'étape suivante.

Il ne faut pas vouloir faire lire un enfant qui n'a pas acquis le sens du symbole. Cela est souvent plus lent que chez l'enfant voyant et peut parfois perturber les parents à qui on n'aurait pas suffisamment expliqué cela.

1. *La construction de l'enfant dans l'espace*

Chez l'enfant aveugle, la construction de l'espace va se faire grâce à l'intégration des données sur l'environnement perçues par le sens auditif (espace éloigné), par les informations tactilo-kinesthésiques et tonico-posturales (espace corporel).

Il va donc falloir lui apprendre à percevoir avec justesse ces informations et les intégrer les unes avec les autres pour qu'il se situe d'abord lui-même dans l'espace avec son schéma corporel, et ensuite par rapport à son environnement qu'il pourra ainsi explorer.

Il sera donc nécessaire que le mal voyant puisse passer d'un sens à l'autre pour saisir son entourage et la tâche à y accomplir. Mais le tout est aussi de ne pas vouloir tout percevoir par un seul sens: on ne peut pas tout toucher. Il ne faut pas non plus vouloir tout miniaturiser pour le faire toucher: faire manipuler une maquette de bateau à un enfant lui donne peut être le concept géométrique de celui-ci, mais ne lui fait pas percevoir la réalité vécue: il la sentira en montant sur un navire, en percevant son roulis, son instabilité, son odeur....

On ne peut d'autre part non plus tout expliquer par un verbalisme exacerbé où l'enfant risque de s'enfermer dans un monde de mots sans consistance.

L'enfant devra avoir pris conscience de son schéma corporel ce qui lui permettra de se développer harmonieusement mais aussi d'avoir des références spatiales et géométriques par rapport à son corps: notion de longueur, de verticalité, d'angulation.

2. *L'organisation de la vie sociale et affective*

L'échange visuel n'existe que peu ou pas chez l'enfant malvoyant. Il faudra donc aider la mère à trouver avec son enfant une autre façon de fonctionner pour échanger de façon affective.

Au départ ces échanges seront surtout proprioceptifs: le contact avec la bouche est employé de façon préférentielle chez le mal voyant. Petit à petit, le contact va s'étendre aux autres sens. Il est important d'expliquer à la mère que l'enfant n'est pas indifférent à son amour mais qu'il en a besoin et qu'il l'exprime différemment que le voyant. Ceci est la base de son développement social harmonieux.

3. *Le langage et la communication*

Le jeune enfant bien voyant qui commence à parler va associer un objet avec un mot: '' le nounours '' recevra son nom par rapport au concept de l'objet le plus souvent perçu visuellement. Cela est évidemment beaucoup plus difficile chez le malvoyant: il faudra qu'il soit reconnu autrement que visuellement, en langage parlé.

Certains concepts seront difficiles à intégrer car empreints de description uniquement visuelle: tels que la couleur, l'aspect brillant, la luminosité, la lumière ....

Le jeune aveugle devra alors le découvrir soit par le toucher et l'associer à une structure palpable, soit par la description qu'on lui en donne, soit par intégration de données et références à d'autres objets connus: il ne le sera donc que par référence et par analogie sans que le concept ne soit évidemment perçu. Il est important de décrire beaucoup et d'employer un vocabulaire suffisamment adapté pour aider l'enfant à assimiler toutes ces données sans tomber dans un verbalisme excessif.

Ces différentes considérations sont évidemment plus '' facilement adaptable '' aux enfants qui ne sont atteints que visuellement.

Le problème du plurihandicap sort du cadre du sujet choisis, et est bien évidemment beaucoup plus complexe. Le matériel pratique employé chez le tout petit est puisé dans les objets de la vie courante, choisis pour leurs caractères de couleurs contrastées, de maniabilité, de taille et de forme.
Nous avons actuellement au Centre Pouplin 11 enfants de bas âge en aide précoce (de 0 à 3 ans) et 19 en guidance (3 ans → enseignement supérieur). Le suivi de ces enfants commence vers 4 mois au plus tôt, et se continue durant toute la vie scolaire au moins.

EN CONCLUSION

Nous pensons qu'il est nécessaire de rappeler que l'éducation de l'enfant malvoyant est l'affaire de tous: de l'équipe pluridisciplinaire et surtout des parents. Elle sera d'autant plus complète et harmonieuse qu'elle sera commencée tôt.

LECTURES CONSEILLEES

GENICOT R. – ''L'enfant mal voyant à la découverte de l'environnement'' à paraître dans ''Psychologie des handicapés'' Chapitre 4 - LABOR Janvier 2001
CRAMER B. – La psychiatrie du bébé: une introduction. In '' La dynamique du nourrisson″ Brazelton, T.B.; Kreisler,L.; Schäppi, R.; Soulé,M. Eds E.S.F., 1982,. 28-83
GENICOT R. – Handicap visuel et vie sociale. Edité par les Centres Pouplins, Liège, 1980, 98p.
GENICOT R. – La réadaptation fonctionnelle des personnes handicapées de la vue. In Horizons Nouveaux 1980, 41, 9-36, Elisabethlaan, 26 - 1980 Tervuren, Belgique
GENICOT R. – Des jeux et des jouets. In Horizons Nouveaux 1981, 42, 9-25, Elisabethlaan, 26 - 1980 Tervuren, Belgique
GENICOT R. – La détection d'obstacles par réflexions d'ondes chez l'aveugle tardif. In ''L'enfant handicapé'', Harrison; Covelon, A.; Lairy; Herren; P.U.F., 1981, 79-90
GENICOT R. – Présentation d'un service de basses visions. In ''Vers la Lumière'' ONA, Bruxelles, 1984
GENICOT R. – La fonction visuelle dans le cas d'une basse vision. In Horizons Nouveaux 1984, 49, 13-22, Elisabethlaan,26 - 1980 Tervuren, Belgique
GENICOT R. – Le paysage sonore, réflexions et applications dans un training pour handicapés de la vue. In '' Horizons Nouveaux '' 1984 48, 30-40, Elisabethlaan, 26 - 1980 Tervuren, Belgique
GORDON G. (Ed) – Active touch. The mechanism of recognition of objects by manipulation: a multidisciplinary approch. Oxford, Pergamon Press, 1978, ENGLAND
LAIRY G.C., HARRISSON, COVELO A. – The blind and his parents: congenital visual defect and the repercussion of faily attitudes on the early development of the child. Research bulletin, American Foundation for the Blind, 1973, 25, 1-24
MARKOWITZ H – Langage et cécité. In ''Troubles du langage''. Rondal et Seron (diagnostic et rééducation). Mardaga, 1982, 433-445.
VURPILLO E – Quelques données sur les structures visuelles du nourrisson. In ''Neuropsychologie de la perception visuelle'' sous la direction de H. HECAEN, Masson, 1971, 139-153.
VURPILLO E. – Le monde visuel du jeune enfant. P.U.F., 1972, 412p. - France
VURPILLO E. – La perception visuelle du nourrisson. In L'aube des sens. Stock, 1982 - FRANCE[1]

.....

Adresse pour la correspondance:
Docteur Anne BORLON
Ophtalmologie
CHR Citadelle
Boulevard du 12ème de Ligne, 1
4000 LIEGE -
Tél: 04.225.62.37